



ISSN 2357.707X

# Enfermagem

REVISTA OFICIAL DO CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM

**em Foco**



VOLUME 12 , NÚMERO 5

### 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

844

**"DESAFIOS PARA IMPLANTAÇÃO DA CIÊNCIA ABERTA"**

Dulce Aparecida Barbosa

## ARTIGOS ORIGINAIS

846

**VIOLÊNCIA OCUPACIONAL NO COTIDIANO DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NO SETOR DE EMERGÊNCIA**

Rafaella Fernandes Oliveira, Ricardo Bruno Santos Ferreira, Mauro César Ribeiro dos Santos

853

**SINTOMAS DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO EM MULHERES ATENDIDAS EM MATERNIDADES PÚBLICAS E SEUS FATORES ASSOCIADOS**

Flor de Maria Araújo Mendonça, Adriana Sousa Rêgo, Shirley Marina Ribeiro Costa, Jocélia Martins Cavalcante Dantas, Marcia Rodrigues Veras Batista, Ciana Nunes Rodrigues, Wellyson da Cunha Araújo Firmo, Janaina Maiana Abreu Barbosa

860

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À FRAGILIDADE EM IDOSOS**

Yanne Jannine Gomes Araújo Morais, Williane Venâncio Coelho, Keylla Talitha Fernandes Barbosa, Natália Pessoa da Rocha Leal, Fabiana Maria Rodrigues Lopes de Oliveira

866

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS ELABORADAS POR GESTANTES SOBRE GRAVIDEZ, GRAVIDEZ DE ALTO RISCO E HOSPITALIZAÇÃO NO CICLO GRAVÍDICO**

Antonia Regynara Moreira Rodrigues, Dafne Paiva Rodrigues, Francisca Josiane Barros Pereira Nunes, Ana Virginia de Melo Fialho, Ana Beatriz Azevedo Queiroz

873

**PÉ DIABÉTICO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: RASTREAMENTO DE NEUROPATIA E DOENÇA ARTERIAL PERIFÉRICA**

Cecilia Rafaela Salles Ferreira, Francineide Pereira da Silva Pena, José Luis da Cunha Pena, Júlio Léo Santos, Kaila Corrêa Santos, Marluci de Souza Léo Santos, Vanessa da Silva Oliveira, Anneli Mercedes Celis de Cardenas

880

**AÇÕES EDUCATIVAS COMO ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO NAS ATITUDES DAS GESTANTES FRENTE AO ALEITAMENTO MATERNO**

Anna Beatryz Lira da Silva, Beatriz Pereira Alves, Bruna Araújo de Sá, Thais Gonçalves de Souza, Mayara Evangelista de Andrade, Marcelo Costa Fernandes

887

**SAÚDE DO HOMEM NA ATENÇÃO BÁSICA SOB O OLHAR DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM**

Ruhan Ribeiro dos Santos, Erica Jorgiana dos Santos de Morais, Kayo Henrique Jardel Feitosa Sousa, Fernanda Cláudia Miranda Amorim, Adélia Dalva da Silva Oliveira, Camila Aparecida Pinheiro Landim Almeida

894

**PERCEPÇÃO DE ENFERMEIROS SOBRE NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES PARA PROMOÇÃO DA SEGURANÇA DO PACIENTE HOSPITALIZADO**

Isadora Alves Moreira, Ana Lúcia Queiroz Bezerra, Cristiane Chagas Teixeira, Queren de Pádua Braga, Andrea de Araújo Costa, Judite Pereira Rocha

901

**DESAFIOS ENFRENTADOS PELOS TÉCNICOS EM ENFERMAGEM NO CUIDADO AO PACIENTE OBESO NO AMBIENTE HOSPITALAR**

Luciara Fabiane Sebold, Bárbara Mohr da Silveira, Juliana Balbinot Reis Girondi, Lúcia Nazareth Amante, Juliana Simas Justino

908

**INFLUÊNCIA DO SEXO NO ESTILO DE VIDA, SAÚDE E UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS EM HOSPITALIZADOS**

Marco Antônio da Silva Freitas, Danielle Bordin, Melina Lopes Lima, Luciane Patrícia Andreani Cabral, Cristina Berger Fadel

914

**NÍVEL DE EVIDÊNCIA E GRAU DE RECOMENDAÇÃO DAS DISSERTAÇÕES E TESES DA ENFERMAGEM**

Maria Naiane Rolim Nascimento, Amanda Gomes dos Santos, Isabella Lins da Silva, Nuno Damácio de Carvalho Félix, Céli da Juliana de Oliveira, Cristiana Brasil de Almeida Rebouças

920

**DOR MUSCULOESQUELÉTICA E RESILIÊNCIA ELEVADA DA ENFERMAGEM EM EMERGÊNCIA TEM RELAÇÃO COM JORNADA DE TRABALHO**

Carmen Cristiane Schultz, Suelen Karine Artmann, Gabryela Andressa Speroni, Aline dos Santos da Rocha, Christiane de Fátima Colet, Eniva Miladi Fernandes Stumm

929

**FATORES QUE INFLUENCIAM O PROCESSO DE RASTREABILIDADE NO CENTRO DE MATERIAIS E ESTERILIZAÇÃO**

Gabriel Henrique Vasconcelos, Juliana Aparecida Balbino, Maiquimília Ferreira, Nayara Bruna Germano, André Luiz Silva Alvim

934

**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E TRANSTORNOS MENTAIS EM USUÁRIOS DE CRACK E COCAÍNA**

Ademir Ferreira Junior, Lino José da Silva, Taciana Dias Nogueira Silva, Maria Sandineia Bezerra, Antônio Egidio Nardi, Karol Fireman de Farias, Ana Caroline Melo dos Santos, Elaine Virginia Martins de Souza Figueiredo

943

**ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DA CARTILHA "CONHECENDO O TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO"**

Luciano Marques dos Santos, Hérica Martins Barreto Carvalho, Cleonara Sousa Gomes e Silva, Maria Carolina Ortiz Whitaker, Marialda Moreira Christoffel, Sílvia da Silva Santos Passos



- 950** **ENFERMAGEM FORENSE: INSERÇÃO CURRICULAR NA PERSPECTIVA DE ESTUDANTES DE ENFERMAGEM**  
Sara Soares Ferreira da Silva, Gabrielle da Rocha Guimarães, Danielle Galdino de Paula, Priscilla Alfradique de Souza, Rafael de Lima Bílio
- 957** **ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS RELACIONADOS À DOENÇA DE CROHN EM ADOLESCENTES**  
Karine do Espírito Santo Machado, Priscila Cristina da Silva Thiengo de Andrade, Thelma Teti Toledo, Ellen Marcia Peres, Helena Ferraz Gomes, Inez Silva de Almeida, Dayana Carvalho Leite, Kelly dos Santos Silva Pêgas
- 964** **AValiação DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**  
Soraia Bernal Faruch, Débora Cristina Ignácio Alves, Alessandra dos Santos, Fabiana Gonçalves de Oliveira Azevedo Matos, Janaina Verônica Lahm
- 970** **PERDA DE IMUNOBIOLOGICOS E SUA REPERCUSSÃO NA GESTÃO DO PROGRAMA ESTADUAL DE IMUNIZAÇÕES, CEARÁ-BRASIL**  
Francisco Tarcísio Seabra Filho, Ana Débora Assis Moura, Carmem Lúcia Macedo Osterno, Nilton Cardoso Alves Júnior, Kariny Santos Cândia, Maria Helena Lima Sousa, Marcelo Gurgel Carlos da Silva
- 977** **VALIDAÇÃO DO APLICATIVO MÓVEL “PUERPÉRIOSEGURO” PARA O CUIDADO À BEIRA LEITO DA PUÉRPERA**  
Francisco Railson Bispo de Barros, Raquel Faria da Silva Lima, Eielza Guerreiro Menezes
- 985** **QUALIDADE DE VIDA DO ESTUDANTE DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM: UMA ANÁLISE QUANTITATIVA**  
Victor dos Anjos Ferreira, Kátia Rodrigues Menezes, Ângela Ferreira Barros
- 991** **COMPETÊNCIAS NECESSÁRIAS PARA ATUAR COMO PRECEPTOR: PERCEPÇÃO DE ENFERMEIROS HOSPITALARES**  
Helena Scaranello Araújo Miyazato, Pola Maria Poli de Araújo, Rosana Aparecida Salvador Rossit
- 998** **MAPEAMENTO CRUZADO DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM TERAPIA INTENSIVA CARDIOVASCULAR, NA PERSPECTIVA DE CALLISTA ROY**  
Paola Bicalho de Araújo Oliveira, Thais Ribeiro Cascimiro, Cynthia Carolina Duarte Andrade, Renata Lacerda Prata Rocha
- 1005** **PERFIL DE RECÉM-NASCIDOS E FATORES ASSOCIADOS AO PERÍODO DE INTERNAÇÃO EM UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS**  
Elisana Roldão dos Santos Nonose, Ana Paula Contiero Toninato, Dariane Barbosa da Silva, Rosana Aparecida Bittencourt, Marinalva de Almeida Brizola, Marcos Augusto Moraes Arcoverde, Rosane Meire Munhak da Silva
- 1011** **LITERACIA PARA A SAÚDE PARA O USO DA INTERNET POR PROFISSIONAIS DE SERVIÇOS HOSPITALARES**  
Marielle Aparecida dos Santos Inocêncio, Luana Vilela e Vilaça, Rosane Aparecida de Sousa Martins, Luis Ângelo Saboga-Nunes, Fabiana Cristina Pires, Suzel Regina Ribeiro Chavaglia
- 1017** **PERSPECTIVAS DE GRADUANDOS EM SAÚDE SOBRE A TEMÁTICA MINORIAS SEXUAIS E DE GÊNERO NA FORMAÇÃO**  
Alfredo Almeida Pina-Oliveira, Jane Grace Andrade de Faria, Maira Rosa Apostolico, Maria José Duarte Osis, Maria Helena de Sousa, Ana Cláudia Giesbrecht Puggina
- 1026** **LESÃO POR PRESSÃO EM IDOSOS HOSPITALIZADOS: PREVALÊNCIA, RISCO E ASSOCIAÇÃO COM A CAPACIDADE FUNCIONAL**  
Daniel Sued Campos Barbosa, Andréa Mathes Faustino
- 1033** **ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DE VÍDEO EDUCATIVO SOBRE O BANHO DOMICILIAR DO RECÉM-NASCIDO A TERMO**  
Brenda Lucas Campos, Fernanda Garcia Bezerra Góes, Liliane Faria da Silva, Aline Cerqueira Santos Santana da Silva, Maria da Anunciação Silva, Laura Johanson da Silva
- 1040** **AValiação DE TECNOLOGIA ASSISTIVA SOBRE CÂNCER DE PRÓSTATA E MAMA PARA DEFICIENTES VISUAIS EM PAÍSES LUSÓFONOS**  
Gisele Mendes da Silva, Monaliza Ribeiro Mariano, Edmara Chaves Costa, Sonha Maria Coelho de Aquino, Antonia Ellen Jardani de Souza Medeiros, Paula Marciana Pinheiro de Oliveira
- 1047** **PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS CASOS DE LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA NO BRASIL**  
Gabriela Romão de Almeida Carvalho Santos, Joice Jesus dos Santos, Brenda dos Anjos Tosta da Silva, Adriele de Santana dos Santos, Ruama de Souza Nogueira, Victoria Almeida Santos Nascimento

# “DESAFIOS PARA IMPLANTAÇÃO DA CIÊNCIA ABERTA”

Dulce Aparecida Barbosa<sup>1</sup> (<https://orcid.org/0000-0002-9912-4446>)

<sup>1</sup>Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

**Conflitos de interesse:** nada a declarar.

**Autor correspondente:** Dulce Aparecida Barbosa | E-mail: dulce.barbosa@unifesp.br

## Como citar:

Barbosa DA. “Desafios para implantação da Ciência Aberta” [editorial]. *Enferm Foco*. 2021;21(5):844-5.

**DOI:** <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n5.3177>

## ACESSO ABERTO COMO INÍCIO DO MOVIMENTO CIÊNCIA ABERTA

Em dezembro de 2001, vários pesquisadores em esforço internacional se propuseram a disponibilizar, gratuitamente na internet, artigos de pesquisa em todas as áreas acadêmicas, visando tornar a pesquisa gratuita e disponível. Este movimento resultou na Declaração de Budapeste (Budapest Open Access Initiative/BOAI)<sup>(1)</sup> em prol da abertura do conhecimento científico em acesso aberto e teve como marco decisivo a Via Dourada e a Via Verde,<sup>(2)</sup> sendo: Via dourada - publicação em periódicos com acesso aberto; e Via verde - auto arquivamento de artigos em repositórios digitais e pelos próprios autores.

## CIÊNCIA ABERTA

A Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), desde 2007, tem se posicionado favorável ao fomento da cooperação internacional por meio da publicação em periódicos com acesso aberto,<sup>(3)</sup> e compartilhamento de dados de pesquisas financiadas com recursos públicos.<sup>(4)</sup> Desde então, a abertura dos dados científicos é uma das principais propostas da Ciência Aberta, sendo prioridade no âmbito internacional.<sup>(2)</sup> Tem como objetivos tornar a ciência acessível, disponível, gratuita e transparente, acelerar a difusão do conhecimento, permitir a avaliação do uso do dinheiro público em ciência; possibilidade de acesso aos dados da pesquisa; checar as análises feitas; e usar parte dos dados.

**A Ciência Aberta prevê acesso pela comunidade acadêmica a todo processo das pesquisas publicadas:** permite que os dados, as ferramentas e as metodologias utilizadas sejam examinados, analisados, discutidos, validados ou rejeitados, definindo quais dessas etapas cumprem as exigências para passar a constituir parte do corpo comum de conhecimento.

Mediante este cenário de abertura dos dados de pesquisa com intenso debate sobre princípios éticos e padrões para o acesso aos dados de pesquisas emerge a necessidade de revisão e criação de um novo modelo de organização da ciência pautado numa perspectiva mais colaborativa e aberta.<sup>(2)</sup>

Com esta finalidade, em 2017, foi criado um Consórcio internacional composto por publishers, periódicos e editores que estabeleceram as “**Transparency and Openness Promotion (TOP)**” -Transparência e Promoção da Abertura, que dispõem de diretrizes para os periódicos adequarem suas Instruções aos Autores em alinhamento à Ciência Aberta.<sup>(5)</sup>

Desta forma, as Diretrizes de Transparência e Promoção da Abertura foram criadas para alinhar os ideais científicos às práticas reais de publicação e gestão de dados de pesquisa. Estabelece aos periódicos níveis de adesão a Ciência Aberta: nível 1 - reco-

menda a adesão; nível 2 - exige a adesão; nível 3 - condiciona a publicação do artigo à adesão plena.

Nas seguintes ações:

1. Citação
2. Transparência de dados
3. Transparência de métodos analíticos (código)
4. Transparência de materiais de pesquisa
5. Transparência do desenho e análise
6. Pré-registro ou preprint
7. Pré-registro de planos de análise
8. Replicação

### 1. Citation Standards – Padronização de citação

Padrões semelhantes de citação podem ser aplicados ao *preprint*, artigo, banco de dados, códigos e materiais para reconhecê-los e creditá-los como contribuições intelectuais originais. Ex. DOI, Orcid, How to cite.

### 2. Transparência dos Dados e de Materiais de Pesquisa e Métodos Analíticos (Código)

Orientações de transparência dos dados, métodos analíticos e materiais de pesquisa devem ser conceitualmente distintas.

- Nível 1, o artigo publicado indica se o banco de dados, o código e os materiais estão disponíveis e, se disponíveis, como acessar.
- Nível 2, banco de dados, códigos e materiais devem ser postados em um repositório confiável (repositório com política definida, requisitos para publicar dados, metodologia, confiabilidade, limitações, permissões para reutilização e ações de preservação digital) identificados na submissão do artigo.
- Nível 3 adiciona verificação independente de análises reportadas ao nível 2.<sup>(5)</sup>

### 3. Transparência do Desenho e Análise da Pesquisa

- Padrões para relatar o desenho, tamanho da amostra e a análise da pesquisa para maximizar a transparência sobre o processo de pesquisa e minimizar o potencial para relatos vagos ou incompletos da metodologia.
- Sugere formulários e modelos de construção do método.<sup>(5)</sup>

### 4. Pré-Registro de Estudos (Preprint)

O *Preprint* é um meio de tornar a pesquisa mais detectável, mesmo que não seja publicada. Ao incentivar ou exigir o *preprint*, os periódicos aumentam a probabilidade de descoberta de pesquisas

que não são publicadas, mas podem ser de interesse para periódicos regionais ou temáticos.

- Nível 1, os periódicos incentivam o *preprint* e exigem links no texto para o *preprint*;
- Nível 2, os periódicos verificam se o *preprint* segue os padrões e indica a certificação para atender a esses padrões;
- Nível 3 exige que todo o processo dos estudos tenha sido depositado em servidor *preprint*.

## 5. Pré-registro de Planos de Análise

- Nível 1, os periódicos incentivam o registro com planos de análise e exigem links.
- Nível 2, os periódicos verificam se o pré-registro segue os padrões e indica a certificação para atender a esses padrões.
- Nível 3 exige que todas as etapas dos estudos tenham sido pré-registradas.

## 6. Replicação

- Compartilhamento de informações suficientes para conduzir a replicação do estudo.
- Embora não seja formalmente um padrão de transparência para os autores, esta seção trata das diretrizes da revista para a consideração de replicações independentes para publicação.
- Nível 1: incentiva a submissão de estudos de replicação.
- Nível 2: conduz resultados de revisão cega de estudos de replicação.
- Nível 3: usa os Relatórios Registrados como uma opção de submissão para replicações para obter revisão por pares antes de observar os resultados do estudo.<sup>(5)</sup>

A Ciência aberta nos parece não ter volta na busca de transparência, pesquisas de melhor qualidade e maior integridade em pesquisa.

## REFERÊNCIAS

1. Open Society Foundations (OSF). Budapest Open Access Initiative. Budapest: OSF; 2001 [cited 2022 Jan 7]. Available from: <https://www.budapestopenaccessinitiative.org/>
2. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Livro Verde – Ciência Aberta e dados abertos: mapeamento e análise de políticas, infraestruturas e estratégias em perspectiva nacional e internacional. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 2017 [cited 2020 Jul 30]. Available from: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/24117>
3. Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE). Recommendation of the Council concerning Access to Research Data from Public Funding. Paris: OCDE; 2007 [cited 2020 Jul 30]. Available from: [https://legalinstruments.oecd.org/api/download/?uri=/private/temp/1acfed4b-160c-44b2-94ca-8a0895f19bd7.pdf&name=OECD-LEGAL-0347%20\(2006\)-en.pdf](https://legalinstruments.oecd.org/api/download/?uri=/private/temp/1acfed4b-160c-44b2-94ca-8a0895f19bd7.pdf&name=OECD-LEGAL-0347%20(2006)-en.pdf)
4. Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE). Recommendation of the Council concerning Access to Research Data from Public Funding. Paris: OCDE; 2021 [cited 2022 Jan 10]. Available from: <https://legalinstruments.oecd.org/en/instruments/OECD-LEGAL-0347>
5. Dudziak EA. Princípios TOP para revistas e bibliotecas: promoção da transparência e abertura da ciência. São Paulo: Agência AGUIA-USP; 2018 [cited 2021 Jul 30]. Available from: <http://www.aguia.usp.br/?p=23896>

# VIOLÊNCIA OCUPACIONAL NO COTIDIANO DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NO SETOR DE EMERGÊNCIA

OCCUPATIONAL VIOLENCE IN THE EVERYDAY OF NURSING PROFESSIONALS IN THE EMERGENCY SECTOR

VIOLENCIA OCUPACIONAL EN TODOS LOS DÍAS DE PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN EL SECTOR DE EMERGENCIA

Rafaella Fernandes Oliveira<sup>1</sup>

Ricardo Bruno Santos Ferreira<sup>1</sup>

Mauro César Ribeiro dos Santos<sup>1</sup>

(<https://orcid.org/0000-0003-4862-0906>)

(<https://orcid.org/0000-0003-0614-4817>)

(<https://orcid.org/0000-0002-5792-8737>)

## Descritores

Violência no trabalho; Emergências; Pessoal de saúde; Equipe de enfermagem; Riscos ocupacionais

## Descriptors

Workplace violence; Emergencies; Health personnel; Nursing team; Occupational risks

## Descriptores

Violencia laboral; Urgencias médicas; Personal de salud; Grupo de enfermeira; Riesgos laborales

## Submetido

7 de Maio de 2020

## Aceito

19 de Julho de 2021

## Conflitos de interesse:

nada a declarar.

## Autor Correspondente

Ricardo Bruno Santos Ferreira

E-mail: ricardobrunoenf@gmail.com

## RESUMO

**Objetivo:** Descrever a percepção do profissional de enfermagem da Unidade de Pronto Atendimento acerca da violência ocupacional e compreender como ela se manifesta no cotidiano desses profissionais no setor de emergência.

**Métodos:** Pesquisa descritiva, qualitativa, realizada com 15 profissionais de enfermagem de uma Unidade de Pronto Atendimento, no mês de outubro de 2018 em um município no interior da Bahia. A coleta de dados realizou-se mediante entrevista norteada por um roteiro de pesquisa semiestruturado. Os dados foram sistematizados a partir da proposta de Análise de Conteúdo e discutidos a partir da literatura existente.

**Resultados:** Constatou-se que a percepção dos profissionais de enfermagem acerca da violência ocupacional está diretamente relacionada com os atos violentos sofridos no cotidiano do trabalho dos mesmos, com destaque para a violência de cunho verbal, psicológica e física. Os principais perpetradores são pacientes, acompanhantes e colegas de trabalho. Evidenciou-se também que as principais formas de enfrentamento da violência ocupacional são o diálogo, suporte policial e a utilização de tecnologias para segurança.

**Conclusão:** Evidenciou-se a necessidade educação em saúde para sensibilização da população e equipe, apoio da gestão e a inserção de equipamentos e pessoal de segurança para redução da violência ocupacional.

## ABSTRACT

**Objective:** to describe the perception of nursing professionals of the Emergency Care Unit about occupational violence and understand how it manifests itself in the daily life of these professionals in an emergency sector.

**Methods:** Descriptive, qualitative research conducted with 15 nursing professionals of the Emergency Care Unit, in October 2018 in a municipality in the interior of Bahia. Data collection was performed through interviews guided by a semi-structured research script. The data were systematized from the proposed Content Analysis and discussed from the existing literature.

**Results:** It was found that the perception of nursing professionals about occupational violence is directly related to the violent acts suffered in their daily work, especially verbal, psychological and physical violence. The main perpetrators are patients, caregivers and co-workers. It was also evidenced that the main forms of confronting occupational violence are dialogue, police support and the use of security technologies.

**Conclusion:** The need for health education to raise awareness of the population and staff, management support and the insertion of equipment and safety personnel to reduce occupational violence was highlighted.

## RESUMEN

**Objetivo:** Describir la percepción del profesional de enfermería en la Unidad de Atención de Emergencia sobre la violencia laboral y comprender cómo se manifiesta en la vida cotidiana de estos profesionales en un sector de emergencia.

**Métodos:** investigación descriptiva y cualitativa realizada con 15 profesionales de enfermería de una Unidad de Atención de Emergencia, en octubre de 2018 en un municipio del interior de Bahía. La recopilación de datos se realizó a través de una entrevista guiada por un guión de investigación semiestructurado. Los datos fueron sistematizados en base a la propuesta de Análisis de Contenido y discutidos en base a la literatura existente.

**Resultados:** Se encontró que la percepción de los profesionales de enfermería sobre la violencia laboral está directamente relacionada con los actos violentos que sufren en su trabajo diario, con énfasis en la violencia verbal, psicológica y física. Los principales autores son pacientes, compañeros y compañeros de trabajo. También se hizo evidente que las principales formas de hacer frente a la violencia laboral son el diálogo, el apoyo policial y el uso de tecnologías para la seguridad.

**Conclusión:** Era necesaria una educación en salud para crear conciencia entre la población y el personal, el apoyo de la gerencia y la inserción de equipos y personal de seguridad para reducir la violencia laboral.

<sup>1</sup>Universidade do Estado da Bahia, Salvador, BA, Brasil.

## Como citar:

Oliveira RF, Ferreira RB, Santos MC. Violência ocupacional no cotidiano de profissionais de enfermagem no setor de emergência. *Enferm Foco*. 2021;12(5):846-52.

DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n5.3734>



## INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde, há indícios de que a violência sempre esteve presente nas relações humanas. Sua manifestação dá-se de forma complexa e é resultado de uma série de fatores individuais, sociais, culturais e ambientais, em que a vítima tem como resultado algum tipo de dano, que pode ser de natureza individual, social ou coletiva.<sup>(1,2)</sup>

No setor saúde, trata-se de um grave problema de saúde pública, uma vez que a violência sofrida por profissionais de saúde corresponde a 25% dos episódios violentos no trabalho.<sup>(3)</sup> Define-se a violência ocupacional como o uso do poder abusivo capaz de causar qualquer malefício ao trabalhador, que vão desde a privação, agressão física, até a morte e causa gera sérios danos ao bem-estar físico, psicológico, financeiro e social ao trabalhador e seus familiares.<sup>(4)</sup>

Para Bordignon e Monteiro,<sup>(5)</sup> os profissionais de saúde são mais propensos a sofrerem violência ocupacional por lidarem com pessoas que estão vivenciando um momento de extrema vulnerabilidade. A sensibilidade provocada pelo adoecimento pode fazer com que pacientes e cuidadores apresentem um comportamento exacerbado e agressivo.

Muzembo e colaboradores<sup>(6)</sup> acrescentam que o risco de sofrer violência varia de acordo com o local de trabalho, com destaque para os setores de emergência e psiquiatria que apresentam maior incidência de episódios violentos. A problemática se intensifica porque as ações de violência praticadas nos serviços de urgência são mais toleradas pelo governo, sociedade e organizações quando comparadas aos outros ambientes da assistência.<sup>(7)</sup>

A violência ocupacional é responsável pelo surgimento de algumas doenças como a síndrome Burnout e transtornos psíquicos de menor intensidade.<sup>(8)</sup> Os episódios violentos interferem no cuidado prestado pelo profissional, haja vista que os bons resultados da assistência à saúde são reflexos, dentre outras coisas, do bem-estar físico e mental dos trabalhadores de saúde.<sup>(9)</sup>

Pesquisa realizada pelo Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo, Brasil revelou que 77% dos profissionais pesquisados são agredidos no trabalho, sendo que o paciente é o principal agressor devido as condições e demora no atendimento, o que reflete o tamanho da problemática.<sup>(10)</sup> Dada essa complexidade, o estudo deste tema é um grande desafio, considerando que por muito tempo, pouca atenção foi dada a violência ocupacional sofrida pela enfermagem. Isso contribuiu na consolidação de um cenário onde a incidência cresce de forma expressiva nos estabelecimentos de saúde,<sup>(11)</sup> sobretudo em setores complexos como a emergência.

Além disso, o objeto conta com pouca produção científica. Após uma busca nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline) e Base de Dados de Enfermagem (BDENF) em agosto de 2018, com os descritores "violência no trabalho" e "pessoal de saúde", combinados entre si pelo operador booleano "AND", foram encontradas 196 publicações relacionadas ao tema. Contudo, apenas 21 pesquisas foram realizadas no setor de urgência e emergência no Brasil, sendo que, nenhum estudo foi desenvolvido na região sudoeste da Bahia, o que confere ineditismo ao objeto.

Nesse contexto, o presente estudo foi guiado pela seguinte questão norteadora: qual a percepção de profissionais de enfermagem acerca da violência ocupacional e como ela se manifesta no cotidiano de trabalho? Para responder tal problemática, delimitou-se como objetivo descrever a percepção do profissional de enfermagem da Unidade de Pronto Atendimento acerca da violência ocupacional e compreender como ela se manifesta no cotidiano desses profissionais em um setor de urgência e emergência.

## MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória e de abordagem qualitativa, método mais adequado para compreender o objeto proposto, que abarca o universo das percepções, sobretudo por se configurar em uma temática sensível à muitos profissionais.<sup>(12-14)</sup>

O lócus do estudo foi uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) localizada em um município do interior da Bahia, Brasil. A UPA 24h é um estabelecimento de saúde com caráter de complexidade intermediária, que está vinculada com a Atenção Básica, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, a Atenção Domiciliar e a Atenção Hospitalar. Através dessa articulação, a UPA possui a finalidade de melhorar o desempenho da Rede de Atenção às Urgências.<sup>(12)</sup>

Participaram do estudo todos os profissionais de enfermagem, independente da categoria, de ambos os sexos, que aceitaram fazer parte da pesquisa. Por outro lado, foram excluídos os estudantes, estagiários e aqueles profissionais que estavam de férias durante o período de coleta de dados. Ao final, 15 profissionais de enfermagem responderam ao roteiro de pesquisa.

A abordagem ao profissional foi realizada em seu local de trabalho, de forma individualizada, com apresentação do tema, objetivo e metodologia do estudo. Após concordância por parte do entrevistado, realizou-se a leitura e assinatura

do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e encaminhamento para uma sala reservada para dar início à entrevista.

A coleta de dados ocorreu no mês de outubro de 2018, mediante entrevista individualizada, norteadas por um roteiro de pesquisa semiestruturado. Utilizou-se um roteiro adaptado do instrumento construído por d'Aubarede e colaboradores.<sup>(13)</sup> O instrumento é composto de questões abertas sobre o objeto de estudo proposto, a saber: 1) Qual a sua compreensão sobre violência no trabalho? 2) Descreva situações vivenciadas que você classificaria como violência no trabalho. 3) Quais os fatores que contribuem para o comportamento de agressivo? 4) Quais estratégias que você usa ou usaria em caso de atos violentos? 5) Para você, qual o impacto que as ocorrências de violência geram na saúde? 6) Para você, qual o impacto que as ocorrências de violência no trabalho? 7) O que você sugere para reduzir a violência no trabalho?

A coleta foi realizada por dois entrevistadores, com duração média de 30 minutos. As entrevistas foram gravadas através de um celular na função gravador de voz e finalizadas quando as respostas atingiram a saturação empírica.<sup>(14)</sup> Posteriormente, as falas foram transcritas na íntegra e revisadas de maneira ortográfica, sem que a essência do conteúdo fosse alterada.

Os dados foram sistematizados segundo o método de análise de conteúdo.<sup>(15)</sup> Esse tipo de análise consiste em três fases: a pré-análise, a exploração do material e tratamento dos resultados.

Durante a pré-análise, foi realizada a organização do material e leitura flutuante das entrevistas. Na exploração do material foi realizada a codificação, classificação com agrupamento através das convergências, divergências e complementaridades das falas e categorização. Por fim, o tratamento dos resultados foi guiado mediante discussão com a literatura existente.<sup>(15)</sup> Para manutenção do sigilo e privacidade foram utilizados nomes fictícios com vogais e números (E1, E2, E3...) para os participantes de acordo com a ordem das entrevistas.

O estudo obedeceu às regulamentações éticas referentes à pesquisa com seres humanos. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Estado da Bahia (UNEB), sob Certificado de Apresentação e Apreciação Ética n. 93926218.9.0000.0057.

## RESULTADOS

Participaram do estudo 15 profissionais de enfermagem, sendo 7 enfermeiros (46,7%) e 8 (53,3%) técnicos de enfermagem, na faixa etária de 20 à 49 anos. Desses, 66,7% (10) eram mulheres e 33,7% (5) homens, dos quais, 60% (9) eram

negros e 40% (6) de raça-cor branca. No que se refere aos aspectos relacionados ao trabalho, a amostra foi composta majoritariamente por profissionais ligados diretamente à assistência (13; 86,7%), com carga horária de trabalho de 40 horas semanais (7; 46,7%) e tempo de vínculo entre 1 e 5 anos (12; 80%).

A partir da categorização dos dados emergiram duas categorias de análise: 1) Percepção e vivência acerca da violência sofrida por profissionais de enfermagem; 2) Estratégias de enfrentamento da violência ocupacional dos profissionais de enfermagem.

### Percepção e vivência acerca da violência sofrida por profissionais de enfermagem

Na categoria 1, é possível evidenciar que a violência ocupacional faz parte do cotidiano dos profissionais de enfermagem que atuam na emergência. Dentre as formas de violência, verifica-se, a partir dos discursos, a presença de violência verbal nas falas de E4, E13, E5, E9, E12 e E10, violência física representada nas falas de E8, E9 e E12 e violência psicológica presente nos discursos de E7 e E10. Os agressores são os pacientes, acompanhantes e colegas de trabalho. Ademais, os episódios violentos têm estreita relação de gênero, uma vez que a maioria dos participantes do estudo (10; 67,3%) eram mulheres.

*"A violência ocupacional para mim abrange todos os âmbitos da violência, vai da agressão verbal que você recebe, até a física." (E10)*

*"Violência tem ela física e tem a violência verbal também" (...). (E8)*

*"Tratar mal é uma violência (...)" (E6)*

*"[Violência ocupacional] é quando verbalmente usam de palavras mesmo, a pessoa chega, agride, fala mal do nosso serviço, sem saber (...) julga, questiona e até mesmo [faz uso da] violência física." (E4)*

*"Eu já cheguei a passar por [sofrer violência] verbal. A verbal é mais constrangedora porque é mais constante." (E13)*

*"(...) a gente é agredida verbalmente, nós somos expostos demais." (E5)*

*"Começam a xingar a colega de vários nomes. Aqui mesmo, tenho até colega que já levou puxão de cabelo e tapa, entendeu?" (E9)*

*"Eu já sofri violência aqui, inclusive física de uma paciente. Aqui é mais verbal, todo plantão tem pelo menos um caso!" (E12)*

*"Eu tenho síndrome de Burnout diagnosticada (...) [a violência] foi me oprimindo de uma forma que*

*desencadeou a doença e eu fiquei desmotivada totalmente com a enfermagem (...), vez em quando você tem uma instabilidade de trabalho que você sofre assédio o tempo todo (...), o profissional médico também assedia de certa forma (...) aí [quando ocorre] eu já vou partir para uma diretoria, para a coordenação, porque eu não sou subordinada a um médico!" (E7)*

*"[violência] verbal a gente sofre muito, sofre demais! E tem a psicológica também, que acredito que a gente sofre bastante no nosso ambiente de trabalho! (...) violência psicológica é a pior! É aquela que fica, aquela que desestrutura, aquela que quando ocorre no início do plantão, a gente trabalha mal o plantão todo, fica com medo! Principalmente a gente que é mulher, a gente é muito exposta! Mulher é exposta em qualquer coisa! Qualquer âmbito do trabalho!" (E10)*

### **Estratégias de enfrentamento da violência ocupacional dos profissionais de enfermagem**

Nessa segunda categoria é possível evidenciar as estratégias ilustradas pelos participantes como forma de enfrentamento da violência. Apesar de um participante relatar que não denuncia quando é violentado, a maioria dos participantes descreveram respostas que variam, desde o diálogo frente às agressões verbais até a solicitação de apoio policial e acionamento da justiça, com o suporte de filmagens.

*"Quando é agressão mais intensa ou chega até ser física, o correto e o que nós fazemos aqui é acionar a polícia militar, polícia civil, registrar um boletim de ocorrência e tomar as devidas providências." (E1)*

*"Na hora o que tem que fazer é conversar com paciente, explicar da melhor forma que ele vai ser atendido." (E2)*

*"Eu provavelmente acionaria a polícia [no caso de violência física] (...) [violência] verbal já sofri algumas aqui, mas fiquei quietinha no meu canto." (E4)*

*"Eu deixo pra lá! Nunca procurei encrenca [depois de ter sofrido a violência]." (E6)*

*"Então o que é válido pra mim é: eu ir para o corredor (...), quando a gente vai para o corredor, a gente tem a questão de câmara!" (E5)*

## **DISCUSSÃO**

No presente estudo foi constatada uma homogeneidade na concepção de violência ocupacional. Tal achado difere de outro estudo<sup>(5)</sup> no qual foi evidenciada enorme divergência

em torno da definição da violência ocupacional, que vai desde os que consideram apenas as violências na forma de agressão física e ameaça, até os que entendem a violência ao profissional como aquela que gera qualquer dano para o trabalhador. Acredita-se que a similaridade de percepção contribui, tanto para o conhecimento acerca da incidência dos atos violentos, quanto para criação de métodos de prevenção da violência ocupacional.<sup>(5)</sup>

Constatou-se que os participantes apresentaram a concepção de violência de acordo com suas vivências e situações presentes no cotidiano de trabalho, o que gerou destaque para a violência verbal e física. Para Almeida e colaboradores,<sup>(11)</sup> a prevalência de violência entre os profissionais de saúde varia entre 58,2 e 88,9%, tendo a agressão verbal como o tipo mais incidente. Entretanto, a violência de caráter verbal tende a ser invisibilizada, o que pode auxiliar na promoção de efeitos cumulativos, desembocando em sintomas de cunho psicológico que gera enorme dano ao trabalhador.<sup>(16)</sup> Além disso, grande parte dos atos violentos é negligenciada porque muitas pessoas consideram violência apenas quando as ações são praticadas de forma consciente e intencional.<sup>(7)</sup>

Evidenciou-se também que a violência ocupacional, em especial a de cunho verbal, pode ser manifestada a partir de julgamentos, questionamentos e opiniões negativas sobre o trabalho prestado. As falas dos participantes corroboram com os achados de um estudo realizado por Aubarede e colaboradores.<sup>(13)</sup> Além de constatar que a maioria das vítimas de violência é da equipe de enfermagem, os profissionais elencaram que as principais formas de manifestação de violência são insultos, não reconhecimento do trabalho prestado, ameaças verbais e atos agressivos.

Tal evidência não se limita ao Brasil. Apesar de possuir outro contexto sociocultural, a presença da violência no trabalho também foi evidenciada por Abdellah e Salama<sup>(18)</sup> em um estudo sobre a prevalência e fatores de riscos para a violência ocupacional realizado em um departamento de emergência no Egito. Os autores constataram que a maioria dos profissionais sofreu algum tipo de violência no trabalho, e destes episódios, a maioria foi do tipo verbal (58,2%).

Cabe salientar que a percepção que o profissional tem acerca da violência irá influenciar diretamente nas formas de enfrentamento do ato violento. Para Hogarth e colaboradores<sup>(17)</sup> a maioria dos profissionais aceita ações violentas por parte dos pacientes e acompanhantes como algo natural do cotidiano de trabalho, acreditando que o ato violento se resume apenas à presença de lesão física. Ao não considerar outras formas de violência, o profissional, indiretamente legitima outras formas de agressões enraizadas nos serviços de saúde.

A violência ocupacional, que normalmente devido ao tempo de espera e insatisfação com a assistência prestada,<sup>(6)</sup> traz consigo inúmeras consequências como ansiedade, depressão, medo, insônia.<sup>(19)</sup> Ademais, a violência também reflete na produtividade, satisfação do profissional no trabalho e na dificuldade em estabelecer vínculos empregatícios.

Erdur e colaboradores,<sup>(14)</sup> Pai e colaboradores<sup>(8)</sup> e Kobayashi e colaboradores<sup>(20)</sup> acrescentam que a Síndrome de Burnout, citada pelos profissionais, apesar de possuir característica multicausal, pode estar diretamente ligada à violência. A patologia possui dentre as manifestações, a perda efetiva do desempenho de suas atividades e prejuízos para a vida afetiva e familiar.

No que se referem aos violentadores, os achados apontam com mais frequência para pacientes, familiares e médicos, algo semelhante ao encontrado por Park e colaboradores,<sup>(21)</sup> que evidenciou, inclusive, presença de assédio sexual no cotidiano dos profissionais de enfermagem. Um estudo realizado em uma enfermaria de clínica médica no estado do Rio de Janeiro, abordando as narrativas sobre as relações entre médicos e enfermeiros, que apontou para a existência de um “conflito latente” entre a classe médica e de enfermagem, que reflete na falta de diálogo e interação entre as duas áreas da saúde.<sup>(22)</sup>

Acredita-se que a violência evidenciada no conflito entre médicos e enfermeiros deve-se, em parte, a opressão de gênero. Tal constatação se ancora no fato da medicina ser composta majoritariamente por homens e a enfermagem é notoriamente uma profissão desempenhada por maior pujante pelas mulheres.<sup>(23,24)</sup> A prevalência da figura feminina na enfermagem é um fato histórico, uma vez que nos séculos passados o papel de cuidar do lar e das pessoas era relacionado à mulher, ao mesmo tempo em que era submissa ao homem e a família. Mesmo após o reconhecimento da enfermagem como profissão, com a prática do cuidar tornando-se ciência, a discussão de gênero se faz necessária para a compressão do exercício profissional da enfermagem, bem como todas as relações sociais que dela advêm.<sup>(25)</sup>

Há uma complexidade por traz da temática da violência contra a mulher, mas acredita-se que a opressão histórica nas relações de gênero pode ser causa de violência no ambiente de trabalho. Isso é evidenciado no fato da incidência de violência ocupacional ser duas vezes maior entre profissionais de enfermagem do que contra médicos.<sup>(26)</sup>

A resposta dada a uma agressão é um ato particular e variável de cada profissional. Ela depende de valores construídos pelo profissional ao longo de sua existência,

podendo ser através do diálogo ou retribuição da ação violenta. Para Fernandes e colaboradores<sup>(27)</sup> é imprescindível uma reflexão acerca da redução das ações violentas, com a necessidade de defesa de uma cultura de paz, atendimento humanizado através da escuta ativa do paciente e construção de empatia entre equipe e usuários.

Apesar do contexto sociocultural também diferente, os depoimentos dos profissionais entrevistados são semelhantes aos resultados encontrados em estudo realizado na Austrália com enfermeiros que trabalham no setor de emergência. Hogarth e colaboradores<sup>(17)</sup> evidenciaram que os profissionais faziam a denuncia formal caso houvesse algum dano físico visível. Em contraponto, nos episódios onde a violência não causou danos físicos, os enfermeiros relataram os episódios violentos de maneira informal, através de avisos para colegas ou observações no prontuário do paciente que perpetuador da violência.

Os achados também apontam para a necessidade de ampliação de monitoramento, sobretudo nos corredores hospitalares como forma de defesa do profissional e possibilidade de geração de provas para denúncia através das filmagens. O monitoramento foi relatado de forma positiva em Israel, no estudo de Isaak e colaboradores,<sup>(28)</sup> onde constataram que após a implementação de medidas de monitoramento, os episódios de violência reduziram cerca de dois terços.

Apesar de não ter sido mencionado pelos participantes, uma possibilidade combate à violência ocupacional é a criação de dispositivos ou sistemas de notificação de violência. Tal proposta precisaria ser desenvolvida com ferramentas ágeis, de fácil manipulação e através de educação permanente e sensibilização constante. Isso se justifica pelos resultados do estudo de Hogarth e colaboradores<sup>17</sup> que evidenciaram que os profissionais não registravam a violência por não saber manusear um sistema de notificação, além da demora de emitir o relatório.

Um exemplo a ser citado é o estudo de Gooch<sup>(29)</sup> que retratou as mudanças instauradas nos estabelecimentos de saúde na Califórnia, onde a *Occupational Safety and Health Administration* (OSHA) regulamentou no estado a notificação de todas as violências ocupacionais como também a sua caracterização como forma de nortear o desenvolvimento de intervenções.

O profissional também necessita de apoio constante da gestão. A coordenação do estabelecimento de saúde tem a função de prevenir e mediar conflitos, principalmente em situações de violência. Para Sato e colaboradores<sup>(30)</sup> a mediação de conflitos deve ser realizada através do controle de danos e do diálogo entre as partes afetadas, fazendo

com que os envolvidos reconheçam a situação como uma forma de experiência e aprendizagem.

Acredita-se que o profissional de saúde deve sentir-se seguro em local de trabalho. Nesse contexto, para gerar maior segurança é fundamental a detecção de fatores que contribuam para ocorrência de violência no trabalho. Ademais, é importante que seja ofertado informações, capacitações e treinamentos para os profissionais, gerência eficiente dos recursos de segurança, limpeza e organização do ambiente de trabalho, bem como a criação de protocolos e normas legais.<sup>(31,32)</sup>

Nessa ótica, a educação permanente é fundamental uma vez que os resultados mostram que não basta a existência de leis que penalizam o ato violento. Apesar da existência de dispositivos legais, como a Lei nº 7.209/84 no Art. 331 decreta que ao desacatar o funcionário público em exercício do seu trabalho está sujeito a pena de detenção ou multa,<sup>(33)</sup> os episódios de violência continuam a existir, o que reforça a ideia de que o combate a violência extrapola o punitivismo.

Acredita-se que a utilização exclusiva da entrevista como forma de coleta de dados, sem utilização de outra estratégia como a observação não participante e o diário de campo, limita a extensão dos achados.

O estudo dá visibilidade à violência ocupacional sofrida por profissionais de enfermagem, dando subsídios para busca de melhores condições de trabalho desses profissionais.

## CONCLUSÃO

Evidenciou-se que os profissionais possuem uma percepção homogeneia acerca da violência ocupacional. Nesse

sentido, as formas de manifestação relatada abarcam episódios de violência verbal, psicológica e física. Constatou-se também que os principais perpetradores da violência são pacientes, acompanhantes e colegas de trabalho, com forte relação com a opressão de gênero. Evidenciou-se também que a alta frequência dos episódios faz com que a violência ocupacional se torne uma prática naturalizada. Isso amplia a necessidade de intervenção do Estado e de gestores de todas as esferas do governo para que se construam instrumentos eficazes de combate à violência no local de trabalho. O trabalho é um espaço de transformação social e instrumento de subsistência, inerente a história humana. Por isso, é necessário que a estrutura contribua para o ato laboral não cause danos ao profissional. Para isso, acreditamos ser urgente a construção de educação permanente com a comunidade e profissionais, juntamente com o aperfeiçoamento dos dispositivos de monitoramento e ampliação do acesso aos canais de denúncia. Ademais, esperamos que o presente estudo sirva como base para elaboração de novas pesquisas, uma vez os resultados apresentados levantam a necessidade de elaboração de outros estudos que consigam apreender, por exemplo, as repercussões da violência ocupacional na saúde física e mental dos profissionais de enfermagem.

## Contribuições

Concepção e/ou desenho do estudo: Oliveira RF, Ferreira RBS; Coleta, análise e interpretação dos dados: Oliveira RF, Ferreira RBS; Redação e/ou revisão crítica do manuscrito: Oliveira RF, Ferreira RBS, Santos MCR; Aprovação da versão final a ser publicada: Oliveira RF, Ferreira RBS, Santos MCR.

## REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). Global status report on violence prevention 2014. Genève: WHO; 2015 [cited 2021 Oct 30]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564793>
2. World Health Organization (WHO). World report on violence and health. Geneva: WHO; 2002 [cited 2021 Oct 30]. Available from: <https://opas.org.br/wp-content/uploads/2015/09/relatorio-mundial-violencia-saude-1.pdf>
3. Di Martino V. Relationship between work stress and workplace violence in the health sector. Geneva: ILO/ICN/WHO/PSI; 2003. 33p.
4. Fisekovic MB, Trajkovic GZ, Bjegovic-Mikanovic VM, Terzic-Supic ZJ. Does workplace violence exist in primary health care? Evidence from Serbia. *Eur J Public Health*. 2015;25(4):693-8.
5. Bordignon M, Monteiro MI. Violence in the workplace in Nursing: consequences overview. *Rev Bras Enferm*. 2016; 69(5):939-42.
6. Muzembo BA, Mbutshu LH, Ngatu NR, Malonga KF, Eitoku M, Hirota R. Workplace violence towards Congolese health care workers: A survey of 436 healthcare facilities in Katanga province, Democratic Republic of Congo. *J Occup Health*. 2015;57(1):69-80.
7. Morphet J, Griffiths D, Plummer V, Innes K, Fairhall R, Beattie J. At the crossroads of violence and aggression in the emergency department: perspectives of Australian emergency nurses. *Aust Health Rev*. 2014;38(2):194-201.
8. Pai DD, Lautert L, Souza SB, Marziale MH, Tavares JP. Violência, burnout e transtornos psíquicos menores no trabalho hospitalar. *Rev Esc Enferm USP*. 2015;49(3):460-8.
9. Munyewende PO, Rispel LC, Chirwa T. Positive practice environments influence job satisfaction of primary health care clinic nursing managers in two South African provinces. *Hum Resour Health*. 2014; 12:27.



10. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (COREN-SP). Violência no trabalho: guia de prevenção para os profissionais de enfermagem. São Paulo (SP): Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo; 2017. 40p [citado 2021 Out 30]. Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2018/01/PDF-site-2.pdf>
11. Almeida NR, Bezerra Filho JG, Marques LA. Análise da produção científica sobre a violência no trabalho em serviços hospitalares. *Rev Bras Med Trab.* 2017;15(1):101-12.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 10 de 3 de janeiro de 2017. Redefine as diretrizes de modelo assistencial e financiamento de UPA 24h de Pronto Atendimento como Componente da Rede de Atenção às Urgências, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0010\\_03\\_01\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0010_03_01_2017.html)
13. Aubarede C, Sarnin P, Cornut PL, Touzet S, Duclos A, Burillon C, et al. Impacts of users' antisocial behaviors in an ophthalmologic emergency department—a qualitative study. *J Occup Health.* 2016; 58(1):96-106.
14. Minayo MC. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: Consensos e controvérsias. *Rev Pesq Qual.* 2017;5(7):1-12.
15. Bardin L. Análise de conteúdo. 4a ed. Lisboa: Edições 70; 2010.
16. Erdur B, Ergin A, Yüksel A, Türkçüer İ, Ayrik C, Boz B. Assessment of the relation of violence and burnout among physicians working in the emergency departments in Turkey. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg.* 2015;21(3):175-81.
17. Hogarth KM, Beattie J, Morphet J. Nurses' attitudes towards the reporting of violence in the emergency department. *Australas Emerg Nurs J.* 2016;19(2):75-81.
18. Abdellah RF, Salama KM. Prevalence and risk factors of workplace violence against health care workers in emergency department in Ismailia, Egypt. *Pan Afr Med J.* 2017; 26(21):1-8.
19. Lin WQ, Wu J, Yuan LX, Zhang SC, Jing MJ, Zhang HS, et al. Workplace Violence and Job Performance among Community Healthcare Workers in China: The Mediator Role of Quality of Life. *Int J Environ Res Public Health.* 2015;12(11):14872-86.
20. Kobayashi Y, Oe M, Ishida T, Matsuoka M, Chiba H, Uchimura N. Workplace Violence and Its Effects on Burnout and Secondary Traumatic Stress among Mental Healthcare Nurses in Japan. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(8):2747-59.
21. Park M, Cho SH, Hong HJ. Prevalence and Perpetrators of Workplace Violence by Nursing Unit and the Relationship Between Violence and the Perceived Work Environment. *J Nurs Scholarsh.* 2015;47(1):87-95.
22. Gonçalves LA, Mendonça AL, Camargo Júnior KR. A interação entre médicos e enfermeiras em um contexto hospitalar. *Ciênc Saúde Colet.* 2019;24(3):683-92.
23. Ávila RC. Formação das Mulheres nas Escolas de Medicina. *Rev Bras Educ Med.* 2014; 38(1):142-9.
24. Braga LM, Torres LM, Ferreira VM. Condições de Trabalho e Fazer em Enfermagem. *Rev Enferm UFJF.* 2015; 1(1): 55-63.
25. Souza LL, Araújo DB, Silva DS, Bérredo VC. Representações de gênero na prática de enfermagem na perspectiva de estudantes. *Ciênc Cogni.* 2014;19(2):218-32.
26. Li JH, Chen TW, Lee HF, Shih WM. The Effects of Emergency Room Violence toward Nurse's Intention to Leave-Resilience as a Mediator. *Healthcare (Basel).* 2021;9(5):507-18.
27. Fernandes H, Sala DC, Horta AL. Violência em ambientes de cuidados à saúde: repensando ações. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(5):2599-601.
28. Isaak V, Vashdi D, Bar-Noy D, Kostisky H, Hirschmann S, Grinshpoon A. Enhancing the Safety Climate and Reducing Violence Against Staff in Closed Hospital Wards. *Workplace Health Saf.* 2017; 65(9):409-16.
29. Gooch P. Hospital Workplace Violence Prevention in California. *Workplace Health Saf.* 2018; 66(3):115-9.
30. Sato K, Yumoto Y, Fukahori H. How nurse managers in Japanese hospital wards manage patient violence toward their staff. *J Nurs Manag.* 2016; 24(2):164-73.
31. Andrade AL, Silva MZ, Tulli Netto M. Clima de Segurança no Trabalho Hospitalar: adaptação de medida (ClimaSeg-H). *Aval Psicol.* 2015;14(2):261-71.
32. Bordignon M, Trindade LL, Cezar-Vaz MR, Monteiro MI. Violência no trabalho: legislação, políticas públicas e possibilidade de avanços para trabalhadores da saúde. *Rev Bras Enferm.* 2021;74(1):e20200335.
33. Brasil. Presidência da República. Código Penal, Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Brasília (DF): República Federativa do Brasil; 1940 [citado 2019 Ago 30]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/del2848compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm)

# SINTOMAS DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO EM MULHERES ATENDIDAS EM MATERNIDADES PÚBLICAS E SEUS FATORES ASSOCIADOS

POSTPARTUM DEPRESSION SYMPTOMS IN WOMEN SERVED IN PUBLIC MATERNITIES AND THEIR ASSOCIATED FACTORS

SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN POSPARTO EN MUJERES SERVIDAS EN MATERNIDADES PÚBLICAS Y SUS FACTORES ASOCIADOS

Flor de Maria Araújo Mendonça<sup>1</sup>  
 Adriana Sousa Rêgo<sup>1</sup>  
 Shirley Marina Ribeiro Costa<sup>1</sup>  
 Jocélia Martins Cavalcante Dantas<sup>1</sup>  
 Marcia Rodrigues Veras Batista<sup>1</sup>  
 Ciana Nunes Rodrigues<sup>1</sup>  
 Wellyson da Cunha Araújo Firmo<sup>1</sup>  
 Janaina Maiana Abreu Barbosa<sup>1</sup>

(<http://orcid.org/0000-0002-2796-0939>)  
 (<http://orcid.org/0000-0002-2494-030X>)  
 (<http://orcid.org/0000-0002-9784-1345>)  
 (<http://orcid.org/0000-0001-5656-6247>)  
 (<http://orcid.org/0000-0001-7127-3805>)  
 (<http://orcid.org/0000-0003-1996-075X>)  
 (<http://orcid.org/0000-0002-6979-1184>)  
 (<http://orcid.org/0000-0001-5263-6586>)

## Descritores

Depressão pós-parto; Sintomas depressivos; Nutriz; Fatores de risco

## Descriptors

Postpartum depression; Depressive symptoms; Nursing mother; Risk factors

## Descriptores

Depresión posparto; Sintomas depressivos; Madre enfermera; Factores de riesgo

## Submetido

21 de Abril de 2020

## Aceito

31 de Maio de 2021

## Conflitos de interesse:

nada a declarar.

## Autor Correspondente

Flor de Maria Araújo Mendonça  
 E-mail: [floragyh@gmail.com](mailto:floragyh@gmail.com)

## RESUMO

**Objetivos:** Identificar a prevalência de sintomas de depressão pós-parto (DPP) e seus fatores associados em mulheres atendidas em duas maternidades públicas.

**Métodos:** Estudo transversal e analítico, desenvolvido nos meses de janeiro a maio de 2018, com mulheres acompanhadas em duas maternidades públicas em São Luís-MA. Foi utilizado um questionário com variáveis socioeconômicas, demográficas e clínicas e Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo. Realizou-se modelo de regressão de Poisson no programa estatístico Stata® 15.0.

**Resultados:** Das 156 mulheres entrevistadas, 54,1% tinham sintomas de DPP. Observou-se que ter idade de 26 a 34 anos (RP: 0,60; IC: 0,41-0,89), escolaridade de 5 a 8 anos (RP: 0,59; IC: 0,40-0,87), renda mensal de menos de um salário mínimo (RP: 0,66; IC: 0,49-0,90) e mais de um salário mínimo (RP: 0,32; IC: 0,20-0,53), começar a trabalhar com mais de 18 anos de idade (RP: 0,76; IC: 0,55-1,04) e não ser hipertensa (RP: 0,66; IC: 0,48-0,89) foram associados aos sintomas de DPP.

**Conclusão:** Esses dados chamam atenção para a necessidade de um olhar mais atento da equipe de saúde com relação aos fatores associados aos sintomas de DPP, já que estes podem contribuir de maneira significativa no impacto da saúde da puerpera e dos seus filhos.

## ABSTRACT

**Objective:** To identify the prevalence of symptoms of postpartum depression (PPD) and its associated factors in women attended at two public maternity.

**Methods:** Cross-sectional and analytical study, developed from January to May 2018, with women accompanied at two public maternity in São Luís-MA. A questionnaire with socioeconomic, demographic and clinical variables and the Edinburgh Postpartum Depression Scale was used. A Poisson regression model was performed using the Stata® 15.0 statistical program.

**Results:** Of the 156 women interviewed, 54.11% had symptoms of PPD. It was observed that being 26 to 34 years old (PR: 0.60; CI: 0.41-0.89), schooling from 5 to 8 years (PR: 0.59; CI: 0.40-0.87), monthly income of less than one minimum wage (RP: 0.66; CI: 0.49-0.90) and more than one minimum wage (RP: 0.32; CI: 0.20-0.53), start to work with more than 18 years of age (PR: 0.76; CI: 0.55-1.04) and not be hypertensive (PR: 0.66; CI: 0.48-0.89) have been associated with symptoms of PPD.

**Conclusion:** These data call attention to the need for a closer look by the health team regarding the factors associated with the symptoms of PPD, as these can significantly contribute to the health impact of the puerperal woman and her children.

## RESUMEN

**Objetivos:** Identificar la prevalencia de síntomas de depresión posparto (DPP) y sus factores asociados en mujeres atendidas en dos hospitales públicos de maternidad.

**Métodos:** Estudio transversal y analítico, desarrollado de enero a mayo de 2018, con mujeres acompañadas en dos hospitales públicos de maternidad en São Luís-MA. Se utilizó un cuestionario con variables socioeconómicas, demográficas y clínicas y la Escala de depresión posparto de Edimburgo. Se realizó un modelo de regresión de Poisson utilizando el programa estadístico Stata® 15.0.

**Resultados:** De las 156 mujeres entrevistadas, el 54.11% tenía síntomas de PPD. Se observó que de 26 a 34 años (PR: 0,60; IC: 0,41-0,89), escolaridad de 5 a 8 años (PR: 0,59; IC: 0,40-0,87), ingresos mensuales de menos de un salario mínimo (RP: 0,66; CI: 0,49-0,90) y más de un salario mínimo (RP: 0,32; CI: 0,20-0,53), comience a trabajar con más de 18 años de edad (PR: 0,76; IC: 0,55-1,04) y no sea hipertensa (PR: 0,66; IC: 0,48-0,89) se han asociado con síntomas de PPD.

**Conclusión:** Estos datos llaman la atención sobre la necesidad de una mirada más cercana por parte del equipo de salud con respecto a los factores asociados con los síntomas de PPD, ya que estos pueden contribuir significativamente al impacto en la salud de la mujer puerperal y sus hijos.

<sup>1</sup>Universidade Ceuma, São Luís, MA, Brasil.

## Como citar:

Mendonça FM, Rêgo AS, Costa SM, Dantas JM, Batista MR, Rodrigues CN, et al. Sintomas de depressão pós-parto em mulheres atendidas em maternidades públicas e seus fatores associados. *Enferm Foco*. 2021;12(5):853-9.

DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n5.3491>

## INTRODUÇÃO

Os transtornos mentais estão cada vez mais discutidos e pautados no âmbito da saúde pública devido a sua alta prevalência, repercussões negativas na saúde e impacto psicossocial. A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera a depressão como a principal causa de incapacidade de todo o mundo e contribui de forma importante para a carga global de doenças.<sup>(1)</sup> Segundo Relatório da OMS o número de casos de depressão aumentou 18% entre 2005 e 2015, são 322 milhões de pessoas em todo o mundo com diagnóstico de depressão, e maior prevalência entre as mulheres. No Brasil, tem 11,5 milhões de pessoas o que equivale a 5,8% da população.<sup>(2)</sup>

No que diz respeito as mulheres, a gravidez interfere na saúde mental da mulher devido a inúmeras mudanças fisiológicas, emocionais, psicológicas e sociais que ocorrem nesse período, gerando sentimentos de ansiedade, alegria e tristeza e se constitui como fator que pode dificultar o diagnóstico precoce da Depressão Pós-Parto (DPP).<sup>(3)</sup>

Entre os transtornos mentais que mais acometem as mulheres, destaca-se a DPP que ocorre, na maioria dos casos, a partir das primeiras quatro semanas após o parto, alcançando sua intensidade nos seis primeiros meses.<sup>(4)</sup> No entanto, nos estudos publicados com essa temática, observa-se que a avaliação DPP pode ser realizada em períodos diferentes do pós-parto.<sup>(5-7)</sup> A DPP se destaca pelo aumento de sua incidência nas últimas décadas e por sua relevância social e clínica que pode afetar a saúde da mãe e o desenvolvimento do recém-nascido.<sup>(8)</sup>

Dessa forma, a DPP é considerada um problema de saúde pública, com prevalência elevada em puérperas atendidas pela Sistema Único de Saúde.<sup>(9)</sup> Dados da pesquisa "Nascer no Brasil", mostram que em cada quatro mulheres, mais de uma apresenta sintomas de depressão no período de 6 a 18 meses após o nascimento do bebê.<sup>(10)</sup> Essas estimativas se apresentam elevadas em relação ao nível mundial, justificando que os agravos à saúde da mulher, tenham atenção prioritária no âmbito da saúde pública.<sup>(11)</sup>

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatísticos de Transtornos Mentais (DSM-V-TR™) os sintomas para a DPP são os mesmos utilizados para a Depressão Maior, tendo como especificador o pós-parto, desde que ocorra nas primeiras quatro semanas após o nascimento da criança. A DPP é caracterizada, principalmente, por humor deprimido, acentuada falta de interesse ou prazer por certas atividades, fadiga, insônia ou hipersonia, agitação ou retardo psicomotor, sentimento de inutilidade ou culpa excessiva, dentre outros.<sup>(12)</sup>

De acordo com a OMS, a DPP pode estar associada a diversos fatores, não tendo apenas uma única causa. A DPP pode estar associada a fatores físicos, emocionais, estilo e qualidade de vida e histórico de outros transtornos mentais.<sup>(2)</sup> Entre os fatores de risco para o surgimento da DPP já identificados na literatura, ressaltam-se: mães com menor escolaridade, baixa renda, desemprego,<sup>(13-15)</sup> história pregressa de depressão, ausência de suporte social, familiar ou marital, violência doméstica,<sup>(16,17)</sup> dependência de álcool, fumo ou droga.<sup>(18)</sup>

Diante do exposto, o objetivo desse estudo foi identificar a prevalência de sintomas de depressão pós-parto e seus fatores associados em mulheres atendidas em duas maternidades públicas.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo analítico de corte transversal. Participaram dessa pesquisa mulheres acompanhadas em duas maternidades públicas de alta complexidade em São Luís - MA, que atende predominantemente a população de rendas baixa e média. A amostra foi do tipo não probabilística. No cálculo amostral foi considerado uma prevalência de 35% de mulheres no pós-parto com sintomas de depressão no Brasil, considerando o nível de significância ( $\alpha$ ) de 5%, poder de teste de 80%, erro tolerável de 4%, mais 10% de possíveis perdas. Totalizando 146 mulheres no período do pós-parto.

Foram considerados como critérios de inclusão as mulheres no pós-parto residentes da cidade de São Luís - MA e atendidas em duas maternidades públicas de alta complexidade e com capacidade física e cognitiva para responder aos instrumentos de avaliação. Os critérios de exclusão adotados foram: mulheres com transtorno mental severo com impossibilidade de fazer a avaliação.

A coleta de dados foi realizada no período de janeiro a maio de 2018, no momento das consultas de rotina do pós-parto. Foi utilizado dois questionários estruturados, um com variáveis socioeconômicas, demográficas, estilo de vida e clínicas, e outro sobre rastreamento de sintomas de DPP, Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS). Este questionário possui dez itens que avaliam a presença ou intensidade dos sintomas de depressão no puerpério, tendo como referência os sete dias anteriores à entrevista. A Escala de Edimburgo foi desenvolvida na Grã-Bretanha por Cox, Holden e Sagovsky<sup>(19)</sup> e se constitui na primeira escala elaborada para rastrear a depressão pós-parto com respostas do tipo Likert. A escala possui tradução, adaptação e validade no Brasil por Santos, Martins e Pasquali,<sup>(20)</sup> com amostra de mulheres residentes em Brasília-DF e por Cantilino et al,<sup>(21)</sup> com puérperas em Recife-PE.

A análise estatística foi executada no software STATA 15.0 (*Stata Corp College Station, Texas, EUA*); as variáveis qualitativas foram apresentadas por frequências absolutas, relativas e Intervalo de Confiança (IC). A variável desfecho foram os sintomas de DPP, medido através da *Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo* (EPDS), considerando a DPP escore  $\geq 10$  conforme estudo de validação realizado em amostra brasileira.<sup>(20,21)</sup>

Todas as variáveis utilizadas no modelo hierarquizado foram calculadas as taxas de depressão em mulheres no pós-parto. A análise estatística inicial utilizou o teste Qui-quadrado para avaliar a hipótese de homogeneidade e reavaliar os níveis de associações; as variáveis socioeconômicas e demográficas foram analisadas como o nível mais distal. Na análise bivariada os fatores associados foram testados em relação à variável desfecho, com a respectiva razão de prevalência (RP), intervalos de confiança de 95% (IC 95%) e significância estatística ( $p \leq 0,05$ ).

Foi realizada a regressão de Poisson, na análise não ajustada levou-se em consideração a RP das variáveis que apresentaram  $p < 0,20$  e estas variáveis foram selecionadas para inclusão no modelo multivariado, permanecendo no modelo final as que tinham  $p < 0,10$ . O modelo de regressão de Poisson foi utilizado por sua característica de análise de dados, considerando o total de mulheres no pós-parto e sua associação com os sintomas de depressão. Nas variáveis não binárias foi utilizado o Test Parm.

O estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade CEUMA, sob CAAE: 34504114.1.0000.5084 e aprovado em 07 de agosto de 2014, com Parecer nº 743.094, obedecendo a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS), nº 466/12. Todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido.

## RESULTADOS

Das 156 mulheres entrevistadas, 53,4% pertenciam a faixa etária de 18 a 25 anos, com idade média de 28 anos e 72,6% relataram ter cor da pele parda. Quanto as características socioeconômicas, 32,9% eram solteiras e tinham união estável, 65,8% apresentavam mais de 8 anos de estudo e 45,2% tinham renda familiar de menos de um salário mínimo. Em relação a variável idade que iniciou a trabalhar, 79,5% iniciaram depois dos 18 anos e quanto ao número de moradores da casa, 43,8% relataram ter de 4 a 7 pessoas. De acordo com as características clínicas, 17,8% das mulheres eram diabéticas, 20,5% hipertensas e 54,1% tinham sintomas de DPP. Quanto ao estilo de vida, 75,3% não fumavam e 64,4% não praticavam exercício físicos (Tabela 1).

**Tabela 1.** Distribuição das variáveis demográficas, socioeconômicas, clínicas e estilo de vida de mulheres atendidas em duas Maternidades Públicas

Variáveis	n(%)
<b>Idade (anos)</b>	
18-25	78(53,4)
26-34	48(32,9)
35-45	20(13,7)
<b>Raça/Cor</b>	
Branca	18(12,3)
Parda	106(72,6)
Negra	22(15,1)
<b>Estado Civil</b>	
Solteira	48(32,9)
Casada	40(27,4)
Separada	10(6,8)
União estável	48(32,9)
<b>Escolaridade (anos de estudo)</b>	
0 - 4 anos	6(4,1)
5 - 8 anos	44(30,1)
Maior que 8 anos	96(65,8)
<b>Renda Familiar</b>	
Sem renda	30(20,5)
Menos que um salário mínimo	66(45,2)
Maior que um salário mínimo	50(34,3)
<b>Quando iniciou o trabalho</b>	
< 18 anos	30(20,5)
$\geq 18$ anos	116(79,5)
<b>Moradores da casa</b>	
Mora sozinha	4(2,7)
1 a 3 pessoas	62(42,5)
4 a 7 pessoas	64(43,8)
8 a 10 pessoas	8(5,5)
Mais de 10 pessoas	8(5,5)
<b>Diabetes</b>	
Sim	26(17,8)
Não	120(82,2)
<b>Hipertensão</b>	
Sim	30(20,5)
Não	112(76,7)
Não sabe	4(2,8)
<b>Tabagismo</b>	
Sim	36(24,7)
Não	110(75,3)
<b>Exercício físico</b>	
Sim	52(35,6)
Não	94(64,4)
<b>DPP</b>	
Sim	79(54,1)
Não	67(45,9)
Total	146(100,0)

Os sintomas de depressão foram avaliados através da Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo que se encontram descritos na tabela 2. A variável idade ( $p=0,005$ ), raça/cor ( $p=0,050$ ), estado civil ( $p=0,030$ ), escolaridade ( $p=0,050$ ), renda familiar ( $p=0,001$ ), números de moradores da casa ( $p=0,001$ ) e ser hipertensa ( $p=0,040$ ) foram associados aos sintomas de DPP.

Na análise não ajustada, ter idade de 26 a 34 anos (RP: 0,57; IC: 0,38-0,85), ser casada (RP: 0,61; IC: 0,40-0,95), ter escolaridade de 5 a 8 anos (RP: 0,47; IC: 0,34-0,65) e

**Tabela 2.** Distribuição dos sintomas de depressão pós-parto em mulheres atendidas em duas Maternidades Públicas

Variáveis	EDIMBURG		p-value
	Ausente n(%)	Presente n(%)	
Idade (anos)			0,005
18-25	27(40,3)	51(64,5)	
26-34	30(44,8)	18(22,8)	
35-45	10(14,9)	10(12,7)	
Raça/Cor			0,050
Branca	10(14,9)	8(10,1)	
Parda	43(64,2)	63(79,7)	
Negra	14(20,9)	8(10,2)	
Estado Civil			0,030
Solteira	17(25,4)	31(39,2)	
Casada	24(35,8)	16(20,3)	
Separada	2(3,0)	8(10,1)	
União Estável	24(35,8)	24(30,4)	
Escolaridade (anos de estudo)			0,050
0-4anos	-(-)	6(7,6)	
5-8anos	23(34,3)	21(26,6)	
Maior que 8	44(65,7)	52(65,8)	
Renda Familiar			0,001
Sem renda	4(6,0)	26(32,9)	
Menos que 1 salário mínimo	27(40,3)	39(49,4)	
Maior que um salário mínimo	36(53,7)	14(17,7)	
Quando iniciou o trabalho			0,122
Menor que 18 anos	10(14,9)	20(25,3)	
Maior que 18 anos	57(85,1)	59(74,7)	
Moradores da casa			0,005
Mora sozinho	4(5,9)	-(-)	
1 a 3 pessoas	22(32,8)	40(50,6)	
4 a 7 pessoas	36(53,8)	28(35,5)	
8 a 10 pessoas	4(6,0)	4(5,1)	
Mais de 10 pessoas	1(1,5)	7(8,8)	
Diabetes			0,976
Sim	12(17,9)	14(17,7)	
Não	55(82,1)	65(82,3)	
Hipertensão			0,040
Sim	10(14,9)	20(25,3)	
Não	57(85,1)	55(69,6)	
Não sabe	-(-)	4(5,1)	
Tabagismo			0,175
Sim	13(19,4)	23(29,1)	
Não	54(80,6)	56(70,9)	
Exercício físico			0,693
Sim	25(37,3)	27(34,2)	
Não	42(62,7)	52(65,8)	

RP - razão de prevalência; IC - intervalo de confiança

mais de 8 anos de estudo (RP: 0,54; IC: 0,45-0,65), ter renda mensal de menos de um salário mínimo (RP: 0,68; IC: 0,53-0,87) e mais de um salário mínimo (RP: 0,32; IC: 0,20-0,51), começar a trabalhar com mais de 18 anos de idade (RP: 0,76; IC: 0,55-1,04) e não ser hipertensa (RP: 0,73; IC: 0,53-1,01) foram associados aos sintomas de DPP (Tabela 3). Na análise ajustada, ter idade de 26 a 34 anos (RP: 0,60; IC: 0,41-0,89), ter escolaridade de 5 a 8 anos (RP: 0,59; IC: 0,40-0,87), ter renda mensal de menos de um salário mínimo (RP: 0,66; IC: 0,49-0,90) e mais de um salário mínimo (RP: 0,32; IC: 0,20-0,53), começar a trabalhar com mais de 18 anos de idade (RP: 0,76; IC: 0,55-1,04) e não ser

hipertensa (RP: 0,66; IC: 0,48-0,89) foram associados aos sintomas de DPP (Tabela 3).

**Tabela 3.** Análise não ajustada e ajustada dos sintomas de depressão pós-parto em mulheres atendidas em duas Maternidades Públicas

Variáveis	Análise não ajustada			Análise ajustada		
	RP	IC	p-value	RP	IC	p-value
Idade			0,018			0,037
18-25	1	1	-	1	1	-
26-34	0,57	0,38-0,85	0,007	0,60	0,41-0,89	0,012
35-45	0,76	0,47-1,22	0,262	0,97	0,55-1,73	0,943
Raça /cor			0,162	-	-	-
Branca	1	1	-	-	-	-
Parda	1,33	0,77-2,29	0,293	-	-	-
Negra	0,81	0,38-1,74	0,604	-	-	-
Estado civil			0,021			0,158
Solteira	1	1	-	1	1	-
Casada	0,61	0,40-0,95	0,031	0,75	0,49-1,14	0,193
Separada	1,23	0,85-1,80	0,264	1,39	0,91-2,12	0,122
União estável	0,77	0,54-1,10	0,156	0,97	0,74-1,28	0,870
Escolaridade			0,001			0,005
0-4anos	1	1	-	1	1	-
5-8anos	0,47	0,34-0,65	0,001	0,59	0,40-0,87	0,008
Maior que 8	0,54	0,45-0,65	0,001	1,01	0,73-1,38	0,939
Renda familiar			0,001			0,001
Sem renda	1	1	-	1	1	-
Menos que 1 salário mínimo	0,68	0,53-0,87	0,002	0,66	0,49-0,90	0,010
Maior que um salário mínimo	0,32	0,20-0,51	0,001	0,32	0,20-0,53	0,001
Quando iniciou o trabalho			0,088			-
Menor que 18 anos	1	1	-	1	1	-
Maior que 18 anos	0,76	0,55-1,04	0,088	1,26	0,92-1,73	0,136
Moradores de casa			0,001			0,001
Mora sozinho	1	1	-	1	1	-
1 a 3 pessoas	0,19	0,34-0,60	0,001	0,83	0,30-0,23	0,001
4 a 7 pessoas	0,12	0,55-0,77	0,001	0,59	0,20-0,16	0,68
8 a 10 pessoas	0,14	0,82-1,15	0,001	0,64	0,18-0,22	0,001
Mais de 10 pessoas	0,25	0,91-0,73	0,001	0,1	0,33-0,29	0,001
Hipertensão			0,001			0,010
Sim	1	1	-	1	1	-
Não	0,73	0,53-1,01	0,058	0,66	0,48-0,89	0,007
Não sabe	1,5	1,16-1,93	0,002	0,96	0,64-1,43	0,850
Tabagismo			0,147	-	-	-
Sim	1	1	-	-	-	-
Não	0,79	0,58-1,08	0,148	-	-	-

RP - razão de prevalência; IC - intervalo de confiança; p-value ≤ 0,05

## DISCUSSÃO

O presente estudo encontrou uma alta prevalência de puérperas com sintomas de DPP. Analisando-se os fatores associados, ter idade de 26 a 34 anos, escolaridade de 5 a 8 anos, renda mensal de menos de um salário mínimo e mais de um salário mínimo e não ser hipertensa foram fatores protetores aos sintomas de DPP, enquanto começar a trabalhar com mais de 18 anos de idade foi considerado fator de risco.

A prevalência de sintomas de DPP encontrada neste estudo é maior, comparada a outros estudos brasileiros, incluindo os estudos de base populacional, os quais apresentam



discrepância que variam entre 5% a 39,4%.<sup>(5-7,12)</sup> A diferença entre os resultados encontrados pode ser explicada devido as variações das culturas das regiões estudadas, os critérios utilizados no diagnóstico e o tipo de questionário aplicado, o período de tempo analisado e a população que compõe a amostra.

A gravidez pode gerar inúmeros transtornos do humor, em particular a depressão, na qual a maioria das mulheres que pertencem a classe média e baixa, encontram a maternidade alguma vivência de sofrimento psíquico, físico e social no pós-parto com sintomas acentuados de tristeza e diminuição da capacidade de sentir prazer.<sup>(22)</sup> Esses sintomas também podem ser decorrentes de um diagnóstico prévio antes da gestação, Ghaedrahmati et al<sup>(23)</sup> realizaram uma revisão de literatura com artigos publicados no ano de 2000 a 2015 e encontraram que o diagnóstico de depressão em fases anteriores da vida estava entre os fatores associados à DPP. Outros fatores psicossociais, como nutrizes com histórico familiar de depressão também estão associados a DPP.<sup>(6)</sup>

Quanto aos fatores demográficos, ter idade 26 a 34 anos foi fator de proteção a DPP no presente estudo, dados semelhantes foi encontrado por Hartmann, Mendoza-Sassi e Cesar,<sup>(6)</sup> em estudo realizado com 2.687 puérperas no pós-parto imediato em um município de médio porte localizado no extremo Sul do Brasil, o qual encontraram que mulheres com 30 anos ou mais era fator de proteção a DPP. Freitas, Silva e Barbosa<sup>(24)</sup> realizaram uma revisão integrativa da literatura e apontaram que quanto menor a idade maior o risco de ter DPP. Mães adolescentes dispõem de menor rede de suporte social e parecem ter maior prevalência de depressão puerperal do que mães adultas.<sup>(25)</sup>

No que diz respeito a escolaridade, identificou-se que ter de 5 a 8 anos de estudo foi fator de proteção a DPP. Porém, esses dados vão contra ao descrito na literatura. Uma pesquisa realizada em uma maternidade de referência as gestantes de risco na cidade de Ponta Grossa - Paraná, encontrou que quanto maior o nível de escolaridade, menor o risco de desenvolver DPP.<sup>(26)</sup> Outros estudos também apontam que quanto maior o número completo de anos de estudos, maior é a proteção para a DPP.<sup>(13,14)</sup> Ressalta-se que o nível de escolaridade é um importante marcador a ser investigado, pois representa um indicador social relacionado a condições ambientais que podem influenciar os desfechos neonatais<sup>(27)</sup> e esses desfechos ainda podem ser intensificado com o diagnóstico de DPP.

Em relação a renda familiar, identificamos que a baixa renda foi associada a DPP no presente estudo. Dados similar aos resultados apresentados por outros estudos

realizados no Brasil.<sup>(14,28)</sup> A pesquisa intitulada Nascer no Brasil, entrevistou 23.894 mulheres no período de 6 a 18 meses após o nascimento da criança e investigou a prevalência de DPP e seus fatores associados usando a Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo, identificou a baixa renda como fator de risco a DPP.<sup>(10)</sup> Carlesso, Moraes e Sousa<sup>(29)</sup> em pesquisa realizada em Hospital Escola, encontraram que a baixa renda influenciou significativamente no aparecimento da DPP. Por meio desses dados, percebe-se que a DPP é fortemente associada às precárias condições socioeconômicas e níveis de pobreza, reforçando a assertiva que a elevada prevalência de sintomas de DPP encontrada, se traduz como problema grave de saúde pública.

A maior prevalência de DPP está associada com mulheres de baixo poder aquisitivo atendidas pelos serviços públicos de saúde, esses resultados demonstram que as puérperas necessitam de mais atenção nos atendimentos nos serviços públicos de saúde.<sup>(11)</sup> É imprescindível a oferta de uma atenção integral à saúde da mulher, com ações de prevenção e promoção, visando minimizar o aparecimento da depressão materna e seus possíveis efeitos sobre a relação da mãe-bebê neste período tão delicado que é o pós-parto.<sup>(29)</sup>

Outro achado relevante encontrado no presente estudo foi o fato da puérpera não ter o diagnóstico de hipertensão ser fator protetor aos sintomas de DPP. Estudo sobre essa temática mostra que mulheres que tiveram alguma complicação clínica durante gravidez tiveram maior risco de desenvolver sintomas de DPP.<sup>(30)</sup> A hipertensão arterial durante a gestação é uma das principais complicações clínicas que ocorrem no ciclo gravídico puerperal, resultando em elevadas taxas de morbidade, sendo considerada a maior causa de morte materna perinatal.<sup>(31,32)</sup>

O presente estudo também apontou que começar a trabalhar com mais de 18 anos de idade foi considerado fator de risco. A inserção da mulher no mercado de trabalho e as extensas jornadas dedicadas a vida profissional constituem fatores limitantes à realização de ações dos cuidados puerperais, principalmente quando se trata de famílias com condições socioeconômicas desfavoráveis.<sup>(33)</sup> No período do puerpério a mulher que trabalha fora de casa pode apresentar sentimento de vulnerabilidade como angústia medo, insegurança e tristeza,<sup>(34)</sup> sendo um fator de risco a DPP.

Pawar, Christine e Dwenda<sup>(35)</sup> ressaltam que há uma fragilidade dos serviços de saúde na assistência do período gravídico puerperal em relação as questões psicológicas e emocionais, já que estes fatores contribuem de maneira significativa no impacto da saúde da puérpera e dos seus filhos. Os autores ainda chamam atenção para a necessidade

de um olhar mais atento da equipe de saúde com relação a esses aspectos, destacando a possibilidade de inclusão do psicólogo nos serviços de saúde tanto nas unidades básicas de saúde quanto nos hospitais e maternidades.

O presente estudo apresenta algumas limitações, o instrumento utilizado nesta pesquisa foi o teste de rastreio que avalia os sintomas de DPP, o qual não é suficiente para fechar um diagnóstico, demonstrando a necessidade de uma avaliação clínica mais cuidadosa. No entanto, vários estudos já publicados utilizaram este instrumento com o objetivo de estudar os sintomas de DPP. Um outro aspecto a ser considerado, foi que nós não investigamos as variáveis reprodutivas, história pregressa de depressão e apoio social, variáveis que a literatura aponta como fatores de riscos no desenvolvimento da DPP, porém, na nossa análise utilizamos as variáveis socioeconômicas, demográficas, estilo de vida e clínicas que nos permitiu verificar vários fatores associados aos sintomas de DPP.

O estudo ressalta a importância de se conhecer os fatores associados aos sintomas de DPP já que estes fatores estão presentes nas mulheres atendidas no sistema único de saúde. Além de destacar que o cuidado com o estado emocional no puerpério e pós-parto são fundamentais não somente em nortear medidas preventivas, mas também, na elaboração de pesquisas que possibilitem uma discussão científica sobre esta temática.

## CONCLUSÃO

Os achados deste estudo apontam para uma alta prevalência de DPP em mulheres atendidas em duas maternidades públicas. O percentual de DPP encontrado neste estudo, foi mais elevado que os descritos em estudos similares realizados no Brasil. Adicionalmente, os dados também mostram os fatores que foram associados a DPP, como idade de 26 a 34 anos, escolaridade de 5 a 8 anos, renda mensal de menos de um salário mínimo e mais de um salário mínimo e não ser hipertensa e começar a trabalhar com mais de 18 anos de idade. Diante do exposto é perceptível a fragilidade nos serviços prestados as gestantes durante o puerpério, principalmente nos aspectos psicoafetivos e emocionais, necessitando de um olhar diferenciado pela equipe de saúde nos fatores que estão associados aos sintomas de DPP nas puérperas.

## Contribuições

Concepção e/ou desenho do estudo: Mendonça FMA, Barbosa JMA, Firmo WCA; Coleta, análise e interpretação dos dados: Mendonça FMA, Costa SMR, Dantas JMC, Batista MRV, Rodrigues CN, Barbosa JMA; Redação e/ou revisão crítica do manuscrito: Mendonça FMA, Rêgo AS, Firmo WCA; Aprovação da versão final a ser publicada: Mendonça FMA, Barbosa JMA, Firmo WCA, Costa SMR, Dantas JMC, Batista MRV, Rodrigues CN, Rêgo AS.

## REFERÊNCIAS

1. Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Folha informativa - Depressão preventable. Brasília (DF): OPAS; 2018 [citado 2021 Out 30]. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5635:folha-informativa-depressao&Itemid=1095](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5635:folha-informativa-depressao&Itemid=1095)
2. Brasil. Ministério da Saúde. Depressão pós-parto: causas, sintomas, tratamento, diagnóstico e prevenção. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017 [citado 2018 Fev 12]. Disponível em: <https://saude.gov.br/saude-de-a-z/saude-mental/depressao-posparto>
3. Cardillo VA, Oliveira LC, Monteiro JC, Gomes-Sponholz FA. Identificação de sintomas depressivos no período pós-parto em mães adolescentes. *Rev Eletr Enf*. 2016;18:e1149.
4. Craig M, Howard L. Postnatal depression. *BMJ Clin Evid*. 2009;01:1407.
5. Poles MM, Carvalheira AP, Carvalhaes MA, Lima CM. Sintomas depressivos maternos no puerpério imediato: fatores associados. *Acta Paul Enferm*. 2018; 31(4):351-8.
6. Hartmann JM, Mendoza-Sassi RA, Cesar JA. Depressão entre puérperas: prevalência e fatores associados. *Cad Saude Publica*. 2017;33(9):e00094016.
7. 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): 41-5.
8. Felipe RP. Análise do efeito da depressão pós-parto na interação mãe - bebê via categorias comportamentais e estilos de interação materna [tese]. Universidade de São Paulo; 2009.
9. Araújo IS, Aquino KS, Fagundes LK, Santos VC. Postpartum depression: epidemiological clinical profile of patients attended in a reference public maternity in Salvador-BA. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2019;41(3):155-63.
10. Theme Filha MM, Ayers S, Gama SG, Leal MC. Factors associated with postpartum depressive symptomatology in Brazil: The Birth in Brazil National Research Study, 2011/2012. *J Affect Disord*. 2016;194:159-67.
11. Lobato G, Moraes CL, Reichenheim ME. Magnitude da depressão pós-parto no Brasil: uma revisão sistemática. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2011;11:369-79.
12. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-V). Arlington (VA): APA; 2013.
13. Chang HP, Chen JY, Huang YH, Tyan JY, Yeh CJ, Su PH, et al. Prevalence and factors associated with depressive symptoms in mothers with infants or toddlers. *Pediatr Neonatol*. 2014;55(6):470-9.
14. Atif N, Lovell K, Rahman A. Maternal mental health: the missing "m" in the global maternal and child health agenda. *Semin Perinatol*. 2015;39(5):345-52.

15. Silva CS, Lima MC, Serqueira-de-Andrade LA, Oliveira JS, Monteiro JS, Lima NM, et al. Associação entre a depressão pós-parto e a prática do aleitamento materno exclusivo nos três primeiros meses de vida. *J Pediatra*. 2017;93(4):356-64.
16. Islam MJ, Broidy L, Baird K, Mazerolle P. Intimate partner violence around the time of pregnancy and postpartum depression: the experience of women of Bangladesh. *Plos One*. 2017;12(5):e0176211.
17. Lima MO, Tsunehiro MA, Bonadio IC, Murata M. Sintomas depressivos na gestação e fatores associados: estudo longitudinal. *Acta Paul Enferm*. 2017;30(1):39-46.
18. Rubio DM, Kraemer KL, Farrell MH, Day NL. Factors associated with alcohol use, depression, and their co-occurrence during pregnancy. *Alcohol Clin Exp Res*. 2008;32(9):1543-51.
19. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression - development of the 10-item. *Edinburgh Postnatal Depression Scale*. *Br J Psychiatry*. 1987;150:782-6.
20. Santos MF, Martins FC, Pasquali L. Escala de auto-avaliação de depressão pós-parto: estudo no Brasil. *Rev Psiquiatr Clín*. 1999;26(2):90-5.
21. Cantilino A, Sougey EB, Maia A, Albuquerque C, Cantilino G. Validação da escala de depressão pós-parto de Edinburgo (versão em português) no Nordeste do Brasil. In: *Psiquiatria AB ed, XXI Congresso Brasileiro de Psiquiatria*. Goiânia; 2003.
22. Arrais AR, Araujo TC, Schiavo RA. Fatores de risco e proteção associados à depressão pós-parto no pré-natal psicológico. *Psicol Cienc Prof*. 2018;38(4):711-29.
23. Ghaedrahmati M, Kazemi A, Kheirabadi G, Ebrahimi A, Bahrami M. Postpartum depression risk factors: A narrative review. *J Educ Health Promot*. 2017;6:60.
24. Freitas ME, Fagner PS, Luciene RB. Análise dos fatores de risco associados à depressão pós-parto: revisão integrativa. *Rev Aten Saúde*. 2016;14(48):99-105.
25. Brown JD, Harris SK, Woods ER, Buman MP, Cox JE. Longitudinal study of depressive symptoms and social support in adolescent mothers. *Matern Child Health J*. 2011;16(4):894-901.
26. Lima NC, Ravelli AP, Messias LS, Skupie SV. Depressão pós-parto baseada na escala de Edimburgo. *Rev Conex UEPG*. 2016;12(2):268-77.
27. Andrade CL, Szwarcwald CL, Gama SG, Leal MC. Desigualdades sócio-econômicas do baixo peso ao nascer e da mortalidade perinatal no município do Rio de Janeiro, 2001. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(Sup 1):S44-S51.
28. Silva MA, Demitto M, Agnolo C, Torres M, Carvalho M, Pelloso S. Tristeza materna em puérperas e fatores associados. *Rev Port Enferm Saúde Mental*. 2017;18:8-13.
29. Carlesso JP, Moraes AB, Souza AP. Depressão materna e fatores de risco associados. *Res Soc Dev*. 2019;8(3):1-13.
30. Benute GR, Nomura RM, Reis JS, Fraguas R, Souza LC, Zugaib M. Depression during pregnancy in women with a medical disorder: risk factors and perinatal outcomes. *Clinics*. 2010;65(11):1127-31.
31. Townsend R, O'Brien P, Khalil A. Current best practice in the management of hypertensive disorders in pregnancy. *Integr Blood Press Control*. 2016;9:79-94.
32. Teles PA, Costa EM, Panobianco MS, Gozzo TO, Paterra TS, Nunes LC. Diagnósticos de enfermagem mais prevalentes em gestantes de alto risco. *Enferm Foco*. 2019;10(3):119-25.
33. Silva ET, Botti, NC. Depressão Puerperal: uma revisão de literatura. *Rev Eletr Enf*. 2005;7(2):231-8.
34. Krause LI. Mulher, trabalho e maternidade: demandas no retorno da licença-maternidade [dissertação]. Pelotas: Universidade Católica de Pelotas; 2017.
35. Pawar G, Wetzker C, Gjerdingen D. Prevalence of depressive symptoms in the immediate postpartum period. *J Am Board Fam Med*. 2011;24:258-61.

# PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À FRAGILIDADE EM IDOSOS

PREVALENCE AND FACTORS ASSOCIATED WITH FRAILTY IN THE ELDERLY

PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS CON LA FRAGILIDAD EN LOS ANCIANOS

Yanne Jannine Gomes Araújo Morais<sup>1</sup>

Williane Venâncio Coelho<sup>1</sup>

Keylla Talitha Fernandes Barbosa<sup>1</sup>

Natália Pessoa da Rocha Leal<sup>1</sup>

Fabiana Maria Rodrigues Lopes de Oliveira<sup>1</sup>

(<http://orcid.org/0000-0002-6855-8778>)

(<http://orcid.org/0000-0002-4619-108X>)

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

(<http://orcid.org/0000-0001-6404-5580>)

(<http://orcid.org/0000-0002-5966-232X>)

## Descritores

Assistência de enfermagem;  
Fragilidade; Saúde do idoso;  
Assistência ambulatorial

## Descriptors

Nursing care; Fragility; Health of the  
elderly; Ambulatory care

## Descriptores

Atención de enfermería; Fragilidad;  
Salud del anciano; Atención  
ambulatoria

## Submetido

8 de Agosto de 2020

## Aceito

31 de Maio de 2021

## Conflitos de Interesse:

nada a declarar.

## Autor correspondente

Yanne Jannine Gomes Araújo  
Morais

E-mail: [jannine\\_yanne@hotmail.com](mailto:jannine_yanne@hotmail.com)

## RESUMO

**Objetivo:** Investigar a prevalência e os fatores associados à fragilidade em idosos em atendimento ambulatorial.

**Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo, do tipo transversal com abordagem quantitativa, com 100 idosos. Para tanto, utilizou-se um instrumento estruturado, contendo questões relacionadas às características sociodemográficas e clínicas; e a Escala de Fragilidade de Edmonton (EFS). A análise de dados foi realizada por meio da estatística descritiva, com análise de natureza univariada para todas as variáveis e testes Qui-quadrado e t de Student.

**Resultados:** Entre os idosos, 34% apresentaram fragilidade leve e 27% eram, aparentemente, vulneráveis. Evidenciou-se as relações entre fragilidade, polifarmácia, idade avançada e baixa escolaridade.

**Conclusão:** A maioria dos idosos apresentou fragilidade leve. Houve relação entre fragilidade leve e idade avançada, baixa escolaridade e polifarmácia.

## ABSTRACT

**Objective:** To investigate the prevalence and factors associated with frailty in the elderly in outpatient care.

**Methods:** This is a descriptive, cross-sectional study with a quantitative approach, involving 100 elderly people. For this, a structured instrument was used, containing questions related to sociodemographic and clinical characteristics; and the Edmonton Frailty Scale (EFS). Data analysis was performed using descriptive statistics, with univariate analysis for all variables and Chi-square and Student's t tests.

**Results:** Among the elderly, 34% had mild frailty and 27% were apparently vulnerable. The relationship between frailty, polypharmacy, advanced age and low education was evidenced.

**Conclusion:** The majority of the elderly had mild frailty. There was a relationship between mild frailty and advanced age, low education and polypharmacy.

## RESUMEN

**Objetivo:** Investigar la prevalencia y factores asociados a la fragilidad en ancianos en atención ambulatoria.

**Métodos:** Se trata de un estudio descriptivo, transversal, con abordaje cuantitativo, que involucró a 100 personas mayores. Para ello, se utilizó un instrumento estructurado, que contiene preguntas relacionadas con características sociodemográficas y clínicas; y la Escala de fragilidad de Edmonton (EFS). El análisis de los datos se realizó mediante estadística descriptiva, con análisis univariante para todas las variables y pruebas de Chi-cuadrado y t de Student.

**Resultados:** Entre los ancianos, el 34% tenía fragilidad leve y el 27% aparentemente vulnerable. Se evidenció la relación entre fragilidad, polifarmacia, edad avanzada y baja escolaridad.

**Conclusión:** La mayoría de los ancianos presentaba una leve fragilidad. Existió relación entre fragilidad leve y edad avanzada, bajo nivel educativo y polifarmacia.

<sup>1</sup>Centro Universitário de João Pessoa, João Pessoa, PB, Brasil.

## Como citar:

Morais YJ, Coelho WV, Barbosa KT, Leal NP, Oliveira FM. Prevalência e fatores associados à fragilidade em idosos. *Enferm Foco*. 2021;12(5):860-5.

**DOI:** <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n5.3752>

## INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional teve início no final do século XIX e se estendeu, de modo acelerado, nos últimos anos, sendo possível observar uma transformação na pirâmide etária, caracterizada pelo aumento significativo de pessoas idosas, vinculada ao avanço da expectativa de vida desta população.<sup>(1)</sup>

O processo de envelhecimento humano é multifatorial e progressivo em todas as suas dimensões, sejam elas biológica, psicológica, socioeconômica, cultural ou espiritual. Os idosos possuem características distintas quando comparados às demais faixas etárias, fazendo com que a sua avaliação de saúde seja mais ampla e multidisciplinar, pois abrange processos funcionais, cognitivos, psíquicos, nutricionais e sociais, aprimorando a assistência e, assim, valoriza-se a autonomia e independência no ambiente em que vivem.<sup>(2)</sup>

Nesse contexto, é inerente da senescência o surgimento de síndromes, as quais podem ser evidenciadas como resultado do declínio gradual do processo metabólico celular, interferindo em todos os sistemas orgânicos e que contribui para um decréscimo na capacidade de tolerar fatores estressores, aumentando o risco de ocorrência de desfechos variados. Assim, surge a fragilidade como uma síndrome clínica que gera um estado de vulnerabilidade ao idoso, relacionada à diminuição da força, da resistência e da função fisiológica, e aumentando o risco de sofrerem situações adversas como quedas, traumas, infecções, diminuição capacidade funcional, além de pressão arterial instável e do desenvolvimento de maior dependência.<sup>(3)</sup>

A identificação, avaliação e tratamento de pessoas idosas frágeis tendem a ser o foco da atenção em geriatria e gerontologia. Essa condição é altamente prevalente entre os idosos longevos, grupo que cresce mais rapidamente na população idosa. O cuidado voltado aos idosos e a prevenção da síndrome da fragilidade estão interligados com a formação de profissionais capacitados, reconhecendo que o cuidado dispensado a esse grupo requer habilidades especiais, além de maior tempo de intervenção.<sup>(3)</sup>

Diante desse contexto, o enfermeiro deve conhecer cada vez mais o processo de envelhecimento e buscar estratégias que possam promover a autonomia e independência do idoso, através da prestação de um cuidado individualizado, especialmente àqueles com fragilidade ou que estejam em risco para desenvolvê-la. Para isso, faz-se necessário utilizar ferramentas que avaliem o estado de saúde dessa população, subsidiando cuidados futuros.<sup>(4)</sup>

Assim, torna-se imprescindível investigar acerca da prevalência da fragilidade em idosos, bem como as

características sociodemográficas e clínicas daqueles que são frágeis, contribuindo com evidências que possam subsidiar as práticas de prevenção e promoção à saúde nessa faixa etária.

Para nortear esta pesquisa foram elaborados os seguintes questionamentos: qual a prevalência da fragilidade em idosos, em atendimento ambulatorial, no município de João Pessoa, Paraíba? Quais são as características sociodemográficas e clínicas dos idosos classificados como frágeis? Para responder tais questionamentos, foi elencado o seguinte objetivo para o estudo: Investigar a prevalência e os fatores associados à fragilidade em idosos em atendimento ambulatorial.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo transversal com abordagem quantitativa, realizado no período de dezembro de 2019 a janeiro de 2020, em uma policlínica de atenção integral a saúde do idoso, localizada no município de João Pessoa, Paraíba.

A população do estudo foi composta por idosos atendidos na policlínica. Foram incluídos no estudo pessoas de ambos os sexos, com idade mínima de 60 anos. Foram excluídos da pesquisa àqueles que tiveram dificuldades na comunicação, comprometendo a execução da entrevista ou idade inferior a 60 anos.

A determinação da amostra foi do tipo probabilística, por meio da técnica de amostragem simples. A seleção dos indivíduos foi pela verificação, junto ao serviço, do quantitativo de idosos atendidos nos últimos seis meses. Com isso, a amostra foi delimitada considerando a seguinte fórmula:  $n = Z^2 PQ/d^2$ , sendo  $n$  = tamanho amostral mínimo;  $Z$  = variável reduzida;  $P$  = probabilidade de encontrar o fenômeno estudado;  $Q = 1-P$ ;  $d$  = precisão desejada. Adotou-se  $p = 50\%$ , por se tratar de uma avaliação multidimensional, e parâmetro de erro amostral de 5%. Após aplicação de tais critérios, 100 idosos compuseram a amostra final.

A coleta dos dados foi realizada por meio de entrevista, subsidiada por um instrumento padronizado, contemplando questões referentes à caracterização sociodemográfica e clínica, e pela escala de fragilidade proposta por Rolfson,<sup>(5)</sup> a *Edmonton Frail Scale* (EFS), validada para a realidade brasileira.

A EFS observa e avalia nove domínios: cognição, estado geral de saúde, independência funcional, suporte social, uso de medicamentos, nutrição, humor, continência e desempenho funcional, investigados por 11 itens. A pontuação máxima da escala é 17, a qual identifica o nível mais alto de fragilidade. Os escores são: 0-4 não apresenta fragilidade;



5-6 aparentemente vulnerável; 7-8 fragilidade leve; 9-10 fragilidade moderada; 11 ou mais fragilidade severa.<sup>(5)</sup>

A análise dos dados foi executada por meio de abordagem quantitativa, por meio da estatística descritiva de natureza univariada para todas as variáveis, englobando medidas de posição, frequência e dispersão. Para equiparar as principais variáveis categóricas, foi utilizado o Teste do Qui-quadrado e para comparação das médias com as demais variáveis, foi utilizado o teste T Student, de acordo com os objetivos do estudo. Para isto, foi necessário incluir os dados no sistema computacional *Statistical Package for the Social Sciences* - SPSS versão 20.0.

Durante todo o processo de realização da pesquisa, foram adotados os aspectos éticos que normatizam a pesquisa envolvendo seres humanos e o estudo foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário de João Pessoa, sob Certificado de Apresentação de Apreciação Ética nº 23212919.0.0000.5176.

## RESULTADOS

No presente estudo, prevaleceram idosos do sexo feminino (70,0%), com faixa etária entre 70 - 74 anos (31,0%), e média de 70,8 (DP ± 6,0). A maioria era casada ou tinha união estável (44,0%) e, em relação à raça, 38,0% autorreferiram cor preta; 92,0% frequentaram a escola, predominantemente por até cinco anos (32,0%). Ainda, 76,0% mencionaram receber um salário mínimo como renda mensal individual e 50,0% relataram renda familiar de dois salários mínimos; 84,0% moravam com familiares (Tabela 1).

De acordo com os aspectos relacionados à saúde, 89,0% relataram sentir-se satisfeito com sua saúde, e 94,0% mencionaram possuir pelo menos um diagnóstico médico, dentre os quais destacaram-se Hipertensão arterial (61,0%), Diabetes mellitus (35,0%) e Osteoporose (27,0%) (Tabela 2). No que se refere a quantidade de medicamentos utilizados diariamente, 52,0% utilizavam de 1-3; 24,0% de 3-5; 15,0% mais de cinco e 9,0% referiram não utilizar medicamentos todos os dias (dados não apresentados em tabela).

Após aplicação da Escala de Edmonton, observou-se predominância da fragilidade leve (34,0%), seguida de aparentemente frágeis (27,0%) e não frágeis (23,0%). Ainda, foram realizados os testes de associação Qui-quadrado de Pearson, no qual identificou relação estatisticamente significativa entre fragilidade leve e estarem na faixa etária entre 75 -79 anos ( $p \leq 0,005$ ). Por conseguinte, ao comparar as médias através do teste T Student foi observado significância estatística entre a presença de fragilidade e as variáveis: polifarmácia (consumo de cinco ou mais

**Tabela 1.** Distribuição dos idosos, segundo variáveis sociodemográficas (n= 100)

Variáveis	n(%)
<b>Sexo</b>	
Feminino	70(70,0)
Masculino	30(30,0)
<b>Idade</b>	
60 a 64 anos	17(17,0)
65 a 69 anos	23(23,0)
70 a 74 anos	31(31,0)
75 a 79 anos	20(20,0)
>80 anos	9(9,0)
<b>Estado civil</b>	
Casado/União Estável	44(44,0)
Viúvo (a)	31(31,0)
Separado (a)	16(16,0)
Solteiro (a)	9(9,0)
<b>Cor</b>	
Preta	38(38,0)
Branca	31(31,0)
Parda	25(25,0)
Amarela	6(6,0)
<b>Frequentou a escola</b>	
Sim	92(92,0)
Não	8(8,0)
<b>Escolaridade em anos de estudo</b>	
Analfabeto	11(11,0)
Até 5 anos	32(32,0)
5 a 10 anos	30(30,0)
11 a 14 anos	5(5,0)
15 anos ou mais	22(22,0)
<b>Renda do idoso*</b>	
1 salário	76(76,0)
2 salários	19(19,0)
3 salários ou mais	4(4,0)
Não possui	1(1,0)
<b>Renda da família*</b>	
1 salário	35(35,0)
2 salários	50(50,0)
3 salários ou mais	15(15,0)
<b>Moradia</b>	
Com familiares	84(84,0)
Sozinho	13(13,0)
Não informado	3(3,0)

\*Salário mínimo: R\$ 1.039,00

**Tabela 2.** Distribuição da amostra, segundo morbididades autorreferidas (n=100)

Doenças*	n(%)
Hipertensão arterial	61(61,0)
Diabetes mellitus	35(35,0)
Osteoporose	27(27,0)
Artrose/Artrite	24(24,0)
Hérnia de disco	10(10,0)
Hipercolesterolemia	7(7,0)
Catarata	6(6,0)
Glaucoma	5(5,0)
Alzheimer	5(5,0)
Depressão	4(4,0)

\* Possibilidade de mais de uma resposta

medicamentos ao dia) ( $p = 0,012$ ); baixa escolaridade (zero a cinco anos de estudo) ( $p = 0,027$ ) e idade avançada (72,16, DP = 6,2;  $p = 0,022$ ).

## DISCUSSÃO

A primeira seção do estudo abordou características socio-demográficas e clínicas da população envolvida na pesquisa, tendo como resultado o predomínio de idosos do sexo feminino, semelhante aos achados de análise realizada com 394 idosos, em atendimento ambulatorial em Minas Gerais, que observou que 67% dos investigados eram mulheres.<sup>(1)</sup>

Corroborando este resultado, uma revisão sistemática realizada na América do Norte, Europa, Ásia e Austrália, encontrou uma amostra com representatividade feminina que variou entre 51,8% e 85,4% dos entrevistados.<sup>(6)</sup>

Este predomínio de idosos do sexo feminino decorre do processo de feminilização do envelhecimento e pode ser explicado pelas diferenças entre os sexos, que influenciam diretamente nos perfis de morbimortalidade, uma vez que as mulheres estão menos expostas aos riscos ocupacionais, consomem menor quantidade de álcool e tabaco, buscam os serviços de saúde com maior frequência, participam mais ativamente de atividades sociais e possuem menor taxa de morte por causas externas, quando comparadas ao sexo masculino.<sup>(7)</sup>

No que se refere à faixa etária, os dados apresentados nesta investigação sugerem que o incremento da idade está associado estatisticamente com maiores níveis de fragilização. Estudo realizado com 52 idosos em atendimento ambulatorial, encontrou média de idade de 71,8 anos (DP = 4,903) naqueles considerados frágeis.<sup>(8)</sup> A crescente expectativa de vida da população e o acelerado processo de envelhecimento populacional repercutem no aumento significativo de pessoas frágeis, e com isso, relaciona-se às modificações e ao declínio de múltiplos sistemas, que podem se refletir em danos acumulados à saúde e na funcionalidade do indivíduo idoso.<sup>(2)</sup>

Conseqüentemente, há predomínio de idosos casados ou em união estável e, associado a isto, maioria refere morar com familiares, semelhante ao estudo desenvolvido em Portugal, o qual avaliou a fragilidade em 339 idosos, dentre os quais 82% eram casados e residiam com familiares.<sup>(9)</sup> Isto pode estar atrelado ao fato de ser um estudo realizado a nível ambulatorial, com predomínio de idosos sem fragilidade, além de serem indivíduos que viveram em épocas cujo número de divórcio era menor devido aos valores impostos pela sociedade.<sup>(10)</sup>

Neste estudo, um maior número de pessoas autodeclara raça negra, semelhante a uma pesquisa cujo objetivo foi associar a fragilidade com perfil de idosos, identificando associação significativa entre a síndrome e raça/etnia ( $p = 0,0284$ ). A raça negra é indicador de baixo nível socioeconômico e de saúde deficiente, associada ao alto risco de

mortalidade, tornando-se fatores contribuintes para a instalação da síndrome de maneira direta ou indireta, além de haver uma suposição indicando que a raça negra possua marcador genético influente quanto ao surgimento da fragilidade.<sup>(11)</sup>

Neste contexto, outro aspecto social relevante é a baixa escolaridade, comum na população idosa e destacou-se no presente estudo como variável estatisticamente relacionada à fragilidade. Outros estudos desenvolvidos a nível ambulatorial apontam resultados semelhantes, além de estar associada à baixa renda do idoso e da sua família, tanto na presente investigação quanto em outras que abordam a mesma temática, o que pode ser justificado pelo fato de que na época em que esses idosos podiam estudar, não havia a inserção da mulher no mercado de trabalho e ela era criada para ser do lar.<sup>(2,4,12-14)</sup>

Sendo assim, tanto a raça negra, quanto a baixa escolaridade e a diminuição da renda são fatores que desvelam maior exclusão social resultando em aumento da vulnerabilidade para eventos adversos à saúde, a exemplo da fragilidade. Neste contexto, quanto menor a escolaridade e a renda (individual ou familiar) maior será o risco do idoso tornar-se frágil, reduzindo o acesso às informações de saúde para manter um comportamento saudável e a conscientização acerca de práticas que maximizam o risco para fragilidade.<sup>(11)</sup>

No tocante à caracterização clínica dos idosos, maioria mencionou possuir pelo menos um diagnóstico médico, dentre os quais destacaram-se a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM). Corroborando isso, estudo realizado com 822 idosos em atendimento ambulatorial, identificou que 70,36% eram hipertensos e 33,99% eram diabéticos.<sup>(5)</sup>

A HAS é uma condição clínica multifatorial e caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial, frequentemente associa-se a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) que contribuem para o processo de fragilização do idoso. Já a relação da DM com a síndrome da fragilidade justifica-se pela sarcopenia devido à resistência à insulina, infiltração de tecido adiposo na musculatura, elevação dos níveis de citocinas pró-inflamatórias e diminuição de unidades motoras que, juntos, constroem um cenário fisiopatológico ideal para o desencadeamento da síndrome.<sup>(15)</sup>

Ainda, há significativa prevalência de osteoporose nos entrevistados, sugerindo que a saúde óssea prejudicada pode agir como fator de risco para a fragilidade. Investigação desenvolvida no estado do Rio Grande do

Norte, evidenciou que 63% dos 99 participantes tinham o mesmo diagnóstico.<sup>(14)</sup> No Brasil, são responsáveis pela redução de desempenho físico e aumento do número de quedas e fraturas, contribuindo para perda da autonomia e maior dependência para as atividades e aumento da fragilidade.<sup>(6)</sup>

Houve relevância estatística significativa encontrada entre fragilidade e polifarmácia, definida como consumo de cinco ou mais medicamentos ao dia, corroborando com um estudo cujo objetivo foi estimar a prevalência de polifarmácia em idosos, no qual 18,4% da amostra evidenciaram tal condição. Isso pode ser decorrente do aumento das enfermidades crônicas degenerativas que favorecem a prescrição e o uso de múltiplos medicamentos. No contexto mundial, essa condição tem levado a tratamentos farmacológicos duradouros, implicando em interações medicamentosas e efeitos adversos amplamente associados ao processo de fragilização do idoso, como alterações nervosas e neuromusculares.<sup>(14,17)</sup>

Por fim, de acordo com as categorias de fragilidade dispostas na EFS, nesta pesquisa, seguiu a seguinte ordem de mais prevalente para o menos prevalente: fragilidade leve, aparentemente frágeis e não frágeis. Da mesma forma, um estudo realizado com 395 idosos no sul do Brasil, no qual 20,8% apresentavam fragilidade leve, 26,3% eram aparentemente frágeis e 28,9% não frágeis.<sup>(17)</sup>

A prevalência de idosos com fragilidade leve ou vulneráveis à fragilidade, destacadas nestes estudos, podem ser justificadas pelo recrutamento da amostra em âmbito ambulatorial, tratando-se, assim, de idosos que possuem interação social e autonomia, que permanecem ativos, mas que já apresentam indícios do início do processo de fragilização e que pode interferir diretamente na diminuição da autonomia e no aumento da dependência. Por outro lado, idosos que apresentam um nível mais significativo de fragilidade devem possuir prioridade nos atendimentos especializados em saúde para sua reabilitação contínua, no intuito de diminuir as repercussões da fragilidade em sua qualidade de vida.<sup>(4,10,13-14,18)</sup>

Dessa forma, o enfermeiro deve ser capaz de conhecer os fatores associados aos componentes da fragilidade, a fim realizar uma avaliação direcionada a essas problemáticas e para buscar estratégias que possam promover a autonomia e independência do idoso, através do cuidado individualizado, especialmente àqueles com fragilidade ou que estejam em risco de desenvolvê-la.

Destaca-se como limitações desta investigação o desenho transversal, que não permite estabelecer relação de causa e efeito entre as variáveis e o fato de estudo ter sido realizado em apenas um local, não permitindo generalização dos resultados.

Os dados desse estudo contribuem para o avanço do conhecimento da área de Geriatria, no que se refere à síndrome da fragilidade e suas principais relações, além de fornecer subsídios para o planejamento e implementação de cuidados relacionados a essa condição.

## CONCLUSÃO

O estudo alcançou o objetivo proposto de investigar a prevalência e os fatores associados à fragilidade, assim como a sua prevalência em idosos em atendimento ambulatorial, e constatou que a maioria dos entrevistados apresentaram fragilidade leve. Observou-se, ainda, relação significativa entre fragilidade leve e idade avançada, baixa escolaridade e polifarmácia. Nesta perspectiva, e considerando a natureza processual da síndrome da fragilidade, sugere-se a realização de novos estudos sobre a temática, especialmente aqueles que utilizam metodologia prospectiva, para um melhor esclarecimento deste fenômeno.

## Contribuições

Yanne Jannine Gomes Araújo Moraes; Williane Venâncio Coelho; Keylla Talitha Fernandes Barbosa; Natália Pessoa da Rocha Leal; Fabiana Maria Rodrigues Lopes de Oliveira: a) concepção e/ou desenho do estudo; b) coleta, análise e interpretação dos dados; c) redação e/ou revisão crítica do manuscrito; d) aprovação da versão final a ser publicada).

## REFERÊNCIAS

1. Carneiro JA, Lima CA, Costa FM, Caldeira AP. Cuidados em saúde estão associados à piora da fragilidade em idosos comunitários. *Rev Saúde Pública*. 2019;53:32.
2. Llano PM, Lange C, Nunes DP, Pastore CA, Pinto AH, Casagrande LP. Fragilidade em idosos da zona rural: proposta de algoritmo de cuidados. *Acta Paul Enferm*. 2017;30(5):520-30.
3. Duarte YA, Nunes DP, Andrade FB, Corona LP, Brito TR, Santos JL, et al. Fragilidade em idosos no município de São Paulo: Prevalência e fatores associados. *Rev Bras Epidemiol*. 2018;21(SUPPL 2):E180021.SUPL.2.
4. Maciel GM, Santos RS, Santos TM, Menezes RM, Vitor AF, Lira AL. Avaliação da fragilidade no idoso pelo enfermeiro: revisão integrativa. *R Enferm Cent O Min*. 2016;6(3):2430-8.

5. Rolfson DB, Majumdar SR, Tsuyuki RT, Tahir A, Rockwood KL. Validity and reliability of Edmonton Frail Scale. *Age Ageing*. 2006;35(5):526-9.
6. Fhon JR, Rodrigues RA, Neira WF, Huayta VM, Robazzi ML. Queda e sua associação à síndrome da fragilidade no idoso: revisão sistemática com metanálise. *Rev Esc Enferm USP*. 2016;50(6):1005-13.
7. Grden CR, Barreto MF, Sousa JA, Chuertniek JA, Reche PM, Borges PK. Associação entre fragilidade física e escore cognitivo em idosos. *Rev Rene*. 2015;16(3):391-7.
8. Silva AB, Silva IK, Meira GR, Araújo AJ, Garcia AN, Santos CO. Avaliação ambulatorial de idosos quanto à síndrome da fragilidade, aspectos nutricionais e funcionalidade familiar. *Rev Kairós*. 2018;21(3):317-30.
9. Duarte M, Paúl C. Prevalência de fragilidade fenotípica em pessoas em processo de envelhecimento numa comunidade portuguesa. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2015;18(4):871-80.
10. Nascimento PP, Batistoni SS, Neri AL. Frailty and depressive symptoms in older adults: data from the FIBRA study - UNICAMP. *Psicol Reflex Crit*. 2016;29(16):1-11.
11. Rodrigues RA, Fhon JR, Pontes ML, Silva AO, Haas VJ, Santos JL. Síndrome da fragilidade entre idosos e fatores associados: comparação de dois municípios. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2018;26:e3100.
12. Lenardt MH, Moraes DC, Setlik CM, Setoguchi LS, Mello BH, Frohlich GM. Physical frailty and urinary incontinence of elderly in ambulatory care. *Cogitare Enferm*. 2020;25:e67077.
13. Marques PP, Assumpção D, Rezende R, Neri AL, Francisco PM. Polifarmácia em idosos comunitários: resultados do estudo Fibra. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2019;22(5):1-13.
14. Melo EM, Marques AP, Leal MC, Melo HM. Síndrome da fragilidade e fatores associados em idosos residentes em instituições de longa permanência. *Saúde Debate*. 2018;42(117):468-80.
15. Silva AP, Pureza YD, Landre CB. Síndrome da fragilidade em pacientes idosos com diabetes *mellitus* tipo 2. *Acta Paul Enferm*. 2015;28(6):503-9.
16. Fagundes IV, Oliveira LP, Barros WC, Magalhães AG, Medeiros MR, Pereira DO. Transtorno mental comum em idosos com doenças crônicas não transmissíveis na atenção primária à saúde. *Ciênc Cuid Saúde*. 2020;19:e50072.
17. Alves NM, Ceballos AG. Polifarmácia em idosos do programa universidade aberta à terceira idade. *J Health Biol Sci*. 2018;6(4):412-8.
18. Rissardo LK, Kantoriski LP, Carreira L. Avaliação da dinâmica do cuidado ao idoso em unidade de pronto atendimento. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(Suppl 2):169-76.

# REPRESENTAÇÕES SOCIAIS ELABORADAS POR GESTANTES SOBRE GRAVIDEZ, GRAVIDEZ DE ALTO RISCO E HOSPITALIZAÇÃO NO CICLO GRAVÍDICO

SOCIAL REPRESENTATIONS DRAWN UP BY PREGNANT WOMEN ABOUT PREGNANCY, HIGH RISK PREGNANCY AND HOSPITALIZATION IN THE GRAVIDIC CYCLE

REPRESENTACIONES SOCIALES DISEÑADAS POR MUJERES EMBARAZADAS SOBRE EMBARAZO, EMBARAZO DE ALTO RIESGO Y HOSPITALIZACIÓN EN EL CICLO GRAVÍDICO

Antonia Regynara Moreira Rodrigues<sup>1</sup>

(<https://orcid.org/0000-0001-7495-2328>)

Dafne Paiva Rodrigues<sup>1</sup>

(<https://orcid.org/0000-0001-8686-3496>)

Francisca Josiane Barros Pereira Nunes<sup>1</sup>

(<https://orcid.org/0000-0001-8942-1474>)

Ana Virginia de Melo Fialho<sup>1</sup>

(<https://orcid.org/0000-0002-4471-1758>)

Ana Beatriz Azevedo Queiroz<sup>2</sup>

(<https://orcid.org/0000-0003-2447-6137>)

## Descritores

Gravidez; Gravidez de alto risco;  
Hospitalização; Psicologia social;  
Cuidados de enfermagem

## Descriptors

Pregnancy; Pregnancy high-risk;  
Hospitalization; Social Psychology,  
Nursing Care.

## Descriptores

Embarazo; Embarazo de alto riesgo;  
Hospitalización; Psicología social;  
Atención de enfermería

## Submetido

10 de Maio de 2020

## Aceito

16 de Junho de 2021

## Conflitos de interesse:

manuscrito extraído da dissertação "Gravidez de alto risco no contexto da hospitalização: representações sociais de gestantes" apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, da Universidade Estadual do Ceará, em 2016.

## Autor correspondente

Antonia Regynara Moreira Rodrigues

E-mail: [regynararodrigues@yahoo.com.br](mailto:regynararodrigues@yahoo.com.br)

## RESUMO

**Objetivo:** Apreender as representações sociais de gestantes de alto risco sobre gravidez, gravidez de alto risco e hospitalização durante a gravidez.

**Métodos:** Estudo descritivo, exploratório norteado pela abordagem processual da Teoria das Representações Sociais. Realizado com 35 gestantes de alto risco hospitalizadas em duas maternidades públicas de referência no Ceará entre julho e setembro de 2016. Os dados foram coletados por entrevistas e analisados pelo *software* ALCESTE.

**Resultados:** As gestantes elaboram representações distintas sobre gravidez e gravidez de alto risco, a primeira é considerada ideal e a segunda um problema, defrontando-as entre situação desejada versus situação real. A gravidez foi representada na função historicamente feminina: reprodução e maternidade e a gravidez de alto risco como um momento de dificuldade e insegurança. A hospitalização simbolizou a confirmação do risco, a vigilância, o tratamento e a proteção da saúde materno-fetal.

**Conclusão:** A gravidez é um fenômeno social, mobilizador de afetos e representada pelas gestantes, mesmo na condição de alto risco e de hospitalização, como experiência especial do universo feminino, que inspira cuidado, atenção, resiliência e superação.

## ABSTRACT

**Objective:** To learn the social representations of high-risk pregnant women about pregnancy, high-risk pregnancy and hospitalization during pregnancy.

**Methods:** A descriptive, exploratory study guided by the procedural approach of the Theory of Social Representations. Conducted with 35 high-risk pregnant women hospitalized in two public reference maternity hospitals in Ceará between July and September 2016. Data were collected through interviews and analyzed using the ALCESTE software.

**Results:** The pregnant women elaborate different representations about pregnancy and high-risk pregnancy, the first is considered ideal and the second a problem, confronting them between the desired situation versus the real situation. Pregnancy was represented in the historically female function: reproduction and motherhood and high-risk pregnancy as a time of difficulty and insecurity. Hospitalization symbolized the confirmation of risk, surveillance, treatment and protection of maternal and fetal health.

**Conclusion:** Pregnancy is a social phenomenon, mobilizing affections and represented by pregnant women, even in the condition of high risk and hospitalization, as a special experience of the female universe, which inspires care, attention, resilience and overcoming.

## RESUMEN

**Objetivo:** Conocer las representaciones sociales de las embarazadas de alto riesgo sobre el embarazo, el embarazo de alto riesgo y la hospitalización durante el embarazo.

**Métodos:** Estudio exploratorio descriptivo guiado por el enfoque procesal de la Teoría de las representaciones sociales. Realizado con 35 mujeres embarazadas de alto riesgo hospitalizadas en dos hospitales públicos de maternidad en Ceará entre julio y septiembre de 2016. Los datos se recopilaron mediante entrevistas y se analizaron utilizando el *software* ALCESTE.

**Resultados:** Las mujeres embarazadas elaboran diferentes representaciones sobre el embarazo y el embarazo de alto riesgo, la primera se considera ideal y la segunda un problema, enfrentándolas entre la situación deseada y la situación real. El embarazo estuvo representado en la función históricamente femenina: reproducción y maternidad y embarazo de alto riesgo como un momento de dificultad e inseguridad. La hospitalización simboliza la confirmación del riesgo, la vigilancia, el tratamiento y la protección de la salud materna y fetal.

**Conclusión:** El embarazo es un fenómeno social que moviliza afectos y está representado por mujeres embarazadas, incluso en condiciones de alto riesgo y hospitalización, como una experiencia especial del universo femenino, que inspira atención, atención, resistencia y superación.

<sup>1</sup>Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

<sup>2</sup>Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

## Como citar:

Rodrigues AR, Rodrigues DP, Nunes FJ, Fialho AV, Queiroz AB. Representações sociais elaboradas por gestantes sobre gravidez, gravidez de alto risco e hospitalização no ciclo gravídico. *Enferm Foco*. 2022;12(5):866-72.

DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n5.3776>



## INTRODUÇÃO

A gestação é um momento de transformações, marcado por adaptações biológicas, psicológicas, psíquicas e sociais, que determinam a evolução da gravidez. Trata-se de condição limítrofe entre desenvolvimento fisiológico e ocorrência de eventos que representam risco para a saúde da mãe ou do feto. Recorre em 20% a existência de condições clínicas ou clínico-obstétricas, ocasionadas pela gravidez ou pré-existentes agravadas, que complicam a gestação e apresentam maior probabilidade de evolução desfavorável, representando o grupo denominado de alto risco.<sup>(1)</sup>

Comprovou-se estreita relação entre gestação de alto risco e parto prematuro, baixo peso ao nascer, restrição de crescimento intrauterino, internações em leitos de terapia intensiva materna, neonatal e morbimortalidade materno-infantil, o que demanda maiores gastos para o setor saúde e impactos no contexto de vida dessas mulheres e seus familiares.<sup>(2-6)</sup>

Para além dos indicadores, evidencia-se que mulheres com gestações de alto risco são vulneráveis à fragilidade e à instabilidade emocional, manifestam sentimentos negativos que podem ocasionar sensação de mal-estar, dificuldades de aceitação e exercer efeito sobre a saúde psíquica. Ademais, ao serem encaminhadas para internação hospitalar para vigilância e controle das condições de agravo, passam por uma experiência estressante, sentem-se inseguras e com medo em razão dos riscos a que estão submetidos mãe e feto.<sup>(7-9)</sup>

Alguns estudos sobre gestação de alto risco já abordaram as vivências e percepções,<sup>(7,10)</sup> o itinerário terapêutico,<sup>(11)</sup> o suporte emocional,<sup>(12)</sup> os diagnósticos de enfermagem,<sup>(13)</sup> porém mesmo com a disseminação desses conhecimentos nas publicações sobre a temática e das propostas do Ministério da Saúde de atenção integral à saúde da mulher, encontram-se limitações para atender algumas demandas das gestantes de alto risco, principalmente aquelas relacionadas ao modo como enfrentam, sentem e dão sentido ao diagnóstico. Assim, existe uma lacuna emergente de estudos para auxiliar enfermeiros e equipes de saúde no acolhimento, na orientação e na oferta de uma assistência qualificada, individual e integral a essas mulheres.

Desse modo, conhecer a dinâmica social da gravidez de alto risco e da hospitalização para as gestantes é de suma importância para os profissionais da saúde, pois pesquisas fundamentadas na Teoria das Representações Sociais oportunizam ampliar a compreensão sobre as pessoas, seus processos de conhecer, seus comportamentos, suas atitudes, suas escolhas e os sentidos atribuídos aos fenômenos sociais contextualizados em sua realidade e ajudam

a elaborar um plano de cuidados melhor direcionado para as necessidades de quem se cuida.<sup>(14)</sup>

A partir deste aporte teórico, busca-se contribuir com a construção de práticas assistenciais abrangentes, que incorporem a compreensão e os significados da gestação de alto risco no contexto hospitalar para as gestantes. Em face disso, o objetivo deste estudo foi apreender as representações sociais de gestantes de alto risco sobre gravidez, gravidez de alto risco e hospitalização durante a gravidez.

## MÉTODOS

Estudo qualitativo, exploratório e descritivo norteado pela abordagem processual da Teoria das Representações Sociais.<sup>(15,16)</sup>

Participaram da pesquisa 35 gestantes de alto risco hospitalizadas em duas maternidades públicas no Ceará. Esse quantitativo correspondeu à totalidade de gestantes que atenderam aos critérios: estar hospitalizada há no mínimo 72 horas cuja razão seja existência de risco para o desenvolvimento da gestação. Esse período de hospitalização foi estabelecido para ampliar o contato das gestantes com o serviço e, conseqüentemente, o leque de experiências vivenciadas, favorecendo a elaboração de representações sobre o fenômeno.

O estudo aconteceu em uma maternidade pública terciária de Fortaleza e em uma maternidade pública no interior do estado, que são referência para gestação de alto risco e dispõem de leito para internação obstétrica.

Para coleta das informações utilizou-se formulário para traçar o perfil sociodemográfico e obstétrico, seguido de roteiro de entrevista semiestruturada com as questões: 1. Para a senhora, como está sendo vivenciar esta gestação? 2. O que é para a senhora gravidez de risco? 3. Qual o seu diagnóstico? O que a senhora sabe sobre esse diagnóstico? 4. Como é para a senhora estar internada na gravidez? As entrevistas ocorreram individualmente nos locais de internação, com duração média de 40 minutos e foram conduzidas por um único pesquisador.

Os dados referentes ao perfil das participantes foram digitados em planilha do Microsoft Excel, versão 2010, e analisados por meio de estatística descritiva simples, apresentando características da população estudada. As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra e compuseram um corpus submetido à análise pelo software Alceste (Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte), versão 2012, o qual emprega a Classificação Hierárquica Descendente e possibilita análise lexicográfica do material textual, oferecendo classes lexicais, que são



*É maravilhoso. Eu gosto muito de ser mãe. [...] É muito bom gerar uma vida dentro de você, saber que aquela vida depende de você é muito bom. Para mim, a maternidade não tem explicação. (G07)*

A classe 6 expressa as concepções das gestantes frente a gravidez de alto risco, bem como comparam-na com a gravidez de risco habitual.

*A gravidez de risco é um risco mesmo, e que a qualquer momento pode acontecer algo inesperado, é uma coisa no escuro, a gente nunca sabe (G02).*

*[...] Porque gravidez de risco é uma gravidez problemática, diferente de uma gestação saudável (G11).*

*A gravidez de risco eu acho que é um perigo, a qualquer momento pode acontecer alguma coisa. Eu vejo aqui as meninas de gestação de risco, em muitas, a criança nasce antes do tempo e eu fiquei preocupada tanto pelo sangramento como depois pela diabetes (G04).*

Ademais, percebe-se nos relatos manifestações de medo, preocupação, dificuldades e problemas relacionados ao diagnóstico de gravidez de alto risco, pois esta foi expressa pelas gestantes como condição de incerteza e por isso produtora de inseguranças.

*Eu sei do risco que isso faz. O sentimento que eu tenho hoje é de preocupação, de preocupação com nós dois, mas até o presente momento a preocupação maior é com ela, dela nascer com problema, de acontecer algo comigo ou com minha filha (G02).*

*Eu tenho medo de perder minha filha ou ela nascer com algum problema de saúde. Eu sou muito insegura. Eu tenho medo de não levar a gestação até o final ou acontecer algum problema com ela ou ela morrer (G30).*

Nota-se nas expressões das gestantes o universo consensual sobre a gravidez, considerada saudável e a de alto risco, enquanto a primeira representa a idealização, a segunda as dificuldades e as dúvidas.

O segundo eixo temático comporta as classes 1 e 2 que discutem a hospitalização durante a gravidez de alto risco. A classe 1 revela que a hospitalização gerou apreensão e sofrimento para as gestantes, pois representa afastamento da rotina, dos familiares, dos laços afetivos e sociais, sendo um fator negativo para a experiência da gravidez de alto risco.

*Um sufoco, porque você sabe que está no canto que você não vai sair e as pessoas estão longe, não estão aqui, porque como eu moro no interior, fica difícil da minha família vir e pela minha filha, que é a saudade maior (G05).*

*Os primeiros dias foi só choro. Choro direto, mas depois que eu vim para casa da gestante, a gente pode ficar com o celular, pode receber visita, aí melhorou, porque a gente pode ter contato direto com o pessoal de casa (G23).*

A hospitalização simbolizou um evento difícil, permeado por sentimentos desagradáveis, contudo a presença da família, do companheiro e o contato com as demais gestantes hospitalizadas são fonte de apoio e segurança no seu cotidiano, amenizando o caráter negativo da hospitalização e favorecendo a vivência desta etapa, como pode ser observado nas falas das gestantes 23 e 05.

*Para se adaptar é difícil. Até agora é difícil, mas a gente vai fazendo amizade com as que já estão aqui e vai acostumando. Para mim hoje eu tento esquecer um pouquinho, eu fico quietinha, na minha, porque eu sei que é o melhor para minha filha (G05).*

A classe 2, em contrapartida, retrata a hospitalização como uma circunstância da gravidez de alto risco, devido a presença de riscos reais ou potenciais que implicam em vigilância em serviços específicos e com possibilidade de prestação de cuidados altamente especializados.

*Foi horrível, foi horrível mesmo. Internação é doença, porque se você está bem, você está na sua casa, não tem motivo para ficar internada. Com certeza é uma doença. Algo mais sério que só pode ser tratado no hospital, não pode ser tratado em casa. Porque a lógica é, se eu estou bem, se não tem risco, não tem porquê estar internada (G18).*

*A internação quer dizer que você vai ficar guardada, só sai se tiver uma autorização ou se tiver boa. Quer dizer que você precisa de um cuidado (G02).*

Apresenta a conscientização destas gestantes quanto à sua situação, bem como atribui a preocupação com o filho a motivação necessária para enfrentar a hospitalização.

*O principal motivo para eu estar aqui é pela saúde dos meus filhos e a minha saúde também. Eu estou sendo cuidada, recebendo tratamento e a vista do que eu*

*estava, eu estou ótima. Hoje eu sei que se eu for embora, eu não vou poder manter o tratamento e vou estar prejudicando meus filhos (G24).*

*Eu fico o tempo que precisar. Não tem nada lá fora que seja mais importante. Para mim, só existe uma prioridade, ela nascer com saúde. Sair daqui com ela nos braços, com saúde é o que importa, o resto é resto. Ficar internada é uma necessidade, porque se não corresse nenhum risco, o médico teria me liberado para ir para casa e como ele não liberou é porque é necessário ficar (G18).*

A hospitalização foi ancorada numa dimensão biológica, revelando um único sentido no rumo da garantia do bem-estar materno-fetal, que é adesão à indicação terapêutica, para receber cuidados especializados e recuperar a saúde, sendo o hospital o local adequado para evitar desfechos indesejados.

O terceiro eixo temático é composto pelas classes 3 e 4 e descortina as representações sociais inscritas no diagnóstico de gravidez de alto risco. A classe 3 demonstra a mudança de atitude, a atenção e a motivação das gestantes a partir do diagnóstico de gravidez de alto risco para aderir aos cuidados na tentativa de preservar a saúde e a vida do filho.

*Antes da gravidez, eu não fazia controle, não tomava o medicamento e não fazia dieta, comia de tudo [...] (G07).*

*Aí depois da gravidez foi que eu comecei a fazer o controle antes e depois das principais refeições e anotava. E comecei a regular melhor a minha alimentação. Tudo por causa das outras experiências que eu já tinha tido [...] (G25).*

Na classe 4 as gestantes revelaram sinais e sintomas que se constituíram em indicativos de potenciais agravos para o desenvolvimento da gravidez, responsáveis pelo diagnóstico de gravidez de alto risco.

*Eu vim para cá perdendo líquido. No meu caso, foi amniorrexe, rompeu a bolsa, mas não sentia dores e nem sangramento, só a bolsa mesmo. Eu não entrei em trabalho de parto e não senti dor, só a bolsa que rompeu (G11).*

*Eu sentia umas dores fortes, fui para o hospital, lá fizeram exame de toque, o colo estava aberto, daí me encaminharam para cá [...] (G06).*

Além dos sinais e sintomas, procedimentos como ultrassom e cesariana, batimentos cardíofetais, mobilidade

fetal, aparecem vinculados à avaliação das condições clínicas, obstétricas e fetais e atribuídos ao diagnóstico de gravidez de alto risco.

*[...] Eu fui bater a ultrassom e ela estava bem e já vão fazer a minha cesariana, porque eu já estou com 34 semanas (G05).*

*Com o neném estava tudo bem, ele estava com o coração batendo, a respiração normal, se mexendo, estava se desenvolvendo tudo direitinho (G19).*

Percebe-se que as representações estiveram ancoradas nos sinais e sintomas e objetivadas nos procedimentos e na percepção sobre a condição de saúde do feto, apoiaram-se em aspectos e conceitos do conhecimento científico, porém foram modeladas pelas vivências dessas gestantes.

## DISCUSSÃO

O perfil das entrevistadas assemelha-se a pesquisas na área: mulheres jovens, com baixa escolaridade, que exerciam atividade remunerada e possuíam companheiro.<sup>(7,19,20)</sup> Os diagnósticos confirmaram a necessidade de hospitalização por alterar o desenvolvimento gestacional e corroboram com estatísticas das doenças obstétricas no Brasil.<sup>(21,22)</sup>

Como já evidenciado<sup>(5,23)</sup> e também percebido nesse estudo, o processo de gestar é ancorado em uma complexa inter-relação entre questões simbólicas, como valores, crenças e discursos presentes na sociedade, onde se inserem contexto de vida, experiências prévias ou advindas de pessoas próximas, relações sociais e familiares, sentido religioso, informações recebidas sobre o período gestacional e sobre as possíveis complicações, que reafirmam o caráter histórico da construção das representações sociais sobre gravidez e maternidade.

As gestantes trazem em suas falas a compreensão sobre gravidez, de risco habitual e de alto risco, e essa interpretação guia seus pensamentos e seus sentimentos. A gravidez materializa a realização de um desejo e de um compromisso atribuído ao ser mulher, a gravidez de alto risco marca essa fase com dificuldades, dúvidas e incertezas, o que delinea a representação social da gravidez de alto risco atravessada por significados em contradição: amor e problema.

Nota-se o forte sentido religioso associado a gestação, ancorando-a numa dimensão divina, pois a vida e a possibilidade de gestar são citadas como atributos dados por Deus. Dado que 29 (82,8%) gestantes eram católicas, os discursos se apoiam na crença disseminada pelas igrejas, que à mulher caberia a procriação e cuidado dos filhos,

conferindo áurea à experiência da gravidez. Assim, pode-se reafirmar o caráter histórico da construção das representações sociais.<sup>(15,16)</sup>

De um modo geral, as gestantes revelaram sentimentos de alegria, felicidade e amor, revestindo de afeto a experiência e ratificando as crenças de tornar-se mãe marcada por amor incondicional, doação, expectativas e sonhos. Percebeu-se a imagem do filho como uma presença real, revelando que este tem um espaço psicológico e físico em suas vidas.<sup>(23,24)</sup> Pode-se reafirmar a influência dos discursos historicamente construídos<sup>(15)</sup> acerca da função reprodutiva da mulher e da dedicação aos filhos enquanto elementos fundamentais para a constituição dessas representações sociais.

No que concerne à gravidez de risco, os sentimentos sinalizam medo, ansiedade, insegurança, simbolizando algo que as gestantes não controlam devido a passividade de intercorrências. Outros autores confirmam a existência desses sentimentos e destacam que as gestantes passam a verbalizá-los, pois se tornam motivos de estresses e preocupações.<sup>(8,25)</sup>

A gravidez de alto risco foi objetivada nos sinais e sintomas apresentados, no autocuidado como uma ação de cuidado ao filho, e na possibilidade de morte, prematuridade e anomalias. Essas associações evidenciam disseminação de indicadores de saúde materno-infantil, que anteriormente representavam tão somente a ciência, e passam a compor um saber popular, constituindo o universo reificado.<sup>(15)</sup>

A significação da internação manifestou-se em ancoragens distintas, como uma fase de angústia, solidão, sofrimento e saudade e como um local de proteção, cuidados e suporte para manutenção da gravidez. Estudos anteriores<sup>(7,8,26)</sup> corroboram que hospitalização durante a gravidez constitui uma condição não prevista, que distancia do cotidiano, de sua vida, sua casa, seu trabalho, sua família e que requer adaptações emocionais e estruturais. Contudo, a confirmação da condição de risco e o reconhecimento da necessidade de monitoramento da gravidez contribuíram para a aceitação e para a segurança das gestantes. A assistência recebida e a vigilância contínua foram associadas a possibilidades de tratamento, cuidado e, conseqüente, melhora das condições de agravo, além de esperança de um resultado satisfatório para gravidez.<sup>(9,27)</sup>

Expressões referentes ao suporte familiar e aos laços estabelecidos entre as gestantes foram reveladas e consistiram em fator relevante para o bem-estar das gestantes, interferindo positivamente, reduzindo ansiedade e deixando-as mais confiantes.<sup>(28)</sup> Outro aspecto representativo foram os parâmetros clínicos e exames realizados, pois

consistiram em referências para avaliação das gestantes a respeito de sua condição de saúde e de seu filho, revelando um conhecimento apreendido e incorporado ao saber comum das gestantes de alto risco, orientando a interpretação da realidade vivenciada e construindo as representações sociais acerca da gravidez, gravidez de alto risco e hospitalização durante a gravidez.

As Representações Sociais resultam da interação social, sendo comuns a um grupo social, em determinado tempo e espaço, e fornecem um código para nomear e classificar os vários aspectos de seus mundos e de sua história individual e social, trazendo o não familiar para o universo consensual.<sup>(15,16)</sup> Essas gestantes diagnosticadas como de alto risco vivenciaram uma experiência diferente daquela esperada, que seria uma gestação saudável, entretanto, resignificaram as representações e atribuíram-lhes novo valor, possibilitando novos conhecimentos e práticas sociais.

Este estudo apresenta limitações por ter sido desenvolvido em duas maternidades, alcançando um tamanho amostral reduzido. Além disso, envolveu somente as gestantes, restringindo a investigação ao período gestacional e não acompanhando a transição para o nascimento.

Ressalta-se que as informações discutidas constituem em base de conhecimentos para refletir, resignificar e nortear o atendimento e o acompanhamento de gestantes de alto risco, pois sentimentos, significados e concepções dessas mulheres devem ser considerados ao planejar a assistência, confluindo para um atendimento sensível, seguro e integral em busca de contribuir para o bem-estar e para resultados satisfatórios para o binômio.

## CONCLUSÃO

Pôde-se conhecer as representações sociais de gestantes de alto risco sobre gravidez, gravidez de alto risco e hospitalização em decorrência desta. Estas foram imbricadas por sentimentos, expectativas, experiências e convivência com o diagnóstico de alto risco e com o ambiente hospitalar. A gravidez é um fenômeno mobilizador, vivido com grandes expectativas, com a concretização do sonho de ser mãe e a espera pelo nascimento do filho e que, mesmo quando de alto risco, a experiência foi considerada prazerosa, pois embora manifestos discursos de preocupação, estes eram impulsionados pelo afeto e pelo desejo de evolução adequada da gravidez. A hospitalização foi considerada um evento modificador, particular à condição de alto risco, capaz de acentuar sentimentos negativos, mas também de simbolizar esperança e proteção, por representar atendimento especializado, cuidado e possibilidade de um desfecho favorável para o binômio mãe-filho.



## Contribuições

Concepção e/ou desenho do estudo: Rodrigues ARM, Rodrigues DP; Coleta, análise e interpretação dos dados: Rodrigues ARM, Rodrigues DP; Redação e/ou revisão crítica

do manuscrito: Rodrigues ARM, Rodrigues DP, Nunes FJBP, Fialho AV, Queiroz ABA; Aprovação da versão final a ser publicada: Rodrigues ARM, Rodrigues DP, Nunes FJBP, Fialho AV, Queiroz ABA.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Gestação de alto risco: manual técnico* [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012 [citado 2021 Jun 30]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_tecnico\\_gestacao\\_alto\\_risco.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf)
2. Lawn JE, Blencowe H, Waiswa P, Amouzou A, Mathers C, Hogan D, et al. Stillbirths: rates, risk factors, and acceleration towards 2030. *Lancet*. 2016;387(10018):587-603.
3. Martins AC, Silva LS. Epidemiological profile of maternal mortality. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(supl. 1):677-83.
4. Moura BL, Alencar GP, Silva ZP, Almeida MF. Internações por complicações obstétricas na gestação e desfechos maternos e perinatais, em uma coorte de gestantes no Sistema Único de Saúde no Município de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2018;34(1):e00188016.
5. Correa BV, Benedicto LS, Santa-Cecilia LV, Cavalho RN, Castro RS, Carvalho MA. Estudo comparativo dos resultados perinatais de recém-nascidos em gestantes de alto risco atendidas na Santa Casa de Barbacena, Minas Gerais. *Rev Med Minas Gerais*. 2017;27(Suppl 1):37-44.
6. Leal MC, Pereira AP, Pereira MN, Torres JA, Thelme Filha M, Domingues RM, et al. Prevalence and risk factors related to preterm birth in Brazil. *Reprod Health*. 2016;13(Suppl 3):127.
7. Wilhelm LA, Alves CN, Demori CC, Silva SC, Meincke SM, Ressel LB. Feelings of women who experienced a high-risk pregnancy: a descriptive study. *Online Braz J Nurs*. 2015;14(3):284-93.
8. Costa LD, Hoesel TC, Teixeira GT, Trevisan MG, Backes MT, Santos EK. Percepções de gestantes internadas em um serviço de referência em alto risco. *Rev Min Enferm*. 2019;23:e-1199.
9. Ferreira SV, Soares MC, Cecagno S, Alves CN, Soares TM, Braga LR. Cuidado de enfermagem na ótica das gestantes de alto risco. *Rev Fam Ciclos Vida Saúde Contexto Soc*. 2019;7(2):143-150.
10. Oliveira DC, Mandú EN. Mulheres com gravidez de maior risco: vivências e percepções de necessidades e cuidado. *Esc Anna Nery*. 2015;19(1):93-101.
11. Cabrita BA, Abrahão AL, Rosa AP, Rosa FS. A busca do cuidado pela gestante de alto risco e a relação com a integralidade em saúde. *Ciênc Cuid Saúde*. 2015;14(2):1139-48.
12. Silveira P, Tavares C, Marcondes FL. Suporte emocional às gestantes que convivem com doenças crônicas. *Rev Port Enferm Saúde Mental*. 2016;(Spe4): 63-8.
13. Teles PA, Costa EM, Panobianco MS, Gozzo TO, Pattera TS, Nunes LC. Diagnósticos de enfermagem mais prevalentes em gestantes de alto risco. *Enferm Foco*. 2019;10(3):119-25.
14. Ferreira MA. Teoria das Representações sociais e contribuições para as pesquisas do cuidado em saúde e de enfermagem. *Esc Anna Nery*. 2016;20(2):214-9.
15. Moscovici S. *Representações sociais: investigações em psicologia social*. 10a. ed. Petrópolis: Vozes; 2013.
16. Jodelet D. *Loucura e Representações Sociais*. Petrópolis: Vozes; 2004.
17. Saraiva ER, Coutinho MP, Miranda RS. O emprego do software Alceste e o desvendar do mundo lexical em pesquisa documental. In: Coutinho MP, Saraiva ER. *Métodos de pesquisa em psicologia social: perspectivas qualitativas e quantitativas*. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba; 2011. p.95-106.
18. Azevedo DM, Miranda FA. Teoria das representações sociais e Alceste: contribuições teórico-metodológicas na pesquisa qualitativa. *Saúde Transform Soc*. 2012;3(4):4-10.
19. Jantsch PF, Carreno I, Pozzobon A, Adami FS, Leal CS, Silva TC, et al. Principais características das gestantes de alto risco da região central do Rio Grande do Sul. *Rev Destaques Acadêmicos*. 2017;9(3):272-82.
20. Rodrigues AR, Dantas SL, Pereira AM, Silveira MM, Rodrigues DP. Gravidez de alto risco: análise dos determinantes de saúde. *Sanare*. 2017;16(Suppl 01):23-8.
21. Sampaio AF, Rocha MJ, Leal EA. Gestação de alto risco: perfil clínico-epidemiológico das gestantes atendidas no serviço de pré-natal da maternidade pública de Rio Branco, Acre. *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2018;18(3):559-66.
22. Costa LD, Cura CC, Perondi AR, França VF, Bortoloti DS. Perfil epidemiológico de gestantes de alto risco. *Cogitare Enferm*. 2016; 21 (2): 1-8.
23. Resende DK. *Maternidade: uma construção histórica e social*. Pretextos. 2017;2(4):175-91.
24. Gradwohl SM, Osis MJ, Makuch MY. Maternidade e formas de maternagem desde a idade média à atualidade. *Pensando Fam*. 2014;18(1):55-62
25. Cabral SA, Alencar MC, Carmo LA, Barbosa SE, Barros AC, Barros JK. Receios na Gestação de Alto Risco: Uma Análise da Percepção das Gestantes no Pré-Natal. *Rev Multidisciplinar Psicol*. 2018;12(40):151-62.
26. Piveta V, Bernardy CC, Sodré TM. Perception of pregnancy risk by a group of pregnant women hypertensive hospitalized. *Ciênc Cuid Saúde*. 2016;15(1):61-8.
27. Azevedo RO, Ferreira HC, Silvino ZR, Christovam BP. Profile of high-risk pregnant women hospitalized in a maternity hospital: a descriptive study. *Online Braz J Nurs*. 2017;16(2):218-25.
28. Gregorio SB, Mariot MD. Care in high-risk gestation in the perception of nurses, pregnant women and family: an integrative review. *Rev Cuid Enferm*. 2019;5(6):1-18.

# PÉ DIABÉTICO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: RASTREAMENTO DE NEUROPATIA E DOENÇA ARTERIAL PERIFÉRICA

DIABETIC FOOT IN PRIMARY CARE: TRACKING NEUROPATHY AND PERIPHERAL ARTERIAL DISEASE

PIE DIABÉTICO EN ATENCIÓN PRIMARIA: SEGUIMIENTO DE NEUROPATÍA Y ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA

Cecília Rafaela Salles Ferreira<sup>1</sup>

Francineide Pereira da Silva Pena<sup>1</sup>

José Luis da Cunha Pena<sup>1</sup>

Júlio Lédo Santos<sup>2</sup>

Kaila Corrêa Santos<sup>1</sup>

Marluci de Souza Lédo Santos<sup>1</sup>

Vanessa da Silva Oliveira<sup>1</sup>

Anneli Mercedes Celis de Cardenas<sup>1</sup>

(<https://orcid.org/0000-0001-6366-3440>)

(<https://orcid.org/0000-0001-8465-4252>)

(<https://orcid.org/0000-0002-4705-3025>)

(<https://orcid.org/0000-0002-3329-6210>)

(<https://orcid.org/0000-0002-8965-0266>)

(<https://orcid.org/0000-0001-6098-6391>)

(<https://orcid.org/0000-0003-2194-1320>)

(<https://orcid.org/0000-0002-6581-4326>)

## Descritores

Diabetes *mellitus*; Pé diabético;  
Neuropatia diabética; Doença  
arterial periférica; Atenção primária  
à saúde

## Descriptors

Diabetes *mellitus*; Diabetic foot;  
Diabetic neuropathy; Peripheral  
arterial disease; Primary health care

## Descriptores

Diabetes *mellitus*; Pie diabético;  
Neuropatia diabética; Enfermedad  
arterial periférica; Atención  
primaria de salud

## Submetido

13 de Maio de 2020

## Aceito

30 de Junho de 2021

## Conflitos de interesse:

nada a declarar.

## Autor correspondente

Kaila Correa Santos

E-mail: [kailacorreasantos@gmail.com](mailto:kailacorreasantos@gmail.com)

## RESUMO

**Objetivo:** avaliar proporção de evidências de neuropatia e doença arterial periférica e identificar sua relação com variáveis sociodemográficas, hábitos de vida e clínicas com a classificação de risco relacionado aos pés de pessoas com Diabetes Mellitus.

**Métodos:** Estudo transversal, descritivo, quantitativo. Amostra por conveniência com 60 pessoas em três Unidades Básicas de Saúde. Utilizaram-se formulário sociodemográfico, ficha clínica para avaliação e rastreamento de dor neuropática, perda de sensibilidade protetora e doença arterial periférica na atenção básica e questionário para evidências de neuropatia diabética. No estudo de relação, aplicou-se teste de Pearson.

**Resultados:** Predomínio do sexo feminino, média de idade 58,1 (±12,6) anos, tempo de diagnóstico 12 anos (±9,6) e glicemia casual 211,3mg/dL (±91,7). Cinco participantes apresentaram evidências para neuropatia e nenhum para doença arterial periférica. Houve correlação significativa entre classificação de risco, escores para comprometimento neuropático ( $p < 0,05$ ) e monofilamento ( $p < 0,002$ ).

**Conclusão:** Evidenciou-se proporção baixa de neuropatia e doença arterial periférica. Escore de comprometimento neuropático e sensibilidade ao monofilamento apresentaram-se associados com a classificação de risco. Essas relações representam necessidade de intervenção pela prática de rastreamento às complicações, podendo contribuir para prevenção de pé diabético com desfecho de amputação.

## ABSTRACT

**Objective:** To evaluate the proportion of evidence of neuropathy and peripheral arterial disease, and to identify its relationship with sociodemographic variables, lifestyle and clinical factors with the classification of risk related to the foot of people with Diabetes Mellitus.

**Methods:** Cross-sectional, descriptive, quantitative study. Sample for convenience 60 people in three Basic Health Units. It was used a sociodemographic form, clinical form for the assessment and screening of neuropathic pain, loss of protective sensitivity and peripheral arterial disease in primary care, a questionnaire for evidence of diabetic neuropathy. Pearson's test was applied in the relationship study.

**Results:** Female predominance, mean age 58.1 (± 12.6) years, diagnosis time 12 years (± 9.6) and casual blood glucose 211.3mg / dl (± 91.7). Five participants presented evidence for neuropathy and none presented evidence for peripheral arterial disease. Significant correlation between risk classification, scores for neuropathic impairment ( $p < 0.05$ ) and monofilament ( $p < 0.002$ ).

**Conclusion:** There was a low proportion of neuropathy and peripheral arterial disease, neuropathic impairment score and sensitivity to monofilament, were associated with risk classification. These relationships represent the need for intervention through the practice of screening for complications, which may contribute to the prevention of diabetic foot with amputation.

## RESUMEN

**Objetivo:** Evaluar la proporción de evidencia de neuropatia y enfermedad arterial periférica y identificar su relación con las variables sociodemográficas, estilo de vida y clínicas con la clasificación de riesgo relacionado con el pie de personas con Diabetes Mellitus.

**Métodos:** Estudio transversal, descriptivo, cuantitativo. Muestra por conveniencia con 60 personas en tres Unidades Básicas de Salud. Se utilizó formulario sociodemográfico, ficha clínica de evaluación y seguimiento de dolor neuropática, pérdida de sensibilidad protectora y enfermedad arterial periférica en atención primaria y el cuestionario de evidencia de neuropatia diabética. En el estudio de la relación lineal entre variables se aplicó se aplicó la prueba de Pearson.

**Resultados:** Predominio del sexo femenino, edad media 58,1 (± 12,6) años, tiempo de diagnóstico 12 años (± 9,6) y glucemia casual 211,3 mg / dl (± 91,7). Cinco participantes presentaron evidencia de neuropatia y ninguno presentó evidencia de enfermedad arterial periférica. Correlación significativa entre clasificación de riesgo, puntuaciones de deterioro neuropático ( $p < 0,05$ ) y monofilamento ( $p < 0,002$ ).

**Conclusión:** Hubo una baja proporción de neuropatia y enfermedad arterial periférica. La puntuación de deterioro neuropático y la sensibilidad al monofilamento se asociaron con la clasificación de riesgo. Estas relaciones representan la necesidad de intervención a través de la práctica de seguimiento de las complicaciones, que pueden contribuir a la prevención del pie diabético con resultado de amputación.

<sup>1</sup>Universidade Federal do Amapá, Macapá, AP, Brasil.

<sup>2</sup>Universidade Federal do Pará, Belém, PA, Brasil.

## Como citar:

Ferreira CR, Pena FP, Pena JL, Santos JL, Santos KC, Santos MS, et al. Pé diabético na atenção primária: rastreamento de neuropatia e doença arterial periférica. *Enferm Foco*. 2021;12(5):873-9.

DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n5.3809>

## INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellitus (DM) é identificado como problema de saúde pública com prevalência crescente. Atualmente, 463 milhões de adultos têm DM no mundo e 374 milhões têm intolerância à glicose, com forte tendência a desenvolver a doença no futuro e estima-se que, no ano de 2045, o número de pessoas com DM seja de 486 milhões. Em 2019, a prevalência de DM na região das Américas Central e do Sul foi de 31,6 milhões, sendo 16,8 milhões no Brasil; este ocupando o terceiro lugar para o diabetes infantil e o quinto lugar para o diabetes no adulto no *rank* mundial.<sup>(1)</sup>

Com a elevação da prevalência de DM, é provável o aumento concomitante de suas complicações,<sup>(2,3)</sup> e os problemas nos pés estão entre estas.<sup>(3)</sup> Pessoas com hiperglicemia em longo prazo tendem a ter complicações específicas devido a danos nos pequenos vasos sanguíneos e ao sistema nervoso. Algumas dessas complicações microvasculares são polineuropatia diabética, síndrome do pé diabético (SPD) e outras anormalidades clínicas dos membros inferiores, com aumento do risco de amputações. A SPD é favorecida tanto pela neuropatia diabética periférica (NPD) quanto pela doença arterial obstrutiva periférica-DAP.<sup>(4,5)</sup>

Independentemente do tipo de diabetes, a NPD afeta aproximadamente 50 a 75% das pessoas com diabetes entre cinco e dez anos após o início da doença.<sup>(6,7)</sup> Semelhante a outras complicações, a NPD parece progredir e muitas vezes é subnotificada e difícil de diagnosticar e tratar.<sup>(6)</sup> A *American Diabetes Association*, recomenda o rastreamento da neuropatia periférica no momento do diagnóstico de diabetes e pelo menos uma vez por ano, usando testes clínicos simples.<sup>(8)</sup>

A DAP é cinco a dez vezes de maior ocorrência em pessoas com DM do que em pessoas não diabéticas.<sup>(9,10)</sup> Estudos epidemiológicos precisos sobre DAP são escassos pelo fato de que apenas 10% das pessoas acometidas por essa patologia apresentam o sintoma típico, a claudicação intermitente. Isso resulta em grande parcela da população com doença pré-clínica ou sintomas incomuns que podem não ser explicados. Diante disso, as estimativas de prevalência têm se baseado em triagem da comunidade ou dados sobre pessoas sintomáticas.<sup>(11)</sup>

O objetivo da vigilância do diabetes, que é financiado pelo Ministério da Saúde -MS, é rastrear de forma sistemática e contínua o DM e suas complicações para o tratamento precoce, a fim de prevenir incapacidades permanentes,<sup>(12,13)</sup> para tanto, considera que a "Atenção Básica-AB é o local ideal para o seguimento integral da pessoa com DM, pois ela é o nível de atenção mais próximo da população e é responsável pelo cuidado longitudinal, integral e coordenado de sua população de referência".<sup>(13)</sup> Assim, justifica-se o estudo em questão, pois rastrear a NPD e a

DAP em pessoas com DM que realizam seguimento na APS e correlacioná-las com variáveis sociodemográficas e clínicas, para prestar assistência adequada e coerente com suas necessidades, é parte das propostas nacionais e locais para atender à demanda do DM e suas complicações.

Nesse contexto, a questão de pesquisa foi: Qual a proporção de evidências de neuropatia e doença arterial periférica e sua relação entre variáveis sociodemográficas, hábitos de vida e clínicas, em pessoas com diabetes mellitus atendidas em três unidades básicas de saúde no município de Macapá? Estabeleceu-se a seguinte hipótese: Há grande proporção de evidências de neuropatia e doença arterial periférica e estas apresentam relação com variáveis sociodemográficas, hábitos de vida e clínicas na população estudada. Portanto, o presente estudo teve como objetivo avaliar a proporção de evidências de neuropatia e doença arterial periférica e identificar sua relação com as variáveis sociodemográficas (idade, renda financeira), hábitos de vida (uso de fumo, uso de álcool), clínicas (índice de massa corporal, tempo de diagnóstico de DM, glicemia casual) e com a classificação de risco relacionado ao pé de pessoas com Diabetes Mellitus.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, com abordagem quantitativa, realizado em três Unidades Básicas de Saúde (UBS) localizadas no município de Macapá, Amapá.

A amostra foi do tipo conveniência e de acessibilidade composta de 60 pessoas com DM. Nesse caso, a opção pelo tipo de amostra levou em consideração a facilidade de acesso, a disponibilidade para participar, a rotatividade de pessoas, pela troca de horários para a realização de consulta e ainda pela realização de rastreamento oportunístico, uma vez que o município é desprovido de um programa organizado de rastreamento para NPD, DAP e síndrome do pé diabético. Os dados resultantes desse rastreamento servirão de subsídio para escrever um programa de rastreamento para as UBS. O critério de inclusão levou em conta pessoas com DM tipo 1 e 2 de ambos os sexos, com idade maior ou igual a 18 anos. Excluíram-se pessoas que apresentaram comorbidades circulatórias não relacionadas ao DM.

A coleta foi realizada nos meses de novembro e dezembro de 2019. Para identificação do perfil sociodemográfico e clínico, a ficha de consulta de enfermagem foi utilizada pela equipe do "Programa de Promoção da Saúde para Pessoa com Diabetes Mellitus". Para avaliação de NPD e DAP, foi adaptada e utilizada a ficha clínica "Avaliação e rastreamento de dor neuropática, perda de sensibilidade protetora e doença arterial periférica para Atenção Básica", baseada no termo de cooperação técnico-científica entre a Sociedade Brasileira de

Diabetes (SBD) e a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, pelo Grupo Brasileiro Pé Diabético (BRASPed).<sup>(7)</sup> A ficha identifica sintomas neuropáticos, inspeção dos pés, deformidades nos pés, limitação da mobilidade articular avaliada por meio do sinal da prece, perda da sensibilidade protetora (PSP), palpação dos pulsos (pediosos, tibiais posteriores e braquiais) e tomada do Índice Tornozelo-Braço (ITB), além de histórico de amputação e úlcera prévia, com posterior classificação de risco para o desenvolvimento de Úlcera de Pé Diabético-(UPD) e seguimento no tratamento.

Também foi aplicado o questionário para evidência de diagnóstico de neuropatia diabética, constituído de duas partes: 1) Escore de Sintomas Neuropáticos (ESN) - varia de 0 a 2, composto de seis questões objetivas, sendo a primeira questão decisiva para aplicação do questionário, caso, na primeira questão, a resposta seja negativa, as demais questões não se aplicarão. Da questão 2 a 6, ocorre a mensuração do escore. A questão 5 tem variação de 0 a 1, as questões 2, 3 e 4 têm variação de 0 a 2, portanto o valor máximo para classificação do escore é nove. Assim, para escores 3-4, tem-se classificação leve; escores 5-6, moderada e 7-9, grave. 2) Escore de Comprometimento Neuropático (ECN) - a avaliação se dá pelo reflexo de Aquileu (varia de 0-2) e sensibilidades vibratória, dolorosa e térmica (variam de 0-1); consideram-se ECNs leve os escores 3-5, moderado escores 6-8 e grave escores 9-10.<sup>(8)</sup> Uma vez classificado o risco, o participante foi orientado quanto ao manejo apropriado e ao seguimento das consultas.

Para a tabulação, tratamento estatístico e análise dos dados, foram utilizados os *softwares Microsoft Office Excel® 2012* e o *Statistical Package for the Social Science (SPSS)* versão 20.0. A análise foi por meio de estatística descritiva e inferencial. Para o estudo da normalidade dos dados, foi aplicado o teste Kolmogorov-Smirnov (K-s), que indicou distribuição normal para as variáveis idade, fumo, classificação de risco, álcool, índice de massa corporal (IMC) e renda, tendo sido analisadas pelo teste de Correlação de Pearson (r). Já as variáveis tempo de DM, sensibilidade ao teste com o monofilamento Semmes-Weinstein de 10g (monofilamento S-W) e glicemia casual apresentaram distribuição anormal, tendo sido analisadas pelo teste de Spearman (rs). O Teste Exato de Fisher foi aplicado para avaliação da distribuição das variáveis categóricas independentes entre si. Os dados quantitativos foram expressos na forma de frequências absolutas, relativas, média e desvio-padrão. Foi admitida significância estatística de 5% para todos os testes ( $\alpha=0,05$ ).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal do Amapá sob o parecer número 3.729.645, CAAE: 26168019.2.0000.0003.

## RESULTADOS

Quanto aos resultados sociodemográficos e clínicos, a média de idade foi de 58,1 ( $\pm 12,6$ ) em que 43,3% (26) têm entre 60 e 69, 18,3% (11) 50 e 59, 13,3% (8) 40 e 49, 11,7% (7) 30 e 39 e 13,3% (8) têm acima de 70 anos. Houve predomínio do sexo feminino com 71,7% (43) e masculino 28,3% (17), 6,7% dos participantes (4) eram fumantes e 93,3% (56) nunca fumaram. Todos os participantes possuem diagnóstico de DM tipo 2 (100%), com tempo médio de duração da patologia de 12 anos ( $\pm 9,7$ ) e média de glicemia casual de 211 mg/dL ( $\pm 91,7$ ). Desses, 58,3% (35) também possuem Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). No que tange à terapia medicamentosa, 41,6% (25) usam antidiabético oral (ADO) e anti-hipertensivo, 38,3% (23) somente ADO, 6,6% (4) nenhum medicamento, 3,3% (2) ADO e insulina, 1,6% (1) somente anti-hipertensivo, 1,6% (1) somente insulina, 5% (3) ADO, anti-hipertensivo e insulina e 1,6% (1) anti-hipertensivo e insulina. Não têm deformidades nos pés 88,3% (53) dos participantes, 1,7% (1) teve o formato cavus, 6,7% (4) valgismo e 3,3% (2) dedos em garra. Com relação à avaliação por meio do sinal da prece, 66,7% (40) apresentaram resultado negativo para limitação. No que se refere ao rastreamento dos sintomas neuropáticos, 61,7% (37) indicaram dor, 61,7% (37) ausência de queimação, dormência e formigamento; 63,7% (38) presença de fadiga, cãimbra e dor. Sobre o período em que surgem ou pioram os sintomas, responderam que estes ocorrem durante o dia 10% (6) dos participantes; durante o dia e a noite, 36,7% (22); ou somente durante a noite, 38,3% (23). O reflexo de Aquileu esteve presente em 96,6% (58) dos participantes. À avaliação pelo Monofilamento S-W, 11,7% (7) apresentaram algum ponto de ausência de sensibilidade ao teste. Os escores de avaliação dos sintomas neuropáticos (SNs) e comprometimentos neuropáticos (CNs) são apresentados na tabela 1.

**Tabela 1.** Escores de avaliação dos sintomas e comprometimento neuropáticos (n=60)

Variáveis	n(%)
ESN	
Ausência de SN	16(26,6)
SNs Leves	16(26,6)
SNs Moderados	23(38,3)
SNs Graves	5(8,3)
ECN	
Ausência de CN	55(91,6)
CN leve	3(5,0)
CN moderado	2(3,3)
CN Grave	-(-)
NPD	
Presente	7(11,6)
Ausente	53(88,3)

ESN - Escore de sintoma neuropático; SN - Sintoma neuropático; CN - Comprometimento neuropático; PD - Neuropatia periférica diabética

**Tabela 2.** Correlação de variáveis sociodemográficas e clínicas com a classificação de risco (n=60)

	Variável						
	Idade	Tempo de fumante	Renda	Uso de álcool	IMC	Tempo de diagnóstico	Glicemia casual
	p (r)	p (r)	p (r)	p (r)	p (r)	p (r)	p (r)
Classificação de Risco	>0,05 (r=0,1)	>0,05 (r=0)	>0,05 (r=0)	>0,05 (r=0,1)	>0,05 (r=0)	<0,05 (rs=0,2)	<0,01 (rs=0,3)

Para rastreamento da DAP, foi mensurado o ITB, em que os valores identificados foram acima de 0,9 para todos os participantes, resultado sugestivo de ausência de evidências de DAP. Também foram identificados 100% (60) de ausência de amputações e úlceras prévias, entretanto, encontrou-se úlcera ativa em 1,6% (1) dos participantes. Na amostra estudada, a classificação de risco para o desenvolvimento de lesão apresentou grau 0 em 88,3% (53) dos participantes, grau 1 em 10% (6) e grau 3 em 1,6% (1). Foi realizado estudo de relação entre variáveis sociodemográficas e clínicas e o grau de risco. A tabela 2 apresenta a correlação entre variáveis sociodemográficas e clínicas. Somente as variáveis clínicas tempo de diagnóstico de DM e glicemia casual apresentaram correlação com o grau de risco para desenvolvimento de pé diabético.

A análise da distribuição entre ESN e a classificação de risco para desenvolvimento do pé diabético não demonstrou significância estatística (*Teste Exato de Fisher* = 3,695,  $p > 0,05$ ). No entanto, o ECN apresentou relação com classificação de grau de risco, demonstrando homogeneidade entre as duas classificações (*Teste Exato de Fisher* = 26,980;  $p < 0,001$ ), assim como o teste do Monofilamento S-W apresentou distribuição da frequência equivalente à observada na classificação de risco (*Teste Exato de Fisher* = 30,805;  $p < 0,001$ ) (Tabela 3).

**Tabela 3.** Relação da Classificação de risco com Escore de Sintoma Neuropático (ESN), Escore de Comprometimento Neuropático (ECN) e Monofilamento S-W em pessoas com DM (n=60)

		Classificação de risco			p*
		Grau 0	Grau 1	Grau 3	
ESN	Não pontua	14	1	1	>0,05
	Leve	8	1	0	
	Moderado	11	1	0	
	Grave	20	3	0	
ECN	Não pontua	52	1	1	<0,05
	Leve	0	1	0	
	Moderado	1	4	0	
Monofilamento S-W	Presente	52	0	1	<0,002
	Ausente	1	6	0	

\*Teste exato de Fisher

## DISCUSSÃO

Neste estudo, buscou-se rastrear a proporção de evidências de NPD e de DAP pela primeira vez em três UBS em

um município do estado do Amapá. A proporção de NPD identificada nas pessoas que realizam seguimento na APS do estudo em questão foi baixa (11,6%), essa informação corrobora os dados descritos na literatura internacional e nacional.<sup>(2,3,14,15)</sup> Quando se trata da prevalência de NPD, é considerável a variação identificada entre estudos, devido a diferenças populacionais, desenho do estudo e a não padronização dos critérios utilizados no diagnóstico e do exame clínico do pé diabético.<sup>(2,3,14,15)</sup> Entretanto, a NPD se apresenta em crescente prevalência conforme tempo de diagnóstico de DM, variando de 10% no momento do diagnóstico da doença até 53% após 25 anos da evolução da doença.<sup>(3,14)</sup>

A minoria da amostra apresentou ausência de sensibilidade ao teste com o Monofilamento S-W. Esse critério para diagnóstico de PSP faz a diferença na prevenção de UPD. A sua realização é orientada nos documentos oficiais que traçam as diretrizes para o cuidado com os pés das pessoas com DM, a fim de determinar o risco para ulceração, haja vista que a sua disponibilidade nas UBSs é de baixo custo, de fácil manuseio, de grande sensibilidade e especificidade.<sup>(8,16)</sup>

Evidências de DAP não foram identificadas a partir da avaliação do ITB entre os participantes. No entanto, na amostra do presente estudo, além do diagnóstico de DM, somam-se a idade de mais de 60 anos (43,3%) e a comorbidade HAS (58,3%), condições que são fatores de risco para o aumento do desenvolvimento de DAP. Pesquisa realizada em Viçosa, Minas Gerais, apontou que o risco para DAP foi cinco vezes maior em pessoas que possuíam idade  $\geq 61$  anos quando associado a HAS e PSP.<sup>(17)</sup>

A classificação de risco com grau 0 para NPD sustenta a constatação das informações anteriores. Com base na análise de correlação das variáveis sociodemográficas e clínicas com a classificação de risco, não foi identificado relação entre idade, tempo de fumante, renda, uso de álcool e IMC ( $p > 0,05$ ). Nesse contexto, de ausência de associação entre as referidas variáveis, os autores do estudo levam em consideração a idade adulta como predominante neste estudo, ao comparar com pesquisas em que a população participante em sua maioria tem idade acima de 60 anos,<sup>(18,19)</sup> tendo em vista que a progressão da idade em pessoas com DM é um fator de risco importante para NPD e DAP.<sup>(2,3)</sup> Assim, destaca-se o fato de que o DM tem início



assintomático, ou não identificado pela pessoa, e se acen-tua com o progredir da idade, podendo resultar em úlceras crônicas.<sup>(20)</sup>

Os participantes não fumantes, predominantes neste estudo, tendem a apresentar grau de risco diminuído, entretanto essa inferência requer mais estudos para compreender a ausência de associação entre essas variáveis, pois fumo é causa importante contribuinte para obstrução dos vasos sanguíneos. Salienta-se que a prática de educação em saúde em consultas de enfermagem para pessoas com diabetes com ênfase nos fatores de risco para essa patologia, como o tabagismo, contribui para a diminuição de comportamentos de risco e para o controle do DM.<sup>(21)</sup>

O tempo de diagnóstico de DM e a glicemia casual foram variáveis que apresentaram associação com classificação de risco, essa relação sinaliza a tendência de a amostra deste estudo desenvolver neuropatia diabética e, assim, aumentar o grau de risco para o desenvolvimento de pé diabético, pois são duas variáveis preditivas para o desenvolvimento de neuropatia.<sup>(22,23)</sup>

A média de tempo de DM neste estudo foi superior à encontrada em outro também realizado na região Norte, que identificou uma média de nove anos de DM em seus participantes.<sup>(16)</sup> Dessa forma, embora a proporção de NPD tenha sido baixa no estudo em questão, quando comparado a outros estudos<sup>(22,23)</sup> nos quais a proporção de neuropatia tenha sido maior, ainda assim, é possível identificar essa relação com o tempo de diagnóstico. Um estudo de caso controle apontou associação relevante entre presença de NPD e tempo de DM (*odds ratio* >5), inferindo ser um fator contribuinte importante para o desenvolvimento de PSP, sendo esta uma das principais condições que levam a pé diabético.<sup>(8)</sup>

Com relação à média de glicemia casual, a literatura aponta que a média de glicemia acima dos níveis considerados adequados se relaciona com o surgimento de NPD e DAP.<sup>(20)</sup> Embora o ideal seja a investigação pela hemoglobina glicada, ressalta-se que a glicemia casual alterada também favorece risco de desenvolvimento de NPD e DAP e deve ser levada em consideração para a prevenção e manejo dos agravos, pois o controle inadequado da glicemia converge como um dos fatores de risco associado a pé diabético, e ainda a taxa de glicose acima de 200 mg/dL representa um fator de risco independente para amputação.<sup>(20)</sup>

Ao associar a classificação de risco para pé diabético com o ESN, não foi encontrada uma relação significativa estatisticamente. Esse escore realiza sua classificação a partir dos sintomas autorreferenciados pela pessoa avaliada. Por outro lado, há uma relação com

comprometimento neuropático investigada a partir do ECN e com o Monofilamento ( $p < 0,05$ ), que são avaliações mensuradas clinicamente. Ambos são complementares e têm sido utilizados assim. Estudo que investigou escores de neuropatia<sup>(15)</sup> também encontrou alterações maiores no ECN e concluiu que não se deve basear somente em queixas de sintomas neuropáticos, mas também realizar a avaliação dos pés clinicamente para investigação aprofundada de sintomas.

Um estudo realizado na Índia<sup>(2)</sup> apontou que a maioria dos participantes possuía classificação acima de grau 1 e identificou uma relação importante entre sinais de comprometimento neuropático e amputação de membros. A investigação da classificação de risco é um importante método diagnóstico, no entanto, tendo em vista que nenhum prognóstico relacionado ao pé diabético deve ser obtido com base unicamente no sistema de classificação,<sup>(15)</sup> essa relação encontrada torna-se importante para determinação de ações em saúde voltadas às pessoas com Diabetes Mellitus.

Esses resultados estão sujeitos a limitações, por se tratar de estudo transversal que oferece apenas uma representação da situação, o que dificulta extrair inferências causais. Além disso, destacam-se o fato da amostra reduzida e a escassez na produção científica sobre a temática, impediu a comparação com outra população de forma mais precisa. Sugere-se, portanto, que investigações futuras sejam realizadas considerando essa temática na atenção primária a saúde. Não obstante, acredita-se que os resultados deste estudo podem colaborar para geração de conhecimento científico nessa temática.

O presente estudo contribui de forma significativa para a prática da enfermagem na atenção primária à saúde, pois aborda rastreamento de ND e DAP reforçando a importância de prevenir o pé diabético. Considera-se a atenção primária a porta de entrada para os cuidados das pessoas, o espaço onde acontece a prevenção, o diagnóstico e os cuidados da pessoa com Diabetes. De tal modo, se o cuidado for hábil, para rastrear ND e DAP e estratificar grau de risco para ocorrência do pé diabético, os profissionais de enfermagem poderão produzir planos de cuidados para cada pessoa com diabetes praticar o autocuidado, auto monitoramento dos pés e ensiná-las o controle da glicemia, bem como instigar discussões sobre a temática.

## CONCLUSÃO

Este estudo evidenciou proporção baixa de NPD e DAP na amostra investigada. As variáveis tempo de diagnóstico de DM e glicemia casual e o escore de comprometimento

neuropático e a sensibilidade ao monofilamento se apresentaram significativamente associadas com a classificação de risco, estando a maioria da amostra classificada em grau 0, o que reforça a importância da investigação sistematizada de sintomas neuropáticos para avaliação da classificação de risco. Essas relações demonstram a necessidade de intervenção por meio de educação em saúde e avaliação anual principalmente pelo enfermeiro, por meio da prática de rastreamento para as complicações NPD e DAP. Tal conduta poderá contribuir para prevenção da síndrome do pé diabético com desfecho de amputação, em vez de esperar a apresentação de sintomas e comprometimento neuropáticos pela pessoa com DM, para que cuidados sejam prescritos e implementados. A escassez de estudos relacionados à temática na APS reflete lacunas no processo de cuidado e em sua sistematização e informação. Quantitativos elevados de amputações ocorrem por ausência de rastreamento, que possibilitaria prevenção e/ou tratamento precoce para o problema apresentado. Cabe às instituições de ensino trabalhar na formação acadêmica de enfermeiros

e outros profissionais de saúde quanto à importância do rastreamento, haja vista que compete a estes profissionais, em especial ao enfermeiro, o cuidado à pessoa com DM. Cabe destacar entre os cuidados o monitoramento para o controle da doença e o rastreamento para complicações, como NPD e DAP, bem como a elaboração e a aprovação de instrumentos e protocolos para ajudar no direcionamento dos encaminhamentos e das prescrições dos profissionais. Estes devem atender às necessidades das pessoas com DM de forma integral e longitudinal. Nesse sentido, evidencia-se a importância do rastreamento para sistematização.

### Contribuições

Concepção e desenho do estudo: Pena FPS, Santos KC, Santos MSL; Coleta, análise e interpretação dos dados: Salles CR, Pena FPS, Santos KC, Santos MSL, Santos JL; Redação e/ou revisão crítica do manuscrito: Salles CR, Pena FPS, Santos KC, Santos MSL, Pena JLC, Santos JL, Oliveira VS; Aprovação da versão final a ser publicada: Salles CR, Pena FPS, Santos KC, Santos MSL, Pena JLC, Santos JL, Oliveira VS.

### REFERÊNCIAS

1. International Diabetes Federation (IDF). IDF diabetes atlas [Internet]. Brussels (BE): International Diabetes Federation; 2019 [citado 2021 jan 27]. Disponível em: [https://www.diabetesatlas.org/upload/resources/2019/IDF\\_Atlas\\_9th\\_Edition\\_2019.pdf](https://www.diabetesatlas.org/upload/resources/2019/IDF_Atlas_9th_Edition_2019.pdf)
2. Vibha SP, Kulkarni MM, Ballala AB, Kamath A, Maiya GA. Community based study to assess the prevalence of diabetic foot syndrome and associated risk factors among people with diabetes mellitus. *BMC Endocr Disord*. 2018;18(1):43.
3. Yazdanpanah L, Shahbazian H, Nazari I, Arti HR, Ahmadi F, Mohammadiannejad SE, et al. Incidence and Risk Factors of Diabetic Foot Ulcer: A Population-Based Diabetic Foot Cohort (ADFC Study) - Two-Year Follow-Up Study. *Int J Endocrinol*. 2018;7631659.
4. Verma M, Sharma N, Rashi VA, Bashar MA, Nath B, Kalra S. Diabetic Foot Care Knowledge and Practices in Rural North India: Insights for Preventive Podiatry. *J Assoc Physicians India*. 2021;69(2):30-4.
5. Reitzle L, Schmidt C, Du Y, Icks A, Hagen B, Ziese T, et al. Einschätzungen zur Prävalenz mikrovaskulärer Folgeerkrankungen bei Diabetes mellitus in Deutschland. Analyse von Versichertendaten aller gesetzlichen Krankenkassen für die Jahre 2012 und 2013. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*. 2020;(63):1219-30.
6. Sui-Whi J, Ming-Shyan L, Wen-Nan C, Randal DB, Mei-Yen C. Prevalence, discomfort and self-relief behaviours of painful diabetic neuropathy in Taiwan: a cross-sectional study. *BMJ Open*. 2016;6(10):e011897.
7. Di Lorenzi R, Bruno L, Garau M, Javiel G, Diaz ME. Prevalência de Neuropatia Periférica en una Unidad de Diabetes. *Rev Urug Med Interna*. 2020;5(2):17-27.
8. American Diabetes Association. Microvascular Complications and Foot Care: Standards of Medical Care in Diabetes - 2021. *Diabetes Care*. 2021;44(Suppl 1):S151-67.
9. Aguilera-Lagos R, Díaz-López EJ, Colman-Juárez BL, Carranza-Pagoada RE, Padilla-Meza JC, Cáceres-Munguía GI. Enfermedad arterial periférica y diabetes mellitus de tipo 2 en atención primaria. *Rev Cubana Angiol Cir Vasc*. 2020;21(2):e113.
10. Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD). Avaliação, prevenção e tratamento do pé diabético. In: Diretrizes. Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020 [Internet]. São Paulo: Clanad Editora Científica; 2020. p. 338-51 [citado 2021 Mar 15]. Disponível em: <https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/DIRETRIZES-COMPLETA-2019-2020.pdf>
11. Barnes JA, Eid MA, Creager MA, Goodney PP. Epidemiology and Risk of Amputation in Patients With Diabetes Mellitus and Peripheral Artery Disease. *Arterioscler Thromb Vasc Biol*. 2020;40(8):1808-17.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013 [citado 2021 Mar 20]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias\\_cuidado\\_pessoa\\_diabetes\\_mellitus\\_cab36.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_diabetes_mellitus_cab36.pdf)
13. Brasil. Ministério da Saúde. Manual do pé diabético: estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2016 [citado 2021 Mar 20]. Disponível em: [http://www.as.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2016/06/manual\\_do\\_pe\\_diabetico.pdf](http://www.as.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2016/06/manual_do_pe_diabetico.pdf)
14. Braga DC, Bortolini SM, Rozetti IG, Zarpellon K, Nascimento JC, Neris JE. Avaliação de neuropatia e complicações vasculares em pacientes com diabetes mellitus em um município rural de Santa Catarina. *Rev AMRIGS*. 2015;59(2):78-83.
15. Santos HC, Ronsoni MF, Colombo BS, Oliveira CS, Hohl A, Coral MH, et al. Escores de neuropatia periférica em diabéticos. *Rev Soc Bras Clin Med*. 2015;13(1):40-5.

16. Silva CC, Souza NS, Souza TF. Monofilamento: Conhecimento sobre sua Utilização. *ESTIMA*. 2017;15(2):74-81.
17. Moreira TR, Castro JA, Brinati LM, Diogo NA, Mendonça ÉT, Amaro MO. Prevalência e fatores associados à doença arterial periférica em indivíduos com diabetes mellitus. *Rev Enferm Cent-Oeste Min*. 2017; 7:e1223.
18. Brito D, Correia H, Ferreira AV, Jorge S, Caniço H. Doença arterial periférica em doentes com diabetes nos cuidados de saúde primários: estudo observacional. *Rev Port Med Geral Fam*. 2017;33:290-6.
19. Medina-Hernández S, García-Reza C, Gómez-Martínez V, Celaya-Guadarrama F. Cuidado de los pies en usuarios que viven con diabetes en el estado de México: bases para la sistematización de la asistencia de enfermería. *Enferm Foco*. 2011;2(1):23-7.
20. Audi EG, Moreira RC, Moreira AC, Pinheiro EF, Mantovani MF, Araújo AG. Avaliação dos pés e classificação do risco para pé diabético: contribuições da Enfermagem. *Cogitare Enferm*. 2011;16(2):240-6.
21. Scain SF, Franzen E, Hirakata VN. Effects of nursing care on patients in an educational program for prevention of diabetic foot. *Rev Gaúcha Enferm*. 2018;39:e20170230.
22. Lazzarini PA, Hurn SE, Kuys SS, Kamp MC, Ng V, Thomas C, et al. Foot Complications in a Representative Australian Inpatient Population. *J Diabetes Res*. 2017;2017:4138095.
23. Silva JV, Sousa-Muñoz RL, Figueiredo AS, Melo JF, Fernandes BM. Fatores de Risco para Perda de Sensibilidade Plantar em Diabéticos: Estudo Caso-Controlado em Ambulatório de Endocrinologia. *Rev Bras Ciênc Saúde*. 2013;17(2):113-20.

# AÇÕES EDUCATIVAS COMO ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO NAS ATITUDES DAS GESTANTES FRENTE AO ALEITAMENTO MATERNO

EDUCATIONAL ACTIONS AS AN INTERVENTION STRATEGY IN THE ATTITUDES OF PREGNANT WOMEN IN FRONT OF BREASTFEEDING

ACCIONES EDUCATIVAS COMO ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN EN LAS ACTITUDES DE LAS MUJERES EMBARAZADAS FRENTE A LA LACTANCIA

Anna Beatryz Lira da Silva<sup>1,2</sup>

Beatriz Pereira Alves<sup>1</sup>

Bruna Araújo de Sá<sup>1</sup>

Thais Gonçalves de Souza<sup>1</sup>

Mayara Evangelista de Andrade<sup>3</sup>

Marcelo Costa Fernandes<sup>1</sup>

(<https://orcid.org/0000-0003-1010-5183>)

(<https://orcid.org/0000-0003-2388-2854>)

(<https://orcid.org/0000-0003-2879-2815>)

(<https://orcid.org/0000-0002-7786-0186>)

(<https://orcid.org/0000-0001-5256-2169>)

(<https://orcid.org/0000-0003-1626-3043>)

## Descritores

Saúde da mulher; Aleitamento materno; Educação em saúde; Gravidez; Enfermagem obstétrica

## Descriptors

Women's health; Breastfeeding; Health education; Pregnancy; Obstetric nursing

## Descriptores

Salud de la mujer; Lactancia materna; Educación en salud; Embarazo; Enfermería obstétrica

## Submetido

26 de Julho de 2020

## Aceito

20 de Junho de 2021

## Conflitos de interesse:

manuscrito extraído do trabalho de conclusão de curso de graduação "Saberes, experiências e atitudes de gestantes acerca do aleitamento materno: possibilidade para a prática da pesquisa-ação", apresentado em 2019, no curso de graduação em Enfermagem, na Universidade Federal de Campina Grande - UFCG.

## Autor correspondente

Mayara Evangelista de Andrade  
E-mail: mayaraeandrade@hotmail.com

## RESUMO

**Objetivo:** O Aleitamento Materno é uma prática que proporciona muitos benefícios para o binômio mãe-filho e precisa ser cada vez mais orientado, principalmente durante a gestação. Este estudo teve como objetivo compreender como propostas de educação em saúde podem contribuir para a agregação de novos conhecimentos e atitudes positivas das gestantes frente ao aleitamento materno.

**Métodos:** Trata-se do recorte de um trabalho de conclusão de curso de graduação em enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, realizado no ano de 2019, alicerçado no método da pesquisa-ação e analisado por meio do processo metodológico do Discurso do Sujeito Coletivo.

**Resultados:** Após diagnóstico situacional, realizado através de uma entrevista semiestruturada, foram realizados três encontros com as gestantes, onde foram discutidos os sentimentos atrelados ao desejo de amamentar, receios expressados pelas gestantes acerca do aleitamento materno e os direitos das lactantes, respectivamente.

**Conclusão:** As ações educativas possibilitaram a construção de conhecimentos acerca da amamentação por meio do compartilhamento de saberes e troca de experiências entre as gestantes, além disso, foi possível reverter o déficit de saber que foi percebido na fase de avaliação, tornando-as detentoras e multiplicadoras de conhecimentos no seu coletivo.

## ABSTRACT

**Objective:** Breastfeeding is a practice that provides many benefits to the mother-child binomial and needs to be increasingly oriented, especially during pregnancy. This study aimed to understand how health education proposals can contribute to the aggregation of new knowledge and positive attitudes of pregnant women towards breastfeeding.

**Methods:** This is the conclusion of a nursing undergraduate course at the Federal University of Campina Grande, carried out in 2019, based on the action research method and analyzed through the methodological process of the Collective Subject Discourse.

**Results:** After a situational diagnosis, conducted through a semistructured interview, three meetings were held with the pregnant women, where the feelings linked to the desire to breastfeed were discussed, fears expressed by pregnant women about breastfeeding and the rights of breastfeeding women, respectively.

**Conclusion:** The educational actions allowed the construction of knowledge about breastfeeding through the sharing of knowledge and exchange of experiences among pregnant women, in addition, it was possible to reverse the deficit of knowledge that was perceived in the evaluation phase, making them holders and multipliers of knowledge in their collective.

## RESUMEN

**Objetivo:** La lactancia materna es una práctica que proporciona muchos beneficios al binomio madre-hijo y necesita estar cada vez más orientada, especialmente durante el embarazo. Este estudio tenía como objetivo comprender cómo las propuestas de educación para la salud pueden contribuir a la agregación de nuevos conocimientos y actitudes positivas de las mujeres embarazadas hacia la lactancia materna.

**Métodos:** Esta es la conclusión de un curso de licenciatura en enfermería en la Universidad Federal de Campina Grande, realizado en 2019, basado en el método de investigación de acción y analizado a través del proceso metodológico del Discurso de la Asignatura Colectiva.

**Resultados:** Después de un diagnóstico situacional, realizado a través de una entrevista semiestruturada, se llevaron a cabo tres reuniones con las mujeres embarazadas, donde se discutieron los sentimientos relacionados con el deseo de amamentar, los temores expresados por las mujeres embarazadas sobre la lactancia materna y los derechos de las mujeres lactantes, respectivamente.

**Conclusión:** Las acciones educativas permitieron la construcción de conocimientos sobre la lactancia materna mediante el intercambio de conocimientos y el intercambio de experiencias entre las mujeres embarazadas, además, fue posible revertir el déficit de conocimiento que se percibió en la fase de evaluación, convirtiéndolas en titulares y multiplicadores de conocimientos en su colectivo.

<sup>1</sup>Universidade Federal de Campina Grande, Campina Grande, PB, Brasil.

<sup>2</sup>Faculdade Santa Maria, Cajazeiras, PB, Brasil.

<sup>3</sup>Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, Brasil.

## Como citar:

Silva AB, Alves BP, Sá BA, Souza TG, Andrade ME, Fernandes MC. Ações educativas como estratégia de intervenção nas atitudes das gestantes frente ao aleitamento materno. *Enferm Foco*. 2021;12(5):880-6.

DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n5.4225>

## INTRODUÇÃO

O Aleitamento Materno (AM) é uma prática que proporciona benefícios tanto para a mãe quanto para a criança e precisa ser cada vez mais orientado, principalmente durante a gestação, uma vez que é por meio da amamentação que se cria condições para o crescimento e desenvolvimento saudáveis e para o fortalecimento do vínculo mãe-bebê. A literatura científica revela que além do AM favorecer uma nutrição rica para a criança, favorece o desenvolvimento saudável da microbiota intestinal, assim como o desenvolvimento cerebral e controle da obesidade, favorecendo a adaptação de hábitos alimentares saudáveis.<sup>(1)</sup>

Além disso possui importante papel imunológico protegendo a criança contra infecções respiratórias, alergias e diarreias por meio da ação da imunoglobulina A (IgA) secretora que se faz presente em maior concentração no colostro, protegendo o bebê contra a aderência ou penetração de patógenos no organismo.<sup>(2)</sup>

Da mesma forma, estudos realizados comprovam muitos benefícios para as mães, tal como a redução do risco de desenvolvimento do câncer de mama, uma vez que o movimento de sucção do bebê promove espécie de esfoliação do tecido mamário, além disso auxilia no desprendimento da placenta, contribuindo para a involução uterina, ao mesmo tempo que previne hemorragias no puerpério imediato e consequentemente anemia por perda sanguínea, auxilia na perda de peso adquirido na gestação e serve como método anticoncepcional natural enquanto a mulher não menstruar e estiver em amamentação exclusiva.<sup>(3,4)</sup>

Porém, apesar da amamentação ser um processo natural ao ser humano é frequente o aparecimento de algumas complicações, como dificuldades físicas, emocionais e sociais que interferem no processo e podem levar ao desmame precoce. Muitas vezes, os problemas estão associados ao déficit de conhecimento relacionado aos cuidados que devem ser realizados com as mamas, posição e pega correta e benefícios do aleitamento materno em geral.<sup>(2)</sup>

Tal problemática pode ser amenizada por meio da educação em saúde no pré-natal, que se constitui como porta de entrada para a decisão da mulher em amamentar seus filhos.<sup>(5)</sup>

Durante a gestação, a mulher precisa estar motivada para que o processo de amamentação se concretize. Estudos afirmam que mulheres que possuem conhecimento acerca dos benefícios da amamentação, autoconfiança e segurança gerada por um maior contato com o tema, tendem a amamentar de forma correta, com poucas ou nenhuma complicação e de forma exclusiva até os seis meses de vida do bebê.<sup>(6,7)</sup>

Neste sentido, atividades de educação em saúde, programas de incentivo à amamentação, campanhas, acompanhamento profissional adequado e integral são estratégias que podem e devem ser utilizadas para disseminação do conhecimento acerca de diversos benefícios que essa prática proporciona.

Sabe-se que o estudo sobre fatores intervenientes relacionados a saúde materno-infantil é fundamental para a obtenção de conhecimentos acerca de pilares do aleitamento materno. Todavia, as diferenças regionais na prática da amamentação deixam claro a necessidade de diagnósticos focais e regionalizados para o direcionamento da tomada de medidas de intervenção visando a promoção e proteção desta prática tão importante. Desta forma, este estudo tem como objetivo compreender como propostas de educação em saúde podem contribuir para o conhecimento e atitudes das gestantes frente ao aleitamento materno.

## MÉTODOS

Trata-se do recorte de um trabalho de conclusão de curso de graduação em enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), campus Cajazeiras, alicerçado no método da pesquisa-ação, cujo principal objetivo é o conhecimento e a resolução de problemas coletivos por meio de ações em cooperação entre o pesquisador e os participantes da pesquisa.<sup>(8,9)</sup>

A proposta foi desenvolvida em quatro etapas: diagnóstico situacional da realidade, planejamento, implementação e avaliação das ações; no período compreendido entre os meses de junho a novembro do ano de 2019, em duas Unidades Básicas de Saúde (UBS), Mutirão I e II da cidade de Cajazeiras, Paraíba.

Adotou-se como critério de inclusão: gestantes primíparas e múltiparas, que estivessem entre o segundo e terceiro trimestre de gestação. E como critério de exclusão: gestantes que possuíam doenças que as impedissem de realizar o aleitamento materno, tais como Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), retrovírus (HTLV-1 e HTLV-2), dentre outros.

Para realização do diagnóstico situacional, foi realizada uma entrevista semiestruturada com as gestantes a partir de encontros individuais, levando em consideração o agendamento da sua consulta na Estratégia Saúde da Família e seu interesse em participar da pesquisa, a partir da leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Após transcrição das entrevistas e análise dos discursos, surgiram três categorias "sentimentos atrelados ao desejo de amamentar"; "receios expressados pelas



gestantes acerca do aleitamento materno” e “direitos das mulheres que estão amamentando”, e a partir delas, foram realizados três encontros com as gestantes, onde foram discutidos os temas. Participaram das ações educativas, seis gestantes que faziam o acompanhamento do pré-natal nas referidas UBS.

A coleta de dados foi realizada por meio de questionários semiestruturados aplicados antes e após as ações educativas, objetivando o diagnóstico situacional e a avaliação das ações, respectivamente.

O questionário que objetivava o diagnóstico situacional levou em consideração os desejos e expectativas das gestantes e suas possíveis vivências com relação à amamentação e seus principais medos e dúvidas. Além disso, buscou-se identificar os conhecimentos que elas tinham com relação aos benefícios e os seus direitos enquanto lactantes.

Após ações educativas, o questionário de avaliação buscou reconhecer o significado da participação nas intervenções, possíveis sugestões para realização de novos grupos educativos e a concepção de aleitamento materno pós ações.

Para a organização desta reflexão e análise dos dados optou-se pelo processo metodológico do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) que viabiliza a expressão de um pensamento coletivo obtido a partir de um discurso individual, a fim de extrair a Ideia Central (IC) dos discursos individuais e identificar as expressões chaves (ECH).<sup>(10)</sup>

Ressalta-se ainda, que o presente estudo cumpre todas as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. O projeto foi submetido e aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Formação de Professores (CFP) da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) com CAAE n. 14474019.3.0000.5575.

## RESULTADOS

O planejamento das ações aconteceu após realização do diagnóstico situacional que teve como principal objetivo avaliar o conhecimento das gestantes acerca da amamentação e dos seus direitos como lactantes, bem como dos seus principais receios e inseguranças relacionados ao tema, através de entrevista semiestruturada. A partir dos resultados foram planejadas e implementadas três ações de caráter intervencionista a fim de solucionar os problemas encontrados.

A primeira ação teve como objetivo identificar os saberes das gestantes a partir de uma metodologia ativa de verdadeiro x falso e, assim, gerar uma discussão das práticas

e experiências vivenciadas por mães multíparas e expectativas das primigestas. A segunda ação teve como objetivo a apresentação das várias dúvidas e receios apresentados pelas gestantes durante o diagnóstico situacional, e por fim, a terceira ação abordou os direitos das lactantes nos mais diversos lugares.

O primeiro encontro aconteceu no dia 26 de setembro de 2019 na Unidade Básica de Saúde Mutirão I e II com a participação de quatro gestantes e teve duração média de 30 minutos, iniciando com a apresentação da mediadora e uma dinâmica de acolhimento que consistia na entrega de papel madeira em formato de coração para que as gestantes escrevessem no mesmo o que a amamentação representava para cada uma, a fim de estimular a criação de vínculo entre as participantes.

Em seguida, foi realizada uma roda de conversa intitulada “Identificação dos saberes das gestantes” por meio da dinâmica de verdadeiro x falso que iniciou com a entrega de plaquinhas que continham as palavras “verdadeiro” e “falso” e, logo após, foram lidas afirmações acerca do aleitamento materno, como os tipos existentes, tempo ideal de aleitamento, benefícios do leite materno, entre outras, e as gestantes tiveram que identificar quais eram verdadeiras e falsas com a utilização das plaquinhas. Durante a dinâmica, foi debatido cada temática e as participantes puderam relatar quais benefícios observaram com a prática da amamentação, trocando experiências com outras mães que ali estavam.

A segunda e terceira ação foram realizadas no dia três de outubro de 2019 nos períodos da manhã e da tarde, respectivamente, e contou com a participação de duas gestantes na mesma UBS.

A segunda atividade educativa teve duração média de 40 minutos e iniciou com a dinâmica de acolhimento “Porta-Retrato”. A mediadora se apresentou por meio de um papel escrito, com nome, idade, sonhos e qualidades e pediu para que todas as gestantes fizessem da mesma forma. O objetivo foi enfatizar as qualidades de todas, empoderando-as, além de favorecer a criação de laços de vínculo. Para início do debate acerca da temática do dia, foi utilizada uma caixa com bolinhas com os números de um a dez que representavam cada fala de receio expressadas por elas no diagnóstico situacional, e materiais de crochê que representavam as mamas e o estômago da criança de acordo com cada mês de vida.

A intervenção iniciou com cada gestante retirando a bolinha, uma de cada vez, de dentro da caixa, lendo a frase correspondente e relatando sua opinião. O jogo ia acontecendo de acordo com cada bolinha retirada e as gestantes puderam sanar suas dúvidas com relação as crenças da

amamentação, e, com os materiais, a mediadora foi mostrando qual o tamanho do estômago do bebê em cada mês de vida e a pega e posição correta para evitar fissuras, mastite e ingurgitamento mamário.

A terceira ação, também realizada no dia três de outubro do corrente ano, no período da tarde, contou com a participação de duas gestantes, teve seu início com a elaboração de um painel com objetivo de expor os direitos das mulheres que estavam amamentando, avaliando o conhecimento prévio das mesmas e complementando ao longo da discussão da temática.

Após confecção do painel, foi iniciada uma roda de conversa, com foco no painel realizado, para debater mais a fundo os direitos das mulheres lactantes e o porquê destes serem tão desconhecidos até pelas próprias gestantes. A discussão durou em média 20 minutos e as gestantes puderam perceber que além daqueles destacados no painel, existiam muitos outros.

Para finalizar a discussão, a mediadora enfatizou a importância da participação de outras gestantes e dos profissionais da unidade em ações educativas e da necessidade de mantê-las como rotina da UBS, pois, além destes temas serem desconhecidos e pouco debatidos, ocorreu baixa adesão pelo público alvo.

Após conclusão das ações educativas, foi realizada uma entrevista semiestruturada de forma individualizada com critérios de avaliação e construído um DSC a partir das respostas das participantes. Participaram da construção do DSC três gestantes, com o intuito de avaliar o impacto das ações no saber e nas atitudes das mesmas.

**DSC:** *Significou muito, foi muito bom participar e ver a importância de saber amamentar, né?! O meu maior prazer é amamentar, ver que o leite é bom pra criança e que a gente tem que dar até os seis meses, alguns pensamentos meu mudaram, a gente escuta tanta coisa do pouso, por isso é bom participar dessas coisas, clareia as ideias e a gente se sente mais confortável até. Você falando agora eu percebi porque tive dois filhos e um eu amamentei por mais tempo do que a outra e você falando eu lembrei que o que eu amamentei adoeceia menos, minha menina era mais doentezinha. Pra mim, os direitos das mulheres foi o que eu mais gostei, é difícil você saber dessas coisas a não ser que pesquise, foi muito bom ter isso.*

## DISCUSSÃO

A pesquisa-ação constitui uma estratégia eficaz quando o objetivo é favorecer o envolvimento ativo dos participantes

da pesquisa e dos pesquisadores. Neste método, parte-se do pressuposto de que os questionamentos e dúvidas relatadas pelos participantes devem gerar informações que serão utilizadas a fim de orientar o planejamento e execução das ações.<sup>(11)</sup>

Percebe-se que atualmente, o pré-natal têm se tornando uma prática tecnicista, com enfoque apenas na realização de exames preconizados no programa em questão e obtenção de dados para preenchimento da Caderneta da Gestante, o que vem gerando uma fragmentação da assistência, principalmente, das atividades de educação em saúde que são fundamentais nesse período de intensas mudanças físicas, emocionais e comportamentais das mulheres, e que quando não realizadas contribuem para a perda de autonomia e protagonismo das gestantes frente a sua gestação, predominando a passividade e submissão.<sup>(12)</sup>

Dessa forma, a criação de grupos de gestantes, rodas de conversas e círculos de cultura têm sido desenvolvidos com o objetivo de complementar essa lacuna da assistência e vêm contribuindo de maneira significativa na sensibilização sobre os mais diversos temas que a gestação engloba, além de favorecer um espaço para o compartilhamento de experiências e vivências entre as participantes, consequentemente, diminuindo a ansiedade, medos e insegurança que se faz muito presente no período gravídico.<sup>(12,13)</sup>

Sabe-se que o contexto sociocultural, bem como mitos e crenças interferem diretamente na prática do AM, sendo umas das principais causas do desmame precoce. A propagação de pensamentos como "leite fraco, insuficiente ou pouco", "bebê não quis pegar o peito", "leite materno não mata a sede do bebê" e várias outras fazem com que as mães se sintam inseguras e acrescentem água e outros alimentos na dieta dos bebês durante os primeiros seis meses que deveriam ser de AM exclusivo.<sup>(14)</sup>

Tal fato justifica a importância de ações educativas durante o período gestacional a fim de preparar a mulher para a lactação, por meio da orientação e propagação de fatos científicos, desmistificando conceitos e crenças que podem prejudicar a adesão e manutenção da amamentação.<sup>(15,16)</sup>

Atualmente sabe-se que o leite materno garante a hidratação do bebê uma vez que possui alto teor em água. O leite do início da mamada é mais "ralo" justamente por conter uma maior quantidade de água e grande quantidade de fatores de defesa, já ao final da mamada percebe-se um leite mais grosso, constituído por vitaminas, sais minerais e gordura. Outro grande erro é achar que o leite é fraco, e sozinho não é capaz de saciar as necessidades da criança. Estudos mostram que até mães com desnutrição leve a moderada são capazes de produzir leite com os nutrientes que a criança necessita.<sup>(2)</sup>

Com relação a quantidade de leite ingerida pelo bebê, deve-se levar em conta sua capacidade gástrica que varia de acordo com a idade. Ao nascer, os recém-nascidos possuem estômagos pequenos que suportam apenas aproximadamente de 5 a 7 ml de leite, dessa forma, no início é natural que ele precise de várias mamadas ao longo do dia e que a mãe produza apenas pequenas quantidades de leite. Porém com o passar do tempo, sua capacidade gástrica aumenta, o número de mamadas tende a diminuir, a duração das mesmas tende a aumentar e a mãe começa a produzir uma maior quantidade de leite, capaz de saciar o bebê.<sup>(17)</sup>

Quando mal orientadas com relação aos cuidados com a mama durante a gestação, posição e pega corretas, as mães geralmente desenvolvem problemas mamários, tais como fissuras, ingurgitamento mamário e mastite que por gerarem muita dor, acabam resultando no desmame precoce. Entre as orientações básicas que devem ser dadas às gestantes durante o pré-natal encontram-se os banhos de sol nas mamas por cerca de 15 minutos, diariamente, até as 10 horas da manhã ou ao final da tarde, pois ajuda a tornar os seios mais resistentes às fissuras, e o cuidado para manter a hidratação natural dos mamilos e aréolas, não expondo essas regiões a sabonetes e cremes.<sup>(18)</sup>

Durante a amamentação caso venha a surgir rachaduras e fissuras, o recomendado é passar o próprio leite no bico e na aréola após cada mamada, deixando secar livremente, pois além de todos os benefícios citados, o leite materno também possui ação hidratante, cicatrizante e bactericida, ajudando ainda a prevenir possíveis infecções.<sup>(17)</sup>

É necessário ressaltar que atividades como as desenvolvidas, que valorizam o conhecimento prévio das participantes são extremamente importantes dado que requerem um olhar cuidadoso sobre os resultados, permitindo o mapeamento e estabelecimento de estratégias para possíveis correções e acréscimo de novas informações. É preciso levar em conta, nesse caso, que as gestantes possuem conhecimentos diversos, mesmo que fragmentados. Conhecimentos estes, que são obtidos por meio de observações e interações com outras famílias, culturas e crenças. Desconsiderar esses aprendizados é pensar na mulher como indivíduo sem voz ativa, disposto apenas a receber o conhecimento, e conseqüentemente, contribuir para sua passividade.

Com relação aos direitos das lactantes, existem diversas políticas que respaldam a amamentação, a fim de incentivar a prática em questão. As leis trabalhistas brasileiras garantem o afastamento da gestante por quatro meses, a partir do 8º mês de gestação, garantindo pelo menos três meses de amamentação exclusiva ao RN. No momento

em que retornam ao trabalho, a lei garante ainda que a mãe tenha uma hora ininterrupta ou dois intervalos de 30 minutos para amamentar seu filho.<sup>(19)</sup>

Sendo importante citar outras conquistas, como a prioridade em filas de banco, recebimento de suporte e auxílio no Banco de Leite, direito a um acompanhante durante a realização de concursos públicos, podendo de ausentar, na presença de um fiscal, da sala para amamentar. Além da criação de políticas e estratégias do Ministério da Saúde tais como o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM) e implantação de salas de apoio e creches nos ambientes de trabalho para incentivar a continuação do aleitamento materno.<sup>(20,21)</sup>

Diante do DSC, é possível observar o entusiasmo das gestantes por terem participado das atividades educativas realizadas, pois por meio delas puderam conhecer mais a profundamente a temática e se sentirem mais preparadas para o momento da amamentação.

Estudos recentes tais como o de Quental *et al.*<sup>(22)</sup> e Jacob *et al.*,<sup>(23)</sup> destacam os benefícios das ações educativas não só no período gestacional, mas também no puerpério, pois previne doenças e promove saúde com a construção de novos saberes. Esse acompanhamento no período gravídico-puerperal pode auxiliar na adesão ao aleitamento materno, pois promove um conhecimento prático, deixando-as preparadas para lidar com as diversas situações que ocorrem no ato de amamentar, sejam elas físicas ou emocionais.

As orientações oferecidas são importantes para todas as mulheres, principalmente para as primíparas, uma vez que como não possuem experiências positivas ou negativas em relação a amamentação, seu desejo de amamentar é fortemente influenciado pelas informações recebidas ao longo do pré-natal.<sup>(24,25)</sup> Da mesma forma, quando não adquirem o conhecimento necessário, o palpite de leigos pode torná-las vulneráveis e influenciar na sua tomada de decisão, como citado no DSC desta pesquisa, em que elas destacam que “escuta tanta coisa do povo”, apresentando que nem sempre são palavras boas e que irão influenciar positivamente.

Com o decorrer das reuniões, as mulheres puderam lembrar como havia sido suas gestações anteriores e comparar com o novo conhecimento adquirido. No discurso, é possível perceber uma comparação entre duas gestações e como o aleitamento materno foi diferente em ambas. Foi notado que na amamentação mais prolongada, o filho adoeceu menos que a filha, que logo entrou na complementação. Esse fato enfatiza ainda mais os benefícios do leite materno para o RN, principalmente em relação ao fortalecimento do seu sistema imunológico.

Além disso, a partir do discurso pôde-se perceber que o conhecimento acerca dos seus direitos foi de extrema importância, pois ele, por vezes, não é fornecido satisfatoriamente nas UBS. Diante disso, percebe-se que o processo educativo também favorece o fortalecimento das mulheres como cidadãs e pessoas de direitos.

As limitações da pesquisa estão ligadas a baixa adesão das participantes e a dificuldade de comunicação e apoio da equipe de saúde das unidades onde foram realizadas as ações, pois sendo a Atenção Primária à Saúde (APS) considerada o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e ordenadora e coordenadora do cuidado deveria incentivar e divulgar ações como essa que são de extrema importância na atenção ao pré-natal.

As ações educativas possibilitaram a construção de conhecimentos acerca do AM por meio do compartilhamento de saberes. Houve a sensibilização para a amamentação, revertendo o déficit de saber que foi percebido na fase de avaliação e consequentemente contribuindo para a elevação dos índices de aleitamento materno no país.

## CONCLUSÃO

O presente estudo alcançou o seu objetivo geral, pois demonstrou como propostas de educação em saúde podem contribuir para o conhecimento e atitudes das gestantes frente ao aleitamento materno. É perceptível que houve uma sensibilização no desejo de amamentar, pois as gestantes puderam aprender e mudar algumas crenças pré-existentes acerca da amamentação. Além disso, as ações possibilitaram a discussão de políticas que ainda são pouco explanadas para que as lactantes possam lutar pelos seus direitos e repassar

este conhecimento para outras mulheres. Após a realização do diagnóstico situacional, foram planejadas ações educativas com o uso de dinâmicas e rodas de conversas a fim de incentivar a participação e diálogo dos envolvidos, o que tornou os encontros enriquecedores para a construção do conhecimento coletivo. Tais encontros proporcionaram discursos de avaliação positiva, pois as gestantes relataram um acréscimo no conhecimento que possuíam, sendo capaz de repassá-los adiante. É importante ressaltar que apesar da baixa adesão das gestantes nas atividades educativas, as intervenções foram bastante proveitosas e conseguiram reverter o déficit de saber que foi percebido na fase de avaliação, tornando-as detentoras e multiplicadoras de conhecimentos no seu coletivo. Como proposição para os demais estudos, sugere-se a avaliação destas ações em longo prazo, assim como novas investigações locais e regionais e desenvolvimento de atividades educativas nesta temática por meio de grupos de gestantes nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), que favorecem o compartilhamento de saberes e troca de experiências, além de contribuir para uma maior autonomia e protagonismo da mulher frente a gestação e amamentação.

## Contribuições

Concepção e/ou desenho do estudo: Silva ABL, Alves BP, Sá BA, Souza TG, Andrade ME, Fernandes MC; Coleta, análise e interpretação dos dados: Silva ABL, Alves BP, Sá BA, Souza TG, Andrade ME, Fernandes MC; Redação e/ou revisão crítica do manuscrito: Silva ABL, Alves BP, Sá BA, Souza TG, Andrade ME, Fernandes MC; Aprovação da versão final a ser publicada: Silva ABL, Alves BP, Sá BA, Souza TG, Andrade ME, Fernandes MC.

## REFERÊNCIAS

1. Kerzner B, Milano K, Maclean WC, Berall G, Stuart S, Chatoor I. A practical approach to classifying and managing feeding difficulties. *Pediatrics*. 2015;135(2):344-53.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2015 [citado 2020 Jun 10]. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_crianca\\_aleitamento\\_materno\\_cab23.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_cab23.pdf).
3. Islam I, Liu Y, Jemal A, Zhou J, Weiderpass E, Colditz G, et al. Breastfeeding and breast cancer risk by receptor status—a systematic review and meta-analysis. *Ann Oncol*. 2015;26(12): 2398-407.
4. Margotti E, Margotti W. Fatores relacionados ao Aleitamento Materno Exclusivo em bebês nascidos em hospital amigo da criança em uma capital do Norte brasileiro. *Saúde Debate*. 2017;41(114):860-71.
5. Demetrio F, Pinto EJ, Assis AM. Fatores associados à interrupção precoce do aleitamento materno: um estudo de coorte de nascimento em dois municípios do Recôncavo da Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2012;28(4):641-54.
6. Canicali Primo C, Nunes BO, Lima EF, Leite FM, Pontes MB, Brandão MA. Which factors influence women in the decision to breastfeed?. *Invest Educ Enferm*. 2016;34(1):198-217.
7. Rocha IS, Lolli LF, Fujimaki M, Gasparetto A, Rocha NB. Influência da autoconfiança materna sobre o aleitamento materno exclusivo aos seis meses de idade: uma revisão sistemática. *Ciênc Saúde Colet*. 2018;23(11): 3609-19.
8. Monteiro CF, Moreira MR, Oliveira EA, Moura ME, Costa JV. Pesquisa-ação: contribuição para prática investigativa do enfermeiro. *Rev Gaúcha Enferm*. 2010;31(1):167-174.
9. Thiollent M. Metodologia da pesquisa-ação. 18a. ed. São Paulo: Cortez; 2011.
10. Lefevre F, Lefevre AM. Discurso do sujeito coletivo: representações sociais e intervenções comunicativas. *Texto Contexto Enferm*. 2014;23(2):502-7.
11. Picheth SF, Cassandre MP, Thiollent MJ. Analisando a pesquisa-ação à luz dos princípios intervencionistas: um olhar comparativo. *Educação*. 2016;39(Esp):s3-s13.

12. 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.
13. 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.
14. Lahós NT, Pretto AD, Pastore CA. Mitos e crenças acerca do aleitamento materno no estado do Rio Grande do Sul (Brasil). *Nutr Clín Diet Hosp*. 2016;36(4):27-33.
15. Amaral LJ, Sales SS, Carvalho DP, Cruz GK, Azevedo IC, Ferreira Júnior MA. Fatores que influenciam na interrupção do aleitamento materno exclusivo em nutrízes. *Rev Gaúcha Enferm*. 2015;36(Esp):127-34.
16. Rodrigues LN, Santos AS, Torquato RC, Lopes AP, Gomes PP, Chaves EM. Diagnósticos de enfermagem relacionados à amamentação em nutrízes acompanhadas na atenção primária à saúde. *Enferm Foco*. 2019;10(6):125-130.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da criança: Nutrição Infantil, Aleitamento Materno e Alimentação Complementar. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009 [citado 2020 Jul 19]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_crianca\\_nutricao\\_aleitamento\\_alimentacao.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_nutricao_aleitamento_alimentacao.pdf)
18. Lira CF, Azevedo EB, Pimenta EA, Palmeira PA, Saraiva AM. Breastfeeding: an approach in popular practices of care. *Rev Enferm UFPE Online*. 2013;7(8):5083-92.
19. Bosi ML, Machado MT. Amamentação: um resgate histórico. *Cad ESP*. 2005;1(1):14-22.
20. Monteiro JC, Nakano MA, Gomes FA. O aleitamento materno enquanto uma prática construída. Reflexões acerca da evolução histórica da amamentação e desmame precoce no Brasil. *Inv Educ Enferm*. 2011;29(2): 315-21.
21. Fernandes VM, Santos EK, Erdmann AL, Pires DE, Zampieri MF, Gregório VR. Establishment of lactation rooms in public and private companies: potentialities and difficulties. *Rev Gaúcha Enferm*. 2016;37(Esp):e2016-0046.
22. Quental LL, Nascimento LC, Leal LC, Davim RM, Cunha IC. Práticas educativas com gestantes na atenção primária à saúde. *Rev Enferm UFPE Online*. 2017;11(12):5370-81.
23. Jacob LM, Mafetoni RR, Figueira MC, Lopes MH, Shimo AK. Educational actions for preventing pregnancy-related complications. *Rev Enferm Atual In Derme*. 2019;87:25.
24. Silva DD, Schmitt IM, Costa R, Zampieri MF, Bohn IE, Lima MM. Promotion of breastfeeding in prenatal care: The discourse of pregnant women and health professionals. *Rev Min Enferm*. 2018;22:e-1103.
25. Souza ML, Santos TP, Alves OM, Leite FM, Lima EF, Caniçali Primo C. Avaliação da autoeficácia na amamentação em puérperas. *Enferm Foco*. 2020;11(1):153-7.



# SAÚDE DO HOMEM NA ATENÇÃO BÁSICA SOB O OLHAR DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

MEN'S HEALTH IN PRIMARY CARE UNDER THE GAZE OF NURSING PROFESSIONALS

LA SALUD DEL HOMBRE EN LA ATENCIÓN PRIMARIA BAJO LA MIRADA DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

Ruhan Ribeiro dos Santos<sup>1</sup>

(<https://orcid.org/0000-0002-9602-9670>)

Erica Jorgiana dos Santos de Moraes<sup>1</sup>

(<https://orcid.org/0000-0003-2219-7177>)

Kayo Henrique Jardel Feitosa Sousa<sup>2</sup>

(<https://orcid.org/0000-0002-0901-7752>)

Fernanda Cláudia Miranda Amorim<sup>1</sup>

(<https://orcid.org/0000-0002-1648-5298>)

Adélia Dalva da Silva Oliveira<sup>1</sup>

(<https://orcid.org/0000-0001-8344-9820>)

Camila Aparecida Pinheiro Landim Almeida<sup>3</sup>

(<https://orcid.org/0000-0003-4843-4572>)

## Descritores

Saúde do homem; Atenção Primária à Saúde; Saúde pública; Enfermagem

## Descriptors

Men's health; Primary Health Care; Public health; Nursing

## Descriptores

Salud del hombre; Atención Primaria del Salud; Salud pública; Enfermería

## Submetido

26 de Maio de 2020

## Aceito

16 de Junho de 2021

## Conflitos de interesse:

nada a declarar.

## Autor correspondente

Kayo Henrique Jardel Feitosa Sousa  
E-mail: kayohenriquejardel@gmail.com

## RESUMO

**Objetivo:** Descrever o olhar de profissionais de enfermagem em relação à saúde do homem na atenção básica.

**Métodos:** Estudo qualitativo realizado com 20 profissionais de enfermagem das Unidades Básicas de Saúde de um município piauiense. Para a produção dos dados, utilizou-se de entrevistas semiestruturadas, transcritas e processadas, posteriormente, no software IraMuTeQ. Para o exame dos dados utilizou-se da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo.

**Resultados:** Identificaram-se seis ideias centrais que revelaram o medo da descoberta de doenças pode ocasionar problemas na inserção do homem nas Unidades Básicas de Saúde; o machismo como o desencadeador da pouca procura do homem pelos serviços de atenção básica; as barreiras para a inserção do homem nos serviços de saúde; o atendimento da equipe de enfermagem na adequação do tempo para a prestação de assistência ao homem; as atividades de prevenção realizadas pelos profissionais de enfermagem para redução de danos à saúde do homem e a importância das estratégias educativas na atenção básica voltadas à saúde do homem.

**Conclusão:** As ações de cuidado de enfermagem devem ser voltadas, inicialmente, à inserção do homem como protagonista do cuidado em saúde, levando-se em consideração suas particularidades.

## ABSTRACT

**Objective:** To describe the view of nursing professionals in relation to men's health in primary care.

**Methods:** Qualitative study carried out with 20 nursing professionals from the Basic Health Units of a municipality in Piauí. To produce the data, semi-structured interviews were used, transcribed, and later processed using the IraMuTeQ software. To examine the data, we used the Collective Subject Discourse technique.

**Results:** Six central ideas were identified that revealed the fear of the discovery of diseases can cause problems in the insertion of men in Basic Health Units; machismo as the trigger for man's low demand for primary care services; barriers to the inclusion of men in health services; the assistance of the nursing team in adapting the time to provide assistance to men; the prevention activities carried out by nursing professionals to reduce damage to men's health and the importance of educational strategies in primary care focused on men's health.

**Conclusion:** The actions of nursing care should be directed, initially, to the insertion of men as protagonists of health care, considering their particularities.

## RESUMEN

**Objetivo:** Describir la opinión de los profesionales de enfermería en relación con la salud del hombre en atención primaria.

**Método:** Estudio cualitativo realizado con 20 profesionales de enfermería de las Unidades Básicas de Salud de un municipio de Piauí. Para la producción de los datos, se utilizaron entrevistas semiestructuradas, transcritas y luego procesadas utilizando el software IraMuTeQ. Para examinar los datos, utilizamos la técnica del Discurso del Sujeto Colectivo.

**Resultados:** Se identificaron seis ideas centrales que revelaron que el temor al descubrimiento de enfermedades puede causar problemas en la inserción de los hombres en las Unidades Básicas de Salud; machismo como desencadenante de la baja demanda del hombre de servicios de atención primaria; barreras para la inclusión de hombres en los servicios de salud; la asistencia del equipo de enfermería para adaptar el tiempo para brindar asistencia a los hombres; las actividades de prevención llevadas a cabo por profesionales de enfermería para reducir el daño a la salud masculina y la importancia de las estrategias educativas en atención primaria centradas en la salud masculina.

**Conclusión:** Las acciones del cuidado de enfermería deben dirigirse, inicialmente, a la inserción de los hombres como protagonistas del cuidado de la salud, teniendo en cuenta sus particularidades.

<sup>1</sup>Centro Universitário UNINOVAFAPI, Teresina, PI, Brasil.

<sup>2</sup>Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

<sup>3</sup>Universidade Católica Portuguesa, Porto, Portugal.

## Como citar:

Santos RR, Moraes EJ, Sousa KH, Amorim FC, Oliveira AD, Almeida CA. Saúde do homem na atenção básica sob o olhar de profissionais de enfermagem. *Enferm Foco*. 2021;12(5):887-93.

DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n5.3905>

## INTRODUÇÃO

A saúde do homem passou muito tempo imperceptível ao olhar de gestores e dos profissionais que prestam cuidados nos serviços de saúde. A razão dessa invisibilidade foi motivada, principalmente, por aspectos culturais ao considerar os indivíduos do sexo masculino como um grupo sem muitas necessidades de saúde, que justificassem serem incluídos nos grupos prioritários de cuidados de saúde. Mesmo com os avanços recentes, ainda há uma carência de estratégias que vinculem os homens às Unidades Básicas de Saúde (UBS) e que impulsionem a serem mais participativos nos cuidados de saúde, especialmente, em ações de promoção de saúde e prevenção de agravos e adoecimento.<sup>(1)</sup>

Frente aos impasses da sociedade brasileira, é possível destacar a construção da masculinidade em uma sociedade patriarcal, onde a pessoa do sexo masculino, sinônimo de força e resistência, é "imune" ao adoecimento, o que gera significados preconcebidos ao acesso nos serviços ofertados na Atenção Primária à Saúde (APS). Desta feita, a procura destes serviços é considerado somente a mulheres, idosos e crianças, o que vem ocasionando uma dificuldade dos homens em buscar a assistência em saúde, e consequente aumento de índices de doenças crônicas não transmissíveis, e por vezes, transmissíveis.<sup>(2)</sup>

Ressalta-se que neste estudo as expressões Atenção Básica e Atenção Primária são usadas como sinônimos, sendo usado um ou o outro conforme as formas de citação dos estudos primários. Faz-se necessário, portanto, considerar os indivíduos do sexo masculino como seres vulneráveis ao adoecimento em face do contexto sociocultural onde estes se inserem, devendo incrementar o potencial de protagonismo do homem nos cuidados de saúde. Assim, é primordial para que ocorra uma atenção de qualidade em saúde, considerar o homem um ser biopsicossocial, sendo observada a personalidade masculina, comportamentos e fatores culturais, nos quais se encontram uma diversidade de contextos sociais envolvidos.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) foi instituída pelo Ministério da Saúde (MS), por meio da Portaria GM/MS nº 1.944/2009, tendo por finalidade promover a melhoria das condições de saúde da população masculina, favorecendo a redução da morbimortalidade. No entanto, a execução da PNAISH ainda é vista como frágil nos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), pois seu reconhecimento ainda é insatisfatório por parte do público que abrange.<sup>(3)</sup>

A busca dos homens pelos serviços de saúde é realizada, quase sempre, por meio de complicações maiores de uma determinada condição patológica, o que desencadeia maiores problemas de saúde e gastos que poderiam ser evitados por meio dos métodos de promoção e prevenção em saúde.

É notória a dificuldade de trabalhar com a prevenção do adoecimento do homem na APS, principalmente pela maior procura por serviços de média e alta complexidade.<sup>(4)</sup>

Este estudo justificou-se por serem os profissionais da enfermagem numericamente superiores às demais categorias nos cenários de cuidados básicos, sendo responsáveis por atividades de educação em saúde para a prevenção do adoecimento e promoção da saúde, com potencial para mudanças de posturas no que tange ao acesso aos serviços de saúde. Acrescenta-se a exiguidade de pesquisas versando sobre as percepções desses profissionais acerca da temática em tela. Dessarte, acredita-se que os profissionais da equipe de enfermagem, como educadores, podem valer-se das práticas de educação em saúde para reconhecer e elencar os impasses e as estratégias para reduzir as resistências dos homens na busca do cuidado à saúde.

Diante deste cenário, objetivou-se descrever o olhar de profissionais de enfermagem da Atenção Primária à Saúde em relação à saúde do homem.

## MÉTODOS

Estudo descritivo-exploratório com abordagem qualitativa, desenvolvido em UBS das Diretorias Regionais de Saúde Leste/Sudeste, no município de Teresina, Piauí, Brasil, no período de agosto a setembro de 2018. À época da realização deste estudo haviam implantadas 261 equipes da Estratégia Saúde da Família (eESF), distribuídas em 90 UBS, sendo 27 na Regional de Saúde Centro/Norte, 26 na Regional Leste/Sudeste e 24 na Regional de Saúde Sul.

O número de profissionais de enfermagem convidados a participar deste estudo buscou atender a representatividade do coletivo, sendo determinado como critérios para a interrupção de captação de novos participantes a representatividade dos sentidos, a reincidência e a saturação das informações. A escolha dos participantes ocorreu por a enfermagem ser reconhecida como a categoria profissional que apresenta grande interação social com a comunidade, o que possibilita a identificação de deficiências na assistência.

Foram incluídos como participantes deste estudo enfermeiros e técnicos de enfermagem vinculados à Estratégia Saúde da Família (ESF) há pelo menos um ano, por considerar um período suficiente para adquirir experiência na execução das atividades exercidas. Excluíram-se aqueles que se encontravam de licença à saúde, afastamento ou férias, durante o período que ocorreu a coleta dos dados.

Para a captação dos participantes optou-se por conveniência pela Regional de Saúde Leste/Sudeste que contavam com 26 UBS. Todos os profissionais dessas UBS foram

convidados e não teve-se recusas. Ao final, atingiu-se uma amostra de 20 participantes.

A coleta de dados deu-se por entrevistas individuais, agendadas previamente e realizada nas dependências das UBS, em local reservado e conduzidas pelo pesquisador principal.

Utilizou-se um roteiro semiestruturado para a obtenção dos dados composto por aspectos sociodemográficos e relacionados à formação acadêmica e as seguintes questões: (a) de acordo com a sua vivência como enfermeiro/técnico de enfermagem da eESF, fale sobre as dificuldades que interferem na inserção do homem e a utilização dos serviços de saúde da APS; e (b) quais seriam as estratégias para superar essas dificuldades de inserção do homem e a utilização dos serviços de saúde da APS?

As entrevistas duraram em média 15 minutos, sendo gravadas em aparelho eletrônico e transcritas, posteriormente. Para o processamento do *corpus*, foi utilizado o software IRaMuTeQ (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*). Os dados foram tratados por meio da utilização do método da Classificação Hierárquica Descendente (CHD), no qual as unidades de contexto elementar (UCE) e as palavras foram cruzadas.

Após o processamento do *corpus*, foi conduzida a análise dos dados. Para este fim, foi utilizado o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), que consiste em uma forma qualitativa de representar o pensamento de uma coletividade, agregando em um discurso-síntese os conteúdos discursivos de sentido semelhante emitido por pessoas distintas.<sup>(5,6)</sup>

A técnica do DSC consiste em selecionar as expressões-chave (E-CH), que correspondem a ideias centrais (IC) compreendidas como sínteses do conteúdo discursivo manifestado nas E-CH. Com o material das E-CH e das IC

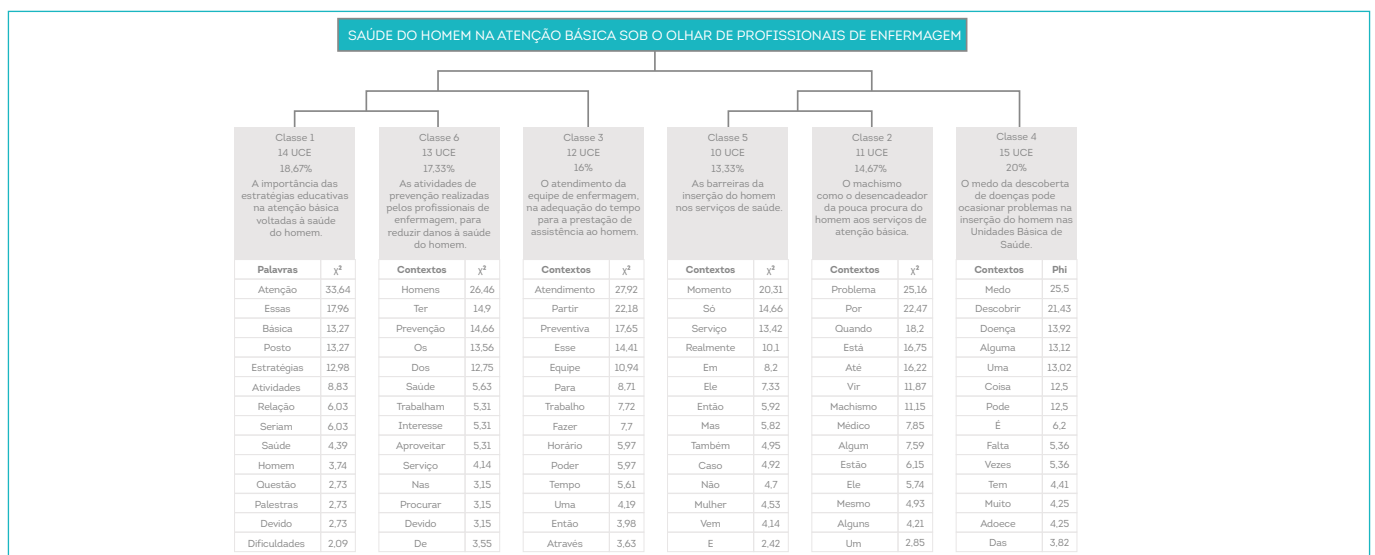
constroem-se discursos-síntese, na primeira pessoa do singular, denominados DSC, onde o pensamento de um grupo ou coletividade aparece como um discurso individual. Assim, cada indivíduo entrevistado no estudo, escolhido com base em critérios de representatividade social, contribuiu com sua cota de fragmento de pensamento para o pensamento coletivo, surgindo o DSC por meio das palavras.<sup>(5,6)</sup>

O projeto deste estudo foi apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) sob CAAE n. 90778018.8.0000.5210 e aprovado em 28 de junho de 2018. As exigências éticas e científicas fundamentais da pesquisa envolvendo seres humanos foram atendidas, sendo esclarecido aos participantes as etapas e os objetivos da pesquisa.

## RESULTADOS

Participaram do estudo 20 profissionais de enfermagem, sendo 10 enfermeiros e 10 técnicos de enfermagem, em sua maioria do sexo feminino (n=19) e casadas (n=18), com média de idade de 38 anos e com tempo médio de 12 anos de atuação na APS.

O IRaMuTeQ reconheceu a separação do *corpus* em 97 UCE e seis classes, com um aproveitamento de 77,35% do total do *corpus* textual, valor considerado suficientemente elevado para a análise. O *corpus* obteve dois eixos, o qual emergiram as classes 4 e 3, sendo a classe 4, com 15 UCE (20%), e duas ramificações, a classe 2, com 11 UCE (14,67%) e 5, com 10 UCE (13,33%) e logo em seguida a classe 3, com 12 UCE (16%), foi subdividida em duas ramificações, sendo a classe 6 com 13 UCE (17,33%) e a classe 1 com 14 UCE (18,67%). Por meio da CHD foi possível associar a vivência no contexto da APS, por meio da interpretação dos relatos dos profissionais de enfermagem, nomeados em seus respectivos sentidos nas seis classes obtidas, conforme o dendograma (Figura 1).



UCE - Unidade de Contexto Elementar

Figura 1. Estrutura temática da saúde do homem na atenção básica sob o olhar dos profissionais de enfermagem

**Quadro 1.** Quadro síntese dos discursos do sujeito coletivo sobre percepções dos profissionais de enfermagem acerca da atenção à saúde do homem na Atenção Primária à Saúde

Elementos chaves	Ideias centrais	Discursos do sujeito coletivo
Medo da existência de enfermidade, descoberta tardia de doenças e resistência na procura de atendimento.	O medo da descoberta de doenças pode ocasionar problemas na inserção do homem nas Unidades Básicas de Saúde.	O medo é uma das causas mais frequentes na população masculina, pautado nisso é possível perceber que o receio de procurar os serviços de saúde, na maioria das vezes, está ligado ao medo de descobrir alguma enfermidade. Em muitos casos, o homem só descobre uma doença quando já está em um estado avançado, isso gera uma grande inquietação, preferem tratar da patologia a que preveni-la. Muitos homens desenvolvem na sua imaginação uma percepção de perigo, quando se trata de procurar atendimento, deixando as medidas de prevenção como um ato sem efeito.
A cultura desenvolvida pelos homens, machismo e o aparecimento de enfermidades e resistência masculina.	O machismo como o desencadeador da pouca procura do homem pelos serviços de Atenção Primária à Saúde.	O homem acredita ser um "ser" invulnerável. Devido às questões culturais criou-se uma ideia de que homem não pode adoecer, que é um "sexo" forte e tem que ter uma resistência maior que as mulheres, devido a isso no âmbito da APS é possível perceber a carência de serviços destinados ao homem. Diante do machismo pode-se perceber o surgimento de inúmeras doenças que poderiam ser evitadas com medidas preventivas, as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) são as mais frequentes. A vergonha de ser taxado como um ser vulnerável torna mais dificultoso ainda a assistência à saúde do homem.
A falta de tempo como principal dificuldade, a resistência masculina na busca de prevenção e a doença favorece a busca do cuidado.	As barreiras para a inserção do homem nos serviços de saúde.	Dentre as dificuldades de inserção do homem mais frequentes encontradas no serviço de atenção básica apontam-se a falta de tempo, a sobrecarga de trabalho que gera incompatibilidade de horários, tendo em vista que a UBS só realiza atendimento no horário comercial, ou seja, durante o dia, a impaciência também é um fator desencadeador, outras dificuldades são a resistência na busca do serviço de saúde e o comodismo, pois, o homem não tem a visão na prevenção, geralmente só procuram os serviços de saúde quando já estão acometidos por alguma patologia. Após alguma doença instalada a busca por socorro é mais frequente, tornando perceptível que o acometimento por alguma enfermidade é a causa principal da busca pelos serviços de saúde
Livre acesso ao atendimento, adequação de horários e articulação de ações preventivas.	O atendimento da equipe de enfermagem na adequação do tempo para a prestação de assistência ao homem.	É importante que haja na APS uma adequação quanto ao tempo para assistência à saúde do homem, promoção do livre acesso da população masculina ao atendimento, criando ações que desenvolvam exclusividade na assistência ao homem, dando ênfase na adequação de horários flexíveis de modo que venha ajuda-lo na busca dos serviços, favorecendo o agendamento das consultas conforme a disponibilidade do mesmo, a fim de aproximar-se das empresas em que a população masculina exerce suas atividades laborais com a intenção de captar o homem e conseqüentemente articular o repasse de informações preventivas dentro seu local de trabalho.
Ações preventivas, importância das informações e conscientização ao homem.	As atividades de prevenção realizadas pelos profissionais de enfermagem para redução de danos à saúde do homem.	As atividades preventivas desenvolvidas nas UBS, os profissionais de enfermagem devem estar atentos ao "repasse" de informações de modo que venha despertar a vinda do homem aos serviços de saúde, propagar ações preventivas, por meio de mutirão da equipe até o público masculino, repassar as recomendações propostas pelo MS através da distribuição de folhetos informativos que venham conscientizá-los sobre a importância das consultas periódicas para prevenção de doenças.
Estratégias para o atendimento, realização de atividades educativas, importância da "passagem" de informações, atendimento preventivo e assistência integral.	A importância das estratégias educativas na Atenção Primária à Saúde voltadas à saúde do homem.	A importância das estratégias no atendimento da APS à população do sexo masculino deve ser realizada por meio de atividades educativas, pois devido à ausência de palestras voltadas para este público, as informações que chegam até eles são insuficientes para despertar o desejo de procurar atendimento nas UBS. É necessário que haja realização de atividades recreativas, com o intuito de aproximar o homem do serviço. Demonstrar o que a UBS se dispõe a orientar na prevenção de doenças e agravos à sua saúde e sempre atendê-lo de forma integral, ofertando a melhor assistência no momento da sua vinda a unidade.

Conforme pressupostos da técnica do DSC, cada profissional de enfermagem entrevistado contribuiu com sua cota de fragmento de pensamento para o pensamento coletivo.<sup>(5)</sup> Portanto, após a análise da transcrição das entrevistas, a partir de cada IC, foram identificadas as E-CH e construído o DCS, como apresentado no quadro 1.

## DISCUSSÃO

O estudo mostrou que o olhar dos profissionais de enfermagem está voltado às dificuldades enfrentadas por eles na APS relacionadas à saúde do homem, com ênfase no cuidado voltado às práticas educativas e estratégias que visam a redução das dificuldades de inserção do homem e as medidas preventivas dentro do âmbito das UBS.

O medo em descobrir doenças é uma das causas que podem levar os homens a idealizar empecilhos para sua procura a rede assistencial de saúde, onde o maior receio é ter que enfrentar os procedimentos terapêuticos em que a doença pode exigir durante o processo de tratamento, pois na maioria dos casos são submetidos a procedimentos que foge do seu contexto de estilo de vida.<sup>(7)</sup>

Estudo realizado na região metropolitana do Chile, com jovens do sexo masculino, identificou que estes percebem os serviços de saúde muito distantes da sua realidade, pois,

as políticas públicas estão mais focadas no sexo feminino.<sup>(8)</sup> E para que o apoio ocorra de forma mútua, foi observada uma carência de estratégias que vinculem a sua adesão, pois não são necessários muitos homens, mas aos poucos que procuram o atendimento, a assistência seja de relevância e particularizada.

Foi possível compreender que a "cultura" do machismo é predominante, podendo impossibilitar o atendimento de forma humanizada e integral, o que fragiliza os métodos de prevenção que a equipe de enfermagem tem à disposição para ofertar ao homem, o que favorece o aumento das taxas de morbimortalidade de indivíduos do sexo masculino e dificultando a realização de atividades de práticas em saúde.<sup>(9)</sup>

A nossa sociedade reflete um homem que tem relutância em procurar o serviço de saúde, pois este associa a fragilidade, feminilidade e vulnerabilidade. Os profissionais de enfermagem desenvolvem um caminho entre o homem e os serviços de APS, para aumentar o envolvimento desse público ao serviço promovendo assim o bem-estar, otimizando o autocuidado na prevenção de doenças. Apesar dos dados mencionados serem levantados no contexto canadense, com ofertas e demandas de saúde diferenciados, o estudo corrobora as reflexões aqui levantadas.<sup>(10)</sup>

Algumas barreiras relacionadas à inserção do homem nos serviços de saúde também evidenciadas pelos profissionais de enfermagem neste estudo também foram discutidas em uma pesquisa semelhante.<sup>(11)</sup> Tal pesquisa ressaltou que a predominância do machismo, a falta de tempo, o excesso de atendimento, os horários incompatíveis com o período de trabalho, tendo em vista que o homem é o mantenedor da renda familiar, o medo de perder o emprego por conta da sua ausência ao procurar atendimento de saúde e o pensamento de invulnerabilidade são fatores limitantes ao cuidado à essa população.

As dificuldades enfrentadas nos serviços de APS provêm das questões culturais, onde é predominante o machismo, que reforça a ideia de que o homem é um "ser" que não adocece. O estudo destacou também sobre a falta de tempo para procurar os serviços, falta de interesse pessoal e a impaciência de aguardar o atendimento.<sup>(12)</sup>

O cuidado à saúde do homem ainda é escasso e que os serviços de APS se limitam em programas que englobam saúde da mulher, crianças e adolescentes e idosos, o que leva o público masculino adulto-jovem excluído das atividades desenvolvidas. Diante disso, torna necessário que haja uma maior atenção a este grupo que necessita de um cuidado específico à sua saúde.<sup>(13)</sup>

Também foi possível observar nos discursos que o horário de funcionamento das UBS é uma das causas da pouca procura do homem aos serviços, a demora em conseguir o agendamento de uma consulta, vergonha, medo da descoberta de doenças, preconceito, falta de tempo para consulta, devido suas atividades laborais e o machismo sempre predominante entre as pessoas do sexo masculino.<sup>(14)</sup>

Destaca-se que promover horários flexíveis para o atendimento à saúde do homem pode ser uma estratégia importante na redução da ausência deste nos serviços de saúde primários. Também pode ser considerada a disponibilidade do homem para buscar a assistência e cuidados de prevenção por meio de ações que possibilitem vencer a incompatibilidade de horários, promovendo maior adesão dos homens às ações desenvolvidas nas UBS.<sup>(15)</sup>

Desta forma, é evidente que gestores e equipes da ESF devem estar preparados para o enfrentamento de ações que visem desenvolver a adequação de horários ao atendimento da população masculina, o que pode possibilitar a modificações na abordagem do atendimento e viabilizar a melhoria da assistência por meio de campanhas de atração a este público.<sup>(16)</sup>

Considerando-se que os homens correm mais riscos e têm menos probabilidade do que as mulheres de estarem cientes dos sintomas da doença, várias são as estratégias

por parte da equipe de enfermagem para melhorar a assistência voltada à saúde do homem, tendo por referência políticas internacionais nas quais foram adotadas medidas para promover a assistência na APS com horários ampliados ao atendimento, mais trabalho de extensão e treinamento profissional.<sup>(17)</sup>

Os homens em particular estão propensos a situações de vulnerabilidade que afetam diretamente sua vida, para se encaixar na sociedade, de modo que isto contribui de forma negativa para a sua saúde, resultando em comportamentos de risco.<sup>(18)</sup> Os resultados deste estudo também evidenciaram que os profissionais de enfermagem podem vincular em seu trabalho as práticas de educação em saúde, promovendo ações que sensibilizam a população a adotar um estilo de vida saudável pautado na prevenção. Nessa perspectiva, deve-se compreender a figura do enfermeiro como líder da equipe,<sup>(19)</sup> o que pode ser fator fundamental na consolidação da PNAISH nos cenários de APS.

Há dificuldades na execução da PNAISH, portanto, deve-se propor medidas para a articulação dos profissionais de saúde e a importância no desenvolvimento de palestras, roda de conversas, distribuição de materiais informativos, campanhas de conscientização, busca ativa em locais estratégicos, o que pode contemplar todas as necessidades do homem.<sup>(4)</sup>

A busca de pessoas do sexo masculino por serviços de saúde possui pouca estabilidade. Portanto, torna necessário que ocorra uma intervenção por parte dos profissionais com o intuito de incentivar o aumento da demanda de atendimento aos homens, promover ações educativas que desperte o indivíduo do gênero masculino a procurar os serviços de atendimento à saúde.<sup>(20)</sup>

Dessa forma, considera-se um desafio atrair o homem aos serviços de APS, pois ele apresenta resistência ao autocuidado. A tentativa de incluí-lo deve ser constante, por meio de estratégias de busca, esclarecer o que o serviço oferta para sua saúde e disponibilizar informações coerentes para seu contexto de vida, sendo o principal disseminador de conhecimento, servindo a população de maneira responsável, de modo que possa desmistificar a sua invulnerabilidade existente no seu contexto sociocultural.<sup>(21)</sup>

Deve-se considerar ainda, que homens e mulheres vivem processos de socialização diferentes e, portanto, as práticas dos profissionais de saúde devem ser de caráter ético e interdisciplinar considerando as particularidades desse indivíduo, considerando o enfoque de gênero inerente à essa situação.<sup>(22)</sup>

Destaca-se, portanto, a importância da realização de ações educativas nas UBS. O ato de educar é a principal



estratégia que deve ser escolhida quando se trata da APS. Por meio da educação, torna-se possível acreditar que estas estratégias geram conhecimento e por meio das medidas preventivas, pode ocorrer a promoção de uma disseminação de saberes para toda a população, o que pode estimular um pensamento crítico do público masculino sobre sua saúde.<sup>(23)</sup>

A atuação dos profissionais de enfermagem deve ser pautada em ações que potencializem a adesão do homem aos serviços, destacando a redução de barreiras que impeçam o homem a frequentar os serviços, bem como observar as facilidades de inserção na APS. Além disso, outras ações também são primordiais para a obtenção desse objetivo, como o conhecimento das necessidades individuais de cada homem, a promoção da assistência de maneira integral, a idealização de um atendimento diferenciado de forma que o homem retorne com a visão benéfica do atendimento e o acolhimento do usuário com foco na preservação da saúde.<sup>(24)</sup>

Em conformidade com os achados de outro estudo,<sup>(25)</sup> observa-se que há necessidade dos profissionais de enfermagem em intensificar ações que visem melhorar a assistência à saúde e as condições de vida da população masculina, o que possibilita tornar evidente a importância das medidas preventivas e estratégias desenvolvidas pela enfermagem para promoção da saúde do homem.

Referem-se à restrição local dos participantes, pois não foram contemplados pensamentos e realidades de profissionais de enfermagem da APS de outras regiões do Brasil. A não realização de teste piloto do roteiro de entrevista e a não devolutiva aos participantes para validação também se constituem limitações desta pesquisa. Contudo, não invalidam os resultados, mas indicam a necessidade de estudos futuros contemplando outras realidades; e cautela na interpretação dos resultados devendo ser considerado as peculiaridades de cada cenário.

O conhecimento das percepções dos profissionais de enfermagem sobre o cuidado em saúde do homem na

atenção básica pode contribuir para a reflexão sobre os entraves e as barreiras para o planejamento de ações que visem a promoção da saúde e prevenção do adoecimento. Assim, almeja-se que os cuidados de enfermagem para essa clientela sejam pautados na mudança de comportamentos mediante estratégias que viabilizem a inserção do homem nos espaços de saúde, em especial, na APS.

## CONCLUSÃO

O estudo desvelou que o olhar dos profissionais de enfermagem relacionou-se às dificuldades da inserção do homem nos serviços de APS e às estratégias educativas para superar tais dificuldades. As dificuldades evidenciadas na pesquisa revelaram que o medo, a falta de tempo e o comportamento machista foram os motivos mais frequentes para o desenvolvimento da resistência do homem a procura por serviços nas UBS. Ainda neste estudo, os profissionais de enfermagem ressaltaram estratégias de controle para reduzir a evasão e a intensificação da inserção do homem aos serviços, como palestras educativas, com o intuito de incluir o público masculino nas medidas preventivas e a busca ativa nos locais de trabalho deles. Reitera-se que os profissionais de enfermagem devem ser um elo importante para possibilitar a minimização de dificuldades da inserção do homem nos serviços de saúde, pois possibilitam o vínculo de ações educativas para a população masculina no âmbito da promoção da saúde, o que pode atingir todo o seio familiar e a comunidade envolvida.

## Contribuições

Concepção e/ou desenho do estudo: Santos RR, Almeida CAPL; Coleta, análise e interpretação dos dados: Santos RR, Almeida CAPL, Morais EJS, Sousa KHJF, Amorim FCM, Oliveira ADS; Redação e/ou revisão crítica do manuscrito: Santos RR, Almeida CAPL, Morais EJS, Sousa KHJF, Amorim FCM, Oliveira ADS; Aprovação da versão final a ser publicada: Santos RR, Almeida CAPL, Morais EJS, Sousa KHJF, Amorim FCM, Oliveira ADS.

## REFERÊNCIAS

1. Lemos AP, Ribeiro C, Fernandes J, Bernardes K, Fernandes R. Men's health: the reasons for men to reach out to health services. *Rev Enferm UFPE Online*. 2017;11(Supl.11):4546-53.
2. Barros JP, Pereira MA. Públicos masculinos na Estratégia de Saúde da Família: estudo qualitativo em Parnaíba-PI. *Psicol Soc*. 2015;27(3):587-98.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009 [citado 2019 Maio 25]. Disponível em: [http://portalarquivos2.](http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/maio/21/CNSH-DOC-PNAISH---Principios-e-Diretrizes.pdf)

[saude.gov.br/images/pdf/2014/maio/21/CNSH-DOC-PNAISH---Principios-e-Diretrizes.pdf](http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/maio/21/CNSH-DOC-PNAISH---Principios-e-Diretrizes.pdf)

4. Carneiro LM, Santos MP, Macena RH, Vasconcelos TB. Comprehensiveness in men's health care: a challenge in primary care. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2016;29(4):554-63.
5. Lefevre F, Lefevre AM. Discurso do sujeito coletivo: representações sociais e intervenções comunicativas. *Texto Contexto Enferm*. 2014;23(2):502-7.

6. Lefèvre AM, Crestana MF, Cornetta VK. A utilização da metodologia do discurso do sujeito coletivo na avaliação qualitativa dos cursos de especialização "Capacitação e Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde-CADRHU", São Paulo-2002. *Saúde Soc.* 2003;12(2):68-75.
7. Albuquerque GA, Leite MF, Belém JM, Nunes JF, Oliveira MA, Adami F. The man in primary healthcare: perceptions of nurses about the implications of gender in health. *Esc Anna Nery.* 2014;18(4):607-14.
8. Obach A, Sadler M, Aguayo F, Bernaldes M. Salud sexual y reproductiva de hombres jóvenes en Chile: resultados de un estudio cualitativo. *Rev Panam Salud Publica.* 2018;42:e124.
9. Aguiar RS, Santana DC, Santana PC. A percepção do enfermeiro da Estratégia Saúde da Família sobre a saúde do homem. *Rev Enferm Cent-Oeste Min.* 2016;5(3):1844-54.
10. Rosu MB, Oliffe JL, Kelly MT. Nurse practitioners and Men's primary health care. *Am J Mens Health.* 2017;11(5):1501-11.
11. Silveira CL, Melo VF, Barreto AJ. Attention to the health of men in primary health care: an integrative review. *Rev Enferm UFPE Online.* 2017;11(Supl.3):1528-9.
12. Martins AM, Modena CM. A saúde do homem nos serviços de atenção primária: desafios culturais e organizacionais. *Cad ESP.* 2017;9(2):36-48.
13. Moreira MA, Carvalho CN. Atenção integral à saúde do homem: estratégias utilizadas por enfermeiras(os) nas unidades de saúde da família do interior da Bahia. *Sau & Transf Soc.* 2016;7(3):121-32.
14. Coelho SF, Melo RA. Assistência ao homem na Estratégia Saúde da Família. *Id on Line Rev Mult Psic.* 2018;12(41):485-508.
15. Santos EM, Figueiredo GA, Mafra AL, Reis HF, Louzado JA, Santos GM. Saúde dos homens nas percepções de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. *Rev APS.* 2017;20(2):231-8.
16. Assis NO, Rodrigues J, Christóforo BE, Tacsí YR. Atuação dos enfermeiros frente à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: um estudo exploratório. *Arq Ciênc Saúde UNIPAR.* 2018;22(3):151-6.
17. Baker P. Men's health: an overlooked inequality. *Br J Nurs.* 2016;25(19):1054-7.
18. Koren A, Giannetti M, Hynes R, Favre M. Integrating male reproductive health services: one university clinic's story. *J Sex Marital Ther.* 2017;43(1):15-23.
19. Mattos JC, Balsanelli AP. A liderança do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. *Enferm Foco.* 2019;10(4):164-71.
20. Siqueira EL, Oliveira GR, Mendes JD, Ximenes JM, Moraes KM. Atenção à saúde do homem: trabalhando a percepção do profissional enfermeiro na Estratégia Saúde da Família. *Sanare.* 2014;13(1):48-55.
21. Carvalho FL, Santos RO, Ferreira LS, Soares AP, Pereira RS. Fatores que influenciam a baixa adesão masculina ao atendimento prestado pela estratégia de saúde da família sede II do município de Sítio do Quinto/BA. *Rev Saúde.* 2016;1(1):58-87.
22. Vieira LC, Figueiredo ML, Sales LR, Lopes WM, Avelina FV. A política nacional de saúde do homem: uma reflexão sobre a questão de gênero. *Enferm Foco.* 2011;2(4):215-7.
23. Bezerra EA, Almeida JJ. O papel do enfermeiro na promoção à saúde do homem: o contexto das unidades básicas de saúde da cidade de Macaíba/RN. *Sanare.* 2014;13(2):18-23.
24. Shubert CO, Carvalho CM, Santos LF, Silva CB, Almeida EV, Silva SL. A promoção da saúde do homem no contexto da Atenção Primária em Saúde. *Ciênc Atual.* 2018;1(1):3-12.
25. Silva NA, Silva SA, Silva AR, Araújo TM, Rebouças CB, Nogueira LT. Primary care assessment from a male population perspective. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(2):236-43.

# PERCEPÇÃO DE ENFERMEIROS SOBRE NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES PARA PROMOÇÃO DA SEGURANÇA DO PACIENTE HOSPITALIZADO

NURSES' PERCEPTION OF INCIDENT REPORTING TO PROMOTE HOSPITAL PATIENT SAFETY

PERCEPCIÓN DE LAS ENFERMERAS SOBRE LA NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES PARA PROMOVER LA SEGURIDAD DEL PACIENTE HOSPITALARIO

Isadora Alves Moreira<sup>1</sup> (<https://orcid.org/0000-0002-5408-7418>)

Ana Lúcia Queiroz Bezerra<sup>2</sup> (<https://orcid.org/0000-0002-6439-9829>)

Cristiane Chagas Teixeira<sup>2</sup> (<https://orcid.org/0000-0002-4752-0439>)

Queren de Pádua Braga<sup>1</sup> (<https://orcid.org/0000-0003-4930-3304>)

Andrea de Araújo Costa<sup>1</sup> (<https://orcid.org/0000-0001-6786-5760>)

Judite Pereira Rocha<sup>3</sup> (<https://orcid.org/0000-0001-7588-1605>)

## Descritores

Segurança do paciente; Qualidade da assistência à saúde; Gestão de segurança; Dano ao paciente; Enfermagem

## Descriptors

Patient safety; Quality of health care; Security management; Damage to the Patient; Nursing

## Descriptore

Seguridad del paciente; Calidad de la asistencia sanitaria; Gestión de seguridad; Daño al paciente; Enfermería

## Submetido

25 de Agosto de 2020

## Aceito

31 de Maio de 2021

## Conflitos de interesse:

manuscrito extraído da dissertação "Notificação de eventos adversos: o saber e o fazer de enfermeiros", defendido em 2018, no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Goiás - UFG.

## Autor correspondente

Isadora Alves Moreira

E-mail: [isadora.a.moreira@gmail.com](mailto:isadora.a.moreira@gmail.com)

## RESUMO

**Objetivo:** Analisar a percepção de enfermeiros sobre incidentes notificados e sua relação com a segurança do paciente hospitalizado.

**Métodos:** Estudo misto, de corte transversal realizado com 60 enfermeiros das unidades clínicas de um hospital público. A fonte de dados quantitativos foi dois anos de dados obtidos do sistema de notificação institucional e a parte qualitativa por meio de entrevistas com os enfermeiros. Realizada análise estatística descritiva e para a etapa qualitativa foi usado o software ATLAS TI, seguida de análise de conteúdo.

**Resultados:** Foram notificados 2495 incidentes, os principais relacionados a cirurgias (60,6%) e medicações (23,3%). Foram identificadas três categorias: "O saber do enfermeiro"; "O fazer do enfermeiro" e "Fatores intervenientes para notificação de incidentes".

**Conclusão:** Evidenciou-se a necessidade de investir em programas de educação continuada no sentido de aumentar e qualificar as notificações, assim como, reflexões sobre os incidentes para melhoria de processos de trabalho visando mitigar os eventos adversos e promover uma cultura de segurança assistencial.

## ABSTRACT

**Objective:** To analyze nurses' perceptions of reported incidents and their relationship with patient safety.

**Methods:** Mixed, cross-sectional study carried out with 60 nurses from the clinical units of the public hospital. The source of quantitative data for two years, the institutional notification system and the qualitative part created through sources with nurses. Statistical analysis performed, for qualitative data the software ATLAS TI used followed by content analysis.

**Results:** 2495 incidents reported, the main ones related to surgery (60.6%) and medications (23.3%). There were three categories: "The nurse's knowledge"; "The nurse's doing" and "Intervening factors for incident reporting".

**Conclusion:** The need to invest in continuing education programs is evident in order to increase and qualify as notifications, as well as reflections on incidents to improve work processes to mitigate adverse events and promote a culture of care security.

## RESUMEN

**Objetivo:** Analizar la percepción de las enfermeras sobre los incidentes denunciados y su relación con la seguridad del paciente.

**Métodos:** Estudio mixto, transversal, realizado con 60 enfermeras de las unidades clínicas del hospital público. La fuente de datos cuantitativos por dos años, el sistema de notificación institucional y la parte cualitativa se crearon a través de fuentes con enfermeras. Se realizó análisis estadístico, para datos cualitativos se utilizó el software ATLAS TI seguido del análisis de contenido.

**Resultados:** Se reportaron 2495 incidentes, los principales relacionados con cirugía (60,6%) y medicamentos (23,3%). Había tres categorías: "El conocimiento de la enfermera"; "El hacer de la enfermera" y "Factores que intervienen en la notificación de incidentes".

**Conclusión:** Se evidencia la necesidad de invertir en programas de educación continua con el fin de incrementar y calificar como notificaciones, así como reflexiones sobre incidentes para mejorar los procesos de trabajo para mitigar eventos adversos y promover una cultura de seguridad en el cuidado.

<sup>1</sup>Universidade Federal de Goiás, Goiânia, GO, Brasil.

## Como citar:

Moreira IA, Bezerra AL, Teixeira CC, Braga OP, Costa AA, Rocha JP. Percepção de enfermeiros sobre notificação de incidentes para promoção da segurança do paciente hospitalizado. *Enferm Foco*. 2021;12(5):894-900.

DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n5.4345>

## INTRODUÇÃO

Incidentes são caracterizados como eventos não esperados que podem resultar ou não em danos ao paciente. <sup>(1)</sup> Constituem em um dos principais indicadores de qualidade para avaliar a assistência prestada nas instituições de saúde. A preocupação em oferecer serviços de qualidade, livres de riscos e danos, engloba ações como mensurar a ocorrência de incidentes no contexto assistencial, por meio da notificação.

A notificação de incidentes em instituição de saúde é uma oportunidade para identificar e avaliar os eventos a fim de aumentar a segurança do paciente, hierarquizar as prioridades de intervenção e favorecer ações de melhoria da segurança e na qualidade da assistência. <sup>(2)</sup>

Estudo realizado em hospitais públicos de Portugal, com prontuários, evidenciou que 51,4% foram confirmados quanto incidentes associados aos cuidados de enfermagem, como erros de medicamentos, lesões por pressão, quedas e infecções relacionadas à assistência à saúde. <sup>(2)</sup> Outro estudo, analisou 4691 notificações de incidentes, e demonstrou que 71% foram realizadas pelos enfermeiros. <sup>(3)</sup>

O enfermeiro como líder da equipe de enfermagem deve ser incentivador do uso do sistema de notificação de incidentes visto que, o seu diagnóstico poderá promover ações de gerência e de assistência a fim de melhorar a segurança do paciente e, conseqüentemente, trazer benefícios para a qualidade do cuidado. <sup>(4)</sup> Além de que, é de competência dessa categoria profissional assegurar a gestão de risco para contribuir positivamente na saúde e na segurança dos membros da equipe e dos pacientes. <sup>(5)</sup>

A comunicação do incidente por meio de um sistema tornou-se obrigatória no Brasil, desde 2013 e está incorporada ao Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) que têm como ações e estratégias, analisar, avaliar e divulgar os dados sobre incidentes ocorridos na instituição. <sup>(6)</sup>

Um recurso facilitador que pode estimular a notificação dos incidentes é a utilização de um sistema informatizado de registro, com o propósito de agilizar esse processo e garantir o anonimato dos profissionais notificadores para evitar as subnotificações. <sup>(7)</sup> Nesse sentido, torna-se indispensável superar a realidade punitiva, transformando as notificações em aprendizagem organizacional para gerar melhorias nos processos assistenciais em prol do desenvolvimento da cultura de segurança. <sup>(8)</sup>

Sabendo da importância do NSP nas instituições de saúde, no que concerne ao sistema de notificação de incidentes, o enfermeiro como líder da equipe e incentivador do uso dessa ferramenta, poderá auxiliar na elaboração de estratégias eficazes para gestão de riscos e prevenção

desses eventos. Portanto, este estudo tem por objetivo analisar a percepção de enfermeiros sobre incidentes notificados e sua relação com a segurança do paciente.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo misto, de corte transversal, realizado em um hospital da região Centro-Oeste do Brasil. O hospital é uma instituição de ensino, pública federal administrada pela EBSEH - Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, vinculado à Rede Sentinela desde 2003. Possui Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) desde 2015, que implantou diversos protocolos além do aplicativo de Vigilância em Saúde Hospitalar (VIGIHOSP), com a finalidade de informatizar o monitoramento das notificações de incidentes, queixas técnicas, doenças e agravos em saúde.

Foram utilizadas duas fontes de dados. A primeira foram os dados quantitativos obtidos por meio dos relatórios de incidentes notificados no VIGIHOSP relacionados à assistência ao paciente. A segunda foram os relatos de entrevistas realizadas com 60 enfermeiros de 11 unidades clínicas do hospital. Foram considerados como participantes, os enfermeiros que trabalhavam no hospital há pelo menos três meses e estavam em atividade no período de coleta. Foram excluídos aqueles enfermeiros que estavam de licença ou de férias por mais de 30 dias.

Os relatórios dos incidentes notificados no VIGIHOSP foram disponibilizados pelo sistema de informação do Núcleo de Pesquisa e Segurança do Paciente do hospital. Os dados foram disponibilizados em formatos do programa *Excel* e incluídos todos os incidentes relacionados à assistência ao paciente, notificados no período de 01 de janeiro de 2016 a 31 de dezembro de 2017. Para garantir o anonimato foi excluída a identificação dos pacientes. A etapa de entrevistas foi realizada em março de 2018, por meio de questões relacionadas ao conhecimento dos enfermeiros sobre segurança do paciente e notificação de incidentes, seguindo um roteiro semiestruturado, <sup>(9)</sup> composto por duas partes "Caracterização do Participante e Segurança do Paciente e Notificações de Incidentes". O roteiro foi submetido à avaliação de especialistas, feito reformulações para melhor compreensão do seu conteúdo e por fim realizado teste piloto com 10 profissionais, excluídos da pesquisa.

Os dados dos relatórios do VIGIHOSP foram transferidos para o *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 21.0 e analisados descritivamente por meio de frequências absolutas e relativas. Para auxiliar na análise das entrevistas, utilizou-se o *software ATLAS.ti* 8.0 que viabilizou a organização do material. Os recursos

dessa ferramenta possibilitaram a criação de códigos que indicaram as unidades de análise. Após a definição das fontes, foram criados os “*families*”. Realizada análise de conteúdo, cumprindo as etapas de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação.<sup>(10)</sup> Dessa maneira, o desenvolvimento analítico gerou três categorias: “O saber do enfermeiro”; “O fazer do enfermeiro” e “Fatores intervenientes para notificação de incidentes”. As categorias foram discutidas com base na literatura científica sobre o tema.

O estudo atendeu às normas da Resolução 466/12, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição com parecer nº 2.448.216/2017 e CAAE nº 730329179.0000.5078 e todos os participantes assinaram o Termo de Compromisso Livre e Esclarecido.

## RESULTADOS

Foram notificados 2495 incidentes no sistema VIGIHOSP, pelos profissionais de saúde das diversas unidades clínicas do hospital, sendo a maioria relacionados a cirurgia (60,6%) e medicamentos (23,3%), conforme a tabela 1.

**Tabela 1. Incidentes notificados nas unidades clínicas de um hospital da região Centro-Oeste, nos anos de 2016 e 2017 (n= 2495)**

Incidentes	n(%)
Cirurgias	1512(60,6)
Medicamentos	582(23,3)
Queda	53(2,1)
Desabastecimento de produto para saúde	52(2,1)
Artigo médico-hospitalar	43(1,7)
Identificação do paciente	34(1,3)
Sangue e hemocomponentes	22(0,9)
Perda de cateter	18(0,7)
Lesões de pele	15(0,6)
Equipamento médico-hospitalar	11(0,4)
Extubação acidental	11(0,4)
Flebite	11(0,4)
Infecção relacionada a assistência em saúde	10(0,4)
Terapia nutricional	7(0,2)
Outros	112(4,4)
Total	2495(100,0)

A maioria das notificações foi realizada por assistentes administrativos (71%), seguidos pelo farmacêutico 305 (12,2%), corroborando com alto índice de notificações relacionadas a medicamentos. Na mesma porcentagem, a equipe de enfermagem, auxiliares/ técnicos e enfermeiros, realizaram 302 (12,1%) notificações de incidentes. O centro cirúrgico foi o setor que mais notificou com 1512 (60,6%), sendo 1490 (98,6%) cancelamentos de cirurgias, dessas, 350 (23,5%) não ocorreram porque o paciente não compareceu ou recusou o procedimento na recepção do centro cirúrgico. Outras notificações não relacionadas

ao cancelamento de cirurgias foram realizadas pelos enfermeiros. No setor de farmácia foram realizadas 504 (20,2%) notificações com 582 incidentes relacionados a medicamentos, sendo 360 (61,8%) erros de prescrição e 161 (27,6%) erros de dispensação. Na etapa da entrevista, dos 60 enfermeiros, 57 (95%) eram do sexo feminino e 36 (60%) possuíam até 40 anos de idade, (60%) tinham mais de 10 anos de formadas e de atuação profissional. Porém, 29 (48,3%) possuíam menos de cinco anos de atuação no hospital, 28 (46,6%) atuavam no período noturno ou misto (diurno e noturno), 46,6% possuíam mais de um vínculo empregatício e mais de 40 horas semanais de trabalho, 27 (45%) realizaram algum curso na instituição sobre a temática segurança do paciente. Dos relatos dos participantes emergiram três categorias temáticas: O saber do enfermeiro; O fazer do enfermeiro e Fatores intervenientes para a notificação de eventos adversos.

### O saber do enfermeiro

Essa categoria descreve o conhecimento dos enfermeiros sobre os termos segurança do paciente e incidentes/eventos adversos e as atividades relacionadas a essa temática. As falas demonstram que os enfermeiros possuem algum entendimento sobre o significado do termo evento adverso:

*“Evento adverso é quando tem uma consequência ou complicação relacionada a algum cuidado que você prestou ao paciente.” (E2)*

*“Evento adverso é qualquer tipo de evento relacionado à assistência à saúde que vai acarretar em algum prejuízo ao paciente ou risco de morte. Alguma coisa que não estava prevista para o paciente, alguma intercorrência.” (E16)*

Quando questionados sobre os eventos adversos presenciados nas unidades em que trabalham, os enfermeiros relataram com maior frequência aqueles relacionados à medicação, quedas, cateteres e sondas:

*“Vários. Já houve troca de medicação, extubação acidental, saída de sonda, saída de cateter venoso, queda, tanta coisa. Eu já presenciei por parte de outras equipes: Pneumotórax, por conta de acesso central. Trauma uretral já presenciei por conta da sondagem de demora que insuflou o balonete na uretra do paciente.” (E16)*

*“Inúmeros. Retirada de sonda, retirada de dreno, extubação do paciente, bronco-aspiração, erros com a prescrição, erros com a administração de medicamento.” (E36)*



Alguns enfermeiros demonstraram medo das consequências do erro, e entendem que a notificação poderá ser uma forma de diminuir a sua ocorrência:

*“Sim. Culturalmente você tem medo daquilo que vai te expor ou que vai causar algum dano, que você vai ser mal visto, que você vai ter uma punição, que você vai ficar sob os olhares das pessoas. Então, a partir do momento que há notificação, aquela pessoa vai ter mais cuidado.” (E53)*

### O fazer do enfermeiro

Nessa categoria são apresentados os relatos sobre as condutas adotadas pelos enfermeiros diante da ocorrência de eventos adversos e suas consequências:

*“A minha primeira conduta quando ocorre o evento é avaliar qual o risco implicado, risco de alguma lesão ou sequela. A partir daí eu comunico a equipe médica para saber o que pode ser feito para resolver aquela situação e não ter um dano tão grande para o paciente. Eu também oriento a minha equipe, faço as orientações para aquilo não se repetir. Oriento o paciente também.” (E16)*

Quanto à existência de reunião dos profissionais após ocorrência de algum evento, os participantes relataram que ocorre, mas não de forma rotineira e com todos da equipe como forma de orientação:

*“Geralmente eu discuto com a equipe que está no plantão. Mas no geral, alguma coisa vinda da gerência ou de outros órgãos internos, que eu saiba não tem.” (E16)*

*“Nada formal. Nas reuniões de equipe, às vezes a gente conversa, conversa de corredor, a gente passa um para o outro, passa para o chefe o ocorrido ou entre a equipe mesmo, mas nunca tivemos um momento de sentar e discutir os casos.” (E21)*

Sobre a atitude dos profissionais em notificar o evento adverso ocorrido, as falas dos enfermeiros revelam várias realidades de acordo com o plantão em que o evento adverso ocorreu ou de rotinas de cada unidade de trabalho:

*“Na maioria das vezes a gente acaba registrando no nosso relatório, porque às vezes não dá tempo de fazer um memorando, anotar no prontuário do paciente.*

*De modo geral, o VIGIHOSP ainda é pouco usado pelas pessoas.” (E2)*

*“Eu nunca notifiquei um evento desses, infelizmente não dá tempo. É uma clínica pesada e fica somente uma enfermeira à noite. Mas existe o VIGHOSP que a gente pode notificar e existe a notificação escrita que fica dentro do armário junto com as outras notificações.” (E12)*

### Fatores intervenientes para notificação de incidentes

Nessa categoria são abordados os principais quesitos que influenciam na notificação dos incidentes no hospital. Um fator essencial para se notificar um evento é o profissional ser orientado e ensinado a realizar essa tarefa. Nesse sentido, os enfermeiros apresentam relatos divergentes sobre a sua participação no processo de treinamento para uso do programa de notificações de incidentes no hospital:

*“Foi bem individualizado, não foram todas as pessoas que receberam. Participei quando começou, faz um tempinho, depois não teve nenhum tipo de atualização, mas me foi ensinado a fazer.” (E10)*

*“Teve e participei. Inclusive o pessoal da vigilância sentou com cada enfermeiro, com cada pessoa, abriu o sistema e explicou.” (E16)*

*“Nós recebemos. Eles passaram e fixaram esse endereço (do VIGIHOSP) em todos os computadores. Orientaram, divulgaram, teve aula, teve educação continuada sobre isso, principalmente quando instituiu os protocolos.” (E47)*

Independente de capacitação é necessário avaliar o nível de aprendizado do profissional acerca do programa de notificação vigente e se ele está apto a realizar essas notificações. Os relatos a seguir mostram essa realidade:

*“Tem algumas coisas que eu não sei enquadrar corretamente, às vezes tem algumas opções que às vezes não tem e a gente não consegue encaixar na opção disponível no sistema.” (E6)*

*“Notificar é só seguir o passo a passo, preencher todos os campos, então não vejo dificuldade nenhuma em preencher.” (E40)*

### DISCUSSÃO

A análise dos incidentes notificados possibilitou aos profissionais, a compreensão da complexidade e abrangência dos fatores que envolvem essa realidade, assim como a relação com a organização dos serviços do hospital para a

promoção e consolidação das ações voltadas ao cuidado seguro. Uma potencialidade na instituição é a existência de um Núcleo de Segurança do Paciente e de um sistema de notificação online, informatizado e disponível, em conformidade com as normas da RDC nº 36, de 25 de julho de 2013.<sup>(11)</sup>

A análise dos 2495 incidentes notificados em dois anos, apontou que os eventos mais frequentes foram os relacionados a cirurgias e a medicações. Na categoria cirurgias, 1490 incidentes foram referentes a cirurgias canceladas e notificados pelo profissional assistente administrativo, que no caso, exercem o cargo de secretários no centro cirúrgico e são os responsáveis pela notificação de todos os cancelamentos de cirurgias.

Esse índice alarmante de cancelamentos reflete uma falha no processo de trabalho no hospital, que atende pacientes do SUS e possui um planejamento de cirurgias eletivas que estão sendo rotineiramente canceladas. Isso envolve custos diversos relacionados a materiais, recursos humanos e maior tempo de ocupação de leito nas clínicas.

Estudos realizados em hospitais de ensino brasileiros e africanos mostraram a incidência de 34,6% e 36,9% cancelamento de cirurgias.<sup>(12,13)</sup> Os cancelamentos cirúrgicos trazem prejuízos tanto para a instituição, quanto para o paciente, pois aumentam o tempo de internação e assim, maior exposição do paciente a riscos, além de consequências psicológicas que muitas vezes não são comentadas no estudo.<sup>(13)</sup> O planejamento adequado dessas cirurgias, recursos materiais e estruturais suficientes, interação e comunicação entre os setores envolvidos (agendamento cirúrgico, Centro de Materiais e Esterilização e Centro Cirúrgico), comunicação efetiva entre equipe e pacientes, constituem estratégias para evitar cancelamentos desnecessários.<sup>(14,15)</sup>

Os incidentes relacionados a medicamentos estão entre os mais frequentes e notificados neste estudo, sendo que 61,8% e 27,6% são referentes a erros de prescrição e dispensação, respectivamente.

Revisão sistemática apontou estimativa de incidentes relacionados a erros de prescrição de medicamentos entre 2% a 94%,<sup>(16)</sup> e outro estudo mostrou que mais da metade das prescrições analisadas foram identificadas como ilegíveis ou pouco legíveis apresentando dificuldade para a sua compreensão.<sup>(17)</sup>

O índice de eventos relacionados à prescrição de medicamentos alerta para a necessidade de capacitação dos prescritores, sobre a rotina de trabalho e padrões institucionais durante a integração e recepção desses profissionais nos serviços de saúde, principalmente, em hospitais

de ensino, como o do estudo. A adoção de prescrição eletrônica na instituição é uma estratégia viável para reduzir incidentes com medicamentos e assim evitar danos.<sup>(18,19)</sup>

No contexto hospitalar, o processo de medicação se divide basicamente em três etapas: prescrição - realizada pelo médico, dispensação - realizada pelo técnico e/ou farmacêutico e administração - realizada pela equipe de enfermagem.<sup>(20)</sup>

Em relação à dispensação de medicamentos, destaca-se a importância da participação do farmacêutico em todo processo, a dupla conferência das prescrições e a implantação de sistemas seguros, organizados e eficazes, como exemplo da dispensação de dose unitária e individualizada e utilização de código de barras para controle e manejo desses medicamentos.<sup>(21)</sup> Essa notoriedade e relevância do farmacêutico são percebidas nos resultados deste estudo como uma das categorias profissionais que mais notificou incidentes no período.

A etapa de administração é de responsabilidade legal da equipe de enfermagem, essa categoria domina a última fase do processo e, portanto, tem a atribuição final de prevenir os incidentes durante o cuidado ao paciente.<sup>(22)</sup> O papel da enfermagem também foi destaque na notificação de incidentes, no qual essa categoria ocupou colocação importante em relação aos profissionais que mais notificaram, mostrando o desempenho desses profissionais na assistência direta ao paciente como na identificação e notificação de erros durante o cuidado.<sup>(23)</sup>

Essas nuances envolvendo a segurança do paciente também foram encontradas nas falas dos entrevistados.

O saber dos enfermeiros acerca da segurança do paciente e incidentes, foi evidente a compreensão dos profissionais quanto a essas terminologias, exemplificação dos incidentes e às condutas frente à ocorrência dos mesmos.

A falta de conhecimento sobre o fluxo das notificações é apontada como um fator dificultador para que os profissionais notifiquem os eventos ocorridos. O desconhecimento sobre as terminologias, como se identifica e notifica o incidente contribuem para a subnotificação desses eventos e consequente para uma incorreta análise desses indicadores.<sup>(24)</sup>

O fazer do enfermeiro desvelou que a maioria dos participantes conhece o sistema de notificação da instituição, entretanto, 80% referem não ter recebido capacitação sobre o seu uso, o que pode contribuir para a subnotificação e, conseqüentemente, na segurança do paciente por falhas na formação de competência dos profissionais.

As principais estratégias para reduzir incidentes incluem a formação de pessoal com base em segurança

do paciente, treinamento em relação aos processos de trabalho, comportamento de segurança na adoção de indicadores e normas da instituição, além da liderança em enfermagem.<sup>(4)</sup>

Os fatores intervenientes para notificação de incidentes foram divididos em facilitadores e dificultadores.

A falta de tempo dos profissionais, devido à sobrecarga de trabalho e déficit de funcionários foram aspectos que dificultaram a realização das notificações. Sabe-se que para incorporar uma cultura de segurança e assistência com qualidade é necessário que o quadro de profissionais esteja adequado, que eles tenham satisfação em realizar o serviço e recebam treinamento contínuo.<sup>(25)</sup> Outro motivo para a não notificação do incidente é o medo da punição ou consequências dessa exposição à equipe assistencial.<sup>(26,27)</sup>

A maioria dos profissionais referiu ausência de condutas não punitivas, reforçando essa atitude como uma forma de motivação da equipe para estimular o ato de notificar, porém revela preocupação para a imagem profissional. É preciso superar a realidade punitiva e de preocupação associada às notificações de eventos adversos nas instituições, além de instituir o anonimato para evitar subnotificações e levar a mudanças de hábitos, de valores e de comportamentos dos profissionais em relação ao cuidado em saúde.<sup>(6)</sup>

Como aspecto facilitador para a notificação destacou-se a disponibilidade do sistema informatizado. O desenvolvimento de um sistema eletrônico de notificação com variáveis claras e específicas para a descrição do evento pelo profissional de saúde, agiliza o processo de comunicação e a construção de banco de dados de indicadores de qualidade importantes para a gestão de riscos e segurança das práticas assistenciais.<sup>(27)</sup>

Nessa perspectiva, os processos de trabalho existentes nas organizações precisam estar em consonância com os objetivos da segurança do paciente, o que exige colaboração e participação de todos os profissionais na adesão às notificações e, que as discussões acerca do incidente sejam estratégias de prevenção de novos e de aprendizagem em equipe.

Destaca-se a qualidade das notificações no sistema informatizado do hospital, a subnotificação e a participação de outras categorias profissionais. Assim, novos estudos são pertinentes a fim de avaliar o seguimento do processo de notificação.

As notificações de incidentes são essenciais ao processo de assistência à saúde, pois retratam uma realidade vivenciada pelos profissionais, garantem a comunicação efetiva entre a equipe assistencial e os gestores, fornecendo um respaldo legal e, conseqüentemente, alcance de melhorias no contexto organizacional e uma cultura de segurança no atendimento à saúde da população. Por meio desse estudo, é possível perceber as falhas no processo de notificação e assim, facilitar o planejamento das ações em busca de uma melhor qualidade na assistência prestada.

## CONCLUSÃO

Foram observados vários pontos positivos e relevantes com relação à notificação de eventos, assim como, algumas fragilidades nesse processo que devem ser analisadas pelos gestores a fim de melhorar a qualidade do processo organizacional e assistencial, elevando os indicadores de segurança aos pacientes hospitalizados. Como potencialidade, a instituição tem demonstrado preocupação em monitorar os incidentes ocorridos durante a prática assistencial, através do Núcleo de Segurança do Paciente e de manter o anonimato do sistema informatizado de notificação VIGIHOSP. Entre as fragilidades, destaca-se a importância de ampliar o conhecimento dos enfermeiros sobre o processo de notificação de incidentes, bem como, os demais membros da equipe multiprofissional, para que todos participem ativamente. Sugere-se um maior investimento da instituição em ações de divulgação do sistema de notificação informatizado para sensibilização dos profissionais, a fim de aumentar as notificações no sistema do hospital e melhorar os processos de trabalho frente a ocorrência de erros. O caminho é investir em programas de educação continuada da equipe multiprofissional de qualificar as notificações, assim como, refletir sobre os incidentes para além da melhoria de processos de trabalho, mitigar os eventos adversos e promover uma cultura de segurança em nível assistencial e institucional.

## Contribuições

Concepção e desenho do estudo: Moreira IA, Bezerra ALQ; Coleta, análise e interpretação dos dados: Moreira IA, Bezerra ALQ; Redação e/ou revisão crítica do manuscrito: Moreira IA, Bezerra ALQ, Teixeira CC, Braga QP, Costa AA, Rocha JP; Aprovação da versão final a ser publicada: Moreira IA, Bezerra ALQ, Teixeira CC, Braga QP, Costa AA, Rocha JP.

## REFERÊNCIAS

1. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução COFEN nº 564/2017. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Brasília (DF): COFEN; 2017 [citado 2020 Aug 16]. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017\\_59145.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html)
2. Sousa P, Uva AS, Serranheira F, Uva MS, Nunes C. Patient and hospital characteristics that influence incidence of adverse events in acute public hospitals in Portugal: a retrospective cohort study. *Int J Qual Health Care*. 2018;30(2):132-7.
3. Furini AC, Nunes AA, Dallora ME. Notificación de eventos adversos: caracterización de los eventos ocurridos en un complejo hospitalario. *Rev Gaúcha Enferm*. 2019;40(spe):e20180317.
4. Siman AG, Brito MJ. Changes in nursing practice to improve patient safety. *Rev Gaúcha Enferm*. 2016;37(spe):e68271.
5. Bizarra MA, Balbino CM, Silvino ZR. Segurança do paciente - o papel do enfermeiro no gerenciamento de risco focado na UTI. *Rev Pró-UniversSUS*. 2018;9(1):101-4.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 529, de 1 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013 [citado 2020 Ago 16]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529\\_01\\_04\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html)
7. Ferezin TP, Ramos D, Caldana G, Gabriel CS, Bernardes A. Analysis of adverse event reporting at accredited hospitals. *Cogitare Enferm*. 2017;2(2):e49644.
8. Siman AG, Cunha SG, Brito MJ. The practice of reporting adverse events in a teaching hospital. *Rev Esc Enferm USP*. 2017;51:e03243.
9. Milagres LM. Gestão de riscos para segurança do paciente: o enfermeiro e a notificação dos eventos adversos [dissertação]. Juiz de Fora: Universidade Federal de Juiz de Fora; 2015.
10. Bardin L. Análise de conteúdo. 4a ed. Lisboa: Edições 70; 2010.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC n. 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): Ministério da Saúde/ Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2013 [citado 2020 Ago 16]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036\\_25\\_07\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html)
12. Lankoande M, Bonkougou P, Traore SI, Kabore RA, Ouangre E, Pendeville P. Cancellation of elective surgical procedures in the university teaching hospital center Yalgado Ouedraogo in Burkina Faso: incidence, reasons and proposals for improvement. *South Afr J Anaesth Analg*. 2016;22(5):140-4.
13. Bezerra WR, Bezerra AL, Paranaguá TT, Bernardes MJ, Teixeira CC. Occurrence of incidents at a surgical center: a documentary study. *Rev Eletr Enf*. 2015;17(4):1-11.
14. Haile M, Desalegn N. Prospective Study of Proportions and causes of Cancellation of Surgical Operations at Jimma University Teaching Hospital, Ethiopia. *Int J Anesth Res*. 2015;3(2):87-90.
15. Jost MT, Branco A, Viegas K, Caregnato RC. Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória: avaliando os processos de trabalho no transoperatório. *Enferm Foco*. 2019;10(7):43-9.
16. Assiri GA, Shebl NA, Mahmoud MA, Aloudah N, Grant E, Aljadhey H, et al. What is the epidemiology of medication errors, error-related adverse events and risk factors for errors in adults managed in community care contexts? A systematic review of the international literature. *BMJ Open*. 2018;8:e019101.
17. Souza AF, Queiroz JC, Vieira AN, Solon LG, Bezerra EL. Os erros de medicação e os fatores de risco associados à sua prescrição. *Enferm Foco*. 2019;10(4):12-6.
18. Bell H, Garfield S, Khosla S, Patel C, Franklin BD. Mixed methods study of medication-related decision support alerts experienced during electronic prescribing for inpatients at an English hospital. *Eur J Hosp Pharm*. 2019;26:318-22.
19. Azevedo FF, Pinho DL, Bezerra AL, Amaral RT, Silva ME. Prevalence of medication-related incidents in an intensive care unit. *Acta Paul Enferm*. 2015;28(4):331-6.
20. Anderson P. Preventing high-alert medication errors in hospital patients. *Am Nurs Today*. 2015;10(5).
21. Mansur JM. Medication Safety Systems and the Important Role of Pharmacists. *Drugs Aging*. 2016;33(3):213-21.
22. 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(Esp):42-9.
23. Alves DF, Guirardello EB. Nursing work environment, patient safety and quality of care in pediatric hospital. *Rev Gaúcha Enferm*. 2016;37(2):e58817.
24. Araujo JS, Nascimento HM, Farre AG, Brito RO, Santos JP, Vasconcelos TT. Nurses' knowledge about adverse events and the challenges of reporting these events. *Cogitare Enferm*. 2016;21(4):1-8.
25. Luengo C, Paravic T, Valenzuela S. Causas de subnotificación de accidentes de trabajo y eventos adversos en Chile. *Rev Panam Salud Publica*. 2016;39(2):86-92.
26. Peyrovi H, Nikbakht Nasrabadi A, Valiee S. Exploration of the barriers of reporting nursing errors in intensive care units: A qualitative study. *J Intensive Care Soc*. 2016;17(3):215-21.
27. Duarte SC, Stipp MA, Silva MM, Oliveira FT. Adverse events and safety in nursing care. *Rev Bras Enferm*. 2015;68(1):144-54.

# DESAFIOS ENFRENTADOS PELOS TÉCNICOS EM ENFERMAGEM NO CUIDADO AO PACIENTE OBESO NO AMBIENTE HOSPITALAR

CHALLENGES FACED BY NURSING TECHNICIANS IN CARING FOR OBESE PATIENTS IN THE HOSPITAL ENVIRONMENT

DESAFÍOS DE LOS TÉCNICOS DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES OBESOS EN EL ENTORNO HOSPITALARIO

Luciara Fabiane Sebold<sup>1</sup> (<https://orcid.org/0000-0002-5023-9058>)

Bárbara Mohr da Silveira<sup>1</sup> (<https://orcid.org/0000-0003-4428-5346>)

Juliana Balbinot Reis Girondi<sup>1</sup> (<https://orcid.org/0000-0003-0271-259X>)

Lúcia Nazareth Amante<sup>1</sup> (<https://orcid.org/0000-0002-5440-2094>)

Juliana Simas Justino<sup>1</sup> (<https://orcid.org/0000-0001-7413-8270>)

## Descritores

Obesidade; Cuidados de enfermagem; Técnicos de enfermagem; Equipe de enfermagem

## Descriptors

Obesity; Nursing care; Licensed practical nurses; Nursing, Team.

## Descriptores

Obesidad; Atención de Enfermería; Enfermeros no Diplomados; Grupo de enfermería

## Submetido

26 de Agosto de 2020

## Aceito

14 de Junho de 2021

## Conflitos de interesse:

nada a declarar.

## Autor correspondente

Luciara Fabiane Sebold  
E-mail: fabisebold@gmail.com

## RESUMO

**Objetivo:** Conhecer os desafios enfrentados pelos técnicos em enfermagem no cuidado aos pacientes obesos em unidades de internação hospitalar.

**Métodos:** Estudo descritivo, exploratório de abordagem qualitativa, norteado pela ferramenta Equater - Consolidated criteria for reporting qualitative research, realizado com 28 técnicos em Enfermagem de hospitais públicos do sul do país.

**Resultados:** Emergiram três categorias: A sobrecarga física do técnico em enfermagem e a segurança do paciente; a cooperação entre a equipe de enfermagem para a realização do cuidado; as tecnologias (in) disponíveis para o cuidado.

**Conclusão:** Cuidar de um paciente obeso é desafiador. O quantitativo de profissionais da equipe de enfermagem e a falta de equipamentos pode influenciar no processo de trabalho, e consequentemente compromete a segurança do paciente obeso. Por isso a importância de realização de ações e estratégias que contribuam para o cuidado de enfermagem seguro e específico para a paciente obeso nas mais diversas realidades.

## ABSTRACT

**Objective:** To know the challenges faced by nursing technicians in the care of obese patients in inpatient units.

**Methods:** Descriptive, exploratory study with a qualitative approach, guided by the tool Equater - Consolidated criteria for reporting qualitative research, conducted with 28 nursing technicians from public hospitals in the south of the country.

**Results:** Three categories emerged: The physical overload of the nursing technician and patient safety; cooperation between the nursing team to provide care; the (un) available technologies for care.

**Conclusion:** Caring for an obese patient is challenging. The number of professionals in the nursing team and the lack of equipment can influence the work process, and consequently compromise the safety of obese patients. Therefore, the importance of carrying out actions and strategies that contribute to safe and specific nursing care for obese patients in the most diverse realities.

## RESUMEN

**Objetivo:** Conocer los desafíos que enfrentan los técnicos de enfermería en la atención de pacientes obesos en unidades de hospitalización.

**Métodos:** Estudio descriptivo, exploratorio con abordaje cualitativo, guiado por la herramienta Equater - Criterios consolidados para reportar investigación cualitativa, realizado con 28 técnicos de enfermería de hospitales públicos del sur del país.

**Resultados:** Surgieron tres categorías: la sobrecarga física del técnico de enfermería y la seguridad del paciente; cooperación entre el equipo de enfermería para brindar atención; las tecnologías (no) disponibles para el cuidado.

**Conclusión:** El cuidado de un paciente obeso es un desafío. El número de profesionales del equipo de enfermería y la falta de equipamiento pueden influir en el proceso de trabajo y, en consecuencia, comprometer la seguridad de los pacientes obesos. De ahí la importancia de realizar acciones y estrategias que contribuyan a una atención de enfermería segura y específica para los pacientes obesos en las más diversas realidades.

<sup>1</sup>Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.

## Como citar:

Sebold LF, Silveira BM, Girondi JB, Amante LN, Justino JS. Desafios enfrentados pelos técnicos em enfermagem no cuidado ao paciente obeso no ambiente hospitalar. *Enferm Foco*. 2021;12(5):901-7.

**DOI:** <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n5.4351>



## INTRODUÇÃO

Obesidade é definida como o acúmulo excessivo de gordura, ou seja, o peso corporal está acima do ideal em razão do armazenamento de gordura estar acima do normal podendo assim, ocasionar prejuízos na saúde dos indivíduos.<sup>(1)</sup> Considerada um dos grandes problemas de saúde pública da atualidade, uma epidemia global que atinge diversas partes do mundo, entretanto é um problema negligenciado e, muitas vezes, não recebe a devida atenção das autoridades de saúde.<sup>(2)</sup>

Os dados da pesquisa divulgados pelo sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico - VIGITEL no ano de 2019 demonstram a realidade no Brasil acerca da variação da ocorrência do excesso de peso em adultos, teve um aumento significativo na prevalência do sobrepeso e obesidade em diversas capitais do país.<sup>(3)</sup>

As alterações de padrão alimentar e atividades físicas contribuem significativamente para o aumento dos casos da obesidade e, por consequência, os números de indivíduos com Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) também aumentaram consideravelmente nos últimos anos.<sup>(4)</sup> Assim, pessoas com comorbidades crônicas tendem a utilizar mais os serviços de saúde elevando da taxa de internação hospitalar. Nessa perspectiva, indivíduos obesos acabam permanecendo por um período maior nas unidades de internação hospitalar em decorrência de agravos da saúde,<sup>(4-6)</sup> necessitando de cuidados da equipe de enfermagem.

O aumento da obesidade e das doenças associadas representa um custo financeiro elevado e relevante para o governo como um todo. Nos custos diretos aumentam as despesas com profissionais, serviços de prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças, nos custos indiretos estão a diminuição das oportunidades, restrição de atividades, surgimento de doenças adjacentes, absenteísmo e morte prematura. Também ocorre aumento dos custos financeiros relacionados às adaptações de infraestrutura dos locais de caráter público e privado, os quais devem fornecer equipamentos como cadeiras e assentos reforçados para este tipo de população.<sup>(7)</sup>

Ainda, referente às questões relacionadas ao custo financeiro da obesidade e suas doenças associadas, têm-se que no ano de 2018, as internações com causas associadas à hipertensão arterial, diabetes e obesidade corresponderam ao total aproximado de 16% de todas as internações hospitalares no Sistema Único de Saúde (SUS). Neste mesmo período, todos os custos relacionados a estas doenças, tanto referentes às internações, como custos ambulatoriais e de medicações, somou R\$ 3,45 bilhões em gastos, custo elevado considerando que são doenças evitáveis.<sup>(8)</sup>

De acordo com a legislação existente, a equipe de enfermagem é composta por enfermeiro, técnico e auxiliar em enfermagem, destaca-se que cada membro da equipe possui atribuições específicas de acordo com sua categoria profissional e formação específica, as quais são respaldadas na lei do Exercício Profissional nº 7.498/1986.<sup>(9)</sup>

O Perfil da enfermagem no Brasil: relatório final (2017) demonstra que no Brasil, a Enfermagem é composta em sua maioria por técnicos e auxiliares em Enfermagem, constituindo aproximadamente 77% dos profissionais registrados nos sistemas Coren/Cofen.<sup>(10)</sup>

Neste contexto, é importante salientar que o técnico em enfermagem é um dos profissionais que promove cuidados aos indivíduos nos mais variados cenários de atenção à saúde e têm sua atuação regulamentada pelo Conselho Federal de Enfermagem - COFEN, que aponta as diretrizes para a prática e caracteriza os cuidados necessários na profissão.<sup>(11)</sup>

O cotidiano do profissional de enfermagem é marcado por condições de trabalho insuficientes, estresse, falta de competência na equipe e excesso de trabalho, sendo que essa realidade sobrecarrega o trabalho além de precarizar o trabalho da Enfermagem, provocando o sofrimento moral dos seus profissionais.<sup>(12)</sup>

Nos cenários de cuidado onde a enfermagem atua encontram-se as pessoas obesas, que necessitam ser cuidadas de maneira peculiar, pois demandam uma atenção da enfermagem, em especial dos técnicos em enfermagem, os quais estão mais envolvidos com os procedimentos de cuidados básicos.

Diante deste contexto, tem-se como questão de pesquisa: Quais os desafios enfrentados pelos técnicos em enfermagem no cuidado aos pacientes obesos em unidades de internação hospitalar? E objetivo de conhecer os desafios enfrentados pelos técnicos em enfermagem no cuidado aos pacientes obesos em unidades de internação hospitalar.

## MÉTODOS

Na intenção de manter o rigor metodológico das pesquisas qualitativas, este estudo apoiou-se na ferramenta COREQ,<sup>(13)</sup> como forma de nortear os passos da pesquisa, que contemplam 32 itens de verificação que vão desde a descrição dos pesquisadores, desenho do estudo e análise dos dados.

Estudo descritivo, exploratório de abordagem qualitativa, desenvolvido entre os meses de março a junho de 2017 em dois hospitais da rede pública do Sul do Brasil, sendo que um deles é referência para realização de cirurgia

bariátrica. Em ambos os hospitais as unidades de internação foram: clínica cirúrgica; clínica médica; centro cirúrgico; emergência. Destaca-se que nas duas realidades hospitalares há cuidado de enfermagem a pacientes obesos, porém em contextos de internação diferentes.

Todos os técnicos em enfermagem foram informados sobre a pesquisa por meio de suas chefias. Após foram convidados para participar do estudo, de forma presencial, em seus contextos de trabalho. Sendo marcado o dia e horário para a entrevista. Totalizando 28 participantes. Considerou-se como critério de inclusão ser técnico em enfermagem com mais de seis meses de atuação nas unidades do estudo, e como critério de exclusão estar afastado do serviço por motivo de férias ou por licença durante o período de coleta dos dados.

Os dados foram coletados por meio de entrevista semi-estruturada que abordava três tópicos: cuidados de enfermagem na rotina hospitalar; cuidados de enfermagem na rotina hospitalar na presença de um paciente obeso internado; e sobre a estrutura do serviço (possuir ou não equipamentos/tecnologia para o cuidado de pacientes obesos).

A entrevista foi individual e durou em média 20 minutos, foi audiogravada, transcrita na íntegra em arquivo do *Software Microsoft Windows Word* (2016) para constituir o corpus do material bruto.

As entrevistas ocorreram até a saturação dos dados. O principal critério não foi o numérico e sim a qualidade, as diferenças e a intensidade das informações necessárias. Assim como não existiu um ponto de saturação pré-definido. Mesmo provisoriamente, encontrou-se a lógica interna do objeto de estudo abrangendo todas as conexões e interconexões.<sup>(14)</sup> Desta forma, a saturação dos dados visa à profundidade, a abrangência, e a diversidade para o entendimento da amostra e não apenas o sentido de generalização e de generalidades.

Para organização e análise dos dados, utilizou-se a técnica de Análise de Conteúdo de Bardin,<sup>(15)</sup> na qual os dados são categorizados em três fases para melhor interpretação: a pré-análise; exploração do material e tratamento dos resultados, a interferência e interpretação.

Assim, os dados foram categorizados em três temas para discussão com a literatura pertinente e atualizada.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina com o número de CAAE: 51516115.8.0000.0121 e segue todas as normas das legislações sobre pesquisa com seres humanos vigentes.

A fim de garantir a privacidade e o sigilo das identidades dos participantes, os mesmos foram identificados com a letra "TE" seguido por algarismos arábicos.

## RESULTADOS

A partir dos depoimentos dos participantes, emergiram três categorias: A sobrecarga física do técnico em enfermagem e a segurança do paciente, a cooperação entre a equipe de enfermagem para a realização do cuidado e as tecnologias (in) disponíveis para o cuidado

### A sobrecarga física do técnico em enfermagem e a segurança do paciente

Nesta categoria, os participantes pontuaram que quando há um paciente obeso para cuidar há necessidade de maior força física para mobilizá-lo, sobrecarregando o técnico em enfermagem quando não recebe ajuda. Mobilizar um paciente obeso sem auxílio pode também ocasionar situações de risco para o paciente obeso, comprometendo sua segurança.

*"É mais difícil, para a gente é bem mais difícil, porque nós temos que utilizar a nossa própria força física [...] o paciente obeso acaba exigindo demais da nossa coluna e do nosso braço, não tem outro caminho [...]". (TE 4)*

*"[...] é diferenciado porque é um paciente obeso, requer mais força, mais atenção [...] porque se bobear tu acaba com a tua coluna, [...] tu está cuidando do paciente obeso, tu tem que ter postura para cuidar, porque se bobear tu acaba doente também." (TE 16)*

*"[...] é no "muck" [...] então a gente só tenta seguir as manobras que a gente aprende, para não sobrecarregar a coluna." (TE 06)*

*"Tu já não consegues ter tanto manuseio do paciente, já fica mais complicado [...] nada preparado para eles (materiais) [...] na unidade [...] só a força bruta mesmo dos funcionários." (TE22)*

Outra preocupação apontada foi o risco de quedas, pois além da dificuldade de mobilização tem também outros fatores como: uso de medicamentos, presença de fluidoterapia.

*"Quando o obeso é mais independente, mesmo assim precisa ter um cuidado, porque se esse obeso vem a cair ele pode se machucar no banheiro." (TE 24)*

*"[...] infelizmente a mudança de decúbito é ruim porque a cama é pequena, ela não é larga, então [...] a gente tem medo do paciente cair mas a gente tenta o máximo não virar totalmente 90°." (TE 21)*

Nesta categoria os participantes associam o cuidado a pessoa obesa com necessidade do uso de maior força

física, bem como a preocupação referente ao bem-estar dos pacientes, relacionado com o maior risco de ocorrência de acidentes no ambiente hospitalar, como a queda.

### **A cooperação entre a equipe de enfermagem para a realização do cuidado**

Nesta categoria, os participantes destacaram a necessidade da equipe de enfermagem ser em maior número para realizar o cuidado de forma segura e efetiva.

*"[...] quando chega um obeso que precisa ser manipulado, além de ser em bloco, tem que ter várias pessoas para ajudar, então a gente mobiliza toda a equipe que vá fazer a mudança ou mudanças de decúbito, quando tem, ou os próprios cuidados de higiene e conforto no leito, aí tem que mobilizar toda a equipe." (TE 1)*

*"[...] Quando acontece de paciente que tenha que auxiliar aqui dentro, a gente acaba pedindo para mais um colega, [...], alguém para dar aquela força." (TE 8)*

*"[...] se for totalmente acamado e obeso daí dificulta um pouquinho mais, a gente [...] daí tem que acabar pedindo ajuda para o colega, por que é difícil movimentar um paciente desses sozinho [...]" (TE 13)*

*"Se ele é uma pessoa obesa e acamada, [...] eu vou precisar mais pessoas para mobilizar, pra ir, pra girar, virar essa pessoa, dar banho nessa pessoa, porque um técnico sozinho não consegue." (TE 24)*

Os participantes destacaram a necessidade do auxílio de outros profissionais da equipe de enfermagem para realizar os cuidados com qualidade aos pacientes obesos.

### **Tecnologias (in) disponíveis para o cuidado**

Nesta última categoria, surgiram dois tópicos antagônicos sobre as questões dos materiais para a realização do cuidado ambiente hospitalar. Em alguns setores do hospital a equipe de enfermagem tinha a disposição alguns equipamentos que auxiliam no manejo do paciente obeso. Como se pode constatar nos depoimentos a seguir.

*"Tem os esfigmomanômetro de obeso, [...] maca se ele vai pro centro cirúrgico já tem uma maca que é específica, a cama suporta o peso [...] na verdade eu nem sei quanto peso essa cama suporta, não sei se é 200, 250 ou 300 kilos." (TE 1)*

*"[...] a gente tem uma cama que é mais adequada [...] porque ela baixa toda, aquela que é elétrica." (TE 8)*

*"[...] manguito que é a única coisa que a gente usa de diferente com a pessoa com obesidade." (TE 7)*

*"A cadeira de banho a gente geralmente tem a de obeso [...] porque é mais larga, não por conforto, não tem conforto porque é igual." (TE 17)*

*"Para o paciente obeso temos que procurar um manguito maior, porque o braço não vai dar no manguito que a gente tem geralmente em sala, no uso. A gente pega travesseiro pra usar como coxim para botar embaixo do paciente." (TE20)*

E outros setores os participantes apontaram que não dispunham de equipamentos para a realização do cuidado para essa população, podendo comprometer a qualidade do atendimento.

*"[...] a maca é um pouco curta, um pouco estreita, o paciente fica um pouco de fora." (TE 11)*

*"As nossas macas de transporte não são especiais para pessoas obesas. São insuficiente o tamanho, ela é pequena, uma cama pequena, estreita [...]" (TE 15)*

*"a gente não possui maca nem para os pacientes comum, quem dirá para o paciente obeso, nem cadeira, muito menos de banho ou cadeira de rodas [...] a gente também não possui manguito, essas coisas assim infelizmente, então a gente procura ver a pressão no pé, que é uma parte mais magra." (TE 21)*

*"É, com obeso já fica mais difícil de trabalhar porque aqui a gente não tem nenhuma tecnologia. Tem que ser tudo no improviso." (TE 25)*

*"Tecnologia aqui nem uma, não tem, não tem maca, não tem cadeira, não tem cama apropriada, não tem nada, nós somos carente desse tipo de coisa para o obeso." (TE 26)*

Observa-se que o acesso ou não de equipamentos ou tecnologias apropriadas para os pacientes obesos ora estão presentes na rotina de cuidado ora são inexistentes, demonstrando a desigualdade de distribuição de materiais entre os setores dos hospitais que foram pesquisados. Isso também pode interferir no processo de trabalho, assim como no desgaste do profissional técnico no desenvolvimento de suas funções.

## **DISCUSSÃO**

A carga e a intensidade do trabalho estão relacionadas de maneira direta de acordo com as categorias profissionais, observa-se que, os técnicos em enfermagem estão envolvidos diretamente com a assistência, ou seja, realizam as atividades que possuem maior intensidade durante o período de trabalho.<sup>(16)</sup>

Neste sentido, observa-se que as condições de trabalho e as atividades desenvolvidas pelos profissionais da enfermagem estão relacionadas às altas taxas de distúrbios osteomusculares nesta categoria profissional, dados assim podem e devem servir como embasamento para ações conjuntas entre gestores e trabalhadores voltadas a diminuição deste agravo.<sup>(17)</sup>

Em estudo desenvolvido com técnicos em enfermagem, os mesmos referem que a utilização do corpo como ferramenta de trabalho responsável por dores físicas e sofrimento no trabalho, o que reflete no absenteísmo e sugere maior investigação.<sup>(18)</sup>

Estudos sugerem que a sobrecarga dos profissionais de enfermagem está diretamente relacionada com o aumento dos casos de incidentes sem lesão e efeitos adversos nos pacientes.<sup>(19, 20)</sup>

Além disso, a sobrecarga do trabalhador pode levar a ocorrência de erros que podem comprometer de maneira direta a segurança do paciente, desta forma, devem-se analisar rigorosamente os fatores voltados a força de trabalho e os possíveis eventos adversos que causam, com o objetivo de reduzir a ocorrência desses episódios nos ambientes de trabalho, para que ocorra a revisão pelos gestores dos serviços de saúde, diretores de instituições, gestores políticos e pelos próprios profissionais, a fim de prevenir erros futuros ao repensar aspectos voltados às condições de trabalho dos profissionais.<sup>(21)</sup>

Por outro lado, a saúde do trabalhador é influenciada de forma direta pelas condições do ambiente de trabalho. Dentre as condições de saúde que a carga de trabalho influencia, estão as doenças e acidentes relacionados ao trabalho, as alterações físicas e psíquicas, desta maneira, sabe-se que a sobrecarga de trabalho causa prejuízos para a saúde dos trabalhadores de enfermagem e assistência segura ao paciente.<sup>(22)</sup>

Ao encontro dos depoimentos dos participantes, alguns estudos demonstram que o cuidado ao paciente obeso demanda mais trabalho,<sup>(23,24)</sup> porém não há diferença relacionada ao quantitativo de horas de cuidado quando comparado pacientes obesos e não obesos. Em contrapartida verificou-se a necessidade de um quantitativo maior de profissionais para o desenvolvimento de cuidados relacionados a higienização e mobilização de pacientes obesos quando comparados aos não obesos, porém, destaca-se que há profissionais que associam o paciente ser obeso com uma carga de trabalho maior.<sup>(25)</sup>

Alguns profissionais do estudo apontam para a questão voltada aos equipamentos específicos para o cuidado ao paciente obeso, relatando a não existência de equipamentos

adequados em algumas unidades. Neste sentido, o mundo não é adaptado para pessoas obesas, e os ambientes hospitalares também não são preparados para atendimento a este grupo de pessoas, desta forma, a falta de insumos e materiais necessários para o cuidado às pessoas obesas é uma realidade.<sup>(23)</sup> Sendo que a não disponibilidade destes materiais de forma efetiva é um desafio para o cuidado da pessoa obesa, incluindo a improvisação que pode levar a um comprometimento da segurança de paciente.<sup>(26)</sup>

Neste contexto, ressalta-se que a Portaria Nº 425, de 19 de Março de 2013 publicada pelo Ministério da Saúde, Brasil, traz em um dos seus artigos, que para um hospital possuir Unidade de Assistência de Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave ele deve oferecer dentre outras necessidades, os equipamentos adequados ao atendimento às pessoas portadoras de obesidade grave.<sup>(27)</sup> Mesmo sendo um dos hospitais do estudo referência para tratamento de obesidade a deficiência de equipamento para atender o paciente obeso é citado por alguns profissionais participante desse estudo.

Os depoimentos dos participantes, entretanto, constata a falta de materiais para a prestação de um cuidado adequado ao paciente obeso. Ressalta-se que o caminho de cuidados ao paciente obeso é cheio de entraves e desafios, tanto no quesito estrutural quanto recursos humanos no SUS.<sup>(28)</sup>

A inserção de equipamentos e materiais que possuem tecnologia elevada auxilia e beneficia a realização dos cuidados por parte da equipe de enfermagem, o que contribui para o desenvolvimento de tratamento mais efetivo e de maneira direta, também auxilia na promoção de cuidados mais seguros e com resultados mais autênticos, além de minimizar o tempo de internação e intensificar a recuperação destes pacientes.<sup>(29)</sup>

A obesidade deve ser reconhecida como problema de saúde que está em ascensão e acomete uma grande parte da população mundial, devendo o sistema de saúde e os profissionais conhecerem suas especificidades e estarem preparados e capacitados para atender este tipo de paciente, priorizando o atendimento individualizado, com base em conhecimentos das características desta doença.<sup>(30)</sup>

Como limitação para este estudo elenca-se que as entrevistas foram realizadas em apenas dois hospitais, sendo que um deles não é considerado referência para atendimento a pacientes obesos, e por este motivo, pode não representar realidades mais amplas.

Outra limitação, está relacionada à coleta de dados, tendo em vista que as entrevistas foram realizadas durante o período de trabalho dos participantes, e podem ter refletido na qualidade das respostas

Além disso, cita-se a dificuldade de encontrar na literatura artigos científicos que dissertam acerca da sobrecarga enfrentada pelos técnicos em enfermagem no seu processo de trabalho, principalmente no que se relaciona aos cuidados com pacientes obesos.

O reconhecimento dos desafios enfrentados pelos técnicos em enfermagem demonstra a preocupação dos profissionais em promover cuidado efetivo, e, mesmo sem a disponibilidade de materiais e equipamentos adequados para o cuidado das pacientes obesos buscam manter a segurança diante das adversidades vivenciadas, reconhecendo a importância da equipe de enfermagem na prestação deste cuidado.

## CONCLUSÃO

Este estudo identificou os desafios que os técnicos em enfermagem enfrentam no cotidiano do cuidado ao paciente obeso no ambiente hospitalar. Alguns profissionais desta categoria profissional destacaram que para promover cuidado adequado a esta população é necessário utilizar a própria força física, o que difere quando comparado o cuidado prestado a um paciente não obeso, sendo que o uso da força física excessiva pode ocasionar um aumento no número

de ocorrências de lesão osteomusculares. Desta maneira, a equipe se mobiliza para a realização de cuidados que demandam mobilização do paciente obeso, sendo necessário um quantitativo maior de profissionais na equipe de enfermagem. Além disso, a falta de equipamentos adequados para o cuidado ao paciente obeso é uma realidade, que coloca o paciente em risco de queda e comprometendo a sua segurança. Destaca-se a importância de os gestores hospitalares terem ciência dessa realidade, onde o quantitativo de profissionais da equipe de enfermagem e a falta de equipamentos pode influenciar no processo de trabalho, e consequentemente compromete a segurança do paciente obeso. Por isso a importância de realização de ações e estratégias que contribuam para o cuidado de enfermagem seguro e específico para a paciente obeso nas mais diversas realidades.

## Contribuições

Concepção e/ou desenho do estudo: Sebold LF; Coleta, análise e interpretação dos dados: Sebold LF, Silveira BM, Justino JS; Redação e/ou revisão crítica do manuscrito: Sebold LF, Silveira BM, Girondi JBR, Amante LN, Justino JS; Aprovação da versão final a ser publicada: Sebold LF, Silveira BM, Girondi JBR, Amante LN, Justino JS.

## REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). Obesity and overweight. Geneve: WHO; 2017 [cited 2021 Jun 20]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
2. World Health Organization (WHO). Controlling the global obesity epidemic. Geneve: WHO; 2021 [cited 2021 Jun 20]. Available from: <https://www.who.int/nutrition/topics/obesity/en/>
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Vigitel Brasil 2019: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2019. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2020 [citado 2021 Jun 20]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel\\_brasil\\_2019\\_vigilancia\\_fatores\\_risco.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2019_vigilancia_fatores_risco.pdf)
4. Malta DC, Bernal RT, Lima MG, Araújo SS, Silva MM, Freitas MI, et al. Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. Rev Saúde Pública. 2017;51(Suppl 1):1-10.
5. Oliveira DC, Cavallari ML. Lesões e eventual mortalidade no trânsito envolvendo condutores e passageiros obesos: uma revisão sistemática. Saúde, Ética Justiça. 2016;21(2):52-6.
6. Santos MA, Oliveira MM, Andrade SS, Nunes ML, Malta DC, Moura L. Tendências da morbidade hospitalar por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2002 a 2012. Epidemiol Serv Saúde. 2015;24(3):389-98.
7. Worldobesity. World Obesity and RTI publish new, ground-breaking pilot study on the economic impact of obesity. England: Worldobesity; 2022 [cited 2021 Jun 10]. Available from: <https://www.worldobesity.org/news/world-obesity-and-rti-publish-new-ground-breaking-pilot-study-on-the-economic-impact-of-obesity>
8. Nilson EA, Andrade RC, Brito DA, Oliveira ML. Custos atribuíveis à obesidade, hipertensão e diabetes no Sistema Único de Saúde, Brasil, 2018. Rev Panam Salud Publica. 2020;44:e32.
9. Brasil, Leis, Decretos. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Brasília (DF): Diário Oficial da União; 1986 [citado 2020 Ago 12]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L7498.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L7498.htm)
10. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Perfil da enfermagem no Brasil: relatório final: Brasil. Brasília (DF): COFEN/FIOCRUZ; 2017 [citado 2020 Jul 30]. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/pdfs/relatoriofinal.pdf>
11. Araujo MS, Medeiros SM, Costa EO, Oliveira JS, Costa RR, Sousa YG. Análise das normativas orientadoras da prática do técnico em enfermagem no Brasil. Rev Bras Enferm. 2020;73(3):e20180322.
12. Ferreira JC, Moraes HM, Araújo Filho FJ, Pereira MK, Oliveira MR. Onde está a enfermagem? A (in)visibilidade desta categoria profissional nos meios de comunicação. Enferm Foco. 2020;11(2):50-6.
13. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for in ago interviews and focus groups. Int J Qual Health Care. 2007;19(6):349-57.



14. Minayo MC. Amostragem e Saturação em Pesquisa Qualitativa: Consensos e Controvérsias. *Revista Pesq Qual.* 2017;5(7):1-12 .
15. Bardin L. *Análise de conteúdo.* 4a ed. Lisboa: Edições 70; 2010.
16. Santos TA, Santos HS, Sampaio ES, Melo CM, Souza EA, Pires CG. Intensidade do trabalho em enfermagem nos hospitais públicos. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2020;28:e3267.
17. Sousa FC, Tinoco KF, Siqueira HD, Oliveira EH, Silva WC, Rodrigues LA. Lesões músculo esqueléticas relacionadas ao trabalho da enfermagem. *Res Soc Dev.* 2020;9(1):e78911656.
18. Fontenele RM, Rezende CM, Almeida HF, Galvão AP, Ramos AS, Loyola CM. Vivência de Prazer e Sofrimento na Equipe Técnica em Enfermagem do Centro de Terapia Intensiva. *Enferm Foco.* 2020;11(1):158-63.
19. Novaretti MC, Santos EV, Quitério LM, Daud-Gallotti RM. Sobrecarga de trabalho da Enfermagem e incidentes e eventos adversos em pacientes internados em UTI. *Rev Bras Enferm.* 2014;67(5):692-9.
20. Costa CS, Normann KA, Tanaka AK, Cicolella DA. A Influência da Sobrecarga de Trabalho do Enfermeiro na Qualidade da Assistência. *Rev UNINGÁ.* 2018;55(4):110-20.
21. Forte EC, Pires DE, Martins MM, Padilha MI, Ghizoni SD, Trindade LL. Processo de trabalho: fundamentação para compreender os erros de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP.* 2019;53:e03489.
22. Carvalho DC, Rocha LP, Barlem JG, Dias JS, Schallenger CD. Cargas de Trabalho e a Saúde do Trabalhador de Enfermagem: Revisão Integrativa. *Cogitare Enferm.* 2017;22(1):151-60.
23. Marques ES, Melo GC, Santos RM. O significado de cuidar do paciente obeso para um grupo de enfermeiras. *Rev Eletr Enf.* 2014;16(1):151-60.
24. Meireles AB, Lima TO, Jesus AL, Andrade EG. Dificuldades no Cuidado ao Paciente Obeso. *Rev Inic Cient Ext.* 2018;1(Esp 4): 328-33.
25. Loppi LG, Souza FA, Sueko SV, Iveth MY. Carga de trabalho de enfermagem relacionada ao índice de massa corporal de pacientes críticos. *Acta Paul Enferm.* 2017;30(1):31-8.
26. Ramos DB, Burlandy L, Dias PC, Henriques P, Castro LM, Teixeira MR, et al. Propostas governamentais brasileiras de ações de prevenção e controle do sobrepeso e obesidade sob perspectiva municipal. *Cad Saúde Pública.* 2020;36(6):e00116519.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 425, de 19 de março de 2013. Estabelece regulamento técnico, normas e critérios para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade. Brasília (DF): Diário Oficial da União; 2013 [citado 2020 Ago 12]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0425\\_19\\_03\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0425_19_03_2013.html)
28. Conz CA, Jesus MC, Kortchmar E, Braga VA, Oliveira DM, Merighi MA. O cuidado experienciado por pessoas com obesidade mórbida nos Serviços Públicos de Saúde. *Rev Esc Enferm USP.* 2020;54:e03559.
29. Siqueira VR, Vasconcelos WP, Santos GM, Oliveira GK. Contribuições da Tecnologia para Assistência de Enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva. *Sustinere.* 2019;7(1):19-31.
30. Nicolau IR, Santo FH, Berardinelli LM, Andrade M, Santos R, Chibante CL. Perfil de pacientes com obesidade grau III atendidos em um centro de referência em obesidade. *Rev Enferm Atual.* 2018;84(22):11-20.

# INFLUÊNCIA DO SEXO NO ESTILO DE VIDA, SAÚDE E UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS EM HOSPITALIZADOS

INFLUENCE OF GENDER ON LIFESTYLE, HEALTH AND USE OF MEDICAL SERVICES IN HOSPITALIZED PATIENTS

INFLUENCIA DEL GÉNERO EN EL ESTILO DE VIDA, LA SALUD Y EL USO DE SERVICIOS MÉDICOS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

Marco Antônio da Silva Freitas<sup>1</sup>

Danielle Bordin<sup>1</sup>

Melina Lopes Lima<sup>1</sup>

Luciane Patrícia Andreani Cabral<sup>2</sup>

Cristina Berger Fadel<sup>2</sup>

(<https://orcid.org/0000-0003-3464-8625>)

(<https://orcid.org/0000-0001-7861-0384>)

(<https://orcid.org/0000-0002-8266-4040>)

(<https://orcid.org/0000-0001-9424-7431>)

(<https://orcid.org/0000-0002-7303-5429>)

## Descritores

Gênero e saúde; Hospitalização;  
Fatores de risco; Avaliação de processos em cuidados de saúde

## Descriptors

Gender and health; Hospitalization;  
Risk factors; Process assessment;  
Health care

## Descriptores

Gênero y salud; Hospitalización;  
Factores de riesgo; Evaluación de procesos; Atención de salud

## Submetido

7 de Janeiro de 2021

## Aceito

21 de Março de 2021

## Conflitos de interesse:

nada a declarar.

## Autor correspondente

Melina Lopes Lima

E-mail: [enfmelina@gmail.com](mailto:enfmelina@gmail.com)

## RESUMO

**Objetivo:** Analisar a influência do sexo nas condições de saúde, estilo de vida e utilização de serviços médicos em pacientes internados em um hospital de ensino.

**Métodos:** Realizou-se um estudo quantitativo, transversal, por inquérito telefônico, junto a 445 pacientes internados em um hospital universitário, no ano de 2018. Considerou-se o sexo como variável dependente e como variáveis independentes: as características de saúde, de estilo de vida e de utilização de serviços de saúde. Realizou-se análise bivariada e de regressão logística.

**Resultados:** Houve associação entre o sexo masculino e a dependência atual (OR=2,9) ou anterior ao álcool (OR=8,3), o tempo de internação acima de três e de sete dias (OR=2,7) e o maior encaminhamento à unidade de básica de saúde (OR=2,1). Conclusão: Concluiu-se que os homens têm maior predileção ao uso de álcool, ficam mais tempo internados e têm maior encaminhamento aos serviços de saúde.

## ABSTRACT

**Objective:** Analyze the influence of sex on health conditions, lifestyle and use of medical services in patients admitted to a teaching hospital.

**Methods:** A quantitative and cross-sectional study was carried out by telephone survey with 445 patients admitted to a university hospital in 2018. Sex was considered as a dependent variable and as independent variables: the characteristics of health, lifestyle and use of health services. Bivariate analysis and logistic regression were performed.

**Results:** There was an association between male gender and current addiction (OR = 2.9) or prior to alcohol (OR = 8.3), length of stay above three and seven days (OR = 2.7) and the longest referral to the primary health care unit (OR = 2.1).

**Conclusion:** It was concluded that men have a higher predilection for alcohol use, stay longer hospitalized and have more referrals to health services.

## RESUMEN

**Objetivo:** Analizar la influencia del sexo en las condiciones de salud, el estilo de vida y el uso de los servicios médicos en pacientes ingresados en un hospital universitario.

**Métodos:** Se realizó un estudio transversal cuantitativo, por encuesta telefónica, con 445 pacientes ingresados en un hospital universitario en 2018. El sexo se consideró como una variable dependiente y como variables independientes: características de salud, de estilo de vida y de uso de servicios de salud. Se realizaron análisis bivariados y regresión logística.

**Resultados:** Hubo una asociación entre el género masculino y la adicción actual (OR = 2.9) o antes del alcohol (OR = 8.3), la duración de la estancia por encima de tres y siete días (OR = 2.7) y la más larga derivación a la unidad básica de salud (OR = 2.1).

**Conclusion:** Se concluyó que los hombres tienen mayor predilección por el consumo de alcohol, permanecen más tiempo hospitalizado y tienen más derivaciones a los servicios de salud.

<sup>1</sup>Hospital Universitário, Universidade Estadual de Ponta Grossa, Ponta Grossa, PR, Brasil.

<sup>2</sup>Universidade Estadual de Ponta Grossa, Ponta Grossa, PR, Brasil.

## Como citar:

Freitas MA, Bordin D, Lima ML, Cabral LP, Fadel CB. Influência do sexo no estilo de vida, saúde e utilização de serviços médicos em hospitalizados. *Enferm Foco*. 2021;12(5):908-13.

DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n5.4442>

## INTRODUÇÃO

Nos dias atuais, as abordagens sobre saúde têm recebido reflexões de diferentes atores da área, os quais se debruçam sobre aspectos biológicos e sociais, individuais e coletivos. Em síntese, pode-se dizer, em termos de determinação causal, que a saúde e a doença representam o conjunto de relações e variáveis que produzem e condicionam os diferentes estados de bem-estar de uma população, os quais se modificam em diversos momentos históricos do desenvolvimento científico da humanidade.

Pensando então a saúde dos sujeitos como, ao mesmo tempo, fenômeno clínico e sociológico, o sexo tem sido considerado um dos fatores individuais determinantes do processo saúde-doença, utilizado na análise de riscos, comportamentos e práticas em saúde.

Dentro de uma trajetória histórica e cultural, onde a mulher é vista a partir da sua capacidade gestacional<sup>(1)</sup> e o homem é influenciado por uma noção de masculinidade, que envolve a vigilância de suas emoções e do próprio corpo,<sup>(2)</sup> o sexo tem sido um dispositivo que induz a desigualdades em saúde, uma vez que programas e políticas privilegiam cuidados de saúde estereotipados para cada um dos sexos.<sup>(3)</sup>

Nesse sentido, as mulheres são pensadas pelos serviços de saúde como seres vulneráveis e reprodutores, com produção de práticas precoces de autocuidado e de responsabilização pelo cuidado masculino,<sup>(3)</sup> podendo influenciar na sua autoavaliação do estado de saúde. Especificamente em relação à utilização e acesso aos serviços de saúde, estudos mundiais demonstram maiores índices por parte de mulheres,<sup>(4)</sup> e uma pior autopercepção de seu estado de saúde quando comparada a homens.<sup>(5)</sup> Essas descobertas podem amparar a reflexão do porquê mulheres tendem a morrer de forma mais tardia, considerando os resultados práticos da prevenção e do diagnóstico precoce sobre a expectativa de vida.

O sexo pode também interagir e contribuir para diferenças na morbimortalidade entre homens e mulheres. Apesar de não haver consenso devido ao grande número de variáveis a ser considerada, em linhas gerais, a literatura aponta maior mortalidade entre homens<sup>(6,7)</sup> e maior morbidade autorreferida entre mulheres.<sup>(8)</sup> Ainda, a população masculina apresenta altas taxas de morbimortalidade por causas externas,<sup>(9)</sup> e adota com maior frequência condutas prejudiciais como tabagismo, consumo de risco de álcool, hábitos alimentares inadequados e inatividade física.<sup>(10,11)</sup>

Neste sentido, e considerando que a identificação destas discrepâncias seja essencial para os planejadores de políticas de saúde, o objetivo do presente estudo é analisar

a influência do sexo nas condições de saúde, estilo de vida e utilização de serviços médicos em pacientes que foram internados em um hospital de ensino.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo quantitativo, transversal, de caráter descritivo e inferencial, desenvolvido junto a 445 pacientes internados, no período de janeiro a junho de 2018, em um hospital universitário do estado do Paraná.

O cálculo do tamanho amostral foi determinado através do software Epi. Info 7.1.4. Para tanto, considerou-se o valor médio mensal de pacientes internados (n=506,6) multiplicado por 6 (número de meses estimado para a coleta), com precisão de 5%, intervalo de confiança de 95% e efeito de desenho 1, para uma prevalência de 50% de adultos internados com percepção positiva sobre os cuidados e apoio prestado pela equipe hospitalar, macro objetivo do projeto de pesquisa que desdobrou a presente proposta, resultando em uma amostra de 3.040 indivíduos. Utilizou-se esta prevalência na intenção de obtenção da maior amostra possível. Ao total calculado (n=342) foram acrescidos 103 indivíduos (30%), considerando as possíveis perdas, resultando na amostra final de 445 indivíduos.

Considerou-se como critérios de inclusão: ter idade igual ou superior a 18 anos; ter ficado internado no hospital no período de coleta, considerando-se a UTI e os outros setores; ou ser membro familiar ou cuidador que tenha acompanhado integralmente o processo de internamento (quando o próprio indivíduo não apresentava condições de responder ao questionário); ter recebido alta hospitalar a 30 dias da realização da entrevista. Foram considerados critérios de exclusão pacientes: gestantes, com vírus da imunodeficiência humana (HIV) e hepatites virais, que tiveram a cirurgia cancelada, internados no Pronto Atendimento, que evoluíram para óbito, que não possuíam contato telefônico no prontuário e que não atenderam ao telefone após três tentativas em dias e horários diferentes.

Desenvolveu-se um questionário estruturado, contendo características sociais e questões relacionadas ao objeto de estudo, baseado em instrumentos propostos pelo Ministério da Saúde brasileiro<sup>(12,13)</sup> e publicações.<sup>(14-16)</sup>

Para o alcance das características sociais verificou-se as variáveis: sexo, idade, cor da pele, estado civil, residir sozinho, escolaridade e renda mensal, as quais foram obtidas através do prontuário (sexo e idade) e da entrevista telefônica (cor da pele, estado civil, residir sozinho, escolaridade e renda mensal). No que diz respeito às características de estilo de vida, as variáveis consideradas foram ser: fumante, ex fumante, etilista, ex etilista, sedentário e obeso, as

quais, em sua totalidade, foram obtidas através da entrevista telefônica.

As características de utilização de serviços de saúde (tempo de internação, internação na UTI, tempo de internação na UTI, internação hospitalar anterior, agendamento de retorno ao hospital no pós-alta, encaminhamento para a unidade de saúde, precisar de ajuda em casa para realizar as atividades de vida diária no pós-alta e precisar da orientação de alguém para seguir as recomendações médicas no pós-alta) foram obtidas através do prontuário eletrônico (tempo de internação, internação na UTI, tempo de internação na UTI e internação hospitalar anterior) e da entrevista telefônica (agendamento de retorno ao hospital no pós-alta, encaminhamento para a unidade de saúde, precisar de ajuda em casa para realizar as atividades de vida diária no pós-alta e precisar da orientação de alguém para seguir as recomendações médicas no pós-alta).

A coleta de dados estruturou-se em três etapas: a primeira etapa foi relativa à coleta de informações sobre internação no sistema próprio de informática do hospital. A segunda referiu-se ao acesso ao prontuário eletrônico do paciente para obtenção das informações sociodemográficas e contato telefônico, com vistas a elencar pacientes elegíveis. A terceira etapa configurou-se nas ligações telefônicas junto ao paciente, familiar ou cuidador para angariar características sociodemográficas complementares ao prontuário, de estilo de vida e de utilização de serviços de saúde hospitalares. Vale destacar que todas as etapas foram realizadas por pesquisadores previamente treinados e calibrados.

Após a explicação dos objetivos do estudo, meios e intermediateiros de coleta, análise e divulgação de resultados, os indivíduos que concordaram em participar da pesquisa foram então considerados. O tempo médio da realização das entrevistas foi de 20 minutos.

Os dados foram tabulados no *software Microsoft Excel 2013*® e analisados utilizando o *IBM SPSS Statistics 20*. Considerou-se como variável dependente o sexo. Como variáveis independentes considerou-se as características sociodemográficas e de saúde, de estilo de vida e utilização de serviços de saúde.

Os resultados foram analisados descritivamente por meio de frequência absoluta e relativa. Para testar a associação entre a variável dependente e as variáveis independentes, realizou-se inicialmente análise bivariada pelo teste qui-quadrado e estimou-se a magnitude do efeito de cada variável calculando-se o *Odds ratio* (OR) bruto e seus respectivos Intervalos de Confiança (IC) a 95%. Na sequência, realizou-se análise de regressão logística pelo método de

entrada *stepwise*, com base no valor de verossimilhança. As variáveis que apresentaram valor de  $p \leq 0,20$  na análise bivariada foram selecionadas para entrar no modelo múltiplo, permanecendo no modelo se atingissem  $p < 0,05$  e/ou ajustassem o modelo. Os dados foram analisados utilizando o *software* estatístico SPSS® (*Statistical Package for the Social Sciences*) 18. O modelo gerou uma capacidade explicativa de 66,5%.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas com seres humanos de uma Instituição de Ensino Superior (CAAE: 81453417.1.0000.0105), respeitando os ditames da legislação brasileira e da Declaração de Helsinki.

## RESULTADOS

De um total de 445 pacientes internados no hospital universitário, verificou-se que 253 (56,9%) eram do sexo feminino e 192 (43,1%) do sexo masculino (Tabela 1). Prevaleram na amostra indivíduos do sexo feminino (56,9%), brancos (65,8%), casados ou em união estável (64%), que residem sozinhos (88,5%), com baixa escolaridade (41,8%), renda entre 1 e 2 salários mínimos (54,2%), não fumantes (53,3%), não etilistas (84,9%), sedentários (56%), não obesos (75,1%), e sem multimorbidades (68,8%) (Tabela 1).

A maioria dos sujeitos ficou internada até 3 dias (54,6%), prevalecendo o sexo feminino (34,6%), não necessitou de internação em UTI (87,9%) e não apresentou histórico de internação prévia na instituição de saúde investigada (73,7%). No pós-alta, a maioria teve agendamento para consulta de retorno no hospital na mesma especialidade que motivou o internamento (95,9%), não foi encaminhada à uma unidade básica de saúde (UBS) (79,5%), e à outras especialidades médicas (74,4%) (Tabela 2).

Nos resultados da análise univariada, considerando nível de significância de 5%, verificou-se que as variáveis mais fortemente relacionadas ao sexo foram: cor, estado civil, dependência ao tabaco, dependência ao álcool, tempo de internação e encaminhamento para a UBS (Tabelas 1 e 2). Permaneceram associadas ao sexo, no modelo múltiplo final ajustado, as variáveis: dependência atual ou anterior ao álcool, tempo de internação acima de três e de sete dias e o encaminhamento à UBS (Tabela 3). Observou-se que os homens apresentaram 2,9 e 8,3 mais chances de ser etilista ou ex etilista. Condição semelhante foi notada para o tempo de internação e necessidade de encaminhamento para a UBS: homens expuseram 2,7 e 2,1 mais chances, respectivamente, de ficar mais de 7 dias internados e de necessitar de encaminhamento para a UBS em detrimento às mulheres (Tabela 3).

**Tabela 1.** Perfil sociodemográfico, de estilo de vida e de saúde de pacientes internados

Variável e classe	Feminino n(%)	Masculino n(%)	Total n(%)	OR	p-value
Sexo	253(56,9)	192(43,1)	445(100)		
Idade				---	0,667
18-40anos	58(13,0)	42(9,4)	100(22,4)		
41-60 anos	122(27,4)	87(19,6)	209(47,0)		
Mais de 60 anos	73(16,4)	63(14,2)	136(30,6)		
Cor				1,8 (1,2 -2,7)	0,004*
Branca	181(40,6)	112(25,1)	293(65,8)		
Outras	72(16,2)	80(18,0)	152(34,2)		
Estado Civil				---	0,001*
Casado/ União estável	149(33,5)	136(30,6)	285(64,0)		
Solteiro	36(8,1)	33(7,4)	69(15,5)		
Divorciado	31(7,0)	13(2,9)	44(9,9)		
Viúvo	37(8,3)	10(2,2)	47(10,6)		
Reside sozinho				0,8 (0,5 -1,5)	0,547
Não	31(7,0)	20(4,5)	51(11,5)		
Sim	222(49,9)	172(38,6)	394(88,5)		
Escolaridade					0,330
10 ou mais anos de estudos completos	67(15,1)	41(9,2)	108(24,3)		
De 6 a 9 anos de estudo completos	87(19,6)	64(14,4)	151(33,9)		
Analfabeto e alfabetizado	99(22,2)	87(19,6)	186(41,8)		
Renda Mensal					0,608
2 ≥ salários mínimos <sup>#</sup>	55(12,4)	45(10,1)	100(22,5)		
1 > 2 salários mínimos <sup>#</sup>	134(30,1)	107(24,0)	241(54,1)		
>1 salário mínimo <sup>#</sup>	51(11,5)	32(7,2)	83(18,7)		
Não sabe/ não respondeu	12(2,7)	9(2,0)	21(4,7)		
Fumante				---	0,007*
Não	151(34,0)	86(19,3)	237(53,3)		
Sim	38(8,5)	36(8,1)	74(16,6)		
Ex fumante	64(14,4)	70(15,7)	134(30,1)		
Etilista				---	0,000*
Não	239(53,7)	139(31,2)	378(84,9)		
Sim	6(1,4)	9(2,0)	15(3,4)		
Ex etilista	8(1,8)	44(9,9)	52(11,7)		
Sedentário				0,10 (0,7-1,4)	0,933
Não	111(24,9)	85(19,1)	196(44,0)		
Sim	142(31,9)	107(24,1)	249(56,0)		
Obesidade				0,7 (0,6-1,1)	0,127
Não	183(41,1)	151(34,0)	334(75,1)		
Sim	70(15,7)	41(9,2)	111(24,9)		
Presença de multimorbidade				1,2 (0,8-1,9)	0,304
Não	169(38,0)	137(30,8)	306(68,8)		
Sim	84(18,9)	55(12,3)	139(31,2)		

<sup>#</sup>Valor considerado de R\$ 954,00 reais, vigente no período do estudo; \*Variáveis que entraram no modelo de regressão logística (p<0,20); OR- Odds Ratio

## DISCUSSÃO

No presente estudo, a atual ou anterior dependência ao álcool, o tempo de internação acima de três e de sete dias e o encaminhamento à UBS foram as variáveis associadas ao sexo masculino entre os pacientes analisados.

Cabe aqui ressaltar que, dentre os modelos teóricos explicativos importantes na utilização dos serviços de saúde, como os que envolvem fatores socioeconômicos

**Tabela 2.** Serviços de saúde hospitalares utilizados por pacientes que foram internados

Variável e Classe	Feminino n(%)	Masculino n(%)	Total n(%)	OR	p-value
Tempo de internação				---	0,000*
até 3 dias	154(34,6)	89(20,0)	243(54,6)		
4 a 7 dias	72(16,2)	56(12,6)	128(28,8)		
mais de 7	27(6,1)	47(10,5)	74(16,6)		
Internação em UTI				1,3 (0,7-2,2)	0,429
Não	225(50,6)	166(37,3)	391(87,9)		
Sim	28(6,3)	26(5,8)	54(12,1)		
Tempo de internação em UTI				1,6 (0,4-4,1)	0,591
Até 3 dias	19(35,2)	14(25,9)	33(61,1)		
Mais de 3 dias	10(18,5)	10(18,5)	20(37,0)		
Não respondeu	0(0)	1(1,8)	1(1,8)		
Internação hospitalar anterior				1,1 (0,7-1,6)	0,741
Não	188(42,2)	140(31,5)	328(73,7)		
Sim	65(14,6)	52(11,7)	117(26,3)		
Agendamento de retorno ao hospital, pós-alta				1,4 (0,5-3,9)	0,512
Não	11(2,5)	6(1,3)	17(3,8)		
Sim	242(54,4)	185(41,6)	427(96,0)		
Não precisou	1(0,2)	0(0,2)	1(0,2)		
Encaminhamento UBS				2,1 (1,3-3,4)	0,002*
Não	215(48,3)	139(31,2)	354(79,5)		
Sim	37(8,3)	51(11,5)	88(19,8)		
Não respondeu	1(0,2)	2(0,4)	3(0,7)		
Encaminhamento outro especialista				1,2 (0,8-1,9)	0,291
Não	193(43,4)	138(31,0)	331(74,4)		
Sim	60(13,5)	54(12,1)	114(25,6)		
No pós-alta necessitou de ajuda de terceiros para seguir recomendações médicas				0,8 (0,5-1,1)	0,226
Não	178(40,0)	145(32,6)	323(72,6)		
Sim	75(16,8)	47(10,6)	122 (27,4)		
No pós-alta necessitou de ajuda de terceiros para realizar as atividades diárias				0,9 (0,6-1,3)	0,600
Não	81(18,2)	66(14,8)	147 (33,0)		
Sim	172(38,7)	126(28,3)	298 (67,0)		

\*Variáveis que entraram no modelo de regressão logística (p<0,20); OR - Odds Ratio

**Tabela 3.** Análise múltipla da associação entre sexo masculino e as variáveis independentes

Variável	OR ajustada (IC 95%)	p-value
Etilista		
Não	1,00	0,00
Sim	2,9 (1,0-8,5)	0,05
Ex-etilista	8,3 (3,8-18,4)	0,00
Tempo de internação		
até 3 dias	1,00	0,003
3 a 7 dias	1,2 (0,7-1,9)	0,52
Mais de 7	2,7 (1,5-4,8)	0,001
Encaminhamento UBS		
Não	1,00	0,004
Sim	2,1 (1,3-3,5)	



e demográficos, as necessidades de saúde possuem, sem dúvida, maior peso e permanecem vinculadas a todos os padrões. Em especial quanto ao uso e acesso aos serviços hospitalares, o estudo dos problemas, necessidades e condição de saúde ganham força no cenário atual frente ao envolvimento de alta incorporação tecnológica e de custos elevados ao sistema de saúde.

Especificamente sob o recorte da variável sexo, mote do presente estudo, homens apresentaram 2,9 e 8,3 mais chances de serem etilistas e ex-etilistas quando comparados às mulheres. Apesar de a literatura indicar que homens tenham uma tendência maior ao alcoolismo do que mulheres,<sup>(17)</sup> destaca-se que a mudança do papel feminino na sociedade pode mudar esses resultados em estudos futuros.

Ainda quanto ao consumo de álcool, o mesmo pode ser explicado por fatores socioculturais, mas pode também estar relacionado à depressão, ansiedade, vencimento da timidez<sup>(11)</sup> e ao estresse crônico,<sup>(17)</sup> sendo considerado importante fator de risco para o aumento da pressão arterial, bem como para o desenvolvimento de doença cardiovascular.<sup>(18)</sup> Ainda, o consumo do álcool em homens mostra-se fortemente associado a internações por causas externas<sup>(9)</sup> e deve ser alvo de políticas públicas de saúde.

O acolhimento às particularidades de sexo, considerando discrepâncias no estilo de vida entre homens e mulheres, deve ser central para a prevenção e controle de doenças. Estudos demonstram que homens cuidam pouco de sua saúde e só procuram ajuda quando os problemas se agravam, comumente quando estão interferindo em sua qualidade de vida.<sup>(1,19)</sup> Ainda, que homens buscam por serviços de saúde com menor frequência quando comparados a mulheres,<sup>(20)</sup> sendo que a resistência masculina ao cuidado à saúde, além de torná-los mais vulneráveis ao adoecimento, traz consequências como a sobrecarga financeira para a sociedade, o sofrimento físico e emocional de si próprio e de sua família na luta pela conservação da saúde e da qualidade de vida.<sup>(21)</sup>

Os resultados alcançados por essa pesquisa endossam que a influência de determinados padrões masculinos pode trazer comprometimento à saúde ao evidenciar que as internações de homens foram mais demoradas quando comparadas às de mulheres, e isso pode estar relacionado ao agravamento da doença fruto do internamento e à relação de homens com a busca pelos serviços de saúde, geralmente sob condições clínicas mais graves, resultando em um tempo de internação prolongado.<sup>(22)</sup>

Além da redução pela procura de serviços de saúde, outra hipótese que pode estar associada a esses resultados é o abuso no consumo de álcool e tabaco, que pode

resultar em número maior de morbidades. As morbidades são também fatores que podem levar ao prolongamento da internação hospitalar.<sup>(23)</sup>

Ressalta-se, porém, que além de conhecer os mecanismos biológicos subjacentes às doenças, é necessária a identificação e caracterização dos aspectos socioculturais do indivíduo. Conforme demonstrado nos resultados da presente pesquisa, a maior parte dos indivíduos internados apresentou baixa escolaridade, sendo esse um fator fundamental para o entendimento da promoção do autocuidado. Pesquisas demonstram que níveis educacionais mais altos estão associados a um maior atraso na primeira admissão hospitalar e a uma menor taxa de mortalidade.<sup>(24)</sup>

Sobre o caminho percorrido na rede de atenção à saúde pelos pacientes internados, apesar da maioria não ter sido encaminhada a uma unidade básica de saúde (UBS) para continuidade de seu tratamento, pacientes homens expuseram 2,1 vezes mais chances de necessitar de encaminhamento para a UBS em detrimento às mulheres. Esse fato pode estar relacionado à provável maior complexidade do agravo à saúde apresentado por homens, frente ao dado alcançado de maior tempo de internação, mas também ao desenvolvimento de políticas públicas de saúde voltadas tradicionalmente a mulheres, resultando em uma busca mais intensa por serviços primários de saúde, garantindo a elas um maior conhecimento e autonomia sobre sua própria saúde.

Diante deste contexto, o conhecimento da influência do sexo nas condições de saúde é de fundamental importância para o direcionamento das ações do enfermeiro, uma vez que esse profissional se envolve simultaneamente com práticas assistenciais e gerenciais, tais como a tomada de decisão, a autonomia e a liderança nos ambientes hospitalares,<sup>(25,26)</sup> representando o pilar da equipe multiprofissional no planejamento de ações e serviços de saúde.

O presente estudo apresenta limitações que devem ser consideradas, como: os dados se referirem a um único hospital, variáveis auto relatadas e possível viés de memória em decorrência ao período de entrevista ser de 30 dias após a alta.

Contudo, as limitações levantadas não diminuem a relevância do presente trabalho, visto que propiciou reflexões relevantes sobre a influência do sexo nas condições de saúde, estilo de vida e de utilização de serviços médicos por pacientes internados.

## CONCLUSÃO

O presente estudo encontrou associação entre o sexo masculino e a dependência atual ou anterior ao álcool, tempo de internação acima de três e de sete dias e o encaminhamento à UBS. O conhecimento da influência do sexo nas

condições de saúde é importante para o planejamento de estratégias de prevenção de agravos a saúde no sexo com maior risco. Políticas públicas de saúde voltadas ao sexo masculino, com enfoque na cessação de uso de álcool e facilitação ao acesso à UBS, são medidas importantes para evitar complicações à saúde desta população e evitar gastos com saúde e devem ser incentivadas. A associação entre o sexo masculino e o maior encaminhamento à UBS no pós-alta destaca a necessidade de acompanhamento destes pacientes na atenção básica, sendo a incompatibilidade

de horários da atenção básica com a atividade laboral, um desafio a ser superado.

### Contribuições

Concepção e/ou desenho do estudo: Bordin D, Fadel CB; Coleta, análise e interpretação dos dados: Bordin D, Freitas MAS, Lima ML; Redação e/ou revisão crítica do manuscrito: Bordin D, Freitas MAS, Lima ML, Cabral LPA, Fadel CB; Aprovação da versão final a ser publicada: Bordin D, Freitas MAS, Lima ML, Cabral LPA, Fadel CB.

### REFERÊNCIAS

- Machin R, Couto MT, Silva GS, Schraiber LB, Gomes R, Figueiredo WS, et al. Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária. *Ciênc Saude Coletiva*. 2011;16(11):4503-12.
- DaMatta R. Tem pente aí? Reflexões sobre a identidade masculina. *Enfoques*. 2011;9(1):134-51.
- Botton A, Cúnico SD, Strey MN. Diferenças de gênero no acesso aos serviços de saúde: problematizações necessárias. *Mudanças*. 2017;25(1):67-72.
- Dias SM, Gomes MS, Gomes HG, Medeiros JS, Ferraz LP, Pontes FL. Perfil das internações hospitalares no Brasil no período de 2013 a 2017. *Rev Interdiscip*. 2017;10(4):96-104.
- Thompson AE, Anisimowicz Y, Miedema B, Hogg W, Wodchis WP, Aubrey-Bassler K. The influence of gender and other patient characteristics on health care-seeking behaviour: a QUALICOPE study. *BMC Fam Pract*. 2016;17:38.
- Kavanagh SA, Shelley JM, Stevenson C. Does gender inequity increase men's mortality risk in the United States? A multilevel analysis of data from the National Longitudinal Mortality Study. *SSM Popul Health*. 2017;3:358-65.
- Moura EC, Santos W, Neves AC, Schwarz E, Gomes R. Mortality in Brazil according to gender perspective, years 2000 and 2010. *Rev Bras Epidemiol*. 2016;19(2):326-38.
- Carretero MT, Larrañaga AC, Plou BP, Torres AP. Primary health care use from the perspective of gender and morbidity burden. *BMC Womens Health*. 2014;14:145.
- Mascarenhas MD, Barros MB. Caracterização das internações hospitalares por causas externas no sistema público de saúde, Brasil, 2011. *Rev Bras Epidemiol*. 2015;18(4):771-84.
- Vargas LS, Lucchese R, Silva AC, Guimarães RA, Vera I, Castro PA. Determinantes do consumo de tabaco por estudantes. *Rev Saude Publica*. 2017;51:36.
- Wolle CC, Sanches M, Zilberman ML, Caetano R, Zaleski M, Laranjeira RR, et al. Differences in drinking patterns between men and women in Brazil. *Rev Bras Psiquiatr*. 2011;33(4):367-373.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional de Saúde 2013. Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências. Rio de Janeiro (RJ): Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2013 [citado 2020 jul 8]. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/junho/09/PNS-2013-1.pdf>
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-executiva. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2015 [citado 2020 jul 8]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/pnass\\_programa\\_nacional\\_avaliacao\\_servicos.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/pnass_programa_nacional_avaliacao_servicos.pdf)
- Paiva SM, Gomes EL. Hospital care: assessment of users' satisfaction during hospital stay. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2007;15(5).
- Picolo GD, Chaves LD, Azevedo AL. Produção científica sobre avaliação em serviços de internação hospitalar no Brasil: revisão integrativa. *Rev Eletr Enf*. 2009;11(2):395-402.
- Santos FC, Rosa PV, Rosa LH, Pribbernow SM. Avaliação do risco de internação hospitalar de idosos da comunidade no município de Porto Alegre. *Estud Interdiscipl Envelhec*. 2014;19(3):839-52.
- Ceylan-Isik AF, McBride SM, Ren J. Sex difference in alcoholism: who is at a greater risk for development of alcoholic complication?. *Life Sci*. 2010;87(5-6):133-8.
- Lima MC, Corrêa FC, Rehm J. Consumo de álcool e risco para doença coronariana na região metropolitana de São Paulo: uma análise do Projeto GENACIS. *Rev Bras Epidemiol*. 2013;16(1):49-57.
- Leone JE, Rovito MJ, Mullin EM, Mohammed SD, Lee CS. Development and Testing of a Conceptual Model Regarding Men's Access to Health Care. *Am J Mens Health*. 2017;11(2):262-74.
- Alves RF, Silva RP, Ernesto MV, Lima AG, Souza FM. Gênero e saúde: o cuidar do homem em debate. *Psicol Teor Prát*. 2011;13(3):152-66.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.944, de 27 de agosto de 2009. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009 [citado 2020 Jul 8]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/saudelegis/gm/2009/prt1944\\_27\\_08\\_2009.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/saudelegis/gm/2009/prt1944_27_08_2009.html)
- Gomes LL, Volpe FM. O perfil das internações clínicas e cirúrgicas dos hospitais gerais da rede FHEMIG. *Rev Med Minas Gerais*. 2018;28(Supl. 5):e-S280513.
- Hong J, Lee WK, Kim MK, Lee BE, Shin SD, Park H. Effect of comorbidity on length of hospital stay and in-hospital mortality among unintentionally injured patients. *Accid Anal Prev*. 2013;52:44-50.
- Torssander J, Ahlbom A, Modig K. Four Decades of Educational Inequalities in Hospitalization and Mortality among Older Swedes. *PLoS One*. 2016;11(3):e0152369.
- Carlos AM, Kuiuva IB, Nogueira MM, Menegon FH, Andrade SR, Santos JR. Liderança no ambiente hospitalar: Diferenças entre enfermeiros assistenciais e enfermeiros gerentes. *Enferm Foco*. 2019;10(6):143-8.
- Ferracioli GV, Oliveira RR, Souza VS, Teston EF, Varela PL, Costa MA. Competências gerenciais na perspectiva de enfermeiros do contexto hospitalar. *Enferm Foco*. 2020;11(1):15-20.

# NÍVEL DE EVIDÊNCIA E GRAU DE RECOMENDAÇÃO DAS DISSERTAÇÕES E TESES DA ENFERMAGEM

LEVEL OF EVIDENCE AND DEGREE OF RECOMMENDATION OF NURSING DISSERTATIONS AND THESES

ATENCIÓN DE NIVEL DE EVIDENCIA Y GRADO DE RECOMENDACIÓN DE LAS DISERTACIONES Y TESIS DE ENFERMERÍA

Maria Naiane Rolim Nascimento<sup>1,2</sup>

Amanda Gomes dos Santos<sup>1</sup>

Isabella Lins da Silva<sup>2</sup>

Nuno Damácio de Carvalho Félix<sup>3</sup>

Céli da Juliana de Oliveira<sup>2</sup>

Cristiana Brasil de Almeida Rebouças<sup>1</sup>

(<https://orcid.org/0000-0001-9115-1485>)

(<https://orcid.org/0000-0003-1246-362X>)

(<https://orcid.org/0000-0002-0062-1304>)

(<https://orcid.org/0000-0002-0102-3023>)

(<https://orcid.org/0000-0002-8900-6833>)

(<https://orcid.org/0000-0002-9632-5859>)

## Descritores

Pesquisa em enfermagem;  
Educação de pós-graduação  
em enfermagem; Prática  
clínica baseada em evidências;  
Enfermagem baseada em evidências

## Descriptors

Nursing research; Education  
nursing graduate; Evidence-based  
practice; Evidence-based nursing

## Descriptores

Investigación en enfermería;  
Educación de postgrado en  
enfermería; Práctica clínica basada  
en la evidencia; Enfermería basada  
en la evidencia

## Submetido

6 de Janeiro de 2021

## Aceito

26 de Abril de 2021

## Conflitos de interesse:

nada a declarar.

## Autor correspondente

Maria Naiane Rolim Nascimento  
E-mail: [naianerolim@hotmail.com](mailto:naianerolim@hotmail.com)

## RESUMO

**Objetivo:** Identificar o perfil metodológico, o nível de evidência e grau de recomendação das dissertações e teses produzidas nos programas de Pós-Graduação *stricto sensu* em Enfermagem do Estado do Ceará.

**Métodos:** Estudo exploratório, descritivo e retrospectivo, do tipo bibliométrico, com a análise das dissertações e teses de programas de Pós-Graduação *stricto sensu* na área da Enfermagem no Ceará, no período de maio a junho de 2020, nos repositórios dos Programas.

**Resultados:** Foram analisadas 832 produções, dessas 69% dissertações e 31% teses, com ano de defesa entre 1996 a junho de 2020, com maior prevalência de dissertações nos anos de 2016 e 2017 e teses em 2016 e 2018. Os estudos distribuíram-se em quatro instituições do estado do Ceará, destacando a Universidade Federal do Ceará (71,7%). Quanto ao delineamento metodológico houve maior prevalência de estudos descritivos 93,7% e 84%, respectivamente, com nível de evidência cinco (90,4%) e grau de recomendação "D" (90%).

**Conclusão:** Foi possível identificar o nível de evidência e grau de recomendação das dissertações e teses de enfermagem no estado do Ceará, destacando a necessidade de desenvolver estudos com maior nível de evidência científica.

## ABSTRACT

**Objective:** To identify the methodological profile, the level of evidence and the degree of recommendation of the dissertations and theses produced in the *stricto sensu* Graduate Nursing programs in the State of Ceará.

**Methods:** Exploratory, descriptive and retrospective study, of the bibliometric type, with the analysis of the dissertations and theses of *stricto sensu* graduate programs in the area of Nursing in Ceará, from May to June 2020, in the Program repositories.

**Results:** 832 productions were analyzed, of these 69% dissertations and 31% theses, with a year of defense between 1996 to June 2020, with a higher prevalence of dissertations in the years 2016 and 2017 and theses in 2016 and 2018. The studies were distributed in four institutions in the state of Ceará, highlighting the Federal University of Ceará (71.7%). As for the methodological design, there was a higher prevalence of descriptive studies, 93.7% and 84%, respectively, with level of evidence five (90.4%) and degree of recommendation "D" (90%).

**Conclusion:** It was possible to identify the level of evidence and degree of recommendation of nursing dissertations and theses in the state of Ceará, highlighting the need to develop studies with a higher level of scientific evidence.

## RESUMEN

**Objetivo:** Identificar el perfil metodológico, el nivel de evidencia y el grado de recomendación de las disertaciones y tesis producidas en los programas de Posgrado en Enfermería *stricto sensu* en el Estado de Ceará.

**Métodos:** Estudio exploratorio, descriptivo y retrospectivo, de tipo bibliométrico, con el análisis de las disertaciones y tesis de los programas de posgrado *stricto sensu* en el área de Enfermería en Ceará, de mayo a junio de 2020, en los repositorios del Programa.

**Resultados:** Se analizaron 832 producciones, de estas 69% disertaciones y 31% tesis, con un año de defensa entre 1996 a junio de 2020, con mayor prevalencia de disertaciones en los años 2016 y 2017 y tesis en 2016 y 2018. Los estudios se distribuyeron en cuatro instituciones del estado de Ceará, destacando la Universidad Federal de Ceará (71,7%). En cuanto al diseño metodológico, hubo una mayor prevalencia de estudios descriptivos, 93,7% y 84%, respectivamente, con nivel de evidencia cinco (90,4%) y grado de recomendación "D" (90%).

**Conclusión:** Se pudo identificar el nivel de evidencia y grado de recomendación de disertaciones y tesis de enfermería en el estado de Ceará, destacando la necesidad de desarrollar estudios con un mayor nivel de evidencia científica.

<sup>1</sup>Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

<sup>2</sup>Universidade Regional do Cariri, Crato, CE, Brasil.

<sup>3</sup>Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Santo Antonio de Jesus, BA, Brasil.

## Como citar:

Nascimento MN, Santos AG, Silva IL, Félix ND, Oliveira CJ, Rebouças CB. Nível de evidência e grau de recomendação das dissertações e teses da enfermagem. *Enferm Foco*. 2021;12(5):914-9.

DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n5.4443>

## INTRODUÇÃO

As evidências científicas são consideradas o nível de segurança nas escolhas diagnósticas e terapêuticas realizadas no contexto profissional de saúde na atualidade, ou seja, a Prática Baseada em Evidências (PBE). Os avanços metodológicos nas pesquisas tornam a prática clínica mais confiável, e quanto mais controlado o estudo, maior a confiabilidade de seus resultados, que é constantemente ultrapassada com base em novas pesquisas e achados,<sup>(1)</sup> o que consagra a interligação entre teoria, pesquisa e prática, essencial na atuação profissional.

Assim, as evidências científicas são oriundas da pesquisa clínica relevante, focada na necessidade de saúde da pessoa cuidada, para aprimoramento das medidas de diagnóstico, indicadores de prognóstico e tratamento, reabilitação e prevenção.<sup>(2)</sup> Nesse contexto destaca-se a Enfermagem, por atuar diretamente com ações relacionadas a tratamento, reabilitação e prevenção, devendo ter a atuação pautada na prática baseada em evidências por proporcionar maior segurança e qualidade na atenção à saúde das pessoas.

Na Enfermagem, o uso da prática baseada em evidências (PBE) tem como pressuposto a realização de estudos que gerem práticas inovadoras, com vista a sustentar as ações e as relações do enfermeiro no sistema de saúde, bem como demonstrar o impacto de tais evidências na prática,<sup>(3)</sup> com base nos recursos que se tem disponíveis e na necessidade do serviço e da clientela e no contexto inserido, abordagem imprescindível, uma vez que a Enfermagem oferta grande parte da assistência, por possuir papel significativo na garantia da prestação de cuidados de qualidade, surgindo a necessidade do embasamento nas melhores evidências científicas atualmente disponíveis.<sup>(4)</sup>

A produção de conhecimento na Enfermagem se dá de maneira intensificada nos programas de Pós-Graduação *lato sensu* e *strictu sensu*, sendo desse último esperados estudos de maior amplitude devido ao período de duração e a especificidade do curso, que promovam a revisão, o questionamento, a crítica e a discussão sobre os saberes e fazeres no campo da saúde de forma mais aprofundada e crítica, devido a maior disponibilidade de tempo hábil na sua realização.<sup>(5)</sup>

No Brasil, até 2019, foram contabilizados pela Avaliação Quadrienal da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES 2017-2020) 78 Programas de Pós-Graduação em Enfermagem totalizando 116 cursos, com 54 acadêmicos (16 com curso de mestrado, 36 com mestrado e doutorado e dois apenas com doutorado) e 24 profissionais (22 com mestrado e dois com mestrado e

doutorado). A região Nordeste é responsável por 30 cursos (25,8%), estando atrás apenas da região Sudeste. No Estado do Ceará estão localizado cinco programas, um profissional e os demais acadêmicos, sendo desses, dois federais e dois estaduais, com dois contando até o momento, apenas com o curso de mestrado.<sup>(6)</sup>

Destarte, torna-se relevante conhecer o perfil das dissertações e teses já produzidas pelos programas de mestrado e doutorado acadêmicos em Enfermagem do Estado do Ceará. Tais produções tem gerado evidências para subsidiar a prática clínica da profissão? Enfatiza-se, assim, a necessidade de avaliar essas produções conforme sua evolução histórica, desde a implantação dos programas até a atualidade.

Assim, o presente estudo tem como objetivo identificar o perfil metodológico, o nível de evidência e o grau de recomendação das dissertações e teses produzidas nos programas de Pós-Graduação *stricto sensu* em enfermagem do estado do Ceará.

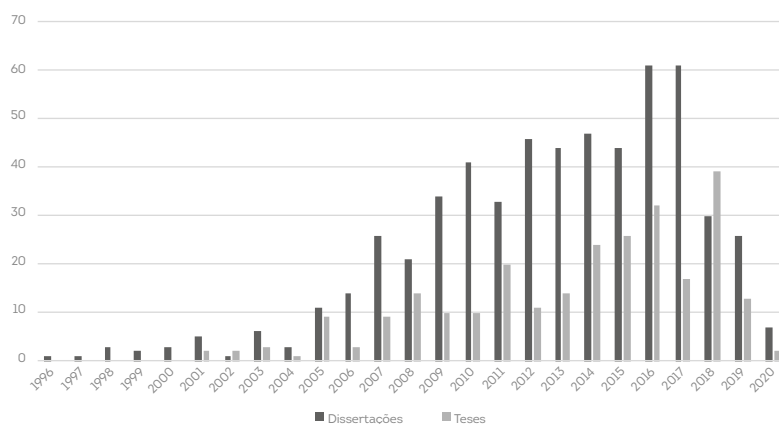
## MÉTODOS

Estudo exploratório, descritivo e retrospectivo, do tipo bibliométrico, com o intuito de quantificar trabalhos científicos e mensurar a produção deles, explorando e verificando as fontes, cronologia, produtividade e divulgação das publicações das instituições de ensino.<sup>(7)</sup> Realizou-se a análise dos resumos e métodos das dissertações e teses dos programas de Pós-Graduação *stricto sensu* acadêmicas na área da enfermagem produzidos no estado do Ceará.

A coleta de dados ocorreu de forma pareada entre duas autoras, no período entre maio a junho de 2020, nos próprios repositórios dos programas, no site das universidades, com o intuito de responder as presentes questões de pesquisa: Qual o perfil metodológico/tipo de estudo das pesquisas analisadas? Qual o nível de evidência e grau de recomendação das dissertações e teses oriundas dos programas de mestrado e doutorado acadêmicos em Enfermagem do Estado do Ceará desde a implantação dos programas até a atualidade?

Teve como critérios de inclusão estar disponível para leitura na íntegra, não se delimitando escopo temporal e como critérios de exclusão estudos duplicados.

Os estudos selecionados foram analisados quanto ao atendimento dos critérios de inclusão e exclusão por meio da leitura dos títulos e resumos para a coleta das informações com base em instrumento bibliométrico elaborado pelas autoras, baseado nas variáveis: formação do autor, nível do curso (mestrado ou doutorado), ano da defesa, instituição de ensino, Programa de Pós-Graduação, estado, objetivo do estudo, tipo de estudo, tipo de tecnologia.



**Figura 1.** Distribuição em anos das dissertações e teses em enfermagem do Ceará com relação ao período de defesa

A avaliação dos estudos quanto ao nível de evidência (NE) e grau de recomendação se deu com base no instrumento do *Oxford Centre Evidence-Based Medicine*.<sup>(8)</sup>

As informações analisadas foram descritas na forma de planilha eletrônica do *Google docs*® para extração das informações pelas pesquisadoras, que ao final foram alocadas em uma planilha do *Excel for Windows*® 2013 para a elaboração das tabelas para a disposição dos dados, que foram analisados por meio da estatística descritiva. Os resultados foram discutidos conforme a literatura na área.

Devido à natureza do estudo não foi necessário submetê-lo ao Comitê de Ética em Pesquisa, em virtude de o repositório dos programas de Pós-Graduação ser de domínio público. Entretanto, os princípios éticos e relacionados aos direitos autorais em pesquisa foram respeitados.

## RESULTADOS

Foram encontrados 867 estudos, permanecendo após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, 832 entre dissertações e teses. Das 832 produções, 571 (69%) classificaram-se como dissertações e 273 (31%) como teses. Com relação ao ano de defesa houveram estudos entre os anos de 1996 a junho de 2020, apresentando entre o período de 1996 a 2000 apenas dissertações. Ressalta-se que o curso de mestrado da Universidade Federal do Ceará (UFC) teve suas primeiras dissertações publicadas em seu repositório em 1996, seguido da Universidade Estadual do Ceará (UECE) em 2005, a Universidade Regional do Cariri (URCA) em 2016 e a Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB) em 2017. A maior prevalência quanto a defesa de dissertações deu-se nos anos de 2016 e 2017 com 61 (11%) estudos cada e quanto as teses 32 (11,7%) estudos em 2016 e 39 (14,3%) em 2018 (Figura 1).

Delimitou-se a análise dos estudos de dissertações e teses desenvolvidas nos Programas de Pós-Graduação em

Enfermagem das instituições do estado do Ceará, conforme destacado na tabela 1.

**Tabela 1.** Distribuição por instituição e programa da produção de dissertações e teses em Enfermagem do Ceará

Instituição	Programas	D	T	Total
		n	n	n(%)
Universidade Federal do Ceará	Pós-Graduação em Enfermagem	379	218	597(71,7)
Universidade Estadual do Ceará	Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem	174	43	217(26,1)
Universidade Regional do Cariri	Pós-Graduação em Enfermagem	8	-	8(1,0)
Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira	Pós-Graduação em Enfermagem	10	-	10(1,2)

N: valor absoluto; %: valor relativo; D: dissertações; T: teses

Ainda com base nas instituições, a URCA está localizada na região sul do Ceará, a UNILAB na região metropolitana de Fortaleza e as demais na capital. Reitera-se ainda, que a URCA e UNILAB tem apenas o curso de mestrado, sendo os programas aprovados pela CAPES apenas em 2014 e 2016, respectivamente. Quanto ao delineamento dos estudos, as dissertações dispuseram-se como 535 (93,7%) estudos descritivos, 20 (3,5%) observacionais e 16 (2,8%) experimentais. Já com relação as teses, 218 (84%) como estudos descritivos, 28 (11%) experimentais, 12 (4,5%) observacionais e duas (0,5%) revisões sistemáticas. No que concerne ao nível de evidência e ao grau de recomendação das dissertações e teses dispõe-se a tabela 2.

Destaca-se com relação aos últimos cinco anos completos e o primeiro semestre de 2020 358 estudos, dentre 229 dissertações e 129 teses, que ainda tem apresentado uma maior prevalência em estudos de nível de evidência 5 (cinco), com 209 (91,3%) dissertações e 104 (80,6%) teses e grau de recomendação 209 (91,3) e 103 (79,8%), para dissertações e teses respectivamente. Logo em seguida, aparece o nível de evidência 2C com seis dissertações (2,6%) e 1B com 14 teses (10,9%).



**Tabela 2.** Nível de evidência e grau de recomendação das dissertações e teses em Enfermagem do Ceará

Itens	D	T	Total
	n	n	n(%)
<b>Nível de evidência</b>			
1A	-	-	-(-)
1B	13	22	35(4,2)
1C	-	-	-(-)
2A	-	-	-(-)
2B	12	10	22(2,6)
2C	6	5	11(1,3)
3A	-	1	1(0,2)
3B	6	3	9(1,1)
4	1	1	2(0,2)
5	533	219	755(90,4)
<b>Grau de recomendação</b>			
A	13	22	35(4,2)
B	24	21	45(5,4)
C	1	2	3(0,4)
D	533	216	749(90,0)

\*Classificação do *Oxford Centre for Evidence-Based Medicine*: n: valor absoluto; %: valor relativo; D: dissertações; T: teses

## DISCUSSÃO

Na área da saúde e mais precisamente, na Enfermagem há o estímulo pela realização de PBE por conferirem melhor tomada de decisão clínica, com base na prioridade de saúde, recursos disponíveis e necessidade e preferências do cliente. Assim, a implementação da prática baseada em evidências visa promover a melhoria da qualidade do cuidado, aumentando assim a confiabilidade das intervenções.<sup>(3)</sup>

É essencial que a pesquisa em Enfermagem subsidie a prática profissional e forneça benefícios à saúde da população com base em evidências científicas, sendo esse um dos seus modos de contribuição. A pesquisa científica deve ser orientada conforme as necessidades em saúde das pessoas e servir para o desenvolvimento de maior autonomia profissional. Ainda, as entidades representativas devem estar atentas ao trabalho em pesquisa, fornecendo aportes aos pesquisadores e trabalhadores, investindo na formação de enfermagem e mantendo subsídios para defender e fortalecer a classe.<sup>(9)</sup>

A PBE ainda é relevante para o desenvolvimento profissional da Enfermagem, por proporcionar maior efetividade do cuidado e reconhecimento às práticas da profissão, no entanto, são poucos os enfermeiros que atuam em serviços que baseiam as ações em evidências científicas, realizando determinadas práticas ainda por meio do conhecimento empírico, o que torna a prática incipiente no que diz respeito aos avanços da ciência.<sup>(2)</sup>

A implementação dessas práticas requer dos enfermeiros o conhecimento sobre abordagens metodológicas e diferentes tipos de pesquisas, análise crítica das publicações e dos métodos de síntese dos resultados, sendo essa aproximação viável durante a própria Pós-Graduação. Já

no âmbito organizacional, é necessário que haja o engajamento da equipe de enfermagem, dos demais profissionais da equipe interdisciplinar e dos gestores,<sup>(3)</sup> para tornar essa implementação possível e viável.

A gestão do conhecimento em enfermagem deve contemplar possibilidades de avaliar a convergência entre resultados de pesquisa e realidade contextual. Nessa conjuntura, considera-se que o consumo das pesquisas de enfermagem por enfermeiros assistenciais é uma necessidade que vai ao encontro das demandas emergentes de saúde e de cuidados, sobretudo no que se refere à ciência, inovação e tecnologia para o desenvolvimento da sociedade. Com efeito, o distanciamento e/ou aproximação entre o que é produzido, em termos de ciência, e o que é consumido pela enfermagem direciona para a importância de se pensar estratégias que viabilizem melhores conexões entre pesquisa e processo de trabalho da enfermagem.<sup>(10)</sup>

De forma promissora, os enfermeiros que transitam pelas áreas da pesquisa e assistência geralmente a produzem e aplicam de forma simultânea e ou subsequente, dando maior sustentação e aplicabilidade a produção.<sup>(2)</sup> No Brasil esse movimento das PBE ainda não é amplo na enfermagem, porém, há crescimento constante na produção de pesquisas nesse sentido,<sup>(2,10)</sup> além do incentivo ao desenvolvimento, por meio dos investimentos em educação e a construção de saberes avançados,<sup>(9)</sup> em especial nos Programas de Pós-Graduação, por exigirem um período maior de tempo e dedicação ao objeto de estudo, possibilitando a execução de estudos que demandam maior rigor metodológico, e consequentemente maior espaço temporal.

Nos achados do presente estudo observa-se um crescente no quantitativo de produções, principalmente a partir do ano de 2012, sendo a partir do ano de 2017 identificada uma regressão, que pode estar relacionada a não alimentação dos periódicos nos sites dos programas pelas produções oriundas das dissertações e teses defendidas, consideradas relativamente recentes, fato identificado nos periódicos, por exemplo, da URCA.

As pós-graduações na área da Enfermagem, vêm impulsionando o fortalecimento de uma identidade profissional que causa impacto nas práticas em saúde, assim, cada vez mais, vem ocorrendo uma adesão a melhores práticas clínicas e ao envolvimento da sociedade para influenciar na atual e futura identidade profissional da Enfermagem.<sup>(9)</sup>

A história da enfermagem, enquanto campo de conhecimento, encontra-se em processo de sedimentação e ampliação. Apesar dessa realidade o processo de formação foi apontado como importante contexto em que são tecidas e fortalecidas as conexões entre o desenvolvimento de

pesquisa e a dimensão assistencial. Os resultados fortalecem a perspectiva de que o desenvolvimento da enfermagem, enquanto ciência em construção, requer uma compreensão sistêmica acerca dos reais impactos da pesquisa produzida pela enfermagem para o campo assistencial. Assim, enfermeiros assistenciais e pesquisadores fortalecerão estratégias que garantam inerência entre o que se produz como ciência, o que se consome de pesquisa, e o que, desse processo, é aplicado na prática.<sup>(10)</sup>

A enfermagem, se caracteriza por uma ciência em construção, tendo assim capacidade para desenvolver conhecimentos avançados no que diz respeito ao cuidado de enfermagem, porém, transformar as necessidades do nosso contexto em ideias concretas de resolução, enfrentando as disparidades com as condições de trabalho, de valorização e de fomento em pesquisa, é uma tarefa árdua, porém necessária. É preciso que os pesquisadores saiam das suas zonas de conforto para compreender as reais necessidades e problemas da prática em saúde e propor assim novas possibilidades, fortalecendo o cuidado. As linhas de investigação precisam estar apuradas com as necessidades sociais e derivadas do objeto da profissão, refletindo na sua cultura organizacional.<sup>(9)</sup>

Estudo revelou que a qualidade da evidência produzida pela Enfermagem brasileira apresenta predomínio de artigos classificados como NE 5, de forma similar aos resultados apresentados no presente estudo. Os autores ainda afirma que para a aplicação da PBE esse achado é preocupante, tendo em vista que as revisões sistemáticas e metanálises são o padrão ouro na pesquisa, estando no topo da lista com melhor nível.<sup>(2)</sup>

Reconhece-se que apesar de os enfermeiros pesquisadores demandarem esforços em realizar estudos que provoquem mudanças nas práticas de cuidado, urge a necessidade de melhores integrações entre a produção científica da enfermagem e o seu processo de trabalho na assistência, com as conexões entre pesquisa científica da enfermagem e o consumo desses resultados pelo enfermeiro no âmbito da assistência.<sup>(10,11)</sup>

Assim, a literatura refere que a fragilidade metodológica prevalente nos estudos pode estar relacionada ao fato de que os enfermeiros assistenciais não são estimulados pelas próprias empresas com base na sua carga horária de trabalho exaustiva e da progressão na remuneração. Esses profissionais poderiam levar questões da realidade para dentro das produções, em busca de soluções baseadas em evidências. Assim, os enfermeiros que realizam Pós-Graduação a nível *stricto sensu* na grande maioria das vezes não atua rotineiramente na área assistencial.<sup>(2)</sup>

É importante levar em consideração fatores como o monitoramento, a avaliação e a disseminação dos resultados, enquanto componentes cruciais para a utilização de pesquisas na prática dos enfermeiros. Assim, a integração ensino-serviço apresentou-se como fundamental por meio da aproximação entre pesquisadores e enfermeiros do cenário hospitalar.<sup>(3)</sup>

A questão de as produções desses Programas se caracterizarem em maior proporção como descritivas, converge com outro estudo de objetivo similar no Estado da Paraíba,<sup>(12)</sup> atrelando-as a um nível de evidência mais baixo pode estar relacionado ao fato de que a Pós-Graduação *stricto sensu* em Enfermagem foi instituída no Brasil pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional em 1961, sendo aprovada pelo Conselho Federal de Educação apenas no ano de 1965 e implantada em 1972, com a criação do primeiro curso de Mestrado da Escola de Enfermagem Anna Nery. Em 1982, teve início o primeiro Doutorado em Enfermagem na Universidade de São Paulo, sendo o primeiro curso de Doutorado da América Latina.<sup>(13)</sup>

Tal fato demonstra a jovialidade dos cursos de Pós-Graduação na área, e justificando o grande quantitativo de estudos básicos, sendo esses essenciais no subsídio e estímulo ao desenvolvimento de estudos com maior nível de evidência, a partir de resultados primários e lacunas de estudos anteriores.

Destaca-se ainda a implantação dos programas de Pós-Graduação pública no Estado do Ceará, que se deu inicialmente na UFC, com a aprovação do mestrado em 1993 e do doutorado em 1998, seguida da UECE, com o mestrado aprovado em 2005 e o doutorado em 2012, a URCA com o mestrado aprovado em 2014 e UNILAB com o mestrado aprovado em 2016, o que demonstra a jovialidade dos programas de Pós-Graduação em Enfermagem no Estado, especialmente no que se refere ao interior do Estado.<sup>(6)</sup>

Os Programas com maior experiência e período de implantação com a UFC e a UECE são as que tem maior nota no Estado do Ceará no que se refere ao quadriênio 2013-2016, com os notas seis e cinco, respectivamente,<sup>(6)</sup> estando os melhores do Brasil dado o fato de que a maior nota é sete.

Assim, compreende-se que as produções de enfermagem ainda estão em busca de novas conquistas, fortalecer e abordar inovações em suas ações para o alcance de impactos educacionais, sócio-políticos e científicos e tecnológicos significativos para a Enfermagem e Saúde, como ciência, tecnologia e profissão social.<sup>(5,14)</sup> Trabalhando pela idealizando e conquista de seu espaço e reconhecimento enquanto profissão essencial ao cuidado.

Embora haja um crescente em relação a implantação de cursos de Pós-Graduação em Enfermagem *stricto sensu* no Estado, e consequentemente nas produções, é importante salientar o nível de evidência dos estudos realizados. Assim como, estimular o ingresso de enfermeiros assistenciais nos programas, no intuito de desmistificar a segregação entre assistência e pesquisa.

A limitação do presente estudo está pautada nas dissertações e teses não disponibilizadas nos repositórios dos programas de Pós-Graduação para que pudessem ser incluídas e avaliadas quanto ao delineamento metodológico, nível de evidência e respectivo grau de recomendação.

Destacam-se as contribuições do estudo no que se refere a identificação e apresentação dos produtos finais dos Programas de Pós-Graduação *stricto sensu* em Enfermagem do Estado do Ceará, desde o seu surgimento até a atualidade, demonstrando a metodologia adotada, assim como o nível de evidência, além das perspectivas de estudos futuros a serem realizados no Estado na área. Ainda no intuito de poder contribuir com a comunicação acadêmico-científica na edificação de conhecimentos referentes a produção científica na Pós-Graduação nacional.

## CONCLUSÃO

Foi possível identificar as produções referentes às dissertações e teses dos programas de Pós-Graduação *stricto sensu*

acadêmicas na área da Enfermagem do Estado do Ceará, que se caracterizam quanto a sua prevalência em estudos descritivos, de nível de evidência cinco e grau de recomendação D. Destaca-se ainda, o crescente desenvolvimento dos estudos referentes a obtenção de título, com maior predomínio de dissertações nos anos de 2016 e 2017 e teses em 2016 e 2018, sendo mais da metade das produções oriundas da Universidade Federal do Ceará, a qual tem a maior nota dentre as demais. Ressalta-se a importância de estimular o desenvolvimento de estudos com maior nível de evidência, o que exige tempo, havendo preferência pelo seu desenvolvidos nos programas de Pós-Graduação *stricto sensu* na área da Enfermagem, com o intuito de fornecer maior respaldo no campo de trabalho da profissão, assim como estimular o ingresso nesses programas por profissionais que atuam na assistência, no intuito de contemplar necessidades reais dos próprios cotidianos de trabalho.

## Contribuições

Concepção e/ou desenho do estudo: Nascimento MNR, Santos AG; Coleta, análise e interpretação dos dados: Nascimento MNR, Santos AG; Redação e/ou revisão crítica do manuscrito: Nascimento MNR, Santos AG, Silva IL, Félix ND, Oliveira CJ, Rebouças CBA; Aprovação da versão final a ser publicada: Nascimento MNR, Santos AG, Silva IL, Félix ND, Oliveira CJ, Rebouças CBA.

## REFERÊNCIAS

1. Siqueira SR. Dissecting current scientific evidences. *Rev Dor*. 2017;18(1):1.
2. Pedrosa KK, Oliveira IC, Feijão AR, Machado RC. Enfermagem baseada em evidência: caracterização dos estudos no Brasil. *Cogitare Enferm*. 2015;20(4):733-41.
3. Camargo FC, Iwamoto HH, Galvão CM, Monteiro DA, Goulart MB, Garcia LA. Models for the implementation of evidence-based practice in hospital based nursing: a narrative review. *Texto Contexto Enferm*. 2017;26(4):e2070017.
4. Alqahtani N, Kyeung M, Kitsantas P, Rodan M. Nurses' evidence-based practice knowledge, attitudes and implementation: A cross-sectional study. *J Clin Nurs*. 2020;29:274-83.
5. Scochi CG, Munari DB, Gelbcke FL, Erdmann AL, Gutiérrez MG, Rodrigues RA. The Strict Sense Nursing Postgraduation in Brazil: advances and perspectives. *Rev Bras Enferm*. 2013;66(Esp):80-9.
6. Brasil. Ministério da Educação. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. Diretoria de Avaliação. Documento de Área. Área 20: Enfermagem. Brasília (DF): Ministério da Educação; 2016 [citado 2020 Fev 6]. Disponível em: [https://www.gov.br/capes/pt-br/centrais-de-conteudo/20\\_enfe\\_docarea\\_2016.pdf](https://www.gov.br/capes/pt-br/centrais-de-conteudo/20_enfe_docarea_2016.pdf)
7. Salvador GP. Una nueva perspectiva teórica de la bibliometría basada en su dimensión histórica y sus referentes temporales. *Investig Bibl Arch Bibliotecol Inf*. 2016;30(70):11-6.
8. Oxford Centre for Evidence Based Medicine. Levels of evidence. Grades of recommendation. Oxford: Oxford Centre for Evidence Based Medicine; 2009 [cited 2020 Jan 10]. Available from: <https://www.cebm.ox.ac.uk/resources/levels-of-evidence/oxford-centre-for-evidence-based-medicine-levels-of-evidence-march-2009>
9. Lino MM, Backes VM, Costa MA, Martins MM, Lino MM. Research in nursing: Brazil and Portugal in the construction of professional identity. *Texto Contexto Enferm*. 2018;27(1):e6550015.
10. Silva IR, Leite JL, Trevizan MA, Silva TP, José SA. Connections between research and health care: emerging Challenges for science, innovation and technology in Nursing. *Texto Contexto Enferm*. 2017;26(4):e2470016.
11. Rosa ME, Pereira-Ávila FM, Góes FG, Salvo GM, Silva RC, Coutinho VR. Nursing education: evaluating the effectiveness of debriefing in clinical simulation. *Enferm Foco*. 2020;10(4):153-160.
12. Pimenta CJ, Fernandes WA, Falcão RM, Freitas SA, Oliveira JS, Costa KN. Análise das dissertações e teses do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba. *Rev Min Enferm*. 2018;22:e-1093.
13. Scochi CG, Gelbcke FL, Ferreira MA, Lima MA, Padilha KG, Padovani NA, et al. Nursing doctorates in Brazil: research formation and theses production. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2015;23(3):387-94.
14. Lima AM, Piagge CS, Silva AL, Robazzi ML, Melo CB, Vasconcelos SC. Educational technologies in promotion of the elderly's health. *Enferm Foco*. 2020;11(4):87-94.

# DOR MUSCULOESQUELÉTICA E RESILIÊNCIA ELEVADA DA ENFERMAGEM EM EMERGÊNCIA TEM RELAÇÃO COM JORNADA DE TRABALHO

MUSCULOSKELETAL PAIN AND HIGH RESILIENCE OF EMERGENCY NURSING IS RELATED TO WORKING HOURS

EL DOLOR MUSCULOESQUELÉTICO Y LA ALTA RESILIENCIA DE LA ENFERMERÍA DE EMERGENCIA ESTÁ RELACIONADO CON LA JORNADA LABORAL

Carmen Cristiane Schultz<sup>1</sup> (<https://orcid.org/0000-0001-9989-1277>)

Suelen Karine Artmann<sup>1</sup> (<https://orcid.org/0000-0002-8451-1515>)

Gabryela Andressa Speroni<sup>1</sup> (<https://orcid.org/0000-0003-1812-977X>)

Aline dos Santos da Rocha<sup>1</sup> (<https://orcid.org/0000-0001-9494-4739>)

Christiane de Fátima Colet<sup>1</sup> (<https://orcid.org/0000-0003-2023-5088>)

Eniva Miladi Fernandes Stumm<sup>1</sup> (<https://orcid.org/0000-0001-6169-0453>)

## Descritores

Enfermagem; Emergência; Dor musculoesquelética.

## Descriptors

Nursing; Emergencies; Musculoskeletal Pain

## Descritores

Enfermería; Urgencias Médicas; Dolor Musculoesquelético

## Submetido

06 de janeiro de 2021

## Aceito

26 de abril de 2021

## Conflitos de interesse:

manuscrito vinculado à dissertação "Dor musculoesquelética, Estresse, Burnout e Resiliência em profissionais de enfermagem no contexto hospitalar", desenvolvida junto ao Programa de Pós Graduação em Atenção Integral à Saúde da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul - UNICRUZ/UNIJUÍ.

## Autor Correspondente

Carmen Cristiane Schultz  
E-mail: [carmen.schultz@sou.unijui.edu.br](mailto:carmen.schultz@sou.unijui.edu.br)

## RESUMO

**Objetivo:** Avaliar frequência, intensidade da dor musculoesquelética e capacidade de resiliência de profissionais de enfermagem que atuam em uma Unidade de Emergência no âmbito hospitalar.

**Métodos:** Estudo transversal, desenvolvido com profissionais de enfermagem que atuam na Unidade de Emergência de um hospital geral. A coleta de dados ocorreu entre dezembro de 2019 a março de 2020, mediante aplicação do questionário sociodemográfico, laboral e clínico, Questionário Nórdico de Sintomas Osteomusculares, escala numérica de avaliação da dor e escala de resiliência.

**Resultados:** Participaram 31 profissionais, com predomínio de mulheres, idade entre 18 a 40 anos, técnicos de enfermagem, com vínculo empregatício exclusivo. Estas sentem dor, de moderada e alta intensidade, em diferentes regiões anatômicas. No último ano, as regiões corporais mais acometidas foram parte superior e inferior das costas, pescoço e ombros. Foi observada associação significativa entre jornada diária de trabalho e intensidade da dor ( $p=0,044$ ) e, entre resiliência elevada e apresentar mais que um vínculo empregatício ( $p=0,029$ ).

**Conclusão:** Avaliação da intensidade, locais de dor musculoesquelética e resiliência da Enfermagem é importante como subsídio para ações e intervenções com esses trabalhadores para proteger e promover sua saúde e garantir segurança e qualidade da assistência ao usuário que acessa a Unidade de Emergência.

## ABSTRACT

**Objective:** To assess frequency, intensity of musculoskeletal pain and resilience of nursing professionals who work in an Emergency Unit in the hospital.

**Methods:** Cross-sectional study, developed with nursing professionals who work in the Emergency Unit of a general hospital. Data collection took place between December 2019 and March 2020, using the sociodemographic, labor and clinical questionnaire, Nordic Musculoskeletal Questionnaire, numerical pain assessment scale and resilience scale.

**Results:** 31 professionals participated, with a predominance of women, aged between 18 and 40 years, nursing technicians, with exclusive employment relationship. They feel pain, of moderate and high intensity, in different anatomical regions. In the last year, the most affected body regions were the upper and lower back, neck and shoulders. A significant association was observed between daily work hours and pain intensity ( $p = 0.044$ ) and between high resilience and having more than one job ( $p = 0.029$ ).

**Conclusion:** Assessment of intensity, places of musculoskeletal pain and nursing resilience is important as a basis for actions and interventions with these workers to protect and promote their health and ensure safety and quality of care for users who access the Emergency Unit.

## RESUMEN

**Objetivo:** Evaluar la frecuencia, intensidad del dolor musculoesquelético y la resiliencia de los profesionales de enfermería que laboran en una Unidad de Urgencias del hospital.

**Métodos:** Estudio transversal, desarrollado con profesionales de enfermería que laboran en la Unidad de Urgencias de un hospital general. La recogida de datos se llevó a cabo entre diciembre de 2019 y marzo de 2020, utilizando el cuestionario sociodemográfico, laboral y clínico, el cuestionario nórdico musculoesquelético, la escala numérica de evaluación del dolor y la escala de resiliencia.

**Resultados:** Participaron 31 profesionales, con predominio de mujeres, con edades entre 18 y 40 años, técnicos de enfermería, con relación laboral exclusiva. Sienten dolor, de intensidad moderada y alta, en diferentes regiones anatómicas. En el último año, las regiones corporales más afectadas fueron la espalda alta y baja, el cuello y los hombros. Se observó una asociación significativa entre las horas diarias de trabajo y la intensidad del dolor ( $p = 0,044$ ) y entre alta resiliencia y tener más de un trabajo ( $p = 0,029$ ).

**Conclusión:** La valoración de la intensidad, los lugares de dolor musculoesquelético y la resiliencia de enfermería es importante como base de acciones e intervenciones con estos trabajadores para proteger y promover su salud y garantizar la seguridad y calidad de la atención a los usuarios que acceden a la Unidad de Urgencias.

<sup>1</sup>Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Ijuí, RS, Brasil

## Como citar:

Schultz CC, Artmann SK, Speroni GA, Rocha AS, Colet CF, Stumm EM. Dor musculoesquelética e resiliência elevada da enfermagem em emergência tem relação com jornada de trabalho. *Enferm Foco*. 2021;12(5):920-8.

DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n5.4444>

## INTRODUÇÃO

A busca da população por atendimento em serviços de urgência e emergência, em especial de hospitais públicos, tem aumentado de forma acelerada e desordenada.<sup>(1)</sup> Os autores pontuam que deste fato decorre a sobrecarga de trabalho dos profissionais de enfermagem, tendo em vista a superlotação do serviço, déficit de profissionais e materiais insuficientes. Neste sentido, Pereira e Schuh<sup>(2)</sup> vão além ao afirmarem que a rotina de trabalho, alta demanda de pacientes, situações de conflito, desgaste físico e estresse são fatores determinantes de adoecimento de profissionais de enfermagem que atuam em serviços de emergência. Essas evidências apontam para necessidade de alerta quanto à exposição dos trabalhadores a cargas físicas e psíquicas, em consequência das dificuldades relacionadas ao trabalho no setor de emergência.

Do Vale *et al.*<sup>(3)</sup> caracterizam Unidade de Emergência como serviço assistencial a pacientes cujos agravos inspiram atendimento imediato. Garçon *et al.*<sup>(4)</sup> contribuem ao afirmar que serviços de urgência e emergência prestam atendimento a pacientes com diversos agravos e diferentes graus de complexidade, o que requer conhecimento e expertise profissional para identificar adequadamente situações de risco e assim prestar atendimento adequado às necessidades de cada indivíduo. Estudo de Sabino, Silveira e Stabile<sup>(5)</sup> apontam que dentre as principais causas de atendimento em Unidades de Emergência estão infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico, traumatismo crânio encefálico e pneumonia. As autoras destacam que a necessidade de cuidados de enfermagem está relacionada a gravidade do paciente e ao tempo de permanência no setor, que varia de 1,83 a 5,19 dias. Outro estudo, brasileiro, aponta média de 3,6 dias de internação em Unidade de Pronto-Socorro.<sup>(6)</sup>

A principal característica dos serviços de urgência e emergência é atendimento rápido e estabilização hemodinâmica a pacientes acometidos por agravos agudos.<sup>(7)</sup> Entretanto, a falta de leitos hospitalares para internação, implica na saturação das unidades, com consequente, aumento da carga de trabalho e risco de incidentes, que refletem na segurança e qualidade assistencial.<sup>(8)</sup> Neste âmbito, Martins *et al.*<sup>(9)</sup> afirmam que o trabalho do profissional de enfermagem é considerado complexo, visto que a assistência requer contato diário com indivíduos que dependem de cuidados e é influenciada por fatores que interferem no desempenho profissional, tais como: condições socioeconômicas, clínicas e laborais, dificuldades de controle do trabalho, falta de reconhecimento e apoio.

Os profissionais atuantes em unidade de emergência estão expostos a atividades que demandam esforço físico

em consequência do déficit de profissionais, recursos materiais escassos, instalações físicas inadequadas.<sup>(10)</sup> Os autores pontuam ainda que o clima de competitividade no trabalho, necessidade de tomada de decisões imediatas e que mobilizam o estado emocional do profissional, interferem na adaptação aos processos laborais, qualidade da assistência e colaboram para o adoecimento profissional. Maciel Junior *et al.*<sup>(11)</sup> vão além ao afirmarem que distúrbios musculoesqueléticos são consequentes do ambiente laboral inadequado associado a condição física deficiente do trabalhador.

As doenças musculoesqueléticas são consideradas principal causa de afastamento e adoecimento profissional.<sup>(12)</sup> Estes autores pontuam que o sofrimento psíquico igualmente tem-se mostrado crescente na enfermagem e, que melhores condições laborais requerem medidas protetoras ao adoecimento. Silva *et al.*<sup>(13)</sup> caracterizam Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT) como síndromes que afetam o sistema musculoesquelético, desencadeadas pelo esgotamento de estruturas osteomusculares, relacionadas a falta de tempo adequado para recuperação do organismo e que podem resultar em incapacidade laboral.

Estudo com 110 profissionais, no ambiente hospitalar, mostrou que 86,2% dos participantes refere desconforto musculoesquelético, com associação significativa entre a fadiga e redução da capacidade de trabalho.<sup>(14)</sup> Já em investigação sobre distúrbios musculoesqueléticos autorreferidos, com 143 profissionais de enfermagem, evidenciaram presença de dor em 53,8% dos participantes, em mais de um segmento corporal.<sup>(11)</sup>

O trabalho da enfermagem em Unidades de Emergência requer altas demandas físicas e psicológicas, o que contribui para o sofrimento e adoecimento dos trabalhadores.<sup>(3)</sup> Em contrapartida, estudo se reporta a capacidade de resiliência como medida de suporte e potencial ao enfrentamento, conceituada como capacidade humana para enfrentar, vencer e sair fortalecido ou transformado por experiências de adversidade.<sup>(15)</sup> Pessoas resilientes possuem a capacidade de recuperar o equilíbrio emocional e mental após vivenciar situações adversas, ao tempo que aprendem com a experiência vivida e tornam-se mais fortes e preparados.<sup>(16)</sup>

A partir destas considerações, aliadas ao posicionamento dos autores, entende-se ser relevante avaliar frequência, intensidade da dor musculoesquelética e a capacidade de resiliência de profissionais de enfermagem que atuam em uma Unidade de Emergência. Além disso, relacioná-las com características sociodemográficas e laborais, com vistas ao planejamento, construção e implementação de ações



de promoção à saúde física e psíquica dos trabalhadores e prevenção de danos muitas vezes irreparáveis.

Considera-se que a construção deste trabalho igualmente é relevante pela oportunidade de proporcionar aos trabalhadores e gestores ampliação de conhecimentos sobre a temática, possibilitar uso de medidas protetivas, que incluem estratégias de enfrentamento mais adequadas e ampliação da capacidade de resiliência, tanto no âmbito pessoal quanto profissional e institucional. Assim, o presente estudo tem como objetivo avaliar frequência, intensidade da dor musculoesquelética e capacidade de resiliência de profissionais de enfermagem que atuam em uma Unidade de Emergência no âmbito hospitalar.

## MÉTODOS

Trata-se de estudo transversal de abordagem quantitativa, descritivo, desenvolvido com profissionais de enfermagem que atuam na Unidade de Emergência de um hospital geral, filantrópico, porte IV, com 198 leitos de internação, situado na região Noroeste do estado do Rio Grande do Sul. A referida instituição é referência macrorregional em saúde para 125 municípios, atende cerca de 1.282.927 habitantes, o equivalente a 12,9% da população do Estado do RS.<sup>(17)</sup>

O setor de emergência desta instituição atende urgências e emergências nas 24 horas. A unidade conta com equipe médica, equipe de enfermagem, farmacêutica, gestora, recepção, administração, financeiro e higienização. Dispõe de sala de atendimento para pacientes graves, salas de suturas e pequenos procedimentos, sala de observação adulto, sala de observação infantil, sala de observação para pacientes conveniados, sala de observação para paciente particular, consultórios médicos, sala para revisão e colocação de gesso, recepção e sala de espera, sala de acolhimento e farmácia satélite.

A população alvo do estudo compreendeu 48 profissionais de Enfermagem e os critérios de inclusão estabelecidos foram: ser integrante da equipe de Enfermagem, atuar na Unidade de Emergência na referida instituição e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídos profissionais de enfermagem que no período de coleta de dados estavam afastados, em licença saúde e/ou férias.

A coleta de dados ocorreu no período de dezembro de 2019 a março de 2020, mediante a aplicação dos seguintes instrumentos: Questionário Sociodemográfico, Laboral e Clínico; Questionário Nórdico de Sintomas Osteomusculares (QNSO); Escala Numérica de Avaliação da Dor e Escala de Resiliência (ER).

O Questionário Sociodemográfico, Clínico e Laboral foi elaborado pelas pesquisadoras, e contemplou questões

referentes à caracterização sociodemográfica dos participantes, trabalho e condições saúde, com vistas a responder os objetivos da pesquisa. O QNSO foi desenvolvido por Kuorinka *et al.*,<sup>(18)</sup> traduzido e validado para o português, por Barros e Alexandre.<sup>(19)</sup> Contempla 36 questões múltiplas e binárias a respeito da ocorrência de sintomas musculoesqueléticos nos últimos 12 meses e os sete dias antecedentes à entrevista.<sup>(19)</sup> Já a escala visual numérica para avaliação da intensidade da dor constitui um instrumento simples, com enumeração de 0 a 10, no qual 0 representa “sem dor” e 10 “dor máxima”.<sup>(20)</sup>

A ER avalia o nível de adaptação psicossocial positiva do indivíduo diante de situações marcantes da vida. Foi desenvolvida com base na Resilience Scale de Wagnild & Young,<sup>(21)</sup> traduzida e validada para o português por Pesce *et al.*<sup>(22)</sup> Contempla 25 itens, com opções de resposta em escala Likert, que variam de 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente), cuja soma das respostas varia entre 25 pontos, condizente com menor resiliência, e 175 pontos, elevada resiliência.<sup>(22)</sup> Para classificação, conforme Navarro-Abal, López-López e Climent-Rodríguez<sup>(23)</sup> a pontuação inferior a 121 é classificada como baixa resiliência, a de 121 a 146 moderada resiliência e acima de 147 é tida como alta resiliência.

Para análise, os dados foram inicialmente inseridos em um banco de dados, com dupla digitação independente, no Microsoft Office Excel. Após a verificação dos possíveis erros e/ou inconsistências, o mesmo foi corrigido e os dados transferidos para o Software *Statistical Package for Social Science* (SPSS), versão 22.0 e analisados com estatística descritiva e inferencial. Para a caracterização dos dados sociodemográficos, laborais e clínicos dos participantes foi utilizada estatística descritiva. As variáveis qualitativas foram descritas por meio de frequência relativa e absoluta e as variáveis quantitativas por medidas de tendência central e dispersão. Empregou-se testes de associação e/ou correlação das variáveis categóricas, conforme assimetria da distribuição pelo teste de normalidade de Shapiro-Wilk, teste Exato de Fisher, Teste Qui-quadrado de Pearson, considerados significativos valores de  $p < 0,05$ .

Quanto aos aspectos éticos, trata-se de estudo vinculado à dissertação de mestrado, intitulada “Dor musculoesquelética, Estresse, Burnout e Resiliência em profissionais de enfermagem no contexto hospitalar”, aprovado no CEP da UNIJUÍ, sob CAAE n. 18791319.7.0000.5350. Foram observados todos os preceitos éticos que envolvem pesquisa com seres humanos, conforme preconizado na Resolução 466/12 do Ministério da Saúde.

## RESULTADOS

Participaram da pesquisa 31 profissionais de enfermagem, 11 Enfermeiros e 20 Técnicos de Enfermagem, que atuam na Unidade de Emergência de um hospital geral. Inicialmente, na tabela 1 são apresentadas características sociodemográficas e profissionais dos participantes. Constatou-se que maior percentual (71%) são mulheres, na faixa etária entre 18 a 40 anos. Quanto ao estado civil o maior percentual possui companheiro e filhos. Em relação às características profissionais, o maior percentual é de técnicos de enfermagem (65%), com tempo de formação entre 6 a 10 anos (32%), que atuam na profissão a mais de 5 anos, cumprem carga horária de 36 horas semanais (84%), em turnos de 6hs diárias, com vínculo empregatício exclusivo.

Sequencialmente, a tabela 2 explicita os resultados referentes a forma como os participantes avaliam suas condições de saúde. Verifica-se que 61% dos participantes avaliam como bom seu estado de saúde atual, porém, em relação ao tempo de lazer a maioria refere ser inadequado. Quando questionados sobre diagnóstico de problema de saúde 32% afirmaram apresentar ter e, mais da metade fazem uso de medicamentos: analgésico, relaxante muscular, antidepressivo e sedativo. Constatou-se também que quanto ao afastamento laboral, 26% dos profissionais necessitaram de afastamento por problemas de saúde no último ano e a maioria respondeu não estar associado ao trabalho.

Os resultados referentes à dor musculoesquelética nas diferentes regiões anatômicas mencionadas pelos participantes da pesquisa são apresentados na tabela 3. Verifica-se que, quanto à dor no último ano, os maiores percentuais foram na região da parte superior e inferior das costas (38,7%), seguido de pescoço e ombros (35,5%). E, nos últimos sete dias que antecederam a entrevista, o maior percentual de respostas foi na parte inferior das costas (25,8%) e na parte superior das costas (16,1%). Quando abordados em relação ao impedimento para realização de atividades normais nos últimos doze meses, 19,6% tiveram algum impedimento e as regiões anatômicas mais afetadas foram ombros, punhos/mãos e tornozelos/pés. E, quanto à realização de consulta com profissionais da saúde no mesmo período, constatou-se que 12,9% deles consultaram por distúrbios na região do pescoço e parte superior das costas e 9,7% parte inferior das costas.

Referente à intensidade da dor musculoesquelética, a mesma foi mensurada com uso da escala numérica, a qual define os escores de dor, respectivamente como paciente sem dor = 0; dor leve = 1 a 2; dor moderada = 3 a 7; e dor intensa = 8 a 10. Quando questionados sobre a intensidade da dor musculoesquelética nos últimos 7 dias, 25,8% dos

**Tabela 1.** Caracterização sociodemográfica e profissional da Enfermagem que atua na Unidade de Emergência em um hospital geral

Variáveis	n(%)
Sexo	
Feminino	22(71,0)
Masculino	9(29,0)
Faixa Etária	
18 a 30 anos	11(35,4)
31 a 40 anos	12(38,7)
41 a 50 anos	6(19,4)
Mais de 50 anos	2(6,5)
Situação conjugal	
Casado	9(29,0)
Solteiro	13(41,9)
União estável	7(22,6)
Separado/divorciado	2(6,5)
Filhos	
Sim	21(68,0)
Não	10(32,0)
Categoria profissional	
Enfermeiro	11(35,0)
Técnico de enfermagem	20(65,0)
Tempo de formação	
Menos de 1 ano	2(6,0)
1 a 5 anos	8(26,0)
6 a 10 anos	10(32,0)
11 a 15 anos	7(23,0)
Mais de 16 anos	4(13,0)
Tempo de atuação na enfermagem	
Menos de 1 ano	3(10,0)
1 a 3 anos	4(13,0)
3 a 5 anos	1(3,0)
5 a 10 anos	11(35,0)
Mais de 10 anos	12(39,0)
Carga horário semanal	
36 horas semanais	26(84,0)
40 horas semanais	4(13,0)
44 horas semanais	1(3,0)
Jornada de trabalho diária	
6 horas diárias	20(65,0)
8 horas diárias	2(6,0)
12 horas diárias	9(29,0)
Turno de trabalho	
Manhã	6(19,4)
Tarde	9(29,0)
Noite	6(19,4)
Misto/troca folgas	6(19,4)
Manhã/tarde	4(12,8)
Possui outro vínculo empregatício	
Sim	10(32,0)
Não	2(6,8,0)

participantes relataram ausência de dor, 3,2% dor leve, 61,3% dor moderada e 9,7% dor intensa. Em continuidade, na tabela 4 são explicitadas as características sociodemográficas e laborais associadas com a avaliação da intensidade da dor atribuída pelos participantes. Os resultados demonstram que mulheres, com idade entre 31 a 40 anos, técnicas de enfermagem, casadas, que atuam no período noturno, com carga horária de 36h semanais e mantém outro vínculo empregatício apresentaram maior média de

**Tabela 2.** Caracterização dos participantes quanto à avaliação das suas condições de saúde

Variáveis	n(%)
Como você classifica o seu estado de saúde atual?	
Excelente	2(6,0)
Bom	19(61,0)
Regular	7(23,0)
Ruim	3(10,0)
O seu tempo para lazer é:	
Suficiente	9(29,0)
Pouco suficiente	16(52,0)
Insuficiente	6(19,0)
Apresenta algum problema de saúde diagnosticado pelo médico?	
Sim	10(32,0)
Não	21(68,0)
Faz uso de medicação?	
Sim	17(55,0)
Não	14(45,0)
Afastou-se do trabalho por algum problema de saúde no último ano?	
Sim	8(26,0)
Não	23(74,0)
O problema de saúde que que lhe afastou foi (é) relacionado ao seu trabalho?	
Sim	3(9,7)
Não	25(80,6)
Talvez	3(9,7)

dor, contudo sem associação significativa. Foi observado associação significativa entre jornada diária de trabalho e intensidade da dor ( $p=0,044$ ).

Ainda, em relação aos dados descritos na tabela 4, constata-se que houve predomínio daqueles que relatam praticar atividades físicas sem regularidade, sem associação com dor. A maioria avalia o tempo de lazer como insuficiente e todos eles apresentaram média elevada de dor. Nos resultados referentes à capacidade de resiliência, constatou-se que 6,45% dos participantes apresentaram baixa resiliência, 58% moderada e 35,55% alta resiliência. Sequencialmente, na tabela 5 são apresentadas as características sociodemográficas e laborais e a associação com a capacidade de resiliência dos profissionais de enfermagem. O maior percentual dos participantes, que não

ocupam cargo de chefia, com carga horária semanal de 36 horas e formados há mais de 6 anos, apresentam capacidade de resiliência moderada e alta, sem associação significativa entre as variáveis. Foi verificada associação entre resiliência elevada e apresentar mais que um vínculo empregatício ( $p=0,029$ ).

## DISCUSSÃO

A enfermagem que atua em Unidade de Emergência está exposta a diversos riscos, que podem desencadear dor musculoesquelética e danos à saúde mental e física. Neste sentido, a saúde dos trabalhadores é merecedora de atenção e de ações no âmbito pessoal, profissional e organizacional. Esta afirmativa emerge de reflexões a partir dos resultados da presente investigação, com predomínio de mulheres, e que demonstra que estas sentem dor, de moderada e alta intensidade, em diferentes regiões anatômicas.

Em estudo sobre lesões musculoesqueléticas relacionadas ao trabalho da enfermagem com profissionais que atuam em um pronto atendimento, apresentaram resultados similares aos deste estudo, no qual o sexo feminino foi prevalente em 81% dos participantes, 50% deles solteiros e com filhos.<sup>(24)</sup> Pesquisa com 90 profissionais de enfermagem, constataram que 76,7% deles apresentaram dor moderada, com intensidade maior em mulheres e auxiliares/técnicos de enfermagem.<sup>(25)</sup> Sousa *et al.*,<sup>(26)</sup> igualmente se reportam a dor moderada em mulheres, que também apresentou maior percentual em seu estudo.

O fato de existir correlação positiva ( $p=0,044$ ) entre dor musculoesquelética com jornada diária de trabalho de 6 horas e que trabalhadores com maior resiliência possuem mais de um vínculo empregatício e sentem mais dor do que os demais ( $p=0,029$ ), sinaliza para a necessidade de monitoramento dessa equipe. Souza, Corazza e Benedito<sup>(10)</sup> vem ao encontro ao afirmarem que, profissionais que atuam 6

**Tabela 3.** Frequência de sintomas musculoesqueléticos por região anatômica referidos pelos participantes da pesquisa

Regiões corporais	Índices			
	Problemas como dor, formigamento e dormência nos últimos 12 meses	Impedido(a) de realizar atividades por causa desse problema nos últimos 12 meses	Consulta a algum profissional da área da saúde por causa dessa condição nos últimos 12 meses	Algum problema nos últimos 7 dias
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
PESCOÇO	11(35,5)	2(6,4)	4(12,9)	4(12,9)
OMBROS	11(35,5)	3(9,7)	3(9,7)	4(12,9)
PARTE SUPERIOR DAS COSTAS	12(38,7)	2(6,4)	4(12,9)	5(16,1)
COTOVELO	2(6,4)	(-)	1(3,2)	1(3,2)
PUNHOS/MÃOS	6(19,3)	3(9,7)	2(6,4)	4(12,9)
PARTE INFERIOR DAS COSTAS	12(38,7)	2(6,4)	3(9,7)	8(25,8)
QUADRIL/COXAS	8(26,8)	1(3,2)	1(3,2)	2(6,4)
JOELHOS	9(29,0)	2(6,4)	2(6,4)	2(6,4)
TORMOZELOS/PÉS	9(29,0)	3(9,7)	2(6,4)	3(9,7)

**Tabela 4.** Características sociodemográficas e laborais segundo a avaliação da intensidade da dor referida nos últimos 7 dias por profissionais de enfermagem que atuam na Unidade de Emergência em um hospital geral

Características	n	< 4 n(%)	> 5 n(%)	p-value
<b>Sexo</b>				
Feminino	22	9(40,9)	13(59,1)	0,179
Masculino	09	5(55,6)	4(44,4)	
<b>Idade</b>				
18 a 30 anos	11	8(72,7)	3(27,3)	0,358
31 a 40 anos	12	3(25,0)	9(75,0)	
41 a 50 anos	6	2(33,0)	4(67,0)	
Mais de 50 anos	2	1(50,0)	1(50,0)	
<b>Estado civil</b>				
Casado	9	3(33,3)	6(66,7)	0,980
Solteiro	13	7(54,0)	6(46,0)	
Divorciado	1	-(-)	1(100)	
Separado	1	-(-)	1(100)	
União estável	7	4(57,1)	3(42,9)	
<b>Categoria profissional</b>				
Enfermeiro	11	6(54,5)	5(45,5)	0,132
Técnico de enfermagem	20	8(40,0)	12(60,0)	
<b>Ocupa cargo de chefia</b>				
Não	30	13(43,3)	17(56,7)	0,888
Sim	1	1(100,0)	-(-)	
<b>Jornada de trabalho diária</b>				
6 horas	20	10(50,0)	10(50,0)	0,044
8 horas	2	1(50,0)	1(50,0)	
12 horas	9	3(33,3)	6(66,7)	
<b>Turno de trabalho</b>				
Manhã	6	3(50,0)	3(50,0)	0,182
Tarde	9	3(33,3)	6(66,7)	
Manhã e tarde	4	3(75,0)	1(25,0)	
Misto/Troca folgas	6	4(66,7)	2(33,3)	
Noite	6	1(16,7)	5(83,3)	
<b>Carga horária semanal</b>				
36 horas	26	10(38,5)	16(61,5)	0,506
40 horas	4	1(25,0)	3(75,0)	
44 horas	1	-(-)	1(100,0)	
<b>Outro vínculo empregatício</b>				
Sim	10	3(30,0)	7(70,0)	0,276
Não	21	11(52,4)	10(47,6)	
<b>Prática atividade física</b>				
Sim	8	4(50,0)	4(50,0)	0,570
Não	8	5(62,5)	3(37,5)	
Às vezes	15	5(33,3)	10(66,7)	
<b>Tempo de lazer</b>				
Suficiente	9	6(66,7)	3(33,3)	0,513
Pouco suficiente	16	8(50,0)	8(50,0)	
Insuficiente	6	-(-)	6(100)	

\* Teste Exato de Fisher, significativo para p<0,05

horas diárias apresentam mais queixas dolorosas que os demais.

A análise do tempo de atuação dos profissionais, mostra que os que mantêm mais de um vínculo empregatício e com expertise profissional são mais resilientes. Entretanto, Soares *et al.*<sup>(27)</sup> pontuam que duplo vínculo empregatício na enfermagem é considerada prática comum, mas pode resultar em sobrecarga de trabalho, exigência de adaptação pessoal e comprometer a capacidade produtiva. Em

**Tabela 5.** Características sociodemográficas e laborais segundo a capacidade de resiliência de profissionais de enfermagem que atuam em uma Unidade de Emergência

Características	n	Baixa n(%)	Moderada n(%)	Alta n(%)	p-value
<b>Sexo</b>					
Feminino	22	2(9,1)	12(54,5)	8(36,4)	0,608
Masculino	9	-(-)	6(66,7)	3(33,3)	
<b>Estado Civil</b>					
Casado	9	-(-)	7(77,8)	2(22,2)	0,571
Solteiro	13	2(15,4)	6(46,2)	5(38,5)	
Divorciado	1	-(-)	1(100)	-(-)	
Separado	1	-(-)	-(-)	1(100)	
União estável	7	-(-)	4(57,1)	3(42,9)	
<b>Categoria profissional</b>					
Enfermeiro	11	1(9,1)	7(63,7)	3(27,3)	0,741
Técnico de enfermagem	20	1(5,0)	11(55,0)	8(40,0)	
<b>Ocupa cargo de chefia</b>					
Não	30	2(6,7)	18(60,0)	10(33,3)	0,391
Sim	1	-(-)	-(-)	1(100)	
<b>Jornada de trabalho diária</b>					
6 horas	20	-(-)	14(70,0)	6(30,0)	0,144
8 horas	2	-(-)	1(50,0)	1(50,0)	
12 horas	9	2(22,2)	3(33,3)	4(44,4)	
<b>Turno de trabalho</b>					
Manhã	6	-(-)	6(100)	-(-)	0,308
Tarde	9	1(11,1)	4(44,4)	4(44,5)	
Manhã e Tarde	4	-(-)	1(25,0)	3(75,0)	
Misto/troca folga	6	-(-)	4(66,7)	2(33,3)	
Noite	6	1(16,7)	3(50)	2(33,3)	
<b>Carga horária semanal</b>					
36 horas	26	1(3,8)	16(61,5)	9(34,7)	0,382
40 horas	4	1(25,0)	1(25,0)	2(50,0)	
44 horas	1	-(-)	1(100)	-(-)	
<b>Tempo de formação</b>					
Menos de 1 ano	2	-(-)	2(100)	-(-)	0,858
De 1 a 5 anos	8	-(-)	5(62,5)	3(37,5)	
De 6 a 10 anos	10	1(10,0)	5(50,0)	4(40,0)	
De 11 a 15 anos	7	1(14,2)	3(42,9)	3(42,9)	
Mais de 16 anos	4	-(-)	3(75,0)	1(25,0)	
<b>Outro vínculo empregatício</b>					
Sim	10	2(20,0)	3(30,0)	5(50,0)	0,029
Não	21	-(-)	15(71,4)	6(28,6)	
<b>Uso de cigarro</b>					
Sim	2	0(0,0)	1(50,0)	1(50,0)	0,961
Não	27	2(7,4)	16(59,3)	9(33,3)	
Às vezes	2	0(0,0)	1(50,0)	1(50,0)	
<b>Uso de bebida alcoólica</b>					
Sim	0	-(-)	-(-)	-(-)	0,764
Não	12	1(8,3)	6(50,0)	5(41,7)	
Às vezes	19	1(5,3)	12(63,2)	6(31,5)	

Teste Qui-quadrado de Pearson, significativo para p<0,05

contrapartida, Silva *et al.*<sup>(28)</sup> afirmam que trabalhadores de enfermagem com moderada e alta capacidade de resiliência, utilizam fatores de proteção, mesmo sem ter conhecimento, para o enfrentamento das condições adversas ao trabalho.

Petersen e Marziale<sup>(29)</sup> afirmam que o trabalho de enfermagem requer alta carga física e mental. Davis e

Kotowski<sup>(30)</sup> e Bernal *et al.*<sup>(31)</sup> complementam ao pontuarem que aspectos físicos e mentais contribuem para ocorrência de distúrbios osteomusculares. No que tange a variável outro vínculo empregatício, 32% dos participantes referiram possuir dois vínculos laborais e mais de 60% avaliam seu estado de saúde como bom, porém mais da metade se resente pelo pouco tempo para lazer. O fato de o trabalhador cumprir uma carga horária superior a 50 horas, contribui para o desgaste físico e mental relacionado aos turnos intensos de trabalho e à árdua conciliação com as atividades da vida diária, e que influencia na prática do lazer e no cuidado com sua saúde física e emocional.<sup>(32)</sup> E, nesse sentido Lima *et al.*<sup>(33)</sup> afirmam que a falta de lazer é prejudicial para a qualidade de vida e, os profissionais, ao não disporem de tempo adequado para descansar, desfrutar momentos em família e de lazer, somado a um trabalho exaustivo, comprometem a sua qualidade de vida.

Os participantes ao serem questionados sobre problemas de saúde diagnosticados, o fato de 32% afirmar apresentar, e mais da metade fazer uso de medicamentos, tais como analgésicos, relaxantes muscular, antidepressivos e sedativos, vai ao encontro de estudo sobre psicotrópicos na enfermagem. Os autores evidenciaram que o uso desses medicamentos está relacionado à sobrecarga de trabalho, ansiedade, estresse e cansaço,<sup>(34)</sup> e complementam ao se reportarem ao uso de analgésicos e relaxantes musculares, como a classe medicamentosa mais utilizada pelos profissionais de enfermagem.

Constata-se também que quanto ao afastamento laboral, 26% dos profissionais necessitaram de afastamento por problemas de saúde no último ano e a maioria respondeu não estar associado ao trabalho. Considera-se que esta percepção dos participantes é preocupante no sentido de eles não associarem sua dor como decorrente das atividades que desenvolvem no ambiente laboral, mais especificamente na Unidade de Emergência. Aliado a isso, igualmente chama atenção o percentual de 48,4% relatar ter problemas musculoesqueléticos em duas ou mais regiões anatômicas, nos últimos sete dias e mais de 60% apresentar dor moderada e 9,7% dor intensa. Estudo constatou que 58,3% referiram sentir dor nos últimos setes dias. Os autores igualmente relataram preocupação quanto ao elevado percentual de referência a sintomas dolorosos, que caracterizam grave problema de saúde, com repercussões negativas nas atividades laborais e na qualidade de vida.<sup>(35)</sup>

A análise da dor referida pelos profissionais de enfermagem nas diferentes regiões anatômicas evidencia que as mais comprometidas foram parte superior e inferior das costas, pescoço e ombros. Esse resultado, vai ao encontro

de Santos *et al.*,<sup>(36)</sup> ao identificarem que a dor musculoesquelética foi referida por 29 profissionais de enfermagem atuantes na ortopedia. Além disso, eles constataram que a região mais acometida foi a parte inferior das costas (79,3%), seguida da superior (75,9%), pescoço (65,5%), ombros (62,1%), tornozelos/pés (55,2%) e, por fim, punhos/mãos (51,7%). Já D'Agostin e Negro<sup>(37)</sup> constataram que a dor lombar foi referida por 61% dos participantes, sintoma mais frequente, seguido de dor no pescoço (48,6%) e ombro (36,7%).

Santos, Marziale e Felli,<sup>(38)</sup> em pesquisa sobre a relação do presenteísmo e sintomas musculoesqueléticos entre trabalhadores de enfermagem, comprovam que o mesmo reduz o desempenho no trabalho pela presença de dor musculoesquelética. Esse resultado nos remete a mudanças na estrutura física de trabalho, a qual inclui a construção e implementação de projetos ergonômicos a partir das características dos trabalhadores de maneira a prevenir distúrbios musculoesqueléticos, dor, promoção da saúde e qualidade de vida.<sup>(39)</sup>

A pesquisa ora analisada também mostrou que os participantes com maior capacidade de resiliência sentiram mais dor, resultado significativo. Neste sentido, Cruz *et al.*<sup>(40)</sup> afirmam que o trabalhador com equilíbrio físico e mental possui a capacidade de suportar a carga de trabalho desgastante e responsabilidades, de modo a tornar-se um profissional resiliente. Silva *et al.*<sup>(29)</sup> vai além ao pontuar que a resiliência está associada com maior idade do profissional, maior tempo de trabalho na instituição e na profissão. Já Cope, Jones e Hendricks<sup>(41)</sup> pontuam que a capacidade de resiliência se desenvolve na interação do indivíduo com seu meio ao longo do tempo, assim as adversidades vivenciadas no trabalho possibilitam experiência profissional, aprendizagem e crescimento pessoal, fatores associados à melhor capacidade de resiliência.

A análise dos resultados dessa pesquisa aliada aos posicionamentos dos diferentes autores, demonstram o quanto importante é a criação e manutenção de um ambiente de trabalho seguro e saudável, o qual perpassa o preparo da equipe no que tange a aquisição e ampliação de conhecimentos sobre a importância de hábitos saudáveis, ergonomia, estresse e resiliência, com ênfase nos danos que podem ser evitados à saúde física e psíquica da mesma.

O fato de ter sido realizado em uma única unidade de emergência hospitalar, por não permitir fazer inferências.

Os resultados deste estudo podem ser utilizados como indicadores para subsidiar Enfermeiros que atuam em emergência, mais especificamente na gestão, planejamento e implementação de ações para proteger a saúde dos



profissionais que atuam na respectiva unidade e com resultados positivos na qualidade da assistência e na imagem organizacional.

## CONCLUSÃO

A avaliação da intensidade da dor e regiões anatômicas acometidas pode ser utilizada como subsídio para ações e intervenções com esses trabalhadores no intuito de proteger e promover sua saúde, à instituição como um todo e garantir segurança e qualidade da assistência ao usuário que acessa a referida Unidade de Emergência. Outro aspecto a ser trabalhado é em relação a ampliação da capacidade de resiliência a qual interfere diretamente no enfrentamento da dor oriunda das demandas físicas e emocionais do ambiente laboral. Considera-se importante também um olhar do Enfermeiro direcionado a adaptação da estrutura física e funcional do serviço, a qual inclui, mobiliário, dispositivos e uso de tecnologias que favoreçam a ergonomia. Além desses sugere-se a implementação ginástica laboral e escuta terapêutica. Espera-se também que os resultados desta pesquisa instiguem pesquisadores, profissionais,

trabalhadores e estudantes no intuito de reduzir lacunas de conhecimento sobre o tema, com mudanças de concepções e posturas, com vistas a ampliação da qualidade da assistência ao indivíduo em situação de urgência e emergência e da qualidade de vida dos profissionais no ambiente laboral e fora dele.

## Agradecimentos

À UNICRUZ/UNIJIÚ, ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ) e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) pela concessão de bolsas de estudo.

## Contribuições

Concepção e/ou desenho do estudo: Schultz CC, Stumm EMF; Coleta, análise e interpretação dos dados: Schultz CC, Artmann SK, Speroni GA, Rocha AS, Colet CF, Stumm EMF; Redação e/ou revisão crítica do manuscrito: Schultz CC, Artmann SK, Speroni GA, Rocha AS, Colet CF, Stumm EMF; Aprovação da versão final a ser publicada: Schultz CC, Artmann SK, Speroni GA, Rocha AS, Colet CF, Stumm EMF.

## REFERÊNCIAS

- Santos JN, Amaral AP, Longuiniere AC, Santos JN, Vilela AB, Vieira SN, et al. Occupational Stress: the Exposure of an Emergency Unit Nursing Team. *Rev Pesq Cuid Fundam*. 2019;11(n. esp):455-63.
- Trettene AS, Ferreira JA, Mutro ME, Tabaquim ML, Merighi & Razera AP. Estresse em profissionais de enfermagem atuantes em Unidades de Pronto Atendimento. *Bol Acad Paul Psicol*. 2016;36(91):243-61.
- Vale AP, Silva VR, Mendonça BO, Barros EJ, Mota RM, Oliveira VC, et al. Caracterização do perfil de atendimento no serviço de emergência pediátrica de um hospital no interior de Goiás. *Rev Eletron FMB*. 2015;8(4):32-202.
- Garçon TA, Aguiar LA, Nascimento ES, Voltarelli A. Fatores desencadeantes de estresse do enfermeiro na unidade de urgência e emergência. *Rev Enferm Atual In Derme*. 2019;87(25):1-5.
- Sabino SS, Silveira LM, Stabile AM. Relação entre gravidade clínica e horas de cuidados de enfermagem em um pronto socorro. *Rev Rene*. 2020;21:e43218.
- Moraes DS, Cordeiro NM, Fonseca AD, Silva CS, Souza LP, Lopes JR. Fatores associados à internação prolongada nas admissões pela urgência e emergência. *Rev Univ Vale Rio Verde*. 2017;15(2):680-91.
- Konder M, O'dwyer G. As Unidades de Pronto Atendimento como unidades de internação: fenômenos do fluxo assistencial na rede de urgências. *Physis*. 2019;29:e290203.
- Di Somma S. Superlotação no pronto-socorro: um problema internacional. *Med Interna Emergência*. 2015;10(2):171-5.
- Martins CC, Santos VE, Pereira MS, Santos NP. Relacionamento interpessoal da equipe de enfermagem x estresse: limitações para a prática. *Cogitare Enfermagem*. 2014;19(2):309-14.
- Souza JD; Pessoa Júnior MP, Miranda FA. Stresse em serviço de urgência e os desafios para enfermeiros brasileiros e portugueses. *Referência*. 2017;IV(12):107-16.
- Maciel Júnior EG, Trombini-Souza F, Maduro PA, Mesquita FO, Silva TF. Self-reported musculoskeletal disorders by the nursing team in a university hospital. *BrJP*. 2019;2(2):155-8.
- Baptista AT, Souza NV, Gallasch CH, Varella TC, Noronha IR. Adoecimento de trabalhadores de enfermagem no contexto hospitalar. *Rev Enferm UERJ*. 2018;26:e31170.
- Silva I, Alves N, Nogueira M, Mendonça R, Alves F, Alves A, et al. Incidência dos sintomas osteomusculares relacionados ao trabalho da equipe de enfermagem do hospital santa GEMMA/AFMBS. *Rev Eletron FMB*. 2016;9(2):133-41.
- Silva TPD, Araújo WN, Stival MM, Toledo AM, Burke TN, Carregaro RI. Desconforto musculoesquelético, capacidade de trabalho e fadiga em profissionais da enfermagem que atuam em ambiente hospitalar. *Rev Esc Enferm USP* 2018;52:e03332.
- Grotberg EH. Introdução: novas tendências em resiliência. In: Melillo A, Ojeda EN, organizadores. *Resiliência: descobrindo as próprias fortalezas*. Porto Alegre (RS): Artmed; 2005.
- Wagnild GM. The resilience scale user's guide for the US English version of the resilience scale and the 14-item resilience scale (RS-14). USA: The Resilience Center; 2009 [cited 2020 Oct 5]. Available from: <http://www.resiliencecenter.com/resilienceproducts/publications-including-the-true-resilience-book/resilience-scale-users-guide/>
- Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Brasília (DF): CNES/DATASUS; 2019 [cited 2020 Oct 5]. Available from: <http://cnes.datasus.gov.br/>

18. Kuorinka I, Jonsson B, Kilbom A, Vinterberg H, Biering-Sorensen F, Andersson G, et al. Standardized Nordic questionnaire for the analysis of musculoskeletal symptoms. *Appl Ergon*. 1987;18(3):233-7.
19. Barros EN, Alexandre NM. Cross-cultural adaptation of Nordic musculoskeletal questionnaire. *Int Nurs Rev*. 2003;50(2):101-8.
20. Nascimento JC. Avaliação da dor em pacientes com câncer em cuidados paliativos a luz da literatura. *Saúde Ciênc Ação*. 2017;3(1):11-26.
21. Wagnild GM. The resilience scale user's guide for the US English version of the resilience scale and the 14-item resilience scale (RS-14). USA: The Resilience Center; 2009 [cited 2020 Jun 9]. Available from: <http://www.resiliencecenter.com/resilienceproducts/publications-including-the-true-resilience-book/resilience-scale-users-guide/>
22. Pesce RP, Assis SG, Avanci JO, Santos NC, Malaquias JV, Carvalhaes R. Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. *Cad Saúde Pública*. 2005;21(2):436-48.
23. Navarro-Abal Y, López-López MJ, Climent-Rodríguez JA. Engagement, resilience and empathy in nursing assistants. *Enferm Clin*. 2018;28(2):103-10.
24. Sousa FC, Tinoco KF, Siqueira HA, Oliveira EH, Silva WC, Rodrigues LA. Lesões músculo esqueléticas relacionadas ao trabalho da enfermagem. *Res Soc Dev*. 2019;9(2):116-9.
25. Cargnin ZA, Schneider DG, Vargas MA, Schneider IJ. Atividades de trabalho e lombalgia crônica inespecífica em trabalhadores de enfermagem. *Acta Paul Enferm*. 2019;32(6):707-13.
26. Sousa FC, Oliveira NK, Silva WC, Alves FR, Rodrigues RP, Silva AB, et al. Prevalência de dor lombar na equipe de enfermagem de um hospital estadual. *Braz J Health Rev*. 2020;3(3):4819-40.
27. Soares SS, Lisboa MT, Queiroz AB, Silva KG, Leite JC, Souza NV. Dupla jornada de trabalho na enfermagem: paradigma da prosperidade ou reflexo do modelo neoliberal? *Rev Baiana Enferm*. 2020;35:e38745.
28. Silva SM, Baptista PC, Silva FJ, Almeida MC, Soares RA. Fatores relacionados à resiliência em trabalhadores de enfermagem no contexto hospitalar. *Rev Esc Enferm USP*. 2020;54:e03550.
29. Petersen RD, Marziale MH. Análise da capacidade no trabalho e estresse entre profissionais de enfermagem com distúrbios osteomusculares. *Rev Gaúcha Enferm*. 2017;38(3):e67184.
30. Davis KG, Kotowski SE. Prevalence of musculoskeletal disorders for nurses in hospitals, long-term care facilities, and home health care: a comprehensive review. *Hum Factors*. 2015;57(5):754-92.
31. Bernal D, Campos-Serna J, Tobias A, Vargas-Prada S, Benavides FG, Serra C. Work-related psychosocial risk factors and musculoskeletal disorders in hospital nurses and nursing aides: a systematic review and meta-analysis. *Int J Nurs Stud*. 2015;52(2):635-48.
32. Oliveira EB, Gallasch CH, Silva Júnior PP, Oliveira AV, Valério RL, Dias LB. Estresse ocupacional e burnout em enfermeiros de um serviço de emergência: a organização do trabalho. *Rev Enferm UERJ*. 2017;25:e28842.
33. Lima MB, Silva LM, Almeida FC, Torres RA, Dourado HH. Agentes estressores em trabalhadores de enfermagem com dupla ou mais jornada de trabalho. *Rev Pesq Cuid Fundam*. 2013;5(1):3259-66.
34. Machado J, Silva CM, Peder LD. Concepções sobre automedicação entre profissionais de enfermagem. *Rev Bras Pesqui Saúde*. 2020;7(13):10-5.
35. Pacheco ES, Sousa AR, Sousa PT, Rocha AF. Prevalence of musculoskeletal symptoms related to nursing work in the hospital field. *Rev Enferm UFPI*. 2016;5(4):31-7.
36. Santos EC, Andrade RD, Lopes SG, Valgas C. Prevalence of musculoskeletal pain in nursing professionals working in orthopedic setting. *Rev Dor*. 2017;18(4):298-306.
37. D'Agostin F, Negro C. Symptoms and musculoskeletal diseases in hospital nurses and in a group of university employees: a cross-sectional study. *Int J Occup Saf*. 2017;23(2):274-84.
38. Santos HE, Marziale MH, Felli VE. Presenteísmo e sintomas musculoesqueléticos entre trabalhadores de enfermagem. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2018;26:e3006.
39. Petersen RS, Marziale MH. Análise da capacidade no trabalho e estresse entre profissionais de enfermagem com distúrbios osteomusculares. *Rev Gaúcha Enferm*. 2017;38(3):e67184.
40. Cruz EJ, Souza NV, Amorim LK. Resiliência como objeto de estudo da saúde do trabalhador: uma revisão narrativa. *Rev Pesq Cuid Fundam*. 2018;10(1):283-8.
41. Cope V, Jones B, Hendricks J. Resilience as resistance to the new managerialism: portraits that reframe nursing through quotes from the field. *J Nurs Manag*. 2016;24(1):115-22.

# FATORES QUE INFLUENCIAM O PROCESSO DE RASTREABILIDADE NO CENTRO DE MATERIAIS E ESTERILIZAÇÃO

FACTORS THAT INFLUENCE THE TRACEABILITY PROCESS AT THE MATERIALS AND STERILIZATION CENTER

FACTORES QUE INFLUYEN EN EL PROCESO DE TRAZABILIDAD EN EL CENTRO DE MATERIALES Y ESTERILIZACIÓN

Gabriel Henrique Vasconcelos<sup>1</sup> (<https://orcid.org/0000-0001-9338-5234>)Juliana Aparecida Balbino<sup>1</sup> (<https://orcid.org/0000-0003-3582-7465>)Maiquimilia Ferreira<sup>1</sup> (<https://orcid.org/0000-0002-4307-9383>)Nayara Bruna Germano<sup>1</sup> (<https://orcid.org/0000-0001-6056-3225>)André Luiz Silva Alvim<sup>1</sup> (<https://orcid.org/0000-0001-6119-6762>)**Descritores**

Esterilização; Indicadores; Instrumentos cirúrgicos; Centro de esterilização

**Descriptors**

Sterilization; Indicators; Surgical instruments; Sterilization center

**Descriptores**

Esterilización; Indicadores; Instrumentos quirúrgicos; Central de esterilización

**Submetido**

8 de Janeiro de 2021

**Aceito**

26 de Abril de 2021

**Conflitos de interesse:**

nada a declarar.

**Autor correspondente**

André Luiz Silva Alvim

E-mail: andrealvim1@hotmail.com

**RESUMO****Objetivo:** Analisar os fatores que influenciam o processo de rastreabilidade no centro de materiais e esterilização.**Métodos:** Estudo descritivo, de natureza quantitativa realizado em um hospital geral privado localizado em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. A amostra contemplou 209 registros de checklist e documentos de trabalho que se encontravam disponíveis em forma física e lançados no sistema de gestão da qualidade, onde as informações foram analisadas pela técnica de estatística descritiva e medidas de tendência central.**Resultados:** Entre julho de 2019 e junho de 2020 foram esterilizados 115.119 produtos para saúde que variou de 9.287 a 9.932/mês, com média de 9.593 ( $\pm 221,6$ ). A taxa de não conformidade, no período, foi de 0,08%. Em relação aos fatores que influenciaram a rastreabilidade, destaca-se a etiqueta trocada ou incorreta (32,6%), a embalagem violada (21,7%) e os produtos para saúde sem identificação (18,4%).**Conclusão:** Embora a taxa de não conformidade atribuída ao processo de rastreabilidade seja baixa, foi possível levantar os fatores que influenciam esta etapa e impactam no processamento de produtos para saúde.**ABSTRACT****Objective:** To analyze the factors that influence the traceability process in the materials and sterilization center.**Methods:** A descriptive, quantitative study carried out in a private general hospital located in Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil. The sample included 209 checklist records and working documents that were available in physical form and released in the quality management system, where the information was analyzed using the technique of descriptive statistics and measures of central tendency.**Results:** Between July 2019 and June 2020, 115,119 health products were sterilized, ranging from 9,287 to 9,932 / month, with an average of 9,593 ( $\pm 221,6$ ). The non-compliance rate in the period was 0.08%. Regarding the factors that influenced traceability, the changed or incorrect label (32.6%), violated packaging (21.7%) and unidentified health products (18.4%) stand out.**Conclusion:** Although the rate of non-compliance attributed to the traceability process is low, it was possible to raise the factors that influence this step and impact the processing of health products.**RESUMEN****Objetivo:** Analizar los factores que influyen en el proceso de trazabilidad en el centro de materiales y esterilización.**Métodos:** Estudio descriptivo cuantitativo realizado en un hospital general privado ubicado en Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. La muestra incluyó 209 registros de checklist y documentos de trabajo que estuvieron disponibles en forma física y liberados en el sistema de gestión de calidad, donde se analizó la información mediante la técnica de estadística descriptiva y medidas de tendencia central.**Resultados:** Entre julio de 2019 y junio de 2020 se esterilizaron 115.119 productos sanitarios, que van desde 9.287 a 9.932 / mes, con un promedio de 9.593 ( $\pm 221,6$ ). La tasa de incumplimiento en el período fue del 0,08%. En cuanto a los factores que influyeron en la trazabilidad, destacan la etiqueta modificada o incorrecta (32,6%), los envases violados (21,7%) y los productos sanitarios no identificados (18,4%).**Conclusión:** Si bien la tasa de incumplimiento atribuida al proceso de trazabilidad es baja, fue posible plantear los factores que influyen en este paso e impactan en el procesamiento de productos sanitarios.<sup>1</sup>Centro Universitário UNA, Contagem, MG, Brasil.**Como citar:**Vasconcelos GH, Balbino JA, Ferreira M, Germano NB, Alvim AL. Fatores que influenciam o processo de rastreabilidade no centro de materiais e esterilização. *Enferm Foco*. 2021;12(5):929-33.DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n5.4448>

## INTRODUÇÃO

O Centro de Materiais e Esterilização (CME) é considerado um setor de apoio que presta assistência indireta aos pacientes, sendo responsável pelo processamento de Produtos Para Saúde (PPS). Entre as etapas críticas do processamento, destacam-se a limpeza, desinfecção, esterilização, armazenamento, distribuição e transporte para as unidades consumidoras.<sup>(1)</sup>

O CME inclui atividades complexas que exigem profissionais capacitados e atualizados. Neste caso, o enfermeiro atua como peça fundamental no gerenciamento do setor, pois a estrutura e os processos requerem um conhecimento científico diferenciado devido à grande diversidade de tecnologias específicas do setor.<sup>(1-3)</sup>

Cada ciclo do processamento de PPS envolve a implementação de boas práticas somado a um sistema reconhecido de qualidade, treinamentos e rastreabilidade. Todos esses elementos contemplam a gestão de riscos em CME que visa garantir que incidentes, não conformidades e erros sejam imediatamente identificados e investigados pelos profissionais de saúde.<sup>(1-4)</sup>

Após a ocorrência da quebra de algum processo durante a limpeza, desinfecção e/ou esterilização torna-se necessária a identificação do *gap* que levou ao erro a fim de minimizar os impactos precocemente. Para que isso ocorra de maneira rápida e oportuna, é viável que se estabeleça no serviço de saúde o processo de rastreabilidade de PPS.<sup>(3,4)</sup>

Rastreabilidade é definida como a recuperação dos históricos, da aplicação ou localização de uma atividade, um processo ou um produto por meio de identificações registradas. De acordo com a RDC nº 15, de 15 de março de 2012, o CME deve dispor de um sistema de informação manual ou automatizado com registro do monitoramento e controle de todas as etapas.<sup>(4)</sup>

Acompanhando o ritmo das mudanças tecnológicas e a inserção constante de novos equipamentos, a rastreabilidade está se tornando gradativamente automatizada, garantindo melhor acesso às informações atreladas ao CME. Esta mudança permite ao enfermeiro a validação da eficácia dos processos em tempo oportuno, o que certifica adequadamente os parâmetros de qualidade.<sup>(3)</sup>

Equivalente ao aparato tecnológico que vem sendo desenvolvido para melhorar a rastreabilidade de PPS, os centros de esterilização ainda encontram barreiras que impedem a execução deste processo, como por exemplo, a perda ou etiqueta rasgada que prejudicam a recuperação do item em tempo oportuno. Além disso, as pesquisas sobre a temática ainda são incipientes na literatura, justificando a elaboração deste estudo. Espera-se que os

resultados sirvam de subsídio para a minimização de falhas que podem ocorrer durante o processamento, garantindo a máxima segurança e adequada assistência ao paciente.

Objetivou-se, portanto, analisar os fatores que influenciam o processo de rastreabilidade no centro de materiais e esterilização.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, de natureza quantitativa realizado em um hospital geral privado localizado na região de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

Serviço de saúde destinado a atender diversas especialidades cirúrgicas e realiza, aproximadamente, 1.150 procedimentos cirúrgicos por mês. O CME do local de estudo desempenha esterilização a vapor para os produtos classificados como críticos e desinfecção de alto nível para os materiais respiratórios utilizados na inaloterapia e assistência ventilatória. Os treinamentos do setor estão atualizados e seguem os temas recomendados pela legislação nacional.<sup>(4)</sup>

A amostra do estudo contemplou 209 registros de checklist e documentos de trabalho que se encontravam disponíveis em forma física e lançados no sistema de gestão da qualidade do hospital. Os critérios de inclusão foram: documentos que estavam preenchidos adequadamente, disponibilizados no local e atendiam ao período de estudo proposto. Foram excluídos os registros com rasuras, abreviações e/ou data incompleta.

A coleta de dados foi conduzida por meio de análise documental entre julho de 2019 e junho de 2020 pelos próprios pesquisadores. Após o levantamento das informações, utilizou-se um formulário semiestruturado para agrupamento dos dados registrados. Ao final, após leitura flutuante e anotações provenientes dos documentos, identificou-se 93 itens de não conformidade que influenciaram o processo de rastreabilidade, sendo classificados nas seguintes categorias: PPS com etiqueta trocada ou incorreta, PPS com embalagem violada, PPS sem identificação, PPS com etiqueta manchada, PPS com código de barras danificado e problemas atribuídos ao sistema informatizado. O último, respectivamente, foi avaliado pelo fato do hospital de estudo utilizar um *software* com leitura do código de barras para liberação de caixas e bandejas para unidades consumidoras.

Realizada pelo *Microsoft Excel 2013*® através de estatística descritiva simples, para apresentação de valores absolutos e relativos relacionados as variáveis descritivas do estudo. Associaram-se as medidas de tendência central (média e mediana) e o desvio padrão para quantificar os PPS que foram produzidos mensalmente. O cálculo da taxa de não-conformidade foi realizado através da seguinte

fórmula: número de não conformidades relacionadas ao processo de rastreabilidade, no período, dividido pelo total de PPS avaliados no período, multiplicado por 100.

Por se tratar de um estudo que não envolveu pesquisa com seres humanos, não foi necessário solicitar um parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). No entanto, houve consentimento para coleta de dados mediante carta de autorização formal elaborada e assinada pela coordenadora de enfermagem.

## RESULTADOS

Foram produzidos 115.119 PPS no período de julho de 2019 a junho de 2020, que variou de 9.287 a 9.932/mês, com média de 9.593 ( $\pm 221,6$ ). Os itens inadequados que influenciaram o processo de rastreabilidade alternam de 3 a 20/mês, com média de 7,8 ( $\pm 4,3$ ). A taxa de não-conformidade, no período de estudo, representou 0,08% (Tabela 1).

**Tabela 1.** Avaliação do processamento de produtos para saúde, dos itens inadequados e da taxa de não conformidade

Período	Total de PPS esterilizados	Nº de PPS inadequados*	Taxa de não conformidade (%)
Julho/2019	9806	07	0,07
Agosto/2019	9913	06	0,06
Setembro/2019	9668	08	0,08
Outubro/2019	9380	08	0,09
Novembro/2019	9392	07	0,07
Dezembro/2019	9932	08	0,08
Janeiro/2020	9738	04	0,04
Fevereiro/2020	9287	20	0,22
Março/2020	9489	11	0,12
Abril/2020	9357	06	0,06
Maior/2020	9531	05	0,05
Junho/2020	9626	03	0,03
Total	115.119	93	0,98
Média	9.593	7,8	0,08
Mediana	9.578	7,0	0,07
Desvio padrão	221,6	4,3	0,05

\*Nº de PPS não conformes

Ao analisar os fatores que influenciam o processo de rastreabilidade no CME, destacaram-se: PPS com etiqueta trocada ou incorreta (32,6%), PPS com embalagem violada (21,7%) e PPS sem identificação (18,5%). Houve apenas um registro de problemas no sistema informatizado (1,1%) (Tabela 2).

**Tabela 2.** Fatores que influenciam o processo de rastreabilidade no centro de materiais e esterilização

Itens não conformes	n(%)
PPS com etiqueta trocada ou incorreta	30(32,6)
PPS com embalagem violada	20(21,7)
PPS sem identificação	17(18,5)
PPS com etiqueta manchada	15(16,3)
PPS com código de barras danificado	10(10,9)
Problemas atribuídos ao sistema informatizado	1(1,1)
Total	93(100,0)

## DISCUSSÃO

A quebra de qualquer processo associado a limpeza, desinfecção, esterilização e/ou armazenamento de PPS favorece a ocorrência de eventos adversos que devem ser investigados de maneira rápida e bem direcionados para redução da gravidade dos danos. Para que seja possível tal agilidade, emprega-se a utilização da rastreabilidade de PPS, que auxilia na recuperação de informações previamente registradas.<sup>(5-7)</sup>

No decorrer deste estudo, identificaram-se alguns fatores que influenciaram o processo de rastreabilidade. Dentre eles, os PPS com etiqueta trocada ou incorreta permaneceram entre as causas mais frequentes. Pode-se correlacionar este fato a um erro operacional da equipe de enfermagem, que deve ser corrigido possibilitando a continuidade do processo.<sup>(5)</sup> Vale a pena ressaltar que todos os itens distribuídos pelo CME precisam ser submetidos a inspeção e identificação correta pelo profissional, no entanto, exige-se a corresponsabilidade das unidades consumidoras pelo fato de armazenarem os produtos por um período determinado.

Acrescenta-se que a embalagem violada permaneceu entre as principais causas que interferiram diretamente no processo de rastreabilidade. Muito se discute acerca da corresponsabilização entre setores na manutenção do invólucro disponibilizado pelo centro de esterilização. Entende-se que os produtos para saúde devem estar íntegros, garantindo eficácia da barreira microbiana e da manutenção da esterilidade.<sup>(6)</sup> Complementa-se, a partir deste resultado, que a violação do item poderá impedir a recuperação do histórico do PPS e não garantir a veracidade das informações registradas.

Outro fator contrário ao processo de rastreabilidade eficaz diz respeito a falha na identificação dos PPS. De acordo com a legislação nacional, é obrigatória a correta identificação das embalagens submetidas à esterilização. Neste caso, a equipe de enfermagem deve observar o nome do produto, o lote, a data de esterilização, a validade, o método utilizado e o responsável pelo preparo, garantindo assim, o rastreamento eficaz dos itens produzidos pelo CME.<sup>(4)</sup> Infere-se que a ausência destas informações se torna fator prejudicial ao processo de rastreabilidade, agregando morosidade na coleta de informações, quando há eventos a serem investigados.

Essa pesquisa mostrou que a etiqueta manchada e o código de barras danificado impactam na rastreabilidade de PPS. Este fato pode estar atribuído a qualidade do material padronizado institucionalmente. O enfermeiro deve estar atento a realização de testes adequados de validação para cada tipo de material específico, a fim de acompanhar e anteceder



características críticas do produto e manter a qualidade de suas características. Quanto aos demais profissionais que participam deste processo, fica claro a necessidade de se atentarem para a verificação criteriosa do item requisitado antes da liberação para as unidades consumidoras.<sup>(2,3,8)</sup>

Este estudo mostrou que os problemas relacionados ao sistema informatizado não impactaram no processo de rastreabilidade. De acordo com a literatura, muitos serviços de saúde não empregam a rastreabilidade automatizada, sendo as informações anotadas pela enfermagem em livros ou documentos de controle manual. Neste caso, atribui-se ao alto custo de aquisição e suporte em termos de *softwares* disponíveis no mercado, mas que poderiam proporcionar como benefício a agilidade do trabalho e redução das possibilidades de erro humano.<sup>(2,8)</sup>

Por fim, a taxa de não conformidade relacionada ao processo de rastreabilidade foi de 0,08%, sendo considerada baixa quando comparada ao número de itens distribuídos pelo CME de estudo. Pesquisa similar encontrou uma taxa de retrabalho de 0,75% no total de 80.568 itens avaliados e alertou sobre a importância do conhecimento das causas que afetam o reprocessamento, enfatizando a importância de realizar um gerenciamento de custos eficaz para evitar desperdícios.<sup>(4)</sup>

Para que a rastreabilidade seja feita de modo eficaz, é necessário que o profissional tenha atenção, pensamento crítico, agilidade e conhecimento de todas as etapas do processamento de PPS. O envolvimento da equipe de enfermagem torna-se essencial para que nenhuma fase seja depreciada, garantindo a segurança das informações registradas no setor de esterilização.<sup>(3,5,9,10)</sup> Além disso, vale a pena mencionar que a gestão em CME exige empenho por parte dos gestores para investir em treinamentos periódicos sobre as não conformidades que afetam a qualidade do serviço.

Nesse sentido, sugere-se que cada gestor estude e analise o perfil do serviço de saúde a qual pertence para o levantamento das demandas específicas atreladas ao processo de rastreabilidade. Isso, porque é de responsabilidade

do enfermeiro realizar a educação em saúde e orientação pontuais quanto aos diversos fatores que impactam nas atividades complexas do centro de esterilização.

Destaca-se que a pesquisa foi realizada em apenas um local de estudo, não sendo possível a generalização dos resultados.

O estudo traz importante contribuição para a área da enfermagem pelo fato de destacar a importância do processo de rastreabilidade nos serviços de saúde. As pesquisas sobre CME ainda precisam ser estimuladas, visto que o setor é considerado fundamental para garantir a qualidade da assistência fundamentada na segurança do paciente.

## CONCLUSÃO

Este estudo analisou os fatores que influenciam o processo de rastreabilidade no centro de materiais e esterilização. Embora a taxa de não conformidade atribuída a rastreabilidade seja baixa (0,08%), destaca-se a importância deste processo para evitar falhas no processamento de produtos para saúde, garantindo a máxima segurança e adequada assistência ao paciente. Nesta pesquisa, os fatores que influenciaram o processo de rastreabilidade no CME foram: PPS com etiqueta trocada ou incorreta, PPS com embalagem violada e PPS sem identificação. Levando em conta os dados obtidos, vale a pena elucidar a importância do enfermeiro atuar de forma preventiva e eficaz, promovendo capacitações para a equipe em relação aos diversos processos atrelados ao setor de esterilização.

## Contribuições

Concepção e/ou desenho do estudo: Vasconcelos GH, Balbino JA, Ferreira M, Germano NB; Coleta, análise e interpretação dos dados: Vasconcelos GH, Balbino JA, Ferreira M, Germano NB, Alvim ALS; Redação e/ou revisão crítica do manuscrito: Vasconcelos GH, Balbino JA, Ferreira M, Germano NB, Alvim ALS; Aprovação da versão final a ser publicada: Vasconcelos GH, Balbino JA, Ferreira M, Germano NB, Alvim ALS.

## REFERÊNCIAS

1. Costa R, Montenegro HR, Silva RN, Almeida Filho AJ. Papel dos trabalhadores de enfermagem no centro de material e esterilização: revisão integrativa. *Esc Anna Nery*. 2020;24(3):e20190316.
2. Rodrigues AF, Schneider DS, Silveira DT, Trevisan I, Camargo MD, Thomé EG. Estrutura informatizada para processos no centro de material e esterilização. *Rev SOBECC*. 2019;24(2):107-14.
3. Sanchez ML, Silveira RS, Figueiredo PP, Mancia JR, Schwonke CR, Gonçalves NG. Estratégias que contribuem para a visibilidade do trabalho do enfermeiro na central de material e esterilização. *Texto Contexto Enferm*. 2018;27(1):e6530015.
4. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução no. 15, de 15 de março de 2012. Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências. Brasília (DF): ANVISA; 2012 [citado 14 Dez 2020]. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/saudelegis/anvisa/2012/rdc0015\\_15\\_03\\_2012.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/saudelegis/anvisa/2012/rdc0015_15_03_2012.html)
5. Martins FO, Ribeiro ML. Implantação e uso de sistema de rastreabilidade automatizado em central de materiais e esterilização. *Rev SOBECC*. 2017;22(1):52-8.
6. Alvim AL, Souza KF. Causas de retrabalho de produtos para Saúde no centro de materiais e esterilização. *Rev SOBECC*. 2018;23(1):3-6.

7. Basu D, Bag SC, Das A, Razario JD. The importance of paper records and their preservation period in a Central Sterile Supply Department: An experience from a oncology center in eastern India. *J Infect Public Health*. 2017;10(5):685-7.

8. Lucas TC, Souza MX, Guedes HM, Braga EV, Oliveira TC, Martins DA. Identificação de deteriorações físicas e químicas nos instrumentais cirúrgicos após reprocessamentos. *Rev Enferm Cent-Oeste Min*. 2018;8:e1926.

9. Domingues PH, Faustino AM, Cruz KC. A enfermagem em destaque na pandemia da Covid-19: uma análise em mídias sociais. *Enferm Foco*. 2020;11(Esp. 2):97-102

10. Silva JC, Moraes H, Araújo F, Araújo MK, Oliveira MR. Onde está a enfermagem? A (in)visibilidade desta categoria profissional nos meios de comunicação. *Enferm Foco*. 2020;11(2):50-6.

# CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E TRANSTORNOS MENTAIS EM USUÁRIOS DE CRACK E COCAÍNA

SOCIODEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS AND MENTAL DISORDERS IN CRACK AND COCAINE USERS

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y TRASTORNOS MENTALES EN CONSUMIDORES DE CRACK Y COCAÍNA

Ademir Ferreira Junior<sup>1</sup>

(<https://orcid.org/0000-0003-2809-219X>)

Lino José da Silva<sup>2</sup>

(<https://orcid.org/0000-0001-6495-8312>)

Taciana Dias Nogueira Silva<sup>1</sup>

(<https://orcid.org/0000-0002-3513-3044>)

Maria Sandinéia Bezerra<sup>1</sup>

(<https://orcid.org/0000-0001-5399-9071>)

Antônio Egidio Nardi<sup>3</sup>

(<https://orcid.org/0000-0002-2152-4669>)

Karol Fireman de Farias<sup>1</sup>

(<https://orcid.org/0000-0003-1352-2513>)

Ana Caroline Melo dos Santos<sup>4</sup>

(<https://orcid.org/0000-0003-0280-6107>)

Elaine Virgínia Martins de Souza Figueiredo<sup>1</sup>

(<https://orcid.org/0000-0001-9724-5861>)

## Descritores

Enfermagem; Saúde mental; Epidemiologia; Vulnerabilidade em saúde; Cocaína crack

## Descriptors

Nursing; Mental health; Epidemiology; Health vulnerability; Crack cocaine

## Descriptores

Enfermería; Salud mental; Epidemiología; Vulnerabilidad en salud; Cocaína crack

## Submetido

9 de Janeiro de 2021

## Aceito

21 de Março de 2021

## Conflitos de interesse:

nada a declarar.

## Autor correspondente

Ademir Ferreira Junior

E-mail: [ademirferreira.enf@outlook.com](mailto:ademirferreira.enf@outlook.com)

## RESUMO

**Objetivo:** Identificar as características socioeconômicas, o padrão de uso das substâncias psicoativas e os transtornos mentais associados ao uso de crack e cocaína.

**Métodos:** Caracteriza-se como descritivo, transversal e de abordagem quantitativa, realizado com 112 participantes que apresentaram um histórico de uso de crack e/ou de cocaína, com a aplicação de questionários socioeconômico, sobre o padrão de uso das substâncias psicoativas e o *Mini Internacional Neuropsychiatric Interview* para rastreamento de transtornos mentais. Os dados foram analisados através do *software Statistical Package for the Social Sciences*.

**Resultados:** 97 (86,6%) eram do sexo masculino, 63 (56,3%) eram pardos autodeclarados, 102 (91,1%) com religião, 95 (84,8%) eram solteiros (solteiro, divorciado, viúvo), 83 (74,1%) estudaram até o ensino fundamental, 71 (63,4%) possuíam filhos. Diante da aplicação do *Mini Internacional Neuropsychiatric Interview*, identificou-se uma frequência de 69 (61,6%) participantes com episódio depressivo maior atual, destes 34 (30,4%) apresentando episódio depressivo maior recorrente. Metade dos participantes, 55 (49,1%), possuía risco de suicídio.

**Conclusão:** O rastreamento do perfil psiquiátrico de usuários de cocaína e crack embasa o desenvolvimento de protocolos de tratamento e medidas de intervenção de maneira mais individualizada, o que refletirá no enfrentamento diante do tratamento.

## ABSTRACT

**Objective:** To identify the socioeconomic characteristics, the pattern of use of psychoactive substances and the mental disorders associated with the use of crack and cocaine.

**Methods:** Characterized as descriptive, cross-sectional and with a quantitative approach, carried out with 112 participants who had a history of crack and / or cocaine use, with the application of socioeconomic questionnaires, on the pattern of substance use psychoactive drugs and the Mini International Neuropsychiatric Interview to screen for mental disorders. The data were analyzed using the Statistical Package for the Social Sciences software.

**Results:** 97 (86.6%) were male, 63 (56.3%) were self-declared brown, 102 (91.1%) with religion, 95 (84.8%) were single (single, divorced, widowed), 83 (74.1%) studied until elementary school, 71 (63.4%) has children. In view of the application of Mini International Neuropsychiatric Interview, a frequency of 69 (61.6%) participants with a current major depressive episode was identified, of these 34 (30.4%) presenting a recurrent major depressive episode. Half of the participants, 55 (49.1%), are at risk of suicide.

**Conclusion:** The tracking of the psychiatric profile of cocaine and crack users supports the development of treatment protocols and intervention measures in a more individualized way, which will reflect on coping with treatment.

## RESUMEN

**Objetivo:** Identificar las características socioeconómicas, el patrón de uso de sustancias psicoactivas y los trastornos mentales asociados al uso de crack y cocaína.

**Métodos:** Caracterizado como descriptivo, transversal y con enfoque cuantitativo, realizado con 112 participantes que tenían antecedentes de consumo de crack y / o cocaína, con la aplicación de cuestionarios socioeconómicos, sobre el patrón de consumo de sustancias, drogas psicoactivas y la Mini Internacional Neuropsychiatric Interview para detectar trastornos mentales. Los datos se analizaron mediante el *software Statistical Package for the Social Sciences*.

**Resultados:** 97 (86,6%) eran hombres, 63 (56,3%) se auto declaraban marrones, 102 (91,1%) de religión, 95 (84,8%) eran solteros (solteros, divorciados, viudos), 83 (74,1%) estudiaron hasta la escuela primaria, 71 (63,4%) tienen hijos. En vista de la aplicación de *Mini Internacional Neuropsychiatric Interview*, se identificó una frecuencia de 69 (61,6%) participantes con un episodio depresivo mayor actual, de estos 34 (30,4%) presentaban un episodio depresivo mayor recorrente. La mitad de los participantes, 55 (49,1%), tienen riesgo de suicidio.

**Conclusión:** El seguimiento del perfil psiquiátrico de los consumidores de cocaína y crack apoya el desarrollo de protocolos de tratamiento y medidas de intervención de una manera más individualizada, que se reflejará en el afrontamiento del tratamiento.

<sup>1</sup>Universidade Federal de Alagoas, Arapiraca, AL, Brasil.

<sup>2</sup>Universidade Federal de Alagoas, Palmeira dos Índios, AL, Brasil.

<sup>3</sup>Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

<sup>4</sup>Universidade Federal de Alagoas, Maceió, AL, Brasil.

## Como citar:

Ferreira Junior A, Silva LJ, Silva TD, Bezerra MS, Nardi AE, Farias KF, et al. Características sociodemográficas e transtornos mentais em usuários de crack e cocaína. *Enferm Foco*. 2021;12(5):934-42.

DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n5.4450>

## INTRODUÇÃO

O uso de substâncias psicoativas (SPA) é configurado como um grande problema de saúde pública mundial.<sup>(1)</sup> Aproximadamente 271 milhões de pessoas em todo o mundo, englobando cerca de 5,5% da população mundial entre 15 a 64 anos, utilizaram estimulantes do sistema nervoso central ou substâncias psicoativas, pelo menos uma vez, durante o ano de 2017.<sup>(2)</sup> Dentre essas SPA, foi identificado o uso de cocaína, seus derivados e outras SPA, com um número estimado de 34 milhões de usuários(as) em todo o mundo, incluindo nesta estimativa 17 milhões de usuários(as) de cocaína.<sup>(3)</sup>

O cenário atual brasileiro vem demonstrando que o uso abusivo de substâncias psicoativas possui interferência direta nos problemas sociais e na saúde pública. Sob este cenário, destaca-se o uso e abuso de crack e cocaína. A cocaína é uma SPA ilícita com um forte poder de levar o indivíduo à dependência, visto que o tempo de início de ação é curto, durando cerca de 8 segundos a 30 minutos.<sup>(4)</sup> O crack, derivado da pasta-base da cocaína com associação de substâncias impuras que reduzem seu custo, tem o tempo de início de ação ainda menor, de cerca de seis a oito segundos, e faz com que o usuário(a) sinta a necessidade de buscar a SPA cada vez mais.<sup>(4)</sup> Como consequência a esta urgência de fazer uso da SPA, e não possuir condições financeiras, o adicto se expõe a situações de risco, como assaltos, tráfico, troca de sexo por dinheiro ou pela própria SPA.<sup>(5)</sup>

De acordo com o último Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, mostrou-se que 22,8% da população pesquisada já fez uso de algum tipo de SPA, com exceção ao álcool e o tabaco. Entre as SPA ilícitas mais consumidas 2,9% da população estudada fazia ou já fez uso de cocaína e 0,7% de crack. Nesse estudo, foi possível observar ainda que esse consumo tem ocorrido cada vez mais cedo, particularmente na faixa etária entre os 12 e 17 anos.<sup>(6)</sup>

Diante do estudo da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), o consumo de crack e cocaína e seus similares nas capitais brasileiras, no inquérito domiciliar indireto realizado em 2012, estima-se que há cerca de 370 mil usuários(as) regulares (com mais de 25 dias de uso nos últimos 6 meses), que representaria 0,81% do total da população residente nestes municípios.<sup>(7)</sup> Dentro desse número, de 370 mil usuários(as) de crack e seus similares nas capitais brasileiras, a região nordeste desponta com o maior número de usuários(as), aproximadamente 148 mil, a macrorregião nordeste só fica atrás da região sudeste com aproximadamente 114 mil usuários(as) de crack e similar.<sup>(8)</sup>

Os indicadores sinalizam que uso dessas substâncias psicoativas vem tomando grandes dimensões, através do comprometimento das relações afetivas de trabalho, da família, bem como trazendo sérios danos à saúde física e mental, como também vulnerabilidade socioeconômica e problemas legais.<sup>(8)</sup> Ademais, existem os danos secundários que o abuso dessas substâncias pode provocar, como acidentes de trânsito, violências diversas, envenenamento, danos cardiovasculares, neurológicos, psiquiátricos entre outras.<sup>(8)</sup>

Apesar de a população de adictos estar crescendo simultaneamente com o a quantidade de Comunidades Terapêuticas (CT), existem poucas evidências com enfoque na detecção das particularidades do perfil do uso de drogas e do rastreamento dos transtornos mentais dos(as) usuários (as) de crack e cocaína no Brasil, destacadamente no Nordeste. Por tal razão, justifica-se a realização do presente estudo com a hipótese de que a identificação do perfil propicia a sugestão de protocolos de tratamento e rastreamento, bem como a construção de uma metodologia de detecção rápida para o monitoramento no cunho clínico e social e, portanto, essas estratégias se fazem necessárias para medidas de intervenção à atenção aos(as) usuários(as) de SPA.

A partir do exposto, esse estudo almejou descrever o perfil da população usuária de crack e cocaína, a qual procura tratamento nas CT e atenção social no Centro de Referência Especializado para Pessoas em Situações de Rua (CENTRO POP), visto que esses usuários necessitam cada vez mais de um olhar específico e diferenciado.

O objetivo desse estudo foi identificar as características socioeconômicas, o padrão de uso das SPA e os transtornos mentais associados ao uso de crack e cocaína.

## MÉTODOS

O estudo caracteriza-se como descritivo, transversal e de abordagem quantitativa. A pesquisa foi realizada no agreste do estado de Alagoas. Em Comunidades Terapêuticas localizadas nos municípios de Arapiraca e Craibas, e no Centro de Referência Especializado para Pessoas em Situações de Rua no município de Arapiraca.

A amostra aleatória e não probabilística foi composta por 112 participantes com média de idade de 31,53 (DP=8,54) anos, mínimo de 18 e máximo de 54 anos. Participantes que apresentarem histórico de uso de crack e/ou de cocaína nos últimos 12 meses com capacidade cognitiva para responder os questionamentos e que concordaram em participar da pesquisa foram incluídos, sendo excluídos os participantes que faziam uso de outras substâncias ilícitas que

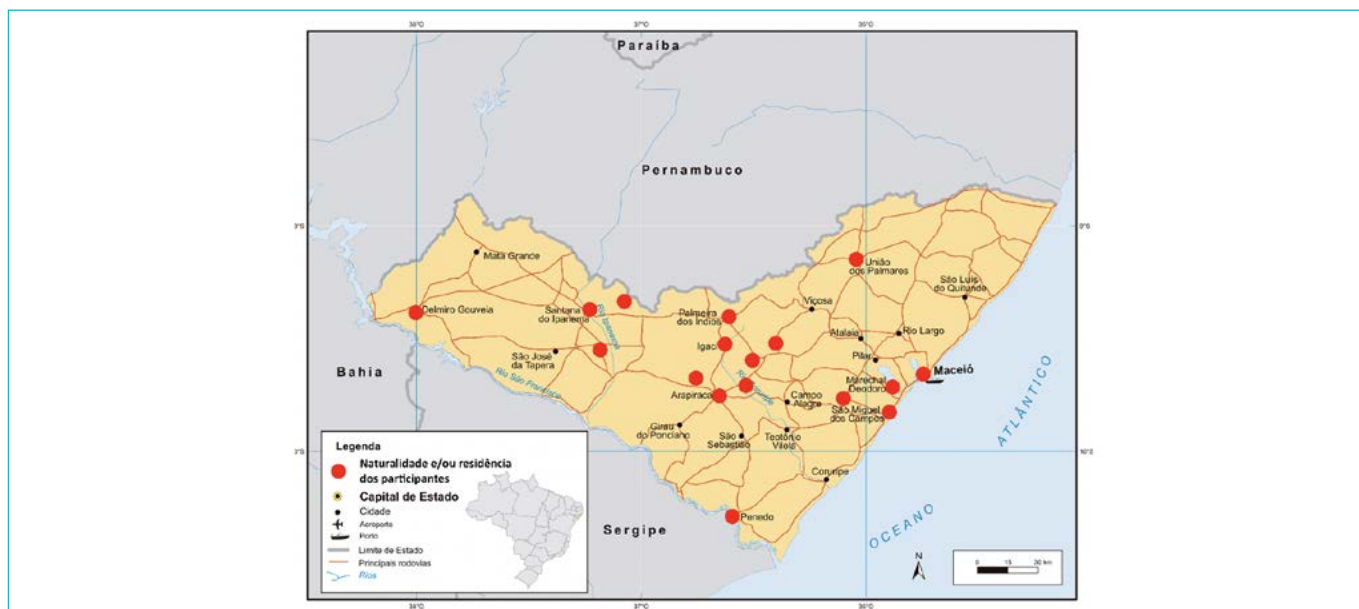


Figura 1. Distribuição geográfica de acordo com a naturalidade e/ou atual residência dos participantes

não corresponderam ao objetivo do estudo, que apresentavam déficit cognitivo, visual ou auditivo e que não concordaram em participar da pesquisa.

A aplicação do formulário sociodemográfico e do instrumento de avaliação psiquiátrica foram conduzidas em salas reservadas para este fim e realizadas por enfermeiros, psicólogos e estudantes de graduação previamente capacitados.

A coleta de dados ocorreu durante a realização de ações extensionistas do projeto intitulado Intervenções de saúde a usuários(as) de crack e cocaína em comunidades acolhedoras: promovendo círculos comunitários, tendo como alvo os adictos de crack e cocaína que estão em tratamento em CT que recebem usuários(as) de várias cidades de Alagoas (Figura 1), e os que são acompanhados no CENTRO POP no agreste alagoano.

O formulário sociodemográfico e os aspectos que envolvem o padrão de uso de SPA foi construído a partir do resgate de informações da literatura o que possibilitou fazer a identificação dos sujeitos, bem como permitiu conhecer o perfil dos adictos, considerando os seguintes dados: idade, sexo, cor/raça autodeclarada, religião, estado civil, escolaridade, filhos, ocupação, nível socioeconômico, situação de residência, história de saúde familiar, aspectos sobre o uso de substâncias psicoativas de uso dos participantes, substâncias que foram utilizadas, vias de administração e formas de uso, como foi iniciado o uso, história familiar sobre o uso de substâncias psicoativas e histórico de tratamento.

Para estabelecer a presença de desordens mentais o questionário *Mini International Neuropsychiatric Interview*

(MINI) versão *plus* 5.0 traduzido e adaptado para a população brasileira por Amorim.<sup>(9)</sup> Tal instrumento classifica os participantes de acordo com os critérios do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV) e da Classificação Internacional de Doenças (CID-10). O MINI engloba os principais transtornos do Eixo I, por meio de uma entrevista objetiva, dicotômica e investigação aprofundada dos transtornos mentais ao longo da vida, explorando sistematicamente todos os critérios de inclusão e de exclusão e a cronologia incluindo a data do início e duração dos transtornos, número de episódios de 23 categorias diagnósticas do DSM-IV. A partir deste rastreamento é possível averiguar a presença dos seguintes transtornos mentais: episódio depressivo maior; transtorno distímico; risco de suicídio; episódio maníaco; episódio hipomaniaco; transtorno de pânico; agorafobia; fobia social; transtorno obsessivo-compulsivo (TOC); transtorno de estresse pós-traumático; dependência e abuso de álcool; dependência e abuso de substância (não álcool); síndrome psicótica; anorexia nervosa; transtorno de ansiedade generalizada e transtorno de personalidade antissocial.<sup>(10)</sup>

Os dados dos questionários foram arranjados em planilha Excel 2016 e analisados estatisticamente, utilizando o *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 21.0 (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos). Parâmetros descritivos foram calculados para todas as variáveis. Média e desvio padrão foram utilizados para variáveis quantitativas.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas (UFAL) sob o parecer/



CAAE número: 2.408.885/ 67643417.3.0000.5013 e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o mesmo foi disposto em duas vias, sendo uma cópia para o participante e outra em posse do pesquisador.

## RESULTADOS

Participaram do estudo 112 indivíduos, com idade entre 18 e 54 anos (média: 31,5 anos; desvio padrão: 8,5 anos). Conforme mostra a tabela 1, 97 (86,6%) indivíduos eram do sexo masculino, 63 (56,3%) eram pardo autodeclarado, 102 (91,1%) com religião, 95 (84,8%) eram solteiros (solteiro, divorciado, viúvo), 83 (74,1%) estudaram até o ensino fundamental, 71 (63,4%) possuíam filhos. Cento e oito (96,4%) indivíduos já trabalharam e entre as profissões mais prevalentes estão: 10 (8,9%) em serviços gerais, 7 (6,3%) como vendedor, 6 (5,4%) como agricultor e 51 (45,2%) em outras profissões. A renda familiar de 46 (41,1%) participantes era de 1 a 3 salários mínimos, 35 (31,3%) de até 1 salário mínimo e 23 (20,5%) não possui renda fixa. Em relação a moradia, 87 (77,7%) residia na zona urbana e 68 (60,7%) em casa ou apartamento próprio.

Sobre o aspecto de uso de SPA (Tabela 2), a média de idade, em anos, que iniciaram o uso de SPA é de 14,32 (DP=4,232). A maconha é a primeira substância utilizada por 38 (33,9%) dos participantes, seguido pelo álcool por 37 (33%) participantes. A média de idade, em anos, que iniciaram o uso de crack e cocaína é de 20,57 (DP=7,213). As vias de administração de crack e cocaína de 44 (39,3%) dos participantes era a aspirada (cheirada ou cafungada) e de 31 (27,7%) dos participantes a via pulmonar (fumada por cachimbos de fabricação caseira ou através da inalação do vapor). A principal forma de uso de crack e cocaína de 15 (13,4%) dos participantes é fumada misturada com maconha. O início do uso de 58 (51,8%) participantes se deu através de amigos. Entre os participantes, 62 (55,4%) possui familiares que fizeram uso de crack e cocaína, sendo 19 (17%) com o grau de parentesco irmão/irmã. A SPA de preferência familiar é o crack e cocaína com 19 (16,9%) familiares, seguido de 18 (16,1%) familiares consumindo álcool. No histórico de tratamento, 56 (50%) participantes iniciaram o tratamento de cunho religioso ou autoajuda/grupos de suporte e 89 (79,5%) participantes buscaram tratamento por motivação própria.

Quanto às substâncias psicoativas que já fez uso, 1 (0,9%) participante fez uso apenas de crack e cocaína e 111 (99,1%) participantes são usuários(as) de múltiplas substâncias. Dentre esses, 22 (19,6%) fizeram uso associado de crack e cocaína, maconha, tabaco, álcool e inalante, e 11

**Tabela 1. Características sociodemográficas dos(as) usuários(as) de crack e cocaína (n=112)**

Variáveis	n(%)
<b>Sexo</b>	
Masculino	99(88,4)
Feminino	13(11,6)
<b>Cor/raça autodeclarada</b>	
Pardo	63(56,3)
Branco	23(20,5)
Negro	23(20,5)
Amarelo	3(2,7)
<b>Religião</b>	
Com religião	102(91,1)
Sem religião	10(8,9)
<b>Estado civil</b>	
Solteiro (solteiro + divorciado + viúvo)	95(84,8)
Casado (casado + união estável)	17(15,2)
<b>Escolaridade</b>	
Ensino fundamental	83(74,1)
Ensino médio	20(17,8)
Ensino superior	5(4,5)
Analfabeto	4(3,6)
<b>Filhos</b>	
Sim	71(63,4)
Não	41(36,6)
<b>Ocupação</b>	
Já trabalhou	
Sim	108(96,4)
Não	4(3,6)
<b>Renda familiar mensal autorrelata</b>	
Até um salário mínimo	35(31,3)
De 1 a 3 salários mínimos	46(41,1)
De 4 a 5 salários mínimos	7(6,3)
Mais de 5 salários mínimos	1(0,9)
Não possui renda fixa	23(20,5)
<b>Zona de residência</b>	
Urbana	87(77,7)
Rural	25(22,3)
<b>Status habitacional</b>	
Casa ou apartamento próprio	68(60,7)
Casa/ apartamento/ quarto alugado	17(15,2)
Habitação instável (incluindo falta de moradia)	14(12,5)
Abrigo	13(11,6)

**Tabela 2. Aspectos do uso de substâncias psicoativas (n=112)**

Variáveis	n(%)
<b>Idade (em anos) que iniciou o uso de substâncias psicoativas</b>	
Média (DP)	14,32(4,232)
Mínima	7
Máxima	35
<b>Primeira substância psicoativa utilizada</b>	
Maconha	38(33,9)
Álcool	37(33,0)
Crack + cocaína	8(7,2)
Álcool + maconha	6(5,3)
Tabaco	5(4,4)
Álcool + tabaco	4(3,6)
Cola	4(3,6)
Lança perfume	4(3,6)
Maconha + tabaco	2(1,8)
Comprimido (barbitúrico)	1(0,9)
Flunitrazepam (rohypnol)	1(0,9)
Tabaco + cola	1(0,9)
Tabaco + loló + maconha	1(0,9)

Continua...

Continuação.

Variáveis	n(%)
Idade (em anos) que iniciou o uso de crack e cocaína	
Média (DP)	20,57(7,213)
Mínima	10
Máxima	49
Vias de administração da crack e cocaína	
Aspirada	44(39,3)
Pulmonar	31(27,7)
Aspirada + pulmonar	24(21,4)
Oral	3(2,7)
Aspirada + endovenoso	2(1,8)
Oral + aspirada	2(1,8)
Oral + aspirada + pulmonar	2(1,8)
Aspirada + pulmonar + mucosa oral	1(0,9)
Aspirada + subcutâneo	1(0,9)
Oral + aspirada + endovenoso + pulmonar	1(0,9)
Oral + pulmonar	1(0,9)
Principais formas de uso da crack e cocaína	
Fumado misturando crack com maconha	15(13,4)
Fumado com cachimbo	11(9,8)
Aspirada	10(8,9)
Fumado misturando crack com maconha + fumado sobre refrigerantes/ lata de cerveja + fumado com cachimbo	7(6,3)
Fumado sobre refrigerantes / lata de cerveja	7(6,3)
Fumado sobre refrigerantes / lata de cerveja + fumado com cachimbo	6(5,4)
Diversas formas	5(4,5)
Não respondeu	5(4,5)
Como iniciou o uso da crack e cocaína	
Amigos	58(51,8)
Sozinho	24(21,4)
Amigos + nos bares + festas	6(5,4)
Familiares	6(5,4)
Curiosidade	5(4,3)
Outros	13(11,7)
Substância psicoativa que já fez uso	
Crack e cocaína + álcool + inalante + maconha + tabaco	22(19,6)
Crack e cocaína + outras associações	21(18,7)
Crack e cocaína + álcool + maconha + tabaco	18(16,1)
Crack e cocaína + álcool + maconha	9(8)
Crack e cocaína + álcool + benzodiazepínico + inalante + maconha + tabaco	7(6,2)
Outros	35(31,4)
Existência de familiares que fizeram uso de crack e cocaína	
Sim	62(55,4)
Não	50(44,6)
Qual familiar?	
Irmão/irmã	19(17,0)
Primo	11(9,8)
Sobrinho/sobrinha	8(7,1)
Tio/tia + primo	5(4,5)
Outros	19(17,0)
Não se aplica	50(44,6)
Substância psicoativa de preferência familiar	
Crack e cocaína	19(16,9)
Álcool	18(16,1)
Maconha	8(7,1)
Outros	18(16,1)
Não se aplica	49(43,8)
História do tratamento	
Religioso ou autoajuda/grupos de suporte	56(50,0)
Nenhum (é a primeira vez que busca tratamento)	38(33,9)
Tratamento residencial/hospitalar	11(9,8)
Serviços de atenção primária	5(4,5)
Não se aplica (aplicável quando for do centro pop)	2(1,8)
Motivação do tratamento	
Própria	89(79,5)
Externa (judicial ou intercessão de terceiros)	18(16,1)
Não se aplica (aplicável quando for do centro pop)	5(4,5)

(50%) desses participantes apresentaram risco para suicídio. Diante da aplicação do MINI identificou-se uma frequência de 69 (61,6%) participantes com episódio depressivo maior atual, destes 34 (30,4%) apresentando episódio depressivo maior recorrente. Metade dos participantes, 55 (49,1%), possui risco de suicídio. Ainda, 84 (75%) dos participantes apresentaram dependência de álcool atual, e 63 (56,3%) apresentaram abuso de álcool atual. E que, 50 (44,6%) participantes apresentaram transtorno de ansiedade generalizada atual, e 52 (46,4%) transtorno de personalidade antissocial de vida inteira (Tabela 3).

**Tabela 3.** Diagnósticos padronizados do DSM-IV gerados pelo MINI versão brasileira 5.0 (n = 112)

Variáveis	Sim n(%)	Não n(%)	Não se aplica n(%)
<b>Eixo I - Distúrbios clínicos</b>			
Transtornos relacionados com substâncias			
Dependência de álcool atual	84(75,0)	26(23,2)	2(1,8)
Abuso de álcool atual	63(56,3)	47(42,0)	2(1,8)
Transtorno do humor			
Episódio depressivo maior atual	69(61,6)	41(36,6)	2(1,8)
Episódio depressivo maior recorrente	34(30,4)	76(67,9)	2(1,8)
Episódio maniaco atual	23(20,5)	87(77,7)	2(1,8)
Episódio maniaco passado	16(14,3)	94(83,9)	2(1,8)
Transporte do humor com características psicóticas vida inteira	15(13,4)	95(84,8)	2(1,8)
Transporte do humor com características psicóticas atual	13(11,6)	97(86,6)	2(1,8)
Transtorno distímico	10(8,9)	100(89,3)	2(1,8)
Episódio (hipo)maniaco passado	6(5,4)	104(92,9)	2(1,8)
Transtorno de ansiedade			
Transtorno de ansiedade generalizada atual	50(44,6)	60(53,6)	2(1,8)
Transtorno de pânico vida inteira	26(23,2)	84(75,0)	2(1,8)
Agorafobia sem história de transtorno de pânico atual	23(20,5)	87(77,7)	2(1,8)
Fobia social (transtorno de ansiedade social)	23(20,5)	87(77,7)	2(1,8)
Transtorno de estresse pós-traumático atual	22(19,6)	88(78,6)	2(1,8)
Transtorno de pânico atual	17(15,2)	93(83,0)	2(1,8)
Transtorno obsessivo-compulsivo atual	16(14,3)	94(83,9)	2(1,8)
Transtorno de pânico sem agorafobia atual	15(13,4)	95(84,8)	2(1,8)
Transtorno de pânico com agorafobia atual	14(12,5)	96(85,7)	2(1,8)
Transtorno psicótico			
Síndrome psicótica atual	41(36,6)	69(61,6)	2(1,8)
Síndrome psicótica vida inteira	31(27,7)	79(70,5)	2(1,8)
Desordem alimentar			
Bulimia nervosa	5(4,5)	105(93,8)	2(1,8)
Anorexia nervosa atual	0(0)	110(98,2)	2(1,8)
<b>Eixo II - Transtornos de personalidade</b>			
Transtorno da personalidade antissocial de vida inteira	52(46,4)	58(51,8)	2(1,8)
Risco de suicídio	55(49,1)	55(49,1)	2(1,8)

\*Eixos conforme o DSM-IV, 200

## DISCUSSÃO

Neste estudo identificou-se o perfil sociodemográfico de uso de substâncias psicoativas e as comorbidades psiquiátricas mais frequentes em uma população de usuários(as) de crack e cocaína acolhidos em CT e no CENTRO POP em uma região de Alagoas. Alguns dos resultados identificados

evidenciaram que a população investigada tem a predominância do sexo masculino,<sup>(11-19)</sup> com média de idade de 31,53 (dp: 8,543) anos,<sup>(13-20)</sup> baixa escolaridade,<sup>(11-17,19,20)</sup> solteiros (solteiros + divorciados + viúvos),<sup>(11-14,16,17,20)</sup> renda familiar autorrelatada de 1 a 3 salários mínimos,<sup>(14,18,19)</sup> raça parda como autodeclarada<sup>(14,15,17)</sup> e com religião.<sup>(15,19)</sup>

O crack e cocaína é uma SPA de grande impacto familiar e social, a fissura causada por ela causa exclusão social, agressividade, impulsividade, fragmentação familiar, troca de sexo por SPA, encarceramento, problemas legais, violências diversas, desemprego e outras vulnerabilidades.<sup>(16,21)</sup>

Este perfil corroborou com outras pesquisas realizadas em diversas regiões do Brasil e do mundo. Em Bangladesh, identificou resultados semelhantes: a maioria da população que faz uso de crack e cocaína tem religião, geralmente os estudos não consideram esse aspecto, residem em áreas urbanas e tem boas condições de moradia.<sup>(19)</sup> A diferença apontada nos estudos é que a maioria dos participantes estavam atualmente casados.<sup>(19)</sup> No Brasil, distrito norte de Campinas-SP, o estudo aponta que predomina a e raça/cor branca, porém, grande parte dos prontuários não tinha essa informação preenchida.<sup>(20)</sup> No Nordeste do Brasil, em um estudo do Ceará e de Alagoas, os resultados encontrados estão em concordância com este estudo.<sup>(22,23)</sup>

No tocante aos aspectos relacionados ao uso de SPA, encontrou-se que a maconha foi a primeira SPA utilizada, seguido pelo uso de álcool. Aspecto esse discordante em um estudo, o qual revelou que álcool e tabaco foram as primeiras SPA utilizadas pela maioria dos participantes, sendo a maconha a segunda SPA utilizada.<sup>(24)</sup>

Os usuários de maconha têm uma probabilidade de 4 a 25 vezes maior de relatar o uso de crack e cocaína do que a população em geral.<sup>(25)</sup> O consumo da maconha associado a crack e cocaína diminui o tônus dopaminérgico e causa incapacidade nas funções executivas como atenção e vigília, devido à hipoativação do mesencéfalo, putâmen, córtex cingulado anterior, giro para-hipocampal e amígdala cerebelosa.<sup>(22)</sup> De tal modo, compreende-se que a maconha não só não auxilia na redução dos danos provenientes da crack e cocaína, como também promove efeito contrário, isto é, aumenta as chances de recaída.<sup>(22)</sup>

Ainda, analisando a primeira SPA utilizada pelos participantes, é possível considerar que o crack e a cocaína têm um início de uso tardio, em sua maioria, por volta da faixa etária de 18 a 25 anos.<sup>(15)</sup>

Poucos estudos têm investigado a via de administração do crack e cocaína, o que contribui para a carência na formulação de cuidados específicos, considerando os danos causados. A via aspirada (cheirada ou cafungada) se refere

ao padrão de uso da cocaína, seguido pela forma pulmonar, padrão de uso mais prevalente do crack, que pode ser tanto por cachimbo quanto fumado.<sup>(17)</sup> A maioria dos participantes relataram usar o crack e cocaína fumado misturado com maconha, em cachimbos ou sobre latas de refrigerantes/cerveja, práticas essas que aumentam os riscos de lesões e queimaduras, ampliando as chances de transmissão de infecções.<sup>(7)</sup>

O início do uso da crack e cocaína teve forte influência de amizades, divergindo de outras pesquisas onde a maioria inicia o uso por conta própria movido pelo desejo de experimentar e sentir a SP.<sup>(7)</sup> A maioria relatou a existência de familiares adictos com maior frequência entre irmãos, onde a SPA preferencial incluía o crack e cocaína, outras SPA ilícitas ou lícitas.<sup>(26-28)</sup>

A maioria reportou que procurou por conta própria tratamento para a condição da dependência, especialmente através de suporte religioso ou autoajuda.<sup>(7)</sup> Sendo as CT um modelo de atenção para as pessoas com transtornos resultantes do uso de substâncias psicoativas, instituições de iniciativa não governamentais, são moradias coletivas temporárias, onde os as pessoas ficam isoladas por um tempo, com o objetivo de mudar de estilo de vida proposto na abstinência total do uso de substâncias.<sup>(29)</sup> É um modelo de cuidado sugerido em três pilares - trabalho, disciplina e espiritualidade, em conjunto com o trabalho interdisciplinar de profissionais da saúde e do serviço social com práticas espirituais e/ou religiosas.<sup>(29,30)</sup>

Tendo em vista a percepção das CT de que o adicto tem perdido sua posição social, por possuir um estilo de vida contrário ao aceito moral e socialmente, vivendo alienados, com sua vontade entregue à dependência química, que o leva a mentir, abandonar a família, manipular e até roubar, nota-se com essa percepção que as CT buscam não só colocar o adicto em abstinência, mas os reeducar para uma nova inserção na vida social por meio de condutas, rotinas, família, disciplina, trabalho e da religião/espiritualidade.<sup>(30)</sup> Dentre as muitas práticas disciplinares das CT, em primeiro lugar se encontra as atividades religiosas (culto e orações), em segundo a laborterapia - práticas de trabalho, seguidas da psicoterapia em grupo e da psicoterapia individual.<sup>(30)</sup>

Atualmente no Brasil, as CT são consideradas forte instrumento de viabilização do mais novo Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas instituído por meio da Lei 13.840/2019.<sup>(31)</sup> A nova lei determina e orienta as ações de prevenção e repressão ao uso e abuso de substâncias psicoativas, tal como a internação voluntária e involuntária de usuários(as).<sup>(31)</sup>

No entanto, se faz necessário dizer que o governo federal já estava em processo de alteração sistêmica da Política Nacional de Saúde Mental e de Álcool e outras Drogas com resoluções internas do Ministério da Saúde. A resolução 32/2017, é uma dessas medidas, que inclui na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) o ambulatório especializado de saúde mental, as CT e o aumento dos recursos para a internação psiquiátrica.<sup>(32)</sup>

Na contramão do que já que foi produzido pelo Ministério da Saúde, acerca da estratégia de redução de danos (Lei 10.2016/2001), a nova lei trata das modalidades de internação e de inclusão em CT com tratamento necessariamente baseado na perspectiva da abstinência, sem falar que muitas são entidades religiosas que tratam o uso de SPA como um problema moral, fazendo recusar os preceitos da Reforma Psiquiátrica já alcançados no Brasil.<sup>(33)</sup> Dessa forma, as CT têm conquistado poder político e econômico preocupante, se constituindo em “pequenos manicômios”, onde os direitos dos(as) usuários(as) são violados.<sup>(33)</sup>

A maioria dos participantes fizeram uso associado de crack e cocaína com outras substâncias ao longo da vida, sendo considerados usuários(as) de múltiplas SPA, que fizeram uso de duas ou mais substâncias, entretanto apresentam fissura por crack e cocaína, dentre as substâncias psicoativas encontradas estão maconha, tabaco, álcool e inalantes.<sup>(7,21,23,24)</sup>

Dependência e abuso de álcool atual são as comorbidades psiquiátricas mais prevalentes nos participantes, e estes são potencializadores das outras comorbidades psiquiátricas.<sup>(15)</sup> Os transtornos de humor como episódio depressivo maior atual e transtorno de ansiedade generalizada atual, acometem grande parte dos participantes e são relatados em outros estudos.<sup>(15,35-37)</sup> E quase metade dos participantes apresentaram transtorno da personalidade antissocial de vida inteira, transtorno este fortemente associado com os transtornos de humor e o uso de substâncias psicoativas, sendo mais prevalente em usuários(as) de álcool, crack e cocaína.<sup>(38,39)</sup>

Neste estudo também foi identificado que aproximadamente metade dos participantes encontrava-se em risco para suicídio.<sup>(13,38,40)</sup> Os fatores associados ao risco de suicídio estão ligados a problemas clínicos como depressão, transtornos de pensamento, transtornos de humor, além de associação do uso do crack com outras SPA, como cocaína.<sup>(13,37,38)</sup>

Ademais, outro fator de risco para o suicídio, refere-se à situação socioeconômica, neste caso o fator principal é a falta de moradia dos(as) usuários(as) que participaram da pesquisa. Como o estudo também foi realizado com

participantes de um centro para população em situação de rua, faz-se importante essa discussão. A maioria dos participantes em situação de rua tinham uma vida diferente anteriormente, com suas famílias e empregos, no entanto pelo uso indiscriminado da SPA resultaram de forma tão vulnerável. Sabe-se que vários são os fatores de vulnerabilidade inseridos no contexto socioeconômico, o qual não será aprofundado neste momento. Desta maneira, para esta pesquisa se faz necessário frisar a vulnerabilidade social dessas pessoas, pois são aspectos que acometem com a tristeza, sofrimento, desesperança e doenças (infecção por HIV, tuberculose, hepatite, transtornos psiquiátricos). Tais aspectos são apontados em estudos como fatores diretos ao risco de suicídio e tentativa de suicídio.<sup>(14,40,41)</sup>

Entre as limitações desse estudo estão que variáveis como moradia própria e renda familiar autorrelatada de até 1 a 3 salários mínimos, podem ser consideradas limitadas, pois não deixam claro se os participantes ainda possuem acesso a moradia, e se a renda foi de um emprego atual ou anterior a pesquisa.

A identificação do perfil de uma população, propicia a sugestão de protocolos de tratamento e rastreamento, bem como a construção de uma metodologia de detecção rápida para o monitoramento no cunho clínico e social e, portanto, essas estratégias se fazem necessárias para medidas de intervenção a atenção aos usuários de substâncias psicoativas. Neste sentido o estudo aqui apresentado pretende contribuir com pesquisas futuras.

## CONCLUSÃO

De acordo com os resultados desta pesquisa podemos identificar o perfil sociodemográfico, o padrão de uso das SPA e os transtornos mentais associados dessa população, que apresenta histórico de uso de crack e/ou de cocaína nos últimos 12 meses. Os resultados apresentados estão em conformidade com a literatura, sendo a amostra composta em sua maioria por homens que predominantemente residem na zona urbana e com baixa escolaridade. A maioria dos participantes são usuários múltiplas drogas, com preferência para o crack e cocaína. Dependência e abuso de álcool, transtornos de humor (depressão e ansiedade) e de personalidade e risco para suicídio foram os achados psiquiátricos mais prevalentes entre os participantes. Dessa forma, mesmo com todo esse aparato teórico identificado no decorrer da pesquisa, ainda assim é possível constatar uma deficiência nos estudos referente ao assunto, em virtude da quantidade reduzida de publicações que pautem o perfil socioeconômico com os padrões de uso da droga e as comorbidades psiquiátricas associadas. Além disso,

existem pesquisas que não deixam claro a relação entre o uso de crack e cocaína com os transtornos mentais, sobretudo sobre o risco de suicídio, mesmo esse sendo presente nos fatores de risco identificados durante o estudo, sendo necessário assim maior aprofundamento sobre o tema. Conhecer essas características permite a assimilação de problemas, o que possibilitará intervenções de saúde mais eficazes para prevenção e para assistência.

## Contribuições

Concepção e/ou desenho do estudo: Ferreira Junior A, Santos ACM, Figueiredo EVMS; Coleta, análise e interpretação dos dados: Ferreira Junior A, Santos ACM, Silva LJ, Silva TDN, Bezerra MS; Redação e/ou revisão crítica do manuscrito: Ferreira Junior A, Santos ACM, Nardi AEN, Farias KFF; Aprovação da versão final a ser publicada: Ferreira Junior A, Santos ACM, Figueiredo EVMS, Silva LJ, Silva TDN, Bezerra MS, Nardi AEN, Farias KFF.

## REFERÊNCIAS

1. United Nations General Assembly. International cooperation to address and counter the world drug problem: Resolution 74/178. New York (USA): United Nations; 2019. 23 p. [cited 10 Oct 2020]. Available from: <https://digitallibrary.un.org/record/3848130>
2. United Nations Office on Drugs and Crime. Word Drug Report - 2019: Executive Summary, Conclusions and policy Implications. Word Drug Report - 2019 Stimulants. Vienna (AT): Word Drug Report - 2019; 2019. 90 p. [cited 10 Oct 2020]. Available from: [https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/WDR19\\_Booklet\\_4\\_STIMULANTS.pdf](https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/WDR19_Booklet_4_STIMULANTS.pdf)
3. Degenhardt L, Stockings E, Strang J, Marsden J, Hall WD. Illicit Drug Dependence. In: Patel V, Chisholm D, Dua T, Laxminarayan R, Medina-Mora ME. Disease Control Priorities, Third Edition (Volume 4): Mental, Neurological, and Substance Use Disorders. 3rd ed. Washington (USA): The World Bank; 2016. p. 109-25. [cited 10 Oct 2020]. Available from: <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/23832/9781464804267.pdf;sequence=3>
4. Castro RA, Ruas RN, Abreu RC, Rocha RB, Ferreira RF, Lasmar RC, et al. Crack: farmacocinética, farmacodinâmica, efeitos clínicos e tóxicos. *Rev Médica Minas Gerais*. 2015;25(2):253-9.
5. Pedrosa SM, Reis ML, Gontijo DT, Teles SA, Medeiros M. A trajetória da dependência do crack: percepções de pessoas em tratamento. *Rev Bras Enferm*. 2016;69(5):956-63.
6. Sena EL, Soares CJ, Ribeiro BS, Santos PH, Carmo EA, Carvalho PA. Reabilitação psicossocial segundo a perspectiva de consumidores de drogas. *Rev Pesqui Cuid Fundam Online*. 2017;9(2):520-5.
7. Bastos FI, Bertoni N. Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? quantos são nas capitais brasileiras?. Rio de Janeiro: Editora ICICT/FIOCRUZ; 2014.
8. Silveira C, Doneda D, Gandolfi D, Hoffmann MC, Macedo P, Delgado PG, et al. Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. *Rev Bras Psiquiatr*. 2003;52(5):349-54.
9. Lecrubier Y, Weiller E, Hergueta T, Amorim P, Bonora LI, Lépine JP, et al. The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): Brazilian version 5.0.0. *Rev Bras Psiquiatr*. 2000;22(3):106-115.
10. American Psychiatric Association. Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais: DSM-IV-TR. 1 ed. Lisboa: Clímpesi Editores; 2002. 944 p.
11. Araos P, Vergara-Moragues E, González-Saiz F, Pedraz M, García-Marchena N, Romero-Sanchiz P, et al. Differences in the Rates of Drug Polyconsumption and Psychiatric Comorbidity among Patients with Cocaine Use Disorders According to the Mental Health Service. *J Psychoactive Drugs*. 2017;49(4):306-15.
12. Arias F, Szerman N, Vega P, Mesias B, Basurte I, Morant C, et al. Cocaine abuse or dependency and other psychiatric disorders. Madrid study on dual pathology. *Rev Psiquiatry y Salud Ment (Barc.)*. 2013;6(3):121-8.
13. Silva DC, Ávila AC, Yates MB, Cazassa MJ, Dias FB, Souza MH, et al. Sintomas psiquiátricos e características sociodemográficas associados à tentativa de suicídio de usuários de cocaína e crack em tratamento. *J Bras Psiquiatr*. 2017;66(2):89-95.
14. Halpern SC, Scherer JN, Roglio V, Faller S, Sordi A, Ornell F, et al. Vulnerabilidades clínicas e sociais em usuários de crack de acordo com a situação de moradia: um estudo multicêntrico de seis capitais brasileiras. *Cad Saude Publica*. 2017;33(6):e00037517.
15. Madalena TS, Sartes LM. Usuários de crack em tratamento em Comunidades Terapêuticas: perfil e prevalência. *Arq Bras Psicol*. 2018;70(1):21-36.
16. Miguel AO, Madruga CS, Cogo-Moreira H, Yamauchi R, Simões V, Silva CJ, et al. Sociodemographic Characteristics, Patterns of Crack Use, Concomitant Substance Use Disorders, and Psychiatric Symptomatology in Treatment-Seeking Crack-Dependent Individuals in Brazil. *J Psychoactive Drugs*. 2018;50(4):367-72.
17. Rodrigues LO, Silva CR, Oliveira NR, Tucci AM. Perfil de Usuários de Crack no Município de Santos. *Temas Psicol*. 2017;25(13):675-89.
18. Paiva CB, Ferreira IB, Bosa VL, Narvaez JC. Depression, anxiety, hopelessness and quality of life in users of cocaine/crack in outpatient treatment. *Trends Psychiatry Psychother*. 2017;39(1):34-42.
19. Rahman M, Nakamura K, Seino K, Kizuki M. Do tobacco smoking and illicit drug/alcohol dependence increase the risk of mental disorders among men? Evidence from a national urban bangladeshi sample. *Perspect Psychiatr Care*. 2015;51(1):16-27.
20. Silva DL, Torrezan MB, Costa JV, Garcia AP, Toledo VP. Perfil Sócio-demográfico e Epidemiológico dos Usuários de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas. *Rev Enferm Atenção Saúde*. 2017;6(1):67-79.
21. Fernandes MA, Pinto KL, Teixeira Neto JA, Magalhães JM, Carvalho CM, Oliveira AL. Transtornos mentais e comportamentais por uso de substâncias psicoativas em hospital psiquiátrico. *Rev Eletrônica Saúde Ment Álcool Drog*. 2018;13(2):64-70.
22. Oliveira EN, Olímpio AC, Costa JB, Moreira RM, Oliveira LS, Silva RW. Consumo de crack: característica de usuários em tratamento em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas. *Rev Eletrônica Saúde Ment Álcool Drog*. 2019;15(4):1-8.
23. Santos LV. Estudo prospectivo de usuários de crack atendidos em hospital psiquiátrico público em Maceió, Alagoas [Tese]. Maceió: Universidade Federal de Alagoas; 2018.



24. Seleglim MR, Oliveira ML. Padrão do uso de drogas de abuso em usuários de crack em tratamento em uma comunidade terapêutica. *Rev Neurociências*. 2013;21(3):339-48.
25. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Polydrug use: patterns and responses. Luxembourg (LUX): Office for Official Publications of the European Communities; 2009. 29 p. [citado 2020 Jun 25]. Disponível em: [https://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues/polydrug-use-patterns-and-responses\\_en](https://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues/polydrug-use-patterns-and-responses_en)
26. Almeida RA, Anjos UU, Vianna RP, Pequeno GA. Perfil dos usuários de substâncias psicoativas de João Pessoa. *Saúde Debate*. 2014;38(102):526-38.
27. Botti NC, Machado JS, Tameirão FV, Costa BT, Benjamim ML. Funcionamento Transgeracional de famílias de usuários de crack. *Psicol Argum Curitiba*. 2014;32(76):45-55.
28. Danieli RV, Ferreira MB, Nogueira JM, Oliveira LN, Cruz EM, Araújo Filho GM. Perfil sociodemográfico e comorbidades psiquiátricas em dependentes químicos acompanhados em comunidades terapêuticas. *J Bras Psiquiatr*. 2017;66(3):139-49.
29. Brasil. Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicada. Perfil Das Comunidades Terapêuticas Brasileiras. Brasília (DF): IPEA; 2017. 50 p [citado 2020 Set 23]. Disponível em: [http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota\\_tecnica/20170418\\_nt21.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/20170418_nt21.pdf)
30. Santos MP. Comunidades Terapêuticas e a Disputa entre Modelos de Atenção e Cuidado a Usuários de Drogas. In: Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicada, editor. Boletim de Análise Político-Institucional nº 18, dezembro 2018. Brasília (DF): IPEA; 2018. p. 81-9 [citado 2020 Set 23]. Disponível em: [https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com\\_content&view=article&id=34474&Itemid=6](https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=34474&Itemid=6)
31. Brasil, Leis, Decretos. Lei Nº 13.840, de 5 de junho de 2019. Esta Lei altera a Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, para tratar do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, definir as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e tratar do financiamento das políticas sobre drogas e dá outras providências. Brasília (DF): República Federativa do Brasil; 2019 [citado 2020 Set 23]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2019/lei/L13840.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13840.htm)
32. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução Nº 32, de 14 de dezembro de 2017. Estabelece as Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017 [citado 2020 Jun 30]. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/janeiro/05/Resolu----o-CIT-n---32.pdf>
33. Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001 [citado 2020 Jun 30]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm)
34. Leão NM, Boska GA, Silva JC, Claro HG, Oliveira MA, Oliveira MS. Perfil de mulheres acolhidas em leitos de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas. *Enferm Foco*. 2020;11(1):63-8.
35. Andretta I, Limberger J, Schneider JA, Mello LT. Sintomas de Depressão, Ansiedade e Estresse em Usuários de Drogas em Tratamento em Comunidades Terapêuticas. *Psico-USF*. 2018;23(2):361-73.
36. Moreira RM, Oliveira EN, Lopes RE, Lopes MV, Almeida PC, Aragão HL. Transtorno mental comum em usuários de substâncias psicoativas. *Enferm Foco*. 2020;11(1):99-105.
37. Fortes PM, Hess AR, Marrone DD, Hutz CS, Almeida RM. Avaliação neuropsicológica do funcionamento executivo, níveis de ansiedade, depressão e raiva de poliusuários de drogas: um estudo comparativo. *Neuropsicol Lat Am*. 2019;11(1):28-37.
38. Mazer AK, Macedo BB, Juruena MF. Transtornos da personalidade. *Medicina (Ribeirão Preto)*. 2017;50(supl. 1):85-97.
39. Silva MS, Souza MP, Chaves FB, Meireles E, Cardoso RO. Comorbidades psiquiátricas desenvolvidas mais frequentemente aos dependentes químicos – revisão bibliográfica. *Rev Iniciação Científica e Extensão*. 2019;2(4):208-12.
40. Cantão L, Botti NC. Comportamento suicida entre dependentes químicos. *Rev Bras Enferm*. 2016;69(2):389-96.
41. Castro RA, Padilha EB, Dias CM, Botti NC. Vulnerabilidades da população em situação de rua ao comportamento suicida. *Rev Enferm UFPE online*. 2019;13(2):431-7.

# ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DA CARTILHA “CONHECENDO O TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO”

PREPARATION AND VALIDATION OF THE CONTENT OF THE BOOKLET “KNOWING THE CHEMOTHERAPEUTIC TREATMENT”

ELABORACIÓN Y VALIDACIÓN DEL CONTENIDO DEL FOLLETO “CONOCIENDO EL TRATAMIENTO QUIMIOTERAPÉUTICO”

Luciano Marques dos Santos<sup>1</sup>

Hérica Martins Barreto Carvalho<sup>1</sup>

Cleonara Sousa Gomes e Silva<sup>1</sup>

Maria Carolina Ortiz Whitaker<sup>2</sup>

Marialda Moreira Christoffel<sup>3</sup>

Silvia da Silva Santos Passos<sup>1</sup>

(<https://orcid.org/0000-0001-7866-6353>)

(<https://orcid.org/0000-0001-9850-4351>)

(<https://orcid.org/0000-0002-4827-8306>)

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

(<https://orcid.org/0000-0002-4037-8759>)

(<https://orcid.org/0000-0002-2104-5131>)

## Descritores

Enfermagem oncológica;  
Criança; Segurança do paciente;  
Antineoplásicos; Estudos de  
validação; Materiais de ensino

## Descriptors

Obstetrical nursing; Child; Patient  
safety; Antineoplastic agents;  
Validation study; Teaching material

## Descriptores

Enfermería obstétrica; Niño;  
Seguridad del paciente;  
Antineoplásicos; Estudio de  
validación; Materiales de enseñanza

## Submetido

3 de Maio de 2020

## Aceito

19 de Julho de 2021

## Conflitos de Interesse:

nada a declarar.

## Autor correspondente

Luciano Marques dos Santos  
E-mail: [lucmarxenfo@yahoo.com.br](mailto:lucmarxenfo@yahoo.com.br)

## RESUMO

**Objetivo:** Elaborar e validar o conteúdo da cartilha sobre o tratamento quimioterápico para crianças com câncer.

**Métodos:** Tratou-se de um estudo metodológico do tipo elaboração e validação de tecnologias, desenvolvido entre setembro de 2015 a março de 2017, desenvolvido em cinco etapas: diagnóstico situacional, levantamento bibliográfico, seleção e sumarização do conteúdo, elaboração do texto, criação das imagens e diagramação. A avaliação da cartilha foi realizada por 10 juizes especialistas com experiência na área de pediatria oncológica utilizando a Técnica Delphi. Adotou-se como nível de concordância aceitáveis para os Índices de Validação de Conteúdo dos itens, categoria e global os valor igual ou superior a 0,80.

**Resultados:** A cartilha foi submetida a duas rodadas de avaliação. Os itens das categorias conteúdo, linguagem, ilustrações, organização, layout, relevância e aplicabilidade clínica obtiveram IVC  $\geq 0,80$ , com IVC Global de 0,96.

**Conclusão:** A cartilha foi considerada uma tecnologia didática instrucional validada, apresentando aplicabilidade clínica e relevância na área de oncologia pediátrica, após duas etapas de validação.

## ABSTRACT

**Objective:** To develop and validate the content of the booklet on chemotherapy treatment for children with cancer.

**Methods:** This was a methodological study of the elaboration and validation of technologies type, developed between September 2015 and March 2017, developed in five stages: situational diagnosis, literature review, selection and summarization of content, text elaboration, creation of images and layout. The evaluation of the booklet was carried out by 10 expert judges with experience in the field of pediatric oncology using the Delphi Technique. The acceptable level of agreement for the Content Validation Indices of items, category and global was adopted as values equal to or greater than 0.80.

**Results:** The booklet underwent two rounds of evaluation. Items in the content, language, illustrations, organization, layout, relevance and clinical applicability categories had a CVI  $\geq 0,80$ , with a Global CVI of 0.96.

**Conclusion:** The booklet was considered a validated instructional didactic technology, with clinical applicability and relevance in the field of pediatric oncology, after two stages of validation.

## RESUMEN

**Objetivo:** Desarrollar y validar el contenido del folleto sobre el tratamiento de quimioterapia para niños con cáncer.

**Métodos:** Se trata de un estudio metodológico de elaboración y validación de tecnologías tipo, desarrollado entre septiembre de 2015 y marzo de 2017, desarrollado en cinco etapas: diagnóstico situacional, revisión de literatura, selección y resumen de contenidos, elaboración de textos, creación de imágenes y maquetación. La evaluación del folleto fue realizada por 10 jueces expertos con experiencia en el campo de la oncología pediátrica utilizando la Técnica Delphi. El nivel aceptable de concordancia para los Índices de Validación de Contenido de ítems, categoría y global fue adoptado como valores iguales o mayores a 0,80.

**Resultados:** El folleto se sometió a dos rondas de evaluación. Los ítems en las categorías de contenido, idioma, ilustraciones, organización, diseño, relevancia y aplicabilidad clínica tuvieron un IVC  $\geq 0,80$ , con un IVC global de 0,96.

**Conclusión:** El cuadernillo fue considerado una tecnología didáctica instruccional validada, con aplicabilidad clínica y relevancia en el campo de la oncología pediátrica, luego de dos etapas de validación.

<sup>1</sup>Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, BA, Brasil.

<sup>2</sup>Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, Brasil.

<sup>3</sup>Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

## Como citar:

Santos LM, Carvalho HM, Gomes e Silva CS, Whitaker MC, Christoffel MM, Passos SS. Elaboração e validação de conteúdo da cartilha “conhecendo o tratamento quimioterápico”. *Enferm Foco*. 2021;12(5):943-9.

DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n5.3701>

## INTRODUÇÃO

Na população infanto-juvenil, estimou-se que, em 2018, haveria a incidência de 12.500 casos de câncer, com destaque para os de células do sistema sanguíneas, tecidos do sistema nervoso e linfático.<sup>(1)</sup> O tratamento deste agravo pode ser realizado por meio da quimioterapia, radioterapia e cirurgia, dependendo do tipo do câncer, localização e estágio em que se encontra.<sup>(1)</sup>

As crianças passam por repetidas hospitalizações, necessárias para a realização do tratamento, e assim têm sua rotina diária modificada. Os períodos de hospitalização são permeados por experiências estressantes devido aos diversos procedimentos invasivos, potencialmente dolorosos, como a inserção de cateteres intravenosos utilizados na administração de medicamentos, quimioterápicos, soluções, nutrientes, derivados do sangue e também para a coleta de amostras sanguíneas.

A quimioterapia é o tipo de tratamento mais utilizado em crianças e sua administração pode resultar em diversos efeitos colaterais, a exemplo da alopecia, apatia, anorexia, mucosite, náusea, vômitos, diarreia, fadiga, neutropenia, sangramentos e hematomas.<sup>(2)</sup> Entre as adversidades do tratamento quimioterápico a criança também está vulnerável a ocorrência de infiltrações e de extravasamentos de medicamentos ou soluções infundidas. Esses eventos adversos ocasionam dor, queimação ao longo do acesso venoso periférico, lesões de pele no local e provavelmente, novas intervenções terapêuticas.

Assim, a criança deveria receber informações claras e adequadas a seu nível de desenvolvimento sobre a quimioterapia, no início da terapêutica, destacando sua ação, eventos adversos, efeitos colaterais e as estratégias necessárias que podem minimizar as adversidades e sequelas desse momento do tratamento.

Entretanto, dados de pesquisa qualitativa nacional demonstrou que os profissionais de saúde fornecem orientações sobre a quimioterapia direcionando-as para os pais e poucos orientam as crianças.<sup>(3)</sup> Estes profissionais reconheceram que as crianças são capazes de compreender as orientações fornecidas, porém encontram dificuldades em se comunicar em linguagem acessível.<sup>(3)</sup>

Assim, esclarecer dúvidas e fornecer informações sobre o quadro clínico e tratamento podem amenizar as sequelas decorrentes da hospitalização, deixando a criança mais segura, menos ansiosa, mais tranquila e consciente dos momentos que irá passar durante o tratamento.<sup>(4)</sup> Tais informações são valorizadas pelas crianças, que ressaltam a importância da utilização de recursos lúdicos, como a brincadeira antes dos procedimentos invasivos e dolorosos.<sup>(5)</sup>

Desde modo, faz-se necessário utilizar estratégias que possam preparar a criança e seus familiares<sup>(5,6)</sup> para o uso da quimioterapia, a exemplo das atividades lúdicas,<sup>(7)</sup> tais como desenhos animados,<sup>(8)</sup> equipamentos eletrônicos<sup>(9)</sup> (smartphones, tablets, computadores), cartões de distração,<sup>(10)</sup> tecnologia de realidade virtual<sup>(11-13)</sup> e fornecimento de informações sobre a doença e a quimioterapia, por meio de materiais educativos, como folhetos, manuais e cartilhas.<sup>(14)</sup>

Tais tecnologias de distração, por crianças durante a realização de procedimentos invasivos diminui o nível de angústia,<sup>(8)</sup> ansiedade,<sup>(9)</sup> dor,<sup>(11)</sup> estresse,<sup>(11)</sup> menos esforços para contenção mecânica,<sup>(9)</sup> melhoria na qualidade de sono,<sup>(15)</sup> além de auxiliar na compreensão da criança sobre a doença e a quimioterapia.<sup>(16)</sup> O uso de videogames como estratégias de empoderamento de crianças com câncer, conforme revisão de literatura, demonstrou possuir efeitos positivos nas emoções cognitivas destes indivíduos.<sup>(17)</sup>

No entanto, a incorporação dos recursos tecnológicos e de realidade virtual supramencionados no cuidado da criança com câncer no Brasil pode ser dificultado por diversos fatores tais como disponibilidade de tecnologias como tablets, notebooks, internet, condições clínicas e ausência de familiaridade da criança, mesmo com todos os benefícios já observados pelas pesquisas.

Neste sentido, o uso de materiais impressos deve ser estimulado por possuir baixo custo, ser de fácil acesso aos seus usuários, proporciona informações adequadas e podem ser lidos em qualquer momento da hospitalização da criança,<sup>(18)</sup> conforme sua necessidade por informação e motivação.

No entanto, é incipiente a produção e publicação de tecnologias didáticas destinadas a criança em tratamento quimioterápico, que permita conhecimento e compreensão desse momento singular. Também, a literatura aponta a necessidade de validação de conteúdo de instrumentos após o processo de construção.<sup>(19)</sup> Isto posto, questionou-se: "Quais informações podem compor uma cartilha para orientar crianças com câncer durante a quimioterapia?" e "Esta cartilha apresenta validade de conteúdo?" Assim, o objetivo deste estudo foi elaborar e validar o conteúdo da cartilha sobre o tratamento quimioterápico para crianças com câncer.

## MÉTODOS

Estudo metodológico do tipo elaboração e validação de cartilha. O estudo foi desenvolvido no município de Feira de Santana, no interior da Bahia.

Foram convidados 22 juízes especialistas via correio eletrônico, sendo enviado uma carta convite, explicitando a

origem do material e objetivo do estudo. Desses, 10 aceitaram participar. Segundo a literatura nacional, o número de especialistas é determinado pelo fenômeno que se pretende estudar utilizando a Técnica Delphi,<sup>(20)</sup> sendo verificados nas demais pesquisas a variação de oito a 23 participantes, incluindo profissionais da área da área acadêmica, profissionais técnicos e/ou profissionais de design e marketing.<sup>(22-25)</sup>

A amostragem dos participantes foi do tipo não probabilístico e intencional, sendo avaliado o currículo Lattes dos prováveis participantes. Os critérios de inclusão foram: ser profissional envolvido na gerência, na assistência, no ensino, na pesquisa e ou na extensão relacionados à oncologia, quimioterapia, criança hospitalizada, terapia intravenosa, elaboração e validação de materiais didáticos; ter experiência mínima de um ano em unidade de oncologia pediátrica. Foram excluídos desse grupo participantes que, após a inclusão no estudo e por algum motivo pessoal finalizaram todas as etapas da validação da cartilha e os que não devolveram o instrumento de validação de conteúdo e aparência.

Estudo desenvolvido em quatro etapas, diagnóstico situacional, levantamento bibliográfico, seleção e sumarização do conteúdo, elaboração da cartilha e sua validação.<sup>(20)</sup> A fase do diagnóstico situacional ocorreu de setembro a novembro de 2015 por meio de uma pesquisa qualitativa que teve como objetivo compreender a experiência de 15 crianças e adolescentes com câncer em tratamento quimioterápico intravenoso, sendo possível compreender as estratégias adotadas por elas para enfrentar os eventos adversos da terapia. Assim, percebe-se a necessidade de elaborar uma tecnologia didática e instrucional sobre o tratamento quimioterápico.

Entre fevereiro a março 2017, ocorreu a segunda fase do estudo, por meio do levantamento bibliográfico do tipo *Scoping review* em bases de dados nacionais e internacionais, sendo selecionados seis artigos referentes à terapia intravenosa em crianças com câncer. Também, foram utilizados livros didáticos sobre a temática.

Assim, na terceira fase da pesquisa, foi elaborada a cartilha conforme informações extraídas, na fase segunda, a qual foram categorizadas para o delineamento do conteúdo científico, também, foram incluídos os dados da fase diagnóstica quanto as estratégias das crianças para enfrentamento dos efeitos adversos. Utilizou-se o programa *CorelDRAW*, e a diagramação das imagens e textos foi realizada por *design*.

Na quarta etapa, iniciou-se o processo de validação do conteúdo e aparência da cartilha por meio da Técnica Delphi, com o convite para profissionais especialistas na área de pediatria na elaboração e validação de tecnologias.

Após o aceite, foi enviado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o questionário para a validação

dos itens da cartilha, que continham os seguintes critérios: conteúdo, linguagem, ilustrações, organização, layout, relevância e aplicabilidade clínica e caracterização dos juizes, além da cartilha em avaliação.

O questionário foi adaptado de outros estudos sobre validação de manuais e cartilhas. Cada item teve como resposta "discordo fortemente", "discordo", "concordo", "concordo fortemente" e "não sei". O instrumento, também, continha um espaço para observações e sugestões sobre os itens avaliados.

Os dados coletados foram digitados no *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 22.0. Para a caracterização dos juizes, foram realizadas as frequências absolutas e relativas, além da verificação das medidas de tendência central (média) e dispersão (valores mínimos e máximos e desvio padrão) das variáveis numéricas.

A validação de conteúdo envolve a utilização de processo quantitativos e qualitativos. Na avaliação quantitativa, foi realizado cálculo do Índice de Validação do Conteúdo (IVC). O IVC corresponde à somatória das respostas "concordo" e "concordo fortemente" dividido pelo número total de juizes participantes. Também, calculou-se o IVC das categorias denota-se a média do IVC de cada item da categoria específica. Por fim foi calculado o IVC Global que corresponde à soma de todos os IVC dos itens, dividido pelo seu número total.<sup>(19,26)</sup>

Adotou-se como nível de concordância aceitável para os índices valores iguais ou superiores a 0,8, sendo esse índice indicado por literatura sobre validação de conteúdo.<sup>(27)</sup>

Na avaliação qualitativa, foram categorizadas e analisadas as sugestões dos juizes de acordo com similaridade entre elas, e realizados ajustes na cartilha conforme a pertinência, no entanto, não foi realizado uma reunião presencial como o comitê de juizes para a discussão das modificações, conforme indica a literatura.<sup>(19)</sup>

A pesquisa foi aprovada por Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), com Parecer n. 2.049.476 (CAAE 66290717.1.0000.0053).

## RESULTADOS

O quadro de juizes para a validação da cartilha foi composto por 10 participantes, em sua maioria foram enfermeiros (90%), sexo feminino (90%), com titulação acadêmica de especialista e mestrado (30%), e que atuam nos diversos campos proporcionados de atenção à saúde, sendo o de maior proporção o de ensino, pesquisa, extensão e assistência (40%) e atuantes em clínica oncológica (28,6%). A média de idade dos juizes foi de 42,5 anos ( $\pm 9,03$ ), a mínima encontrada foi de 28 anos e a máxima de 56 anos. A média

de tempo de formação profissional foi de 19,8 anos ( $\pm 9,53$ ), sendo que o tempo mínimo de formação profissional observado entre os especialistas foi de 5 anos e no máximo 33 anos. A média do tempo de atuação na área pediátrica foi de 17,9 anos ( $\pm 10,5$ ), com tempo mínimo de atuação na área de 5 anos e a máxima de 33 anos. Todos os juízes tinham experiência na área pediátrica. A primeira versão da cartilha foi intitulada "Conhecendo o tratamento quimioterápico com o quimioamigo", continha 31 páginas, com quatro personagens inéditos para a cartilha, sendo uma criança, a enfermeira Ana, o quimioamigo e a célula. A cartilha foi composta pelas seguintes partes: capa (com as ilustrações dos quatro personagens), folha de rosto (contendo as informações institucionais), contexto lúdico e explicativo, que, inicialmente, conceituou-se o câncer para a criança, a atuação da quimioterapia no corpo humano e como ocorre sua administração pela via intravenosa periférica. Posteriormente a cartilha apresenta os efeitos colaterais do tratamento. Verificou-se na primeira rodada de avaliação que os juízes discordaram quanto a sequência lógica do conteúdo da cartilha (Tabela 1). Também, na categoria linguagem, os juízes consideraram que o estilo da redação utilizada na cartilha não se encontrava compatível com o público-alvo, a escrita utilizada não estava atrativa e a linguagem não estava clara e objetiva (Tabela 1). Para a categoria *layout*, os juízes jugaram que o tipo de letra utilizada não foi considerado de fácil leitura, as cores aplicadas ao texto não estavam pertinentes e não facilitavam a leitura e a composição visual não estava atrativa e bem organizada.

Com relação à organização, os juízes expressaram que as informações não estavam bem estruturadas em concordância e ortografia, as informações contidas na capa, contracapa, sumário, agradecimento e/ou apresentação não estavam coerentes e o tamanho do título e dos tópicos não estavam adequados. Diante da avaliação da primeira rodada, a cartilha obteve IVC global de 0,78, sendo necessário realizar alguns ajustes conforme sugestões dos juízes, como: alteração do título, correções ortográficas e de concordância, síntese de discursos repetitivos, esclarecimento e descrição detalhada de tópicos relevante para a compreensão do público-alvo, a substituição de termos incompreensível por expressões de fácil entendimento do público alvo, a retirada de expressões consideradas inadequadas e a inclusão de mais informações sobre os efeitos adversos da quimioterapia e medidas para minimizá-los. Referente à ilustração e ao layout, os juízes incentivaram a utilização de mais imagens que elucidassem os efeitos adversos dos quimioterápicos, o uso de tonalidade mais claras ao fundo das ilustrações, divisão das falas em mais balões de diálogo, alteração do formato e tamanho de

**Tabela 1.** Distribuição do Índice de Validação do Conteúdo e aparência dos juízes segundo critério de conteúdo, linguagem, ilustração, layout, organização, relevância e aplicabilidade prática da primeira rodada

Variáveis	IVC*
1. Conteúdo	
1.1 O conteúdo está correto cientificamente	0,80
1.2 O conteúdo está apropriado ao público-alvo	0,80
1.3 A divisão dos títulos e subtítulos do material é pertinente	0,80
1.4 A sequência do texto é lógica	0,70
1.5 A apresentação do conteúdo favorece a aprendizagem da temática	0,90
IVC* da categoria conteúdo	0,80
2. Linguagem	
2.1 O estilo da redação é compatível com o público-alvo	0,70
2.2 A escrita utilizada é atrativa	0,50
2.3 A linguagem do texto é clara e objetiva	0,60
IVC* da categoria linguagem	0,60
3. Ilustrações	
3.1 As ilustrações são pertinentes com o conteúdo do material e elucidam o conteúdo	1,0
3.2 As ilustrações são claras e transmitem facilidade de compreensão	0,80
3.3 As ilustrações possuem qualidade gráfica	0,90
3.4 A quantidade de ilustrações está adequada para o conteúdo da cartilha	0,80
3.5 A presença de cada uma das figuras na cartilha é relevante	1,0
IVC* da categoria da categoria ilustração	0,90
4. Layout	
4.1 O tipo de letra utilizado facilita a leitura	0,60
4.2 As cores aplicadas ao texto são pertinentes e facilitadora da leitura	0,70
4.3 A composição visual está atrativa e bem organizada	0,60
IVC* da categoria da categoria layout	0,63
5. Organização	
5.1 A cartilha é apropriada para crianças em tratamento quimioterápico	0,90
5.2 As informações estão bem estruturadas em concordância e ortografia	0,20
5.3 Informações da capa, contracapa, sumário, agradecimento e/ou apresentação são coerentes	0,70
5.4 O tamanho do título e dos tópicos estão adequados	0,70
5.5 O número de página está adequado	0,90
IVC* da categoria organização	0,68
6. Relevância	
6.1 Os temas retratam aspectos-chaves que devem ser reforçados	1,0
6.2 A cartilha permite a transferência e generalizações do aprendizado	0,80
6.3 A cartilha aborda os assuntos necessários a criança em tratamento quimioterápico	0,80
6.4 Está adequado para ser usado por qualquer profissional que trabalhe com crianças em tratamento quimioterápico	0,80
IVC* da categoria da categoria linguagem	0,85
7. Aplicabilidade prática	
7.1 A cartilha possui aplicabilidade prática	1,0
IVC* da categoria aplicabilidade prática	1,0
IVC Global	0,78

\* IVC - Índice de Validação de Conteúdo

apresentação das letras e organização da disposição visual das ilustrações. Todas as sugestões foram acatadas, exceto a utilização de tons mais claros em todas as páginas, haja vista que, as cores mais escuras se mostravam atrativas. A versão final da cartilha foi intitulada "Conhecendo o tratamento quimioterápico" e contém 34 páginas (Figura 1). Na segunda rodada de avaliação participaram oito juízes. A cartilha foi validada com IVC superior a 0,80 em todas as categorias (Tabela 2) e IVC global de 0,96.



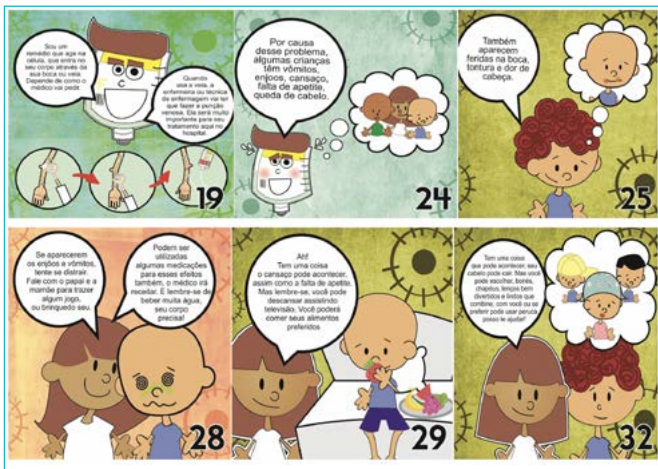


Figura 1. Ilustrações da versão final da cartilha “Conhecendo o tratamento quimioterápico”

## DISCUSSÃO

A cartilha apresentada nesse estudo foi elaborada por meio de evidências dos relatos das experiências vivenciadas por criança durante o tratamento quimioterápico, de embasamentos científicos na literatura e avaliação de especialistas. A participação do público-alvo na construção do tema possibilita a elaboração de uma cartilha educativa que auxilie em dificuldades no tratamento e necessidades de aprendizado. Tal abordagem tende a contribuir para a eficácia da educação em saúde.<sup>(28)</sup>

Entre as características positivas desta cartilha destaca-se a criação de personagens e a narração de uma estória, o que possibilita uma abordagem lúdica acerca do tema.<sup>(29)</sup>

A utilização de materiais validados quanto ao conteúdo e aparência favorece suporte na promoção do cuidado. Por isso, utilizar na prática clínica um recurso que contenha validade de conteúdo e aparência poderá colaborar com os trabalhadores da saúde na orientação de crianças com câncer, com recurso acessível para a faixa etária.

Um estudo sobre a validação de uma cartilha destinada a adultos hospitalizados com o objetivo de prevenir a ocorrência de queda no hospital verificou-se que, dos 22 participantes, 100% concordaram que o conteúdo contemplava o tema proposto, o conteúdo era adequado ao processo de ensino-aprendizagem, esclarecia dúvidas sobre a temática, provocava reflexões e incentivava mudanças.<sup>(22)</sup>

Outra pesquisa que validou a cartilha “Pé Saudável é Pé Bem Cuidado”, observou que os juizes do grupo conteúdo (professores/doutores especialista na temática) afirmaram que a tecnologia era coerente para as pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2 com relação ao autocuidado dos

Tabela 2. Distribuição do Índice de Validação do Conteúdo e aparência dos juizes segundo critério de conteúdo e linguagem da segunda rodada

Variáveis	IVC*
1. Conteúdo	
1.1 O conteúdo está correto cientificamente	1,0
1.2 O conteúdo está apropriado ao público-alvo	0,87
1.3 A divisão dos títulos e subtítulos da cartilha é pertinente	1,0
1.4 A sequência do texto é lógica	0,87
1.5 A apresentação do conteúdo favorece a aprendizagem da temática	0,87
IVC* da categoria conteúdo	0,92
2. Linguagem	
2.1 O estilo da redação é compatível com o público-alvo	0,87
2.2 A escrita utilizada é atrativa	1,0
2.3 A linguagem do texto é clara e objetiva	0,87
IVC* da categoria linguagem	0,91
3. Ilustrações	
3.1 As ilustrações são pertinentes com o conteúdo do material e elucidam o conteúdo	1,0
3.2 As ilustrações são claras e transmitem facilidade de compreensão	1,0
3.3 As ilustrações possuem qualidade gráfica	1,0
3.4 A quantidade de ilustrações está adequada para o conteúdo do instrumento	1,0
3.5 A presença de cada uma das figuras na cartilha é relevante	1,0
IVC* da categoria ilustração	1,0
4. Layout	
4.1 O tipo de letra utilizado facilita a leitura	0,87
4.2 As cores aplicadas ao texto são pertinentes e facilitadoras para a leitura	1,0
4.3 A composição visual está atrativa e bem organizada	1,0
IVC* da categoria layout	0,96
5. Organização	
5.1 A cartilha é apropriada para crianças em tratamento quimioterápico	1,0
5.2 As informações estão bem estruturadas em concordância e ortografia	0,88
5.3 Informações da capa, contracapa, sumário, agradecimento e/ou apresentação são coerentes	0,88
5.4 O tamanho do título e dos tópicos estão adequados	1,0
5.5 O número de página está adequado	1,0
IVC* da categoria organização	0,95
6. Relevância	
6.1 Os temas retratam aspectos-chaves que devem ser reforçados	1,0
6.2 A cartilha permite a transferência e generalizações do aprendizado	1,0
6.3 A cartilha aborda os assuntos necessários a criança em tratamento quimioterápico	1,0
6.4 Está adequado para ser usado por qualquer profissional que trabalhe com crianças em tratamento quimioterápico	1,0
IVC* da categoria relevância	1,0
7. Aplicabilidade prática	
7.1 A cartilha possui aplicabilidade prática	1,0
IVC* da categoria aplicabilidade	1,0
IVC Global	0,96

\* IVC - Índice de Validação de Conteúdo

pés, provia mudança de atitudes e poderia circular no meio científico, sendo apropriado para o público-alvo.<sup>(23)</sup>

O conteúdo abordado na cartilha descreve o conceito e as características do câncer por meio de profissionais do contexto hospitalar, como enfermeiros, além de atribuir ações e participação de objetos inanimados, como observado em outros materiais didáticos e instrucionais.<sup>(22)</sup> Apresenta de maneira dialogada orientações de

autocuidado ao público alvo,<sup>(30)</sup> como as estratégias para alívio dos efeitos adversos da quimioterapia. Estratégias de distração e a ilusão, têm se apresentado como efetivas para crianças com câncer durante o tratamento para alívio das náuseas e vômitos.<sup>(31)</sup>

Com relação à linguagem, segundo avaliação de juízes especialistas docentes e assistenciais quanto à cartilha intitulada "PRONTIDÃO: alimentação e atividade física no adulto hipertenso", de uma pesquisa nacional,<sup>(32)</sup> os itens referentes a mensagem do material ser apresentada de maneira clara e objetiva e a tecnologia ser adequada ao nível sociocultural do público-alvo foram validados na segunda rodada de avaliação, bem como, foi observado no presente estudo.

Sugestões propostas pelos juízes para as categorias linguagem e conteúdo também foram observadas em outros estudos, destacando-se a substituição de termos de difícil compreensão,<sup>(22,23)</sup> alterações no título,<sup>(22)</sup> esclarecimento de frases consideradas confusas<sup>(23)</sup> e inclusão de mais conteúdo.<sup>(32)</sup>

O conteúdo condizente com a temática proposta pelo material didático e uma linguagem compatível e próxima do entendimento do público alvo são pontos fortes e essenciais para um elevado nível de aceitabilidade da tecnologia, não sendo apenas "mais uma material didático", mas influenciando positivamente no processo de educação em saúde e incorporação do indivíduo cuidado na sua segurança assistencial no contexto hospitalar.

Sobre as ilustrações, na pesquisa de validação da tecnologia "Hemodiálise: cartilha do paciente renal", os juízes afirmaram que estes recursos foram expressivos, pertinentes, claro e favoreciam a transmissão do conteúdo.<sup>(33)</sup>

No entanto, na primeira rodada, os juízes apontaram algumas sugestões acerca da utilização de mais imagens que retratem os efeitos colaterais ocasionados pelo tratamento quimioterápico em crianças, outra pesquisa, também, demonstrou a necessidade de ajustes nas ilustrações, mesmo alcançando níveis aceitáveis do IVC.<sup>(33)</sup>

Com relação a categoria *layout*, sua organização favorece a compreensão e estimula a leitura.<sup>(34)</sup> O tipo de letra, coloração, inclusão ou alteração das imagens também foram variáveis pontuadas como necessária de modificações em outras cartilhas que foram validadas e encontradas na literatura científica.<sup>(22,23)</sup>

Entende-se a relevância dos elementos que compõe os aspectos visuais de uma tecnologia didática instrucional,

haja vista que, por meio desses desperta-se o interesse pela leitura, além de ser um aliado no processo de memorização das informações.

Na categoria relevância, os juízes concordaram que os temas apresentados retrataram aspectos-chaves sendo, a cartilha, considerada como aplicável ao contexto prático.

Quanto a limitações deste estudo, destaca-se o tipo de metodologia subjetiva de validação que não permite a generalização dos dados, a não realização do cálculo amostral dos participantes, a dificuldade de obter o *feedback* dos participantes. Além disso, a incipiente produção do conhecimento sobre a temática limitou a discussão dos achados com a literatura.

A cartilha validada trata de um recurso educacional que pode ser relevante para os profissionais de saúde da prática clínica e se apresenta como uma tecnologia didática e instrucional impressa, leve, inovadora e de baixo custo que poderá ser utilizada amplamente nos serviços de oncologia pediátrica, demandando esforços dos gestores deste serviço no que tange à sua impressão para assim melhorar o acesso do público alvo.

Também, demonstra-se como um meio para a promoção da educação em saúde de crianças com câncer e seus familiares, envolvendo-os no cuidado por meio do esclarecimento de dúvidas e estratégias para enfrentamento de dificuldades vivenciadas, assim, podendo fortalecê-los durante a experiência de utilização dos quimioterápicos intravenosos.

## CONCLUSÃO

A cartilha foi elaborada e possui validade de conteúdo e aparência, segundo a avaliação de juízes especialista. No entanto, recomenda-se a realização de outros estudos, como a realização de validação de aparência da cartilha como o público-alvo, verificação da aplicabilidade e do efeito da tecnologia no comportamento das crianças antes e após a o seu uso.

## Contribuições

Concepção e/ou desenho: Santos LM, Carvalho HMB. Análise e interpretação dos dados: Santos LM, Carvalho HMB, Silva CSG. Redação e/ou revisão do artigo: Santos LM, Carvalho HMB, Silva CSG, Whitaker COM, Christoffel MM, Passos SSS. Aprovação da versão final: Santos LM, Carvalho HMB, Silva CSG, Whitaker COM, Christoffel MM, Passos SSS.

## REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional do Câncer (INCA). Câncer Infantojuvenil. Brasília (DF): INCA; 2019 [citado 2020 Jan 22]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-infantojuvenil>
2. Silva ES, Viana AL. Cuidados na quimioterapia. In: Silva MM, Franzoni AA, Kato T, Nunes MV, Toma A, organizadores. Cuidados de enfermagem em especialidades pediátricas. São Paulo: Atheneu; 2012. p. 73-79.
3. Cruz EF, Silva LF, Goes FG, Aguiar RC, Moraes JR. Orientações de enfermagem junto à criança em tratamento quimioterápico antineoplásico. *Rev Eletrônica Enferm.* 2014;16(2):378-85.
4. Dias JJ, Silva AP, Freire RL, Andrade AS. A experiência de crianças com câncer no processo de hospitalização e no brincar. *Rev Min Enferm.* 2013;17(3):608-13.
5. Silva LN, Silva LF, Goes FG, Machado ME, Paiva ED. Orientações sobre quimioterapia junto à criança com câncer: método criativo sensível. *Online Braz J Nurs.* 2015;14(suppl.):471-80.
6. Gonzalez-Mercado V, Williams P, Williams A, Pedro E, Colon G. The symptom experiences of Puerto Rican children undergoing cancer treatments and alleviation practices as reported by their mothers. *Int J Nurs Pract.* 2017;23(1):e12500.
7. Sposito AM, Silva-Rodrigues FM, Sparapani VC, Pfeifer LI, Lima RA, Nascimento LC. Coping Strategies Used by Hospitalized Children With Cancer Undergoing Chemotherapy. *J Nurs Scholarsh.* 2015;47(2):143-51.
8. Cerne D, Sannino L, Petean M. A randomised controlled trial examining the effectiveness of cartoons as a distraction technique. *Nurs Child Young People.* 2015;27(3):28-33.
9. Shahid R, Benedict C, Mishra S, Mulye M, Guo R. Using iPads for distraction to reduce pain during immunizations. *Clin Pediatr (Phila).* 2015;54(2):145-8.
10. Şahiner NC, Türkmen AS. The Effect of Distraction Cards on Reducing Pain and Anxiety During Intramuscular Injection in Children. *Worldviews Evid Based Nurs.* 2019;16(3):230-5.
11. Piskorz J, Czub M. Effectiveness of a virtual reality intervention to minimize pediatric stress and pain intensity during venipuncture. *J Spec Pediatr Nurs.* 2018;23(1):e12201.
12. Walther-Larsen S, Petersen T, Friis SM, Aagaard G, Drivenes B, Opstrup P. Immersive Virtual Reality for Pediatric Procedural Pain: A Randomized Clinical Trial. *Hosp Pediatr.* 2019;9(7):501-7.
13. Koç Özkan T, Polat F. The Effect of Virtual Reality and Kaleidoscope on Pain and Anxiety Levels During Venipuncture in Children. *J Perianesth Nurs.* 2019;35(2):206-11.
14. Benchaya I, Ferreira EA, Brasiliense IC. Effects of Instruction and Parental Training for Caregivers of Children with Cancer. *Psicol Teor Pesqui.* 2014;30(1):13-23.
15. Tark R, Metelitsa M, Akkermann K, Saks K, Mikkel S, Haljas K. Usability, Acceptability, Feasibility, and Effectiveness of a Gamified Mobile Health Intervention (Triumpf) for Pediatric Patients: Qualitative Study. *JMIR Serious Games.* 2019;7(3):e13776.
16. Bruggers CS, Baranowski S, Beseris M, Leonard R, Log D, Schulte E, et al. A Prototype Exercise-Empowerment Mobile Video Game for Children With Cancer, and Its Usability Assessment: Developing Digital Empowerment Interventions for Pediatric Diseases. *Front Pediatr.* 2018;6:69 .
17. Govender R, Smith CH, Taylor AS, Grey D, Wardle D, Gardner B. Identification of behaviour change components in swallowing interventions for head and neck cancer patients: protocol for a systematic review. *Syst Rev.* 2015;4:89.
18. Silva C, Lisboa S, Santos L, Carvalho S, Passos S, Santos S. Elaboração e validação de conteúdo e aparência da cartilha "Punção venosa periférica para a família". *Rev Cuid.* 2019;10(3):e830.
19. Coluci MZ, Alexandre NM, Milani D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. *Ciênc Saúde Colet.* 2015 ;20(3):925-36.
20. Lemos RA, Verissimo ML. Estratégias metodológicas para elaboração de material educativo: em foco a promoção do desenvolvimento de prematuros. *Ciênc Saúde Colet.* 2020;25(2):505-18.
21. Revorêdo LS, Maia RS, Torres GV, Maia EM. O uso da técnica delphi em saúde: uma revisão integrativa de estudos brasileiros. *Arch Health Sci.* 2015;22(2):16-21.
22. Ximenes MA, Fontenele NA, Bastos IB, Macêdo TS, Galindo Neto NM, Caetano JA, et al. Construction and validation of educational booklet content for fall prevention in hospitals. *Acta Paul Enferm.* 2019;32(4):433-41.
23. Galdino YL, Moreira TM, Marques AD, Silva FA. Validation of a booklet on self-care with the diabetic foot. *Rev Bras Enferm.* 2019;72(2):780-7.
24. Moura MI, Leal JB, Leal JB, Correia VG, Leal JB, Silva MG, et al. Cartilha sobre prevenção do uso de drogas para adolescentes. *Rev Enferm UFPE online.* 2019;13(4):1106-14.
25. Muniz JS, Freitas KS, Góis JA, Lima AB, Fontoura EG, Oliveira MA. Validation of a booklet designed to promote comfort of relatives of hospitalized patients. *Rev Rene.* 2019;20:e41399.
26. Costa AN, Orpinelli CM. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Ciênc Saúde Colet.* 2011;16(7):3061-8.
27. Polit DF, Beck CT. The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. *Res Nurs Health.* 2006;29(5):489-97.
28. Moura IH, Silva AF, Rocha AE, Lima LH, Moreira TM, Silva AR. Construção e validação de material educativo para prevenção de síndrome metabólica em adolescentes. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2017;25:e2934.
29. Saraiva NC, Medeiros CC, Araujo TL. Serial album validation for promotion of infant body weight control. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2018;26:e2998.
30. Sabino LM, Ferreira AM, Joventino ES, Lima FE, Penha JC, Lima KF, et al. Elaboration and validation of a reader on childhood diarrhea prevention. *Acta Paul Enferm.* 2018;31(3):233-9.
31. Rodgers C, Norville R, Taylor O, Poon C, Hesselgrave J, Gregurich MA, et al. Children's coping strategies for chemotherapy-induced nausea and vomiting. *Oncol Nurs Forum.* 2012;39(2):202-9.
32. Santiago JC, Moreira TM. Booklet content validation on excess weight for adults with hypertension. *Rev Bras Enferm.* 2019;72(1):102-8.
33. Freitas LR, Pennafort VP, Mendonça AE, Pinto FJ, Aguiar LL, Studart RM. Guidebook for renal dialysis patients: care of central venous catheters and arteriovenous fistula. *Rev Bras Enferm.* 2019;72(4):947-53.
34. Vale JMM, Marques Neto AC, Santana ME, Mendes CP. Validation of a technology for self-care of family caregivers of cancer patients in home-based palliative care. *Rev Rene.* 2019; 20:e40957.

# ENFERMAGEM FORENSE: INSERÇÃO CURRICULAR NA PERSPECTIVA DE ESTUDANTES DE ENFERMAGEM

FORENSIC NURSING: CURRICULAR INSERTION FROM THE PERSPECTIVE OF NURSING STUDENTS

ENFERMERÍA FORENSE: INSERCIÓN CURRICULAR DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS ESTUDIANTES EN ENFERMERÍA

Sara Soares Ferreira da Silva<sup>1</sup> (<https://orcid.org/0000-0001-8754-4438>)

Gabrielle da Rocha Guimarães<sup>1</sup> (<https://orcid.org/0000-0003-3830-6040>)

Danielle Galdino de Paula<sup>1</sup> (<https://orcid.org/0000-0002-0103-6828>)

Priscilla Alfradique de Souza<sup>1</sup> (<https://orcid.org/0000-0002-4625-7552>)

Rafael de Lima Bilio<sup>2</sup> (<https://orcid.org/0000-0003-0119-9587>)

## Descritores

Enfermagem forense; Currículo; Programas de graduação em enfermagem; Educação baseada em competências; Conhecimento

## Descriptors

Forensic nursing; Curriculum; Education nursing, diploma program; Competency-based education; Knowledge

## Descriptores

Enfermería forense; Currículo; Programas de graduação em enfermería; Educación basada en competencias; Conocimiento

## Submetido

26 de Janeiro de 2021

## Aceito

21 de Março de 2021

## Conflitos de interesse:

nada a declarar.

## Autor correspondente

Sara Soares Ferreira da Silva

E-mail: sarasferreira@edu.unirio.br

## RESUMO

**Objetivo:** Analisar a inserção da enfermagem forense no curso de graduação em enfermagem, a partir da percepção de estudantes concluintes.

**Métodos:** Estudo descritivo e qualitativo. Participaram 23 estudantes concluintes do curso de graduação em enfermagem. Utilizou-se questionário estruturado e análise de conteúdo modalidade temática.

**Resultados:** Foram identificadas duas categorias: "Enfermagem Forense: tema ausente na graduação" e: "Repercussões na prática profissional". A abordagem do tema durante a graduação foi expressa como ausente por 95,65% dos entrevistados; 65,21% afirmaram serem capacitados para reconhecimento de vítima de violência, contudo, citaram apenas a violência física; 52,1% dos entrevistados informaram buscar fontes externas sobre a temática.

**Conclusão:** A Enfermagem Forense é pouco abordada no cenário de pesquisa, sendo ofertada em disciplina que trata a violência da mulher. Este resultado pode estar associado a recente inserção do tema no contexto da graduação em Enfermagem no Brasil.

## ABSTRACT

**Objective:** Analyze the introduction of forensic nursing during nursing graduation by utilizing the perception of students close to graduating.

**Methods:** Descriptive study with a qualitative approach. There were 23 nursing students close to graduating who took part in this study. Data collection was done with a structured questionnaire and the analysis thematic-categorical was done.

**Results:** The analysis highlighted two categories: "Enfermería forense: tema ausente en la graduación" and; "Repercussions at professional procedures". The absence of contact with the topic was expressed by 95,65% of the students; 60,21% affirmed being capacitated, however they only mentioned physical violence. Still, 52,1% reported seeking information in external sources.

**Conclusion:** Forensic nursing is rarely addressed in the setting, being offered in a discipline that deals with violence in a peripheral way. This result may be associated with the recent insertion of the theme in the Brazilian context.

## RESUMEN

**Objetivo:** Analizar la inserción de enfermería forense en enfermería de pregrado, en la visión de los estudiantes graduados.

**Métodos:** Estudio descriptivo y cualitativo. Participaron 23 estudiantes graduados del curso de pregrado en enfermería. La recolección de datos ocurrió con un cuestionario estructurado y el análisis se basó en contenido temático-categorico.

**Resultados:** Han sido indentificados dos categorías: "Enfermería forense: un tema para ser discutido en la graduación" y; "Repercusiones en la práctica profesional". El enfoque temático se expresó como ausente por el 95,65% de los estudiantes; El 60,21% dijeron que eran capaces de reconocer a las víctimas de la violencia, pero, solo se mencionó la violencia física. Además, el 52,1% buscó información de fuentes externas.

**Conclusion:** La enfermería forense rara vez se aborda en el escenario de la investigación, se ofrece en una disciplina que se ocupa de la violencia de manera periférica. Este resultado puede estar asociado con la inserción reciente del tema en el contexto brasileño.

<sup>1</sup>Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

<sup>2</sup>Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

## Como citar:

Silva SS, Guimarães GR, Paula DG, Souza PA, Bilio RL. Enfermagem forense: inserção curricular na perspectiva de estudantes de enfermagem. *Enferm Foco*. 2021;12(5):950-6.

DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n5.4463>



## INTRODUÇÃO

Ao longo dos séculos, a morte possuiu diversas interpretações e manifestações culturais, porém ela é interpretada como o encerramento da vida e é por isso que, muitas pessoas imaginam ser, também, o encerramento do cuidado do profissional de enfermagem. Porém, existe todo o processo de preparo do corpo morto e em alguns casos, o início de uma investigação e de outra vertente no campo da enfermagem.

A especialidade forense na área da enfermagem se configura pela aplicação dos conhecimentos científicos e técnicos do Enfermeiro em casos forenses, havendo o cruzamento entre o sistema de saúde e o sistema penal. O enfermeiro forense é responsável por prestar assistência especializada às vítimas e agressores nos variados tipos de violência, além, de situações que visem assistência a múltiplas vítimas. O profissional deve estar preparado para lidar com traumas físicos, psicológicos e sociais. Além disso, deve dominar o conhecimento da legislação penal sobre os sistemas legais, recolher provas e prestar depoimentos em tribunais. São trabalhadores que desenvolvem conhecimentos nas áreas da Legislação e Ciências da Saúde.<sup>(1,2)</sup>

A enfermagem forense (EF) é uma área de conhecimento antiga nos Estados Unidos da América, sendo reconhecida desde os anos 1990, a partir da criação da *International Association of Forensic Nurses (IAFN)*, onde 72 enfermeiras norte-americanas realizavam exames de perícia em vítimas de abuso e estupro.<sup>(3)</sup>

No Brasil, apesar da primeira pós-graduação *latu sensu* em enfermagem forense ter sido criada por profissionais da ABEFORENSE, em março de 2016 na cidade de Recife/Pernambuco, e reconhecida por meio do título de *lato sensu*, a atuação do enfermeiro forense foi regulamentada através Resolução nº 556 de 23 de agosto de 2017 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Esta Resolução estabelece como Enfermeiro Forense o estudante graduado em Enfermagem e portador do título de especialização *lato* ou *stricto sensu* em enfermagem forense emitido por Instituição de Ensino Superior (IES) reconhecida pelo Ministério da Educação (MEC/Brasil), ou concedido por Sociedades, Associações ou Colégios de Especialistas, registrado no âmbito do COFEN ou Conselhos Regionais de Enfermagem.<sup>(2-4)</sup>

Posteriormente, no ano de 2019, a decisão nº 0040/2019 do COFEN aprovou a criação da Comissão Nacional de Enfermagem Forense, tendo por objetivo auxiliar o órgão na organização e idealização de eventos e estudos para melhorar a formação dos profissionais nesta nova área.<sup>(5)</sup>

Portanto, esse tema é recente no Brasil tornando-o imprescindível nas mudanças curriculares dos cursos de

graduação em enfermagem, uma vez que, o Brasil apresenta desafios inerentes a uma sociedade com desigualdade socioeconômica que se entrecruzam com os índices de violência.<sup>(6)</sup>

O estudo emerge a partir da percepção de que, mesmo o tema Enfermagem forense ser reconhecido recentemente em alguns países e aspectos legais terem sido aprovados pelo COFEN, há questionamentos quanto a discussão sobre o assunto durante a graduação em Enfermagem. Com base no exposto, o estudo tem por questão norteadora: A Enfermagem forense é inserida no currículo do curso de graduação em Enfermagem?

Assim, definiu-se como objetivo analisar a inserção da enfermagem forense no curso de graduação em enfermagem a partir da percepção de estudantes concluintes. Espera-se contribuir com subsídios teóricos para apresentar a abordagem da enfermagem forense durante o curso de graduação e conhecer o acesso e orientação dos estudantes sobre essa área de conhecimento no campo da enfermagem.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa.<sup>(7,8)</sup> A abordagem qualitativa considerou a imersão dos estudantes durante sua formação permitindo que estes sujeitos expressassem suas opiniões a respeito da temática abordada no estudo.

O estudo foi desenvolvido em uma tradicional Escola de Enfermagem de uma Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (RJ).

A população de estudo foi composta por estudantes dos últimos períodos do curso de graduação de Enfermagem de uma Universidade Federal do Rio de Janeiro/RJ. Os critérios de inclusão estabelecidos foram: estudantes que cursavam, integralmente, o 9º período do curso de graduação durante a disponibilização do questionário. Como critério de exclusão, determinou-se: estudantes matriculados nos demais períodos, incluindo o da autora, 10º período de graduação, para não haver conflito de interesses e; estudantes que não se encontravam regularmente matriculados no cenário de pesquisa. Desta forma, o quantitativo total foi de 23 participantes.

Os dados foram coletados por questionário estruturado, encaminhado através da plataforma virtual *Google Forms®* do período de 11 de maio de 2019 a 11 de julho de 2019 sendo totalizados 60 dias. Os sujeitos foram abordados através das redes sociais ou *e-mail*, enviando-lhes diretamente o *link* do questionário. O questionário foi composto por duas dimensões, sendo: Dimensão I: Perguntas fechadas com informações sobre: idade, gênero, ano e



semestre de ingresso na instituição. Dimensão II, composta pelas perguntas: Você sabe o que são Ciências Forense?; 2) Você saberia descrever qual a função de enfermeiro forense? (mesmo que não saiba, diga o que você acha ser a função do enfermeiro forense); 3) Você saberia identificar uma vítima de violência? (considerando as diversas formas de violência); 4) Como você reporta o que foi discutido quanto ao Enfermagem Forense ao longo do seu curso de graduação em enfermagem? e; 5) Se você possui conhecimento sobre a área e o mesmo não foi obtido durante sua graduação, em que momento você teve contato com o tema?

Para análise qualitativa utilizou-se a análise de conteúdo modalidade temática que é composta por um conjunto de técnicas de análise de comunicações que utilizam procedimentos sistemáticos e descrição do conteúdo das respostas, sendo esta realizada em três etapas. Inicialmente foi realizada uma pré-análise através de leitura flutuante para imersão das respostas; na segunda etapa houve exploração do material por meio de codificação, onde realizou-se o tratamento de cada resposta através das unidades de registros e posterior categorização e, por fim, a terceira etapa consistiu na interpretação dos resultados obtidos.<sup>(7)</sup> Os participantes foram codificados de A1 a A23 e suas falas foram identificadas conforme o código do participante. As palavras foram catalogadas no Programa Microsoft Excel<sup>®</sup>. Elencou-se o Software NVIVO versão 11.0<sup>®</sup> para análise qualitativa.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética da instituição proponente, sendo aprovado pelo parecer nº 3.137.505, CAAE: 04165418.0.0000.5285 e seguiu os padrões éticos exigidos nas resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016.

## RESULTADOS

O perfil demonstrou a faixa etária entre 20 a 40 anos, com mediana de 23 anos (DP= 4,31). O sexo feminino foi predominante (n=18; 78,3%). Quanto o ingresso na universidade, houve maior distribuição de ingresso no segundo semestre de 2014 (n= 10, 43,48%), quatro estudantes ingressaram no primeiro semestre de 2015 (17,4%), três no primeiro semestre de 2014 (13%), três no segundo semestre de 2017, dois no segundo semestre de 2013 (8,7%) e um participante no primeiro semestre de 2012 (4,3%). Ressalta-se que a diferença entre os anos de ingresso, deve-se ao fato de que alguns estudantes possuíam alguma atividade que acarretaram atrasos durante a graduação, sendo reprovação em disciplinas ou trancamento de matrícula, existindo, também, os ingressantes que realizaram transferência externa.

Em relação a Dimensão II, a primeira pergunta no qual os participantes responderam se sabiam ou não o

que são as ciências forense, 15 participantes (65,2%) responderam que sabiam e oito participantes (34,8%) responderam não saber.

Quando questionados acerca da função do enfermeiro forense, as respostas caracterizaram unidades de registro que remetem a função do enfermeiro forense de caráter criminalístico e investigativo das causas de violência e morte. As palavras mais presentes foram: vítimas (n=oitto), violência (n=oitto), morte (n=sete), crime (n=seis), causa (n=cinco), cuidado (n= cinco), lesão (n= três), caso (n= três), pessoas (n= três), investigar (n=três), acolhimento (n= dois), área (n= dois), físico (n= dois), análise (n= dois), Enfermeiro (n=dois) e trauma (n=dois). Estudantes que não responderam estiveram presentes em quatro respostas (17,4%). Desta forma, destacam-se as respostas elencadas a seguir.

*Tem atuação direto na vítima e com seus familiares, atuando no acolhimento e na descrição das lesões dérmicas (identificando causa e evolução das lesões). (A1)  
Identificar as causas de morte. (A3)*

*Profissional que realiza perícias forenses dentro da sua área de atuação, vai ao local do crime, investiga quando é necessário, atua em caso de vítimas de violência e violência doméstica, emite pareceres sobre lesão corporal, indícios de estupro, etc). (A4)*

*Realizar identificação de possíveis causas de morte e danos físicos do indivíduo que sofreu óbito. (A5)*

*Trabalhar no processo forense, com o objetivo de descobrir a origem que levou a vítima a óbito. (A6)*

*Cuidar de pessoas violentadas. (A11)*

*Trabalhar na área criminalística. (A12)*

*Investigar eventos que auxiliem no desfecho de algum crime/caso. (A13)*

*Prestar assistência as vítimas dos diversos tipos de violência. (A14)*

*Prestar cuidados de pessoas em situação de violência. (A15)*

*Acredito que esse profissional trabalhe com, por exemplo, situações de violência e crimes, recolhendo provas e oferecendo cuidado a vítima e também ao agressor(es), quando for o caso. (A22)*

Quando questionados sobre a capacidade de identificação de vítimas de violências, as unidades de registro remeteram ao reconhecimento de uma vítima de violência física. A análise demonstrou que 15 (65,21%) estudantes afirmaram ter plenas condições de reconhecer uma vítima de violência, seis (20,60%) relataram não se sentirem seguros para tal atividade e apenas dois estudantes

(14,19%) indicaram não ter o conhecimento. As palavras mais recorrentes foram: físico (n=três), violência (n=dois), comportamento (n=dois), estranho (n=um), medo (n=um), constrangimento (n=um), culpa (n=um), mudanças (n=um), personalidade (n=um), agressão (n=um), psicológica (n=um). A seguir são destacadas as respostas mais representativas dos estudantes que afirmaram não se sentirem seguros acerca da identificação de vítima de violência.

*Sinais de agressão, principalmente lesões. (A8)*

*Depende de qual/como foi a violência. (A13)*

*Depende. Algumas violências, como a física, são mais simples de identificação, porém outras muitas vezes podem ser negligenciadas, como a psicológica. (A22)*

Relativo ao aprendizado da Enfermagem Forense obtida no decorrer da graduação, houve as unidades de registro remeteram a não receberem nenhuma informação sobre o tema no curso de graduação (n=19; 82,6%); dois estudantes responderam ter recebido (8,7%) algum tipo de informação em disciplinas cursadas e dois estudantes (8,7%) responderam buscar informações sobre o assunto em atividades extracurriculares (como eventos). As palavras mais recorrentes foram: não (n=21), enfermagem (n=sete), forense (n=seis), abordado (n=quatro), curso (n=quatro), graduação (n=três), aprendi (n=dois). A seguir são destacadas as respostas mais representativas.

*Nenhum. Tudo o que aprendi foi por fontes externas ao currículo da graduação. (A1)*

*Não tive contato com o assunto durante o curso. (A3)*

*Possuo amigos que tem interesse na área e procurei saber sobre o que se tratava. (A8)*

*Acredito que através de uma boa anamnese e escuta qualificada é possível identificar. (A9)*

*Não obtive nenhuma informação acerca da enfermagem forense durante a graduação de enfermagem, nem dentro do currículo nem por atividades extracurriculares. (A16)*

*Mínimo. O assunto foi abordado durante um evento somente e não durante as disciplinas da graduação em si. (A22)*

*Para não falar que não tive nenhum contato, no primeiro período, na anatomia, fui a uma palestra sobre ciências forenses. (A23)*

A pergunta relativa a auto avaliar o conhecimento sobre a área (apesar de não ter obtido na graduação) e buscas

sobre o tema, observou-se que presença ou ausência do tema durante a graduação estabeleceu relação com a forma pelo qual o estudante obteve contato com o tema enfermagem forense. As unidades de registros foram relacionadas a buscas de forma autônoma. A resposta negativa (não ter contato sobre o tema na graduação) esteve presente em 95,65% da população estudada. Destes, quatro estudantes informaram “pesquisas individuais por curiosidade própria” (17,4%); quatro informaram ter obtido em “eventos” (17,4%); três por meio de “mídias sociais/séries de TV” (13%); e um “através de terceiros” (4,3%). As palavras mais presentes foram: não (n=13), pesquisas (n=seis), enfermagem (n=seis), graduação (n=três), evento (n=três), fora (n=dois), internet (n=dois), séries (n=dois) e televisão (n=dois). A seguir são apresentadas as principais unidades de registro.

*Creio que a partir do 4º período, por terceiros. (A1)*

*Pesquisando na internet quais as áreas que tem relação da enfermagem com o direito. (A4)*

*Pesquisas individuais no início da graduação. Nunca no âmbito institucional universitário. (A8)*

*Em um congresso de enfermagem onde assisti um trabalho sobre o tema a algum tempo atrás. (A9)*

*Vi no facebook e fui pesquisar sobre. (A11)*

*Apenas assistindo series de TV. (A12)*

*Eventos. (A14)*

*Busquei por mim mesmo, devido a minha curiosidade. (A17)*

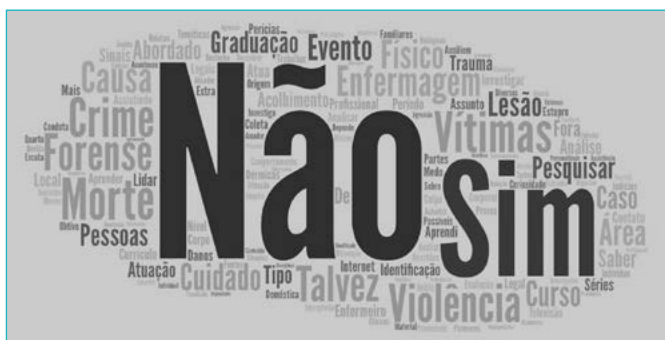
*Buscas na internet, textos científicos. (A19)*

*Apenas com series de TV. (A21)*

*Através de pesquisa após esse evento supracitado, em que tive curiosidade sobre do que se tratava o tema e qual seria a atuação do profissional de enfermagem na área. (A22)*

A utilização do método de nuvem de palavras possibilitou analisar todas as respostas dos participantes da pesquisa. A palavra “não” foi mais reportada pelos entrevistados e esteve mais associada as respostas inerentes a não terem tido nenhuma abordagem sobre a Enfermagem forense na graduação e, a palavra sim, esteve associada a capacidade de reconhecimento da vítima de violência. A figura 1 apresenta as palavras mais recorrentes nas respostas dos estudantes.

Após consolidação das unidades de registro identificou-se duas categorias de análise temática na pesquisa: “Enfermagem Forense: tema ausente na graduação” e “Repercussões na prática profissional”.



**Figura 1.** Nuvem de palavras, frequência de palavras no discurso sobre a enfermagem forense na graduação

## DISCUSSÃO

### **Categoria 1: Enfermagem Forense: tema ausente na graduação**

No estudo observou-se que a maioria dos estudantes relataram que o tema enfermagem forense não foi abordado na graduação. A ausência de abordagem sobre o tema pode estar associada a não obrigatoriedade nos cursos de graduação em Enfermagem.

A fim de identificar a oferta de disciplinas referentes a temática em enfermagem forense ou, até mesmo, alguma disciplina relacionada ao tema, elencou-se as dez instituições com as maiores notas brutas no Exame Nacional de Desempenho de Estudantes (ENADE) no ano de 2016 com conceito cinco para análise da grade curricular obrigatória e eletiva. As dez instituições (100%) não apresentaram disciplinas relacionadas à enfermagem forense em nenhuma modalidade.<sup>(9)</sup>

Corroborando com a análise, no cenário de estudo não há disciplina específica sobre enfermagem forense. No entanto, o curso oferece uma disciplina optativa (intitulada “Temas Emergentes em Saúde da Mulher”) com citação sobre a temática violência em ementa de disciplina.<sup>(10)</sup>

Estudo conduzido na Turquia com 98 estudantes de enfermagem que participaram de treinamento sobre enfermagem forense, evidenciou o impacto no investimento no ensino desta temática. Foi demonstrado que após o treinamento, estudantes passaram a reconhecer o ensino da enfermagem forense como de grande importância no currículo da graduação, além de demonstrarem maior conhecimento sobre a legislação vigente no país.<sup>(11)</sup>

Segundo a Resolução do Conselho Nacional de Educação da Câmara de Educação Superior (CNS/CES) nº 3 de 7 de novembro de 2001, que institui diretrizes curriculares para a graduação em enfermagem, o tema de enfermagem forense não possui a obrigatoriedade entre as disciplinas ofertadas pelas faculdades de enfermagem. Na referida resolução, em seu artigo terceiro, é instituído o

perfil esperado do formando egresso/profissional do curso de graduação em enfermagem, sendo citado o conhecimento generalista, formação crítica, reflexiva e humanística. Acrescenta ainda, a necessidade do rigor científico e princípios éticos, plena capacidade de intervir nas situações de saúde mais prevalentes no perfil epidemiológico e atuação com responsabilidade social e promoção da saúde integral.<sup>(12,13)</sup>

A ABEFORENSE/Brasil apresenta os domínios de conhecimentos do enfermeiro forense que são: maus tratos, abuso sexual, trauma e outras formas de violência, investigação da morte, enfermagem psiquiátrica forense, preservação de vestígios, testemunho pericial, consultoria, desastres em massa e enfermagem carcerária, no qual o enfermeiro necessita de conhecimento geral sobre toda e qualquer ação voltada a saúde do usuário do serviço.<sup>(2)</sup>

Entendendo que a participação do enfermeiro no campo forense é diversificada, um resultado que merece atenção é o fato dos estudantes relatarem saber identificar uma vítima de violência, obtendo como acesso de informação fontes secundárias (e não fidedignas), dentre elas, séries de televisão e pesquisas aleatórias na internet sobre o tema.

Assim, observa-se que a temática necessita de um maior debate, uma vez que, no Brasil as diversas formas de violência estão presentes no dia a dia das instituições de saúde, ensino e comunidade. O tema violência é, sem dúvida, uma situação atual e recorrente no Brasil sendo as mortes violentas reportadas com diferenças marcantes em relação ao sexo, idade, perfil e classe social.<sup>(14,15)</sup>

### **Categoria 2: Repercussões na prática profissional**

Por ser um fenômeno complexo, a violência no Brasil é uma questão de saúde pública e socioeconômica. Esta materialidade impõe uma análise abrangente, pois os determinantes sociais da saúde são indissociáveis das desigualdades sociais, questões culturais, relações de gênero, bem como a questão raça/cor da pele e idade.<sup>(16)</sup>

Por estar em constante contato com a população, o trabalhador de enfermagem tem grande potencial em reconhecer e identificar elementos específicos de violência, assim como, capacidade de prestar assistência às vítimas.

Na presente pesquisa, os participantes informaram não possuir, ou de forma parcial, conhecimento para identificar uma vítima de violência. Entretanto, os estudantes que informaram ser detentores do conhecimento citaram apenas violência física, porém, um respondente mencionou outros tipos de violência e que saberia identificar dependendo da situação, contudo, não foi capaz de informar qual a situação a que se referia.

Esse contexto assemelha-se a estudo realizado na África do Sul com profissionais, majoritariamente enfermeiros de assistência emergencial, onde não relataram vítimas de trauma psicológico, em detrimento de violências relacionadas a traumas físicos que foram amplamente reportados.<sup>(17)</sup>

Estudo desenvolvido em hospital público de Istambul (Turquia) indicou que 87,5% dos enfermeiros relataram contato com casos forense no ambiente de trabalho, mas a maioria (89,28%) afirmou não ter acesso a treinamentos sobre o tema. O estudo demonstrou também, que grande parte não possuía conhecimentos mínimos sobre como lidar com a vítima, manejar material biológico e registrar através de fotografias evidências da violência sofrida.<sup>(18)</sup>

Em hospitais da zona urbana da África do Sul, os resultados indicaram que o desconhecimento sobre o tema pode gerar danos ao paciente e uma abordagem inadequada do profissional pode intimidar a vítima no relato da violência sofrida.<sup>(17)</sup>

Pesquisa conduzida com enfermeiros da Holanda verificou que após estes profissionais participarem de treinamento sobre enfermagem forense, 87% dos participantes tinham perspectiva de inserção sobre o conhecimento adquirido em suas práticas e, 48% dos participantes, relataram apresentar receio sob a perspectiva de outros profissionais da saúde na atuação da enfermagem neste campo do conhecimento.<sup>(19)</sup>

Portanto, é notório que seja realizada uma abordagem na área forense durante a formação dos estudantes de enfermagem pois, trata-se de tema imprescindível diante das dificuldades socioeconômicas de um país periférico e dependente como o Brasil, impondo desafios que transcendem o campo de qualquer profissional que enfrenta

concretamente com a face mais visível dessas desigualdades que se apresentarão no decorrer da prática assistencial.

Evidencia-se como limitações do estudo o pequeno número amostral, assim, sugere-se a realização de novos estudos sobre a temática em outras populações para extrapolar os achados referente a enfermagem forense.

## CONCLUSÃO

No presente estudo, o ensino da Enfermagem Forense é pouco abordado para os estudantes da graduação de enfermagem, sendo ofertada na disciplina que trata, de forma periférica, a violência da mulher. Evidenciou-se ainda que, apesar da maioria dos estudantes informarem atribuições do enfermeiro forense, grande parte obteve conhecimento sobre o tema através de fontes externas à graduação, como pesquisas aleatórias, séries de TV, mídias sociais e eventos científicos. A carência da formação sobre a enfermagem forense se evidencia ainda, no fato de que a área é recente no contexto brasileiro evidenciando a necessidade de abordagem por meio de disciplinas optativas. Por fim, o impacto de estudos sobre a enfermagem forense se faz necessário uma vez que o profissional com saberes desenvolvidos proporcionará o cuidado integral no acompanhamento e encaminhamentos das vítimas de violência.

## Contribuições

Concepção e/ou desenho do estudo: Silva SSF, Guimarães GR, Paula DG, Souza PA, Bilio RL; Coleta, análise e interpretação dos dados: Silva SSF, Guimarães GR, Paula DG, Souza PA, Bilio RL; Redação e/ou revisão crítica do manuscrito: Silva SSF, Guimarães GR, Paula DG, Souza PA, Bilio RL; Aprovação da versão final a ser publicada: Silva SSF, Guimarães GR, Paula DG, Souza PA, Bilio RL.

## REFERÊNCIAS

1. Sociedade Brasileira de Enfermagem Forense (SOBEF). Panorama hoje da enfermagem forense no Brasil. Brasília (DF): SOBEF; 2020 [citado 2020 Out 10]. Disponível em: <http://www.abennacional.org.br/site/sobef-sociedade-brasileira-de-enfermagem-forense/>
2. Associação Brasileira de Enfermagem Forense (ABEFORENSE). Regulamento das competências técnicas da enfermagem forense. Aracaju (SE): ABEFORENSE; 2015 [citado 2020 Out 10]. Disponível em: <http://www.abeforense.org.br/wp-content/uploads/2016/06/Compet%C3%A2ncias-Tecnicas-da-Enfermagem-Forense.pdf>
3. History of IAFN - International Association of Forensic Nurse. History of the Association [citado 2020 Out 10]. Disponível em: <https://www.forensicnurses.org/page/AboutUS>
4. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução COFEN nº556/2017. Regulamenta a atividade do Enfermeiro Forense no Brasil, e dá outras providências. Brasília (DF): COFEN; 2017 [citado 2020 Out 10]. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05562017\\_54582.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05562017_54582.html)
5. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Decisão COFEN nº0040/2019. Cria a comissão Nacional de Enfermagem Forense do Conselho Federal de Enfermagem e dá outras providências. Brasília (DF): COFEN; 2019 [citado 2020 Out 10]. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/decisao-cofen-no-40-2020\\_80228.html](http://www.cofen.gov.br/decisao-cofen-no-40-2020_80228.html)
6. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Atlas da Violência. Brasília: Rio de Janeiro: São Paulo: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2019 [citado 2020 Out 10]. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/download/19/atlas-da-violencia-2019>
7. 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 Heal Care. 2007;19(6):349-57.

8. Bardin L. Análise de conteúdo. 4a ed. Lisboa: Edições 70; 2010.
9. Brasil. Ministério da Educação. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. Resultados INEP. Brasília (DF): Ministério da Educação; 2018 [citado 2020 Out 10]. Disponível em: <http://portal.inep.gov.br/web/guest/educacao-superior/indicadores-de-qualidade/resultados>
10. Brasil. Ministério da Educação. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Escola de Enfermagem Alfredo Pinto. Projeto Pedagógico: Curso de Graduação em Enfermagem. Rio de Janeiro (RJ): UFRJ; 2012 [citado 2020 Out 10]. Disponível em: <http://www.unirio.br/ccbs/eeap/coordenacao/projeto-pedagogico-1>
11. Özden D, Özveren H, Yılmaz İ. The impact of forensic nursing course on students' knowledge level on forensic evidence. *J Forensic Leg Med*. 2019;66:86-90.
12. Brasil. Conselho Nacional de Educação (CNE). Resolução CNE/CES 3/2001. Dispõe sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Diário Oficial da União, Brasília (DF); 2001 [citado 10 de out de 2020]. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cne-ces-n-3-de-7-de-novembro-de-2001-diretrizes-nacionais-curso-graduacao-enfermagem\\_6933.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cne-ces-n-3-de-7-de-novembro-de-2001-diretrizes-nacionais-curso-graduacao-enfermagem_6933.html)
13. Ximenes Neto FR. Educação em Enfermagem no Brasil: avanços e riscos. *Enferm Foco*. 2019;10(6):4-6.
14. Théry H. Retratos da violência no Brasil. *GEOUSP (Online)*. 2018;22(2):457-65.
15. Schelb M, Oliveira ML, Gottems LB, Soares IP. O processo de construção de material educativo para mulheres vítimas de violência. *Enferm Foco*. 2018;18(1):2018-20.
16. Souto RM, Barufaldi LA, Nico LS, Freitas MG. Perfil epidemiológico do atendimento por violência nos serviços públicos de urgência e emergência em capitais brasileiras, Viva 2014. *Ciênc Saúde Colet*. 2017;22(9):2811-23.
17. Filmlalter CJ, Heyns T, Ferreira R. Forensic patients in the emergency department: Who are they and how should we care for them? *Int Emerg Nurs*. 2018;40:33-6.
18. Erkan I, Yesilyurt A, Kayserili A. Analysis of Awareness for Healthcare Professionals in Forensic Nursing. *Foresic Res Criminol Int J*. 2017;5(3):00153.
19. Vries ML, Dorn T, Eppink M, Reijnders UJ. Forensic Nursing Education and Practice in the Netherlands: Where Are We at? *J Forensic Nurs*. 2019;15(2):78-83.



# ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS RELACIONADOS À DOENÇA DE CROHN EM ADOLESCENTES

SOCIODEMOGRAPHIC AND CLINICAL ASPECTS RELATED TO CROHN'S DISEASE IN ADOLESCENTS

ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y CLÍNICOS RELACIONADOS CON LA ENFERMEDAD DE CROHN EN ADOLESCENTES

Karine do Espírito Santo Machado<sup>1</sup> (<http://orcid.org/0000-0003-0840-4838>)  
 Priscila Cristina da Silva Thiengo de Andrade<sup>2</sup> (<http://orcid.org/0000-0003-0840-4838>)  
 Thelma Teti Toledo<sup>1</sup> (<http://orcid.org/0000-0002-9364-0730>)  
 Ellen Marcia Peres<sup>1</sup> (<http://orcid.org/0000-0003-4262-6987>)  
 Helena Ferraz Gomes<sup>1</sup> (<http://orcid.org/0000-0001-6089-6361>)  
 Inez Silva de Almeida<sup>1</sup> (<http://orcid.org/0000-0001-5082-5607>)  
 Dayana Carvalho Leite<sup>2</sup> (<http://orcid.org/0000-0001-6354-9111>)  
 Kelly dos Santos Silva Pêgas<sup>2</sup> (<http://orcid.org/0000-0003-4205-8406>)

## Descritores

Doença de Crohn; Saúde do adolescente; Enfermagem

## Descriptors

Crohn's disease; Adolescent health; Nursing

## Descriptores

Enfermedad de Crohn; Salud del adolescente; Enfermería

## Submetido

6 de Fevereiro de 2021

## Aceito

25 de Maio de 2021

## Conflitos de interesse:

nada a declarar.

## Autor correspondente

Ellen Marcia Peres  
 E-mail: [ellenperes@globo.com](mailto:ellenperes@globo.com)

## RESUMO

**Objetivo:** Descrever as características sociodemográficas e clínicas de adolescentes com doença de Crohn.

**Métodos:** Estudo quantitativo, do tipo série de casos, realizado em um hospital público no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. Foram coletados dados do prontuário de seis adolescentes diagnosticados com doença de Crohn, nos meses de março a agosto de 2020. Os dados foram analisados através de estatística descritiva simples.

**Resultados:** Em relação as características sociodemográficas houve predomínio de raça/etnia parda, idade compreendida entre 17 e 20 anos, maioria possui saneamento básico domiciliar, moram com familiares, em média 2,5 pessoas por residência e quanto a escolaridade (3;50%) apresentaram atraso escolar. Em relação as características clínicas, (6;100%) encontravam-se na categoria A1, havendo acometimento concomitante do intestino delgado e do grosso; doença restrita ao intestino delgado e acometimento restrito ao intestino grosso. As características da doença destacam-se inflamatória, seguida estenosante e penetrante.

**Conclusão:** As alterações intrínsecas e extrínsecas provocadas pela doença, decorrentes do emagrecimento, da nutrição inadequada ou de processos cirúrgicos, podem levar os adolescentes a diversos distúrbios, não apenas em relação aos cuidados de saúde, mas também em outras áreas da vida.

## ABSTRACT

**Objective:** To describe the sociodemographic and clinical characteristics of adolescents with Crohn's disease.

**Methods:** A quantitative, case series study carried out in a public hospital in the State of Rio de Janeiro, Brazil. Data were collected from the medical records of six adolescents diagnosed with Crohn's disease, from March to August 2020. The data were analyzed using simple descriptive statistics.

**Results:** Regarding the sociodemographic characteristics, there was a predominance of mixed race / ethnicity, age between 17 and 20 years, most have basic home sanitation, live with family members, on average 2.5 people per residence and regarding education (3;50%) showed school delay. Regarding clinical characteristics, (6; 100%) were in category A1, with concomitant involvement of the small and large intestines; disease restricted to the small intestine and involvement restricted to the large intestine. The characteristics of the disease are inflammatory, followed by penetrating and stenosing.

**Conclusion:** The intrinsic and extrinsic changes caused by the disease, resulting from weight loss, inadequate nutrition or surgical processes, can lead adolescents to various disorders, not only in relation to health care, but also in other areas of life.

## RESUMEN

**Objetivo:** Describir las características sociodemográficas y clínicas de adolescentes con enfermedad de Crohn.

**Métodos:** Estudio cuantitativo de serie de casos realizado en un hospital público del estado de Río de Janeiro, Brasil. Los datos se obtuvieron de los registros médicos de seis adolescentes diagnosticados con enfermedad de Crohn, de marzo a agosto de 2020. Los datos se analizaron mediante estadísticas descriptivas simples.

**Resultados:** En cuanto a las características sociodemográficas, predominó el mestizo / etnia, edad entre 17 y 20 años, la mayoría cuenta con saneamiento básico domiciliario, convive con familiares, en promedio 2.5 personas por residencia y en cuanto a educación (3; 50%) mostró retraso escolar. En cuanto a las características clínicas, (6;100%) se encontraban en la categoría A1, con afectación concomitante de intestino delgado y grueso; enfermedad restringida al intestino delgado y afectación restringida al intestino grueso. Las características de la enfermedad son inflamatorias, seguidas de penetrante y estenosante.

**Conclusión:** Los cambios intrínsecos y extrínsecos provocados por la enfermedad, derivados de la pérdida de peso, la nutrición inadecuada o los procesos quirúrgicos, pueden llevar a los adolescentes a diversos trastornos, no solo en relación con la atención de la salud, sino también en otras áreas de la vida.

<sup>1</sup>Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

<sup>2</sup>Hospital Universitário Pedro Ernesto, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

## Como citar:

Machado KE, Andrade PC, Toledo TT, Peres EM, Gomes HF, Almeida IS, et al. Aspectos sociodemográficos e clínicos relacionados à doença de crohn em adolescentes. *Enferm Foco*. 2021;12(5):957-63.

DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n5.4523>

## INTRODUÇÃO

A doença de Crohn (DC) é conhecida como um processo inflamatório sistemático que afeta toda a espessura intestinal, gerando danos a integridade da mucosa epitelial e na função de absorção, acometendo qualquer segmento do trato gastrointestinal. Por sua etiologia ser desconhecida surgiram várias teorias relacionando a doença às infecções bacterianas, fatores imunológicos, causas genéticas, distúrbios psicológicos, dietas nutricionais disfuncionais, alergia gastrointestinal e fatores ambientais.<sup>(1-3)</sup>

A primeira descrição da doença ocorreu em 1932 por Burril B. Crohn, e desde a sua descoberta tem desafiado os médicos especialistas, pois apresenta sintomas que são característicos de outras doenças. No entanto, novas descobertas estão surgindo decorrentes de novas pesquisas científicas e técnica de laboratórios, trazendo melhores esclarecimentos sobre sua etiopatogenia.<sup>(3)</sup>

Por se tratar de uma doença que afeta a função gastrointestinal traz repercussões sérias para o desenvolvimento de crianças e adolescentes, haja vista, que o adolecer normal é definido por alterações anatômicas e fisiológicas que ocorrem com o início da puberdade, onde o adolescente perde as características do corpo infantil e consolida seu crescimento e personalidade. O período da adolescência traz uma série de mudanças, o sofrimento vivenciado pela perda do corpo infantil e sobrepajado pela sensação de alegria de novas aquisições. O processo de transformações do corpo traz consigo alterações no comportamento, atitudes e nas relações sociais, em que o adolescente experimenta diferentes papéis e vai avaliando o que cada ação irá provocar no meio em que ele vive.<sup>(4)</sup>

Aliado a essas transformações decorrentes do desenvolvimento da criança e adolescente, têm-se percebido o aumento do número de casos de Doenças Inflamatórias Intestinais (DII). As DII podem apresentar-se em qualquer idade, no entanto, o diagnóstico ocorre em 5% nos menores de cinco anos e 15% em adultos maiores de 60 anos. Durante a fase da infância ou adolescência corresponde a 15 a 20% do diagnóstico total de pacientes. Contudo, a Doença de Crohn (DC) em crianças e adolescentes têm incidência de aproximadamente três casos/100.000 pessoas, ocorrendo antes dos 18 anos de idade em 20% dos pacientes, e manifesta-se na infância ou adolescência em até 25%.<sup>(5)</sup>

Na cronicidade da DC, a mucosa epitelial intestinal apresenta um padrão "pedra de calçamento", resultante de uma combinação de edema da submucosa e úlceras fissuradas interconectantes. Apesar disso, a doença é descontínua podendo ter áreas saudáveis do intestino entre os

segmentos comprometidos, no entanto, a exacerbação faz com que além de sintomas gastrointestinais, os pacientes apresentem complicações extras intestinais como uveítes, sacroileíte, poliartrite migratória, eritema nodoso, uropatia obstrutiva, entre outros.<sup>(2,6)</sup>

Diante desse contexto, faz-se necessário que os profissionais de saúde estejam capacitados para realizar uma abordagem humanizada no cuidado aos adolescentes com doença de Crohn, pois é uma doença pouco estudada e conhecida, o que dificulta o manejo clínico e a identificação do perfil sociodemográfico e clínico, afetando, sobremaneira, a morbimortalidade. A identificação dessas características visa melhorar a prática clínica e nortear a tomada de decisão, com vistas à promoção da saúde e melhora do quadro clínico desses pacientes.

Diante do exposto, tem-se a seguinte questão de pesquisa: Quais as principais características sociodemográficas e clínicas de adolescentes portadores da doença de Crohn? Logo, o estudo tem por objetivo descrever as características sociodemográficas e clínicas de adolescentes com doença de Crohn atendidos em um Hospital Universitário no Estado de Rio de Janeiro, Brasil.

## MÉTODOS

Estudo transversal, descritivo, tipo série de casos, de abordagem quantitativa, realizado num hospital universitário de grande porte situado no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. O hospital conta um serviço de gastroenterologia e uma unidade de internação especializada em saúde do adolescente referência no atendimento de diversas afecções clínicas.

Os relatos de caso são estudos com descrição detalhada de casos clínicos, destacando características importantes sobre os sinais, sintomas e outros dados de importância clínica sobre o paciente, como procedimentos terapêuticos e farmacológicos utilizados. Esse tipo de estudo é considerado como primeira fonte de evidência em situações para as quais o diagnóstico e a terapêutica ainda não estão claramente esclarecidos na literatura científica.<sup>(7)</sup>

A amostra do estudo foi composta de seis prontuários de adolescentes diagnosticados com doença de Crohn, seguindo os critérios de inclusão: prontuário de caso definido por meio de exames diagnósticos confirmatórios, tais como colonoscopia, endoscopia, enterotomografia e toque retal, histórico de saúde progresso como cirurgias e utilização de estomas e, prontuário de paciente com diagnóstico definido na idade de 12 a 17 anos, 11 meses e 29 dias. Foram excluídos prontuários de adolescentes com diagnósticos de outras doenças inflamatórias intestinais ou diagnóstico indeterminado.

Os dados foram coletados nos prontuários, a partir de um banco de dados da Instituição, no período de 01 de março a 30 de agosto de 2020, através de um instrumento previamente elaborado pelas autoras. O instrumento continha as seguintes variáveis preditoras demográficas: sexo; raça/etnia; idade; escolaridade; situação econômica e, as variáveis preditoras clínicas: diagnóstico médico principal, histórico de saúde pregresso, incluindo internações (cirurgias, principais afecções, tempo de internação, reinternações) e comorbidades associadas; fatores estressores; e complicações extra intestinais.

Os dados foram organizados em planilha no *Software Microsoft Excel®* 2013 e analisados por meio de estatística descritiva, e apresentados através de quadros.

Ressalta-se que os dados clínicos foram avaliados a partir da classificação de Montreal, utilizada para descrição dos fenótipos clínicos da DC, com vistas a uniformizar a sua avaliação. A classificação de Montreal é subdividida em três categorias: A. idade do diagnóstico: A1: <16 anos, A2: entre 17 e 40 anos, A3: >40 anos; L. localização: L1: íleo terminal, como ou sem envolvimento ceco, L2: Cóloons, L3: Íleo e cóloons, L4: Trato gastrointestinal superior com proximidade ao íleo terminal, modificador L4: associação com L1, L2 ou L3; B. comportamento: B1: não estenosante e não penetrante, B2: estenosante, B3: penetrante, modificador p: quando a envolvimento perianal é incluso.<sup>(6)</sup>

O estudo encontra-se em concordância com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466/12 e nº 510/16, e vincula-se a um projeto de pesquisa macro, aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), sob CAAE: 16427419.3.0000.5259 e parecer nº. 3.443.800.

Destaca-se que por se tratar de uma pesquisa cujos dados foram coletados através de prontuários, não houve necessidade do uso do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Vale registrar que a referida pesquisa seguiu o princípio da não maleficência, apresentando riscos mínimos ao paciente. Em contrapartida o benefício foi: assistência segura ao paciente.

## RESULTADOS

Foram analisados os prontuários de seis adolescentes, sendo dois prontuários de adolescentes internados numa enfermaria especializada em saúde do adolescente e quatro prontuários de adolescentes acompanhados no ambulatório de doenças inflamatórias intestinais da Instituição. No que tange as variáveis sociodemográficas, quanto ao sexo (3;50%) são do sexo masculino e (3;50%) do sexo feminino, com idade compreendida entre 17 e 20 anos (média de 17,83 anos), majoritariamente pardos (4;66,7%). Em relação a escolaridade, o estudo evidenciou que (3;50%) apresentaram atraso escolar, sendo que um adolescente apresentou dificuldade ainda no período de alfabetização, evidenciado pelo aprendizado aos 12 anos de idade. Os dados apontam, também, que os adolescentes possuem saneamento básico no domicílio, moram com familiares, em média 2,5 pessoas por residência, e possuem uma renda per capita (mín de R\$ 274,16 e máx de R\$ 783,25 por pessoa) (Quadro 1).

Quanto as variáveis clínicas baseadas na classificação de Montreal, observa-se que em relação a idade do diagnóstico, (6;100%) se encontravam na categoria II (13 a 16 anos). Ao analisar a localização da doença, P1 apresentou características de L3; P2 e P3 apresentaram as características de modificador de L4; P4 e P5 apresentaram L2; e P6 apresentou L1. Ao observar o comportamento foi possível identificar que P1 apresentou B3; P2 e P6 apresentaram concomitantemente B1 e B2; P3 apresentou B2; e P4 e P5 apresentaram B1. Quanto aos segmentos do tubo digestivo, P1 apresentou acometimento concomitante do intestino delgado e do grosso; P2, P3 e P6 tiveram a doença restrita ao intestino delgado; P4 e P5 apresentaram acometimento restrito ao intestino grosso. No estudo, as características da DC apresentadas foram: inflamatórias (P2, P4, P5 e P6), estenosante (P2, P3 e P6) e penetrante (P1). As manifestações extra intestinais ocorreram em (4,66,7%) dos adolescentes. Quanto as medicações em uso, todos os participantes estão em uso de medicações para tratamento e controle da DC, principalmente o Infiximabe associado a Azatioprina. No que se refere ao índice de massa

**Quadro 1.** Características sociodemográficas de adolescentes com doença de Crohn

Variáveis	P*1	P 2	P3	P 4	P5	P 6
Idade atual	18	17	17	18	20	17
Sexo	F**	M#	M#	F**	F**	M#
Raça/Etnia	Branca	Pardo	Pardo	Parda	Parda	Negro
Saneamento Básico	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Escolaridade	6º ano (E. Fund.) <sup>a</sup>	2º ano (E. Méd.) <sup>c</sup>	3º ano (E. Méd.) <sup>c</sup>	9º ano (E. Fund.) <sup>a</sup>	E. Médio completo	Sem informação
Idade que foi alfabetizado	12 anos	5 anos	6 anos	-	-	-
Com quantas pessoas reside	2	2	3	6	2	-
Renda mensal familiar	R\$ 1.566,50	R\$ 2.090,00	R\$ 2.090,00	R\$ 1.645,00	R\$ 1.045,00	-

\*P - Paciente adolescente; F\*\* - Feminino; M# - Masculino; E. Fun<sup>a</sup> - Ensino Fundamental; E. Méd<sup>c</sup> - Ensino Médio

## Quadro 2. Características clínicas de adolescentes com doença de Crohn

Variáveis	P1	P2	P3	P4	P5	P6
Tipo da doença	Fenótipo fistulizante (íleo, cólon)	Fenótipo estenosante/inflamatória (jejuno, íleo)	Fenótipo estenosante (jejuno, íleo)	Fenótipo inflamatório (cólon)	Fenótipo pancolonica (cólon)	Fenótipo estenosante/inflamatória (íleo)
Idade do diagnóstico	13 anos	15 anos	15 anos	16 anos	15 anos	14 anos
Medicações em uso	Infliximabe Azatioprina	Infliximabe Azatioprina	Infliximabe Azatioprina	Infliximabe Azatioprina	Azatioprina Mesalazina	Infliximabe Azatioprina
Manifestação extra intestinal	Menstruação irregular e retardo no desenvolvimento puberal	Lesão dermatológica de difícil cicatrização	Lesão dermatológica de difícil cicatrização	Retardo no desenvolvimento puberal	Menstruação irregular	Sem informação
Peso/ altura no diagnóstico	33kg/ 1,47	33kg/ 1,55	32kg/ 1,53	25 kg /1,46	35kg/ 1,58	52 kg/ -
Percentil IMC/idade	<P3	<P3	<P3	<P3	<P3	Sem informação
Idade que teve crescimento de pelos	14 anos	11 anos	10 anos	14 anos	11 anos	Sem informação
Número de internações adolescência	4	1	3	6	1	0
Tempo de internação	102 dias	7 dias	40 dias	99 dias	7 dias	Não esteve internado
Cirurgias na adolescência	Colectomia a esquerda	Não	Enterectomia segmentar	Colectomia total	Não	Não
Calendário vacinal	Completo	Completo	Completo	Incompleto	Incompleto	Incompleto

\*P - Paciente adolescente

corpórea (IMC) (5;88,3%) encontravam-se abaixo de 18,5 no momento do diagnóstico, e (5;88,3%) estão abaixo da linha < percentil 3, evidenciando um atraso no crescimento e desnutrição. No que tange o impacto da internação na vida escolar dos adolescentes portadores de DC, destaca-se que por apresentarem recorrentes internações e, normalmente, com permanência prolongada, a maioria apresentaram de uma a seis internações na adolescência (média de três internações) e permaneceram de sete a 102 dias internados (média de 51 dias internados). Ao avaliar a descrição no prontuário sobre a caderneta de vacinação foi evidenciado que (3;50%) apresentaram vacinas incompletas para a idade atual (Quadro 2).

## DISCUSSÃO

A partir dos dados evidenciados observa-se que não houve predominância do sexo, e que a média de idade foi de 17,83 anos, sendo a maioria de raça/etnia parda. No entanto, estudo aponta que pessoas do sexo feminino podem apresentar maior predominância das DII, decorrentes da atuação dos fatores hormonais e que, pessoas de raça branca e parda apresentam maior incidência de DII quando comparadas a pessoas de raça amarela e negra, bem como, pessoas da mesma família, principalmente entre gêmeos idênticos.<sup>(10)</sup>

Na infância, as DII quando não diagnosticadas e tratadas em tempo oportuno, podem trazer consequências de curto e longo prazo para a adolescência como o aumento da gravidade. Isso ocorre quando não há, inicialmente, manifestações gastrointestinais, podendo levar ao diagnóstico tardio, resultando em um estado de desnutrição e, conseqüentemente, perda de peso, baixa estatura e alterações cognitivas. Corroborando, inclusive, para o atraso escolar,

justificado por alterações cognitivas decorrentes do estado nutricional.<sup>(11)</sup> No estudo, observa-se que há atraso escolar em (3;50%) dos adolescentes.

Além do exposto, a doença soma-se as desigualdades e vulnerabilidades sociais, onde ao observar a renda familiar dos adolescentes é possível identificar uma renda per capita menor que a da população do Estado do Rio de Janeiro, definida no valor de R\$ 1.882,00, conforme constatado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).<sup>(12)</sup>

Os fatores sociais são motivo de preocupação pois contribuem para uma maior recorrência da desnutrição, já que condições socioeconômicas precárias associadas as doenças crônicas podem acarretar graves e irreversíveis consequências nutricionais e mentais. O desejo pela melhora nas condições sociais, econômicas, educação e alimentação está atrelado a necessidade de termos boas respostas nos fatores nutricionais, físicos, mentais dos pacientes acometidos por estas doenças.<sup>(13)</sup>

Quanto as características clínicas da doença, os dados evidenciados são corroborados por estudo que evidenciou que os locais mais acometidos foram: (40%) íleo e ceco, (30%) doença restrita ao intestino delgado e (25%) cólon e região perianal.<sup>(14)</sup> Já as características da DC apresentadas no estudo houve predomínio de inflamatórias, seguida de estenosante e penetrante.

O fenótipo inflamatório é caracterizado pela presença de inflamação, sem evidências de estenose ou fistula; estenosante é quando ocorre o estreitamento do lúmen; e penetrante é definida pela presença de fistulas abdominais e/ou perfuração intestinal.<sup>(15)</sup> A doença pode ser complicada quando ocorre as formas estenosante, fistulizante e/ou com doença perianal.

A sua etiologia, localização e gravidade são cruciais para a escolha do medicamento. Na fase inicial, o tratamento é realizado de forma tradicional, começando pelas medicações menos agressivas, acompanhando a evolução clínica da doença no adolescente.<sup>(11,16)</sup> O tratamento mais avançado dos pacientes portadores da DC é a terapia biológica. Os fármacos atualmente disponíveis no Brasil com esta finalidade são chamados de Infliximabe e Adalimumabe.<sup>(10,16)</sup> Dos quais, nesse estudo, fazem uso a maioria dos adolescentes, sendo, no entanto, a última opção terapêutica medicamentosa.

Além das manifestações no sistema digestório, a DC pode ter manifestações extra intestinais, sendo as mais frequentes as oftalmológicas, as dermatológicas e as reumatológicas.<sup>(17)</sup> No estudo em tela, as manifestações extra intestinais ocorreram em 66,7% dos adolescentes.

Quanto a desnutrição o estudo aponta estar presente em 83,3% dos adolescentes. Sua gravidade está relacionada ao tempo da atividade e extensão da doença, e estima-se que 70% dos casos de DC afetam o intestino delgado, levando ao comprometimento nutricional.<sup>(18,19)</sup>

A nutrição na adolescência é algo tão evolutivo quanto o adolecer, sendo uma fase importante para prevenir o agravo nutricional, em diferentes graus. O processo de nutrição é extremamente importante nessa fase, pois, é nesse momento da vida que o indivíduo ganha 20 a 25 % de altura e 50 % do seu peso definitivo, além da eclosão puberal está fortemente ligada a condição nutricional dos adolescentes, em que o crescimento do indivíduo está caracterizado pelo seu estado nutricional.<sup>(13)</sup>

Além disso, o hipotálamo é responsável por realizar liberações do hormônio luteinizante, através desse hormônio que ocorre a deflagração da puberdade e seus eventos, mas para promover esse processo é necessário a atuação da leptina, hormônio do tecido adiposo que atua no sistema neuroendócrino dando o sinal de gatilho para o hipotálamo.<sup>(13)</sup>

Nesse sentido, o desenvolvimento pubertário e o crescimento adequado podem ser comprometidos por diversas doenças crônicas. As DII durante o período da adolescência, de forma isolada, podem ocasionar o atraso pubertário, o que dificulta o seu diagnóstico precoce.<sup>(11)</sup>

Soma-se a isso, o fato de a puberdade ser um o somatório de vários componentes que ocorrem na adolescência e que provocam várias transformações. A puberdade dita normal é iniciada nas meninas entre 8 a 12 anos e nos meninos 10 a 14 anos, compreendendo as seguintes manifestações: crescimento rápido, mudanças na composição

corporal, desenvolvimento cardiorrespiratório e desenvolvimento dos órgãos reprodutivos.<sup>(13)</sup>

Ainda, a puberdade possui eventos que a caracterizam, considerados importantes marcadores para avaliação normal do desenvolvimento da criança/adolescente. Essa sequência de eventos é controlada por fatores neuroendócrinos, sendo responsáveis por seu início e progressão.<sup>(20)</sup> O primeiro sinal de puberdade masculina é o aumento do volume testicular seguido do aparecimento de pelos pubianos e aumento do pênis. A pubarca ou aparecimento de pelos pubianos ocorre, nas meninas entre 10 a 11 anos e nos meninos entre 11 a 12 anos; a telarca ou aparecimento do broto mamário ocorre entre 8 a 13 anos e é o primeiro sinal da puberdade feminina, seguida da pubarca e, posteriormente da menarca ou a primeira menstruação, que ocorrem de dois a cinco anos após a telarca.<sup>(13)</sup>

No estudo, evidenciou-se que os adolescentes apresentaram atraso puberal, em que P1 e P4, ambas do sexo feminino, apresentaram crescimento de pelo pubianos aos 14 anos e, P1 e P5 apresentaram irregularidade na menstruação após o período da menarca, pois a fase ativa da doença provoca alteração na função hormonal.

Em relação a intervenção cirúrgica, sua ocorrência está diretamente relacionada a presença de sinais de gravidade, tais como: instabilidade clínica, obstrução intestinal total ou parcial, fístulas entéricas, abscessos e massas inflamatórias, hemorragias, perfuração, displasia de alto grau confirmada, neoplasia maligna e atraso no crescimento em crianças, após ter passado por insucesso no tratamento clínico e suporte nutricional instituídos. Quando ocorre envolvimento do intestino delgado, cerca de 75 % dos pacientes eventualmente necessitarão de algum tipo de procedimento cirúrgico.<sup>(10)</sup> Nesse sentido, os dados encontrados neste estudo corroboram com os achados na literatura: três pacientes submetidos a intervenção cirúrgica na adolescência apresentaram atraso pubertário, desnutrição severa e atualmente estão em uso da última terapia medicamentosa.

Ao relacionar a necessidade de internação e a fase da adolescência, pode-se inferir diversas consequências na vida social deste indivíduo, principalmente no que diz respeito a educação. A escola é considerada de extrema importância, não somente pela alfabetização, capacitação e o aprendizado, mas por ser uma oportunidade de convívio social, no qual interfere diretamente nos relacionamentos pessoal e interpessoal desse adolescente. No entanto, a internação neste período, pode culminar com inúmeras faltas, dificuldade de aprendizado e inclusive, com o atraso escolar.



Soma-se a isso o fato de que o processo de hospitalização faz com que os adolescentes se sintam diferentes dos seus colegas de convívio social, por necessitarem de cuidados diferenciados, como consultas e uso de medicamentos.<sup>(21)</sup>

Por fim, (3;50%) dos adolescentes apresentaram vacinas incompletas para a idade atual. Nesse sentido, a avaliação do enfermeiro é fundamental para a assistência ao portador da DC, principalmente para aqueles que realizam ou iniciarão o tratamento medicamentoso com imunossupressor ou terapia biológica. Ressalta-se que, durante o tratamento medicamentoso, o uso de vacinas, principalmente as de vírus vivo atenuado, é contraindicado. A vacinação nesse sentido, deverá ser realizada em até três semanas antes do início do tratamento.<sup>(10)</sup>

Destaca-se, portanto, a partir deste estudo a importância da avaliação das características sociodemográficas e clínicas da DC em adolescentes, de modo, a propiciar um planejamento da assistência de enfermagem/saúde baseada nas peculiaridades do processo saúde-doença, impactando na melhora da condição de saúde e bem estar dos pacientes com DC. A descoberta da localização, comportamento e padrão da doença é essencial para conduzir o tratamento terapêutico, do qual envolve diversos profissionais de saúde.

As alterações intrínsecas e extrínsecas provocadas pela DC decorrentes do emagrecimento, da nutrição inadequada ou de processos cirúrgicos, podem levar os adolescentes a diversos distúrbios, não apenas em relação aos cuidados de saúde, mas também em outras áreas da vida.

Por se tratar de uma doença de difícil diagnóstico optou-se por um estudo de série de casos, o que restringe a amostra. No entanto, ressalta-se a importância de novos estudos de enfermagem voltados aos adolescentes com Doença de Crohn.

O estudo permitirá o enfermeiro um olhar aprofundado acerca da doença de Crohn, pois os aspectos sociodemográficos e clínicos evidenciados apontam para a

necessidade de uma avaliação clínica criteriosa por parte dos profissionais de saúde, com vistas a identificar fatores condicionantes que podem levar ao agravamento da doença, aumento da morbimortalidade e o impacto na vida dos adolescentes.

## CONCLUSÃO

Os achados sociodemográficos e clínicos destacam idade compreendida entre 17 e 20 anos, predomínio de raça/etnia parda e atraso escolar. Além disso, a maioria possui saneamento básico domiciliar, moram com familiares, em média 2,5 pessoas por residência, com renda menor do que a renda per capita da população do Estado do Rio de Janeiro. Em relação a idade do diagnóstico, todos os participantes se encontravam na categoria A1, quanto aos segmentos do tubo digestivo, houve acometimento concomitante do intestino delgado e do grosso; doença restrita ao intestino delgado e acometimento restrito ao intestino grosso. Quanto as características da DC apresentadas foram: inflamatórias, segmentar e penetrante. Em relação as medicações em uso destacam-se o Infleximabe associado a Azatioprina. No que tange ao IMC a maioria apresentou valores abaixo de 18,5 no momento do diagnóstico, e em relação à altura/idade a maioria está na linha abaixo do percentil, evidenciando um atraso no crescimento e desnutrição. Portanto, o presente estudo permitiu descrever as características sociodemográficas e clínicas de seis adolescentes com doença de Crohn servindo de subsídios para futuras pesquisas de enfermagem voltadas a esses pacientes.

## Contribuições

Concepção e/ou desenho do estudo: Machado KES, Andrade PCST, Toledo TT; Coleta, análise e interpretação dos dados: Machado KES, Pêgas KSS; Redação e/ou revisão crítica do manuscrito: Peres EM, Gomes HF, Almeida IS, Leite DC; Aprovação da versão final a ser publicada: Machado KES, Andrade PCST, Toledo TT, Peres EM, Gomes HF, Almeida IS, Leite DC, Pêgas KSS.

## REFERÊNCIAS

1. Lopes AM, Moura LN, Machado RS, Silva GR. Qualidade de vida de pacientes com doença de Crohn. *Enfermeria Glob*. 2017;16(3):89-98.
2. Soares JS, Schauren JS, Stroparo E. Doença de Crohn: revisão de literatura. *Rev Eletrônica Biociênc Biotec Saúde*. 2018;20:78-83.
3. Campos FG, Kotze PG, Burrill Bernard Crohn (1884-1983): o homem por trás da doença. *Arq Bras Cir Dig*. 2013;26(4):253-5.
4. Caroni, MM, Bastos OM. Adolescência e autonomia: conceito, definições e desafios. *Rev Pediatr*. 2015;15(1): 29-34.
5. Melo MC, Gazzinelli BF, Oliveira AP, Ferreira AR, Fagundes ED, Pimenta JR, et al. Doença inflamatória intestinal na infância. *Rev Med Minas Gerais*. 2016;26(Supl 2):S35-S44.
6. Cambui YR, Natali MR. Doenças inflamatórias intestinais: revisão narrativa de literatura. *Rev Fac Ciênc Méd*. 2015;17(3):116-9.
7. Albrecht J, Werth VP, Bigby M. The role of case reports in evidence based practice, with suggestions for improving their reporting. *J Am Acad Dermatol*. 2009;60(3):412-8.

8. Silverberg MS, Satsangi J, Ahmad T, Arnott I, Bernstein CN, Brant SR, et al. Toward an integrated clinical, molecular and serological classification of inflammatory bowel disease: report of a Working Party of the 2005 Montreal World Congress of Gastroenterology. *Can J Gastroenterol*. 2015;19(Suppl.A):5A-36A.
9. Conselho Nacional de Saúde (CNS). Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília (DF): CNS; 2012 [citado 2020 Out 10]. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
10. Papacosta NG, Nunes GM, Pacheco RJ, Cardoso MV, Guedes VR. Doença de Crohn: um artigo de revisão. *Rev Patol Tocantins*. 2017;4(2):25-35.
11. Ferreirai H, Gonçalves CT, Moreira JM, Laranjeiral C, Meireles C. Atraso pubertário: um diagnóstico tardio. *Nascer Crescer*. 2017;26(1):62-7.
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE). Renda per capita da população do Estado do Rio de Janeiro. Brasília (DF): IBGE; 2019 [citado 2020 Out 10]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/>
13. Crespim J, Reato LF. *Hebiatria: medicina do adolescente*. 1a. ed. São Paulo: Roca Ltda; 2007.
14. Maranhão D, Vieira A, Campos T. Características e diagnóstico diferencial das doenças inflamatórias intestinais. *Artigo. Rev Jorn Bras Med*. 2015;103(1):9-15.
15. Marmo MC. *Dos aspectos clínicos às características genéticas: avaliação de crianças e adolescentes com doenças inflamatórias intestinais* [tese]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2017.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Guia de elaboração: escopo para Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014 [citado 2020 Nov 20]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_elaboracao\\_protocolos\\_delimitacao\\_escopo\\_2ed.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_elaboracao_protocolos_delimitacao_escopo_2ed.pdf)
17. Marques ML, Patrício MP. Manifestações extras intestinais de espectros da doença inflamatória intestinal em crianças e adolescentes: artigo de revisão. *Rev Med UFC*. 2019;59(1):44-52.
18. Hartman C, Eliakim R, Shamir R. Nutritional status and nutritional therapy in inflammatory bowel diseases. *World J Gastroenterol*. 2009;15(21):2570-8.
19. Vaisman N, Dotan I, Halack A, Niv E. Malabsorption is a major contributor to underweight in Crohn's disease patients in remission. *Nutrition*. 2006;22(9):855-9.
20. Eisenstein E. Adolescência: definições, conceitos e critérios. *Rev Adolesc Saúde*. 2005;2(2):6-7.
21. Reis NS, Santos MF, Almeida IS, Gomes HF, Leite DC, Peres EM. A hospitalização do adolescente na ótica dos profissionais de enfermagem. *Enferm Foco*. 2019;9(2):7-12.

# AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

ASSESSMENT OF THE IMPLEMENTATION OF THE NURSING PROCESS IN A UNIVERSITY HOSPITAL

EVALUACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

Soraia Bernal Faruch<sup>1</sup>

Débora Cristina Ignácio Alves<sup>1</sup>

Alessandra dos Santos<sup>1</sup>

Fabiana Gonçalves de Oliveira Azevedo Matos<sup>1</sup>

Janaina Verônica Lahm<sup>1</sup>

(<https://orcid.org/0000-0002-1043-0157>)

(<https://orcid.org/0000-0001-6892-366X>)

(<https://orcid.org/0000-0002-5675-0770>)

(<https://orcid.org/0000-0002-5283-5363>)

(<https://orcid.org/0000-0002-1043-0157>)

## Descritores

Indicadores de qualidade em assistência à saúde; Planejamento de assistência ao paciente; Processos de enfermagem; Registros de enfermagem; Registros eletrônicos de saúde

## Descriptors

Healthcare quality indicator; Patient care planning; Nursing process; Nursing records; Electronic health records

## Descriptores

Indicadores de calidad de la atención de salud; Planificación de atención al paciente; Proceso de enfermeira; Registros de enfermeira; Registros electrónicos de salud

## Submetido

12 de Fevereiro de 2021

## Aceito

25 de Maio de 2021

## Conflitos de interesse:

manuscrito extraído do Trabalho de Conclusão de Residência (TCR) "Avaliação da implementação do Processo de Enfermagem em um hospital universitário", defendido em 2021, no Programa de Residência em Gerenciamento de Enfermagem em Clínica Médica e Cirúrgica da Universidade Estadual do Oeste do Paraná - UNIOESTE.

## Autor correspondente

Soraia Bernal Faruch  
E-mail: [soraiaabfaruch@gmail.com](mailto:soraiaabfaruch@gmail.com)

## RESUMO

**Objetivo:** Avaliar a implementação do processo de enfermagem em um hospital universitário.

**Métodos:** Estudo transversal, retrospectivo, documental, com abordagem quantitativa dos dados. A amostra foi composta por 808 registros de atendimentos de pacientes internados entre janeiro a março de 2020, nos setores em que o processo de enfermagem estava implementado. A coleta de dados foi realizada através de relatórios extraídos do Sistema TASY®.

**Resultados:** Avaliou-se a taxa de processo de enfermagem realizado em 24 horas, destacando-se a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal 1.200(0,48) e a Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica 1.133(0,73). Ao analisarmos os diagnósticos de enfermagem utilizados, os inerentes aos domínios 4 - Atividade/Repouso e 11 - Segurança/Proteção, foram os mais frequentes.

**Conclusão:** Constatou-se que apesar dos profissionais terem recebido capacitação para a implementação, alguns setores ainda não realizam conforme determinado pelo Conselho Federal de Enfermagem. Desse modo, é necessário fortalecer as práticas de sensibilização e de valorização deste instrumento na assistência.

## ABSTRACT

**Objective:** To assess the implementation of the nursing process in a university hospital.

**Methods:** A cross-sectional, retrospective, documentary study with a quantitative approach to the data. The sample consisted of 808 records of care for patients hospitalized from January to March 2020, in the units where the nursing process was implemented. Data collection took place through reports extracted from the TASY® System.

**Results:** We assessed the rate of the nursing process performed in 24 hours, with emphasis on the Neonatal Intensive Care Unit 1,200 (0.48) and the Pediatric Intensive Care Unit 1,133 (0.73). When analyzing the nursing diagnoses employed, those related to dimensions 4 - Activity/Rest and 11 - Safety/Protection, were the most frequent.

**Conclusion:** It is verified that even though the professionals received training for the implementation, some units still do not perform it as determined by the Federal Nursing Council. Thus, it is necessary to consolidate the practices of raising awareness and valuing this instrument in assistance.

## RESUMEN

**Objetivo:** Evaluar la implementación del proceso de enfermería en un hospital universitario.

**Métodos:** Estudio transversal, retrospectivo, documental, con abordaje cuantitativo de los datos. La muestra estuvo compuesta por 808 registros de atención a pacientes hospitalizados entre enero y marzo de 2020, en los sectores donde el proceso de enfermería estaba implementado. La recolección de datos se realizó a través de informes extraídos del Sistema TASY®.

**Resultados:** Se evaluó la tasa de proceso de enfermería realizado en 24 horas, con énfasis en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales 1.200(0,48) y la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos 1.133(0,73). Al analizar los diagnósticos de enfermería utilizados, los inherentes a los dominios 4 - Actividad/Reposo y 11 - Seguridad/Protección, fueron los más frecuentes.

**Conclusión:** Se constató que a pesar de que los profesionales hayan recibido capacitación para la implementación, algunos sectores aún no la realizan según lo determinado por el Consejo Federal de Enfermería. Por lo tanto, es necesario fortalecer las prácticas de sensibilización y valoración de este instrumento en la asistencia.

<sup>1</sup>Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel, PR, Brasil.

## Como citar:

Faruch SB, Alves DC, Santos A, Matos FG, Lahm JV. Avaliação da implementação do processo de enfermagem em um hospital universitário. *Enferm Foco*. 2021;12(5):964-9.

DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n5.4542>

## INTRODUÇÃO

As primeiras iniciativas de implementação da sistematização da assistência por meio do Processo de Enfermagem (PE) em organizações públicas e na graduação brasileira, sucedem-se ao final da década de 1970 e início de 1980 por Wanda de Aguiar Horta, modelo teórico mais reconhecido e utilizado na prática clínica do enfermeiro.<sup>(1)</sup> Porém, todas as Teorias de Enfermagem têm por finalidade uma assistência sistematizada, planejada, organizada, ao mesmo tempo em que todas as ações realizadas necessitam ser registradas no prontuário do paciente.

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é considerada um método científico que direciona as práticas de enfermagem, com a finalidade de assegurar cientificamente, a melhor conduta e estimular a qualidade da gestão da assistência.<sup>(2)</sup>

Deste modo, para sua efetiva implementação torna-se necessária a fundamentação teórica, habilidade prática e interativa, bem como, o desenvolvimento e aprimoramento de competências para a realização de forma contínua do cuidado em saúde, permitindo reconhecer, assimilar e caracterizar as necessidades do paciente, família ou coletividade.<sup>(3)</sup>

A Resolução nº 358 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) dispõe que o PE e a SAE devem ser implementadas de modo deliberado e sistematizado, em todos os serviços públicos ou privados, em que ocorra a assistência de enfermagem. Ademais, esclarece que a sistematização e documentação do PE contribuem para o reconhecimento da enfermagem na atenção à saúde.<sup>(4)</sup>

O PE organiza-se em etapas específicas e inter-relacionadas, a saber: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, plano assistencial, prescrição de enfermagem, evolução de enfermagem e prognóstico de enfermagem,<sup>(5)</sup> competência privativa do enfermeiro acerca das respostas do indivíduo, família ou coletividade em um dado momento do processo saúde e doença.<sup>(4)</sup>

Desde 2008 o hospital pesquisado vem desenvolvendo um projeto de extensão de caráter permanente para a implantação do PE, com a participação de enfermeiros, técnicos/auxiliares de enfermagem e docentes do curso de Enfermagem. O projeto foi desenvolvido por meio de reuniões e decisões coletivas, optando pela utilização das Teorias de Wanda de Aguiar Horta e Dorothea Orem.

Progressivamente, as etapas do PE foram sendo implementadas em nível de Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP), por meio do sistema TASY®, porém percebeu-se que algumas das fases do processo tornaram-se inviáveis, considerando o tempo dispendido para o preenchimento de todos os campos no sistema, a complexidade dos pacientes

atendidos e, a quantidade de profissionais enfermeiros existentes naquele momento.

Destarte, houve a necessidade de reestruturar todo o processo já iniciado, com a readequação da proposta, ou seja, o exame físico do paciente que antes estava focado nos principais Sistemas do Corpo Humano, baseou-se nas Necessidades Humanas Básicas da Teoria de Wanda Horta, nos 13 Domínios e nas 47 Classes da NANDA-I, tornando a proposta mais coerente com o perfil do nosocômio e acima de tudo, evidenciando efetivamente o uso de uma Teoria de Enfermagem na prática assistencial, associado à Taxonomia dos Diagnósticos de Enfermagem (DE).

Partindo desta realidade, o presente estudo tem como propósito avaliar a implementação do PE em um hospital universitário, em todos os setores assistenciais envolvidos na proposta, para obter informações acerca do cumprimento das normativas vigentes em relação a sua realização de modo deliberado e sistemático.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, retrospectivo, documental, com abordagem quantitativa dos dados, desenvolvido em um hospital universitário de média e alta complexidade, com capacidade operacional de 295 leitos, exclusivamente conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS), referência para várias especialidades clínicas e cirúrgicas.

O estudo foi realizado nos setores que desenvolvem o PE no PEP, entre eles: Psiquiatria, Sala de Emergência, Pediatria, Unidade de Cuidado Intermediário (UCI) Neonatal, Unidades de Terapia Intensiva (UTI) Neonatal, Pediátrica e Adulto.

Na instituição da pesquisa ora realizada, os pacientes além do número de prontuário, recebem a cada nova internação um novo número de atendimento. Assim sendo, foram incluídos na pesquisa todos os números de atendimento dos pacientes que estiveram internados entre os meses de janeiro a março de 2020, nos setores em que o PE estava devidamente implementado, totalizando 808 números de atendimentos.

A coleta de dados foi realizada no período de maio a junho de 2020, por meio de relatórios disponibilizados no Sistema TASY REL®, de onde se obtem um extrato mensal por setor dos pacientes que estiveram internados. Através do número de atendimento realizou-se a busca no Sistema TASY®, na seção do Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME), para caracterizar o perfil dos pacientes.

As variáveis coletadas foram: idade, gênero, dias de internamento, número de atendimento dos pacientes, setor

em que foi atendido, número de PE realizadas de janeiro a março de 2020.

O quantitativo de PE foi adquirido por meio de um relatório dos indicadores de saúde disponível nos setores em que esse foi realizado, obtendo-se a caracterização dos DE utilizados no respectivo período, sendo posteriormente agrupados por Domínios, totalizando a análise de 4.544 prescrições de enfermagem e 80 DE.

Para a análise, foi criada a variável razão de PE por dia, analisando para cada número de atendimento do paciente no setor, o seu quantitativo de total de prescrições de enfermagem dividido pelo tempo de internamento.

Os dados foram tabulados por meio do software Microsoft Excel 2019.<sup>(6)</sup> Para caracterização da amostra e distribuição das frequências das diferentes variáveis analisadas utilizou-se o software R<sup>(7)</sup> com a finalidade de estimar a média, desvio padrão, frequência absoluta, frequência relativa e razão de PE/dia.

Esta pesquisa faz parte de um projeto guarda-chuva, que atendeu integralmente as exigências éticas do Conselho Nacional de Saúde e foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, aprovado sob CAAE 50066815.8.0000.0107.

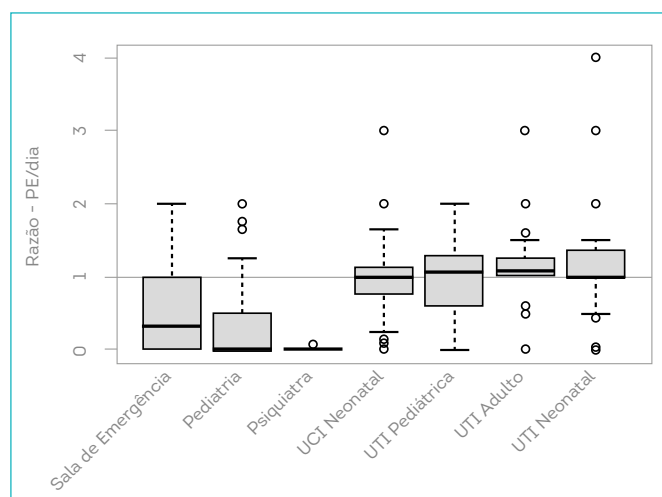
## RESULTADOS

No período do estudo, o hospital atendeu 797 pacientes nos setores avaliados, sendo que alguns tiveram mais de um número de atendimento, o que totalizou 808 identificações de atendimentos, no período de 01 de janeiro a 31 de março de 2020. Considerando que alguns pacientes foram transferidos de setor durante o período de internação (por exemplo, da Sala de Emergência para a UTI), a soma dos atendimentos nos setores foi maior que 100%. Observou-se que 473 (59,35%) dos pacientes eram do sexo masculino, dentre os setores de internamento prevaleceram a Pediatria com 327 (40,47%) pacientes, seguido da Sala de Emergência totalizando 240 (29,70%) e a Unidade de Terapia Intensiva Adulto com 163 (20,17%). Ao avaliar a média de idade por setores de hospitalização, verificou-se que os pacientes internados na Psiquiatria possuem idade média de 16,33 (desvio padrão de 1,37), os pacientes da Sala de Emergência e UTI Adulto possuem média de idades próximas, 55,27 e 53,80 respectivamente. Entretanto, esses apresentaram desvio padrão elevados, demonstrando que houve grandes oscilações nesses dados (Tabela 1). Ao examinar o tempo de internação dos pacientes constatou-se que entre os setores de maior permanência prepondera a Psiquiatria 26,75 dias (desvio padrão de 12,26), sendo subsequente a UTI Neonatal 17,21 (desvio padrão de 20,70) e UTI Adulto 10,58 (desvio padrão de 9,41).

**Tabela 1.** Caracterização total da amostra

Setor	Total de atendimentos n(%)	Idade (anos) Média (DP)	Sexo Masculino n (%)	Período Internação (dias) Média (DP)	Taxa de PE/dia Média (DP)
Sala de emergência	240(29,70)	55,27(21,40)	142(59,16)	3,47(4,05)	0,502(0,54)
Pediatria	327(40,47)	5,93(6,29)	193(59,02)	4,55(6,61)	0,265(0,38)
Psiquiatria	32(3,96)	16,33(1,37)	23(71,87)	26,75(12,26)	0,008(0,02)
UCI Neonatal	108(13,36)	0,15(0,19)	57(52,77)	8,72(8,34)	0,965(0,47)
UTI Pediátrica	49(6,06)	5,21(8,09)	18(36,73)	7,69(10,28)	1,133(0,73)
UTI Adulto	163(20,17)	53,80(18,61)	106(65,03)	10,58(9,41)	0,999(0,48)
UTI Neonatal	47(5,81)	0,11(0,20)	30(63,82)	17,21(20,70)	1,200(0,48)
Total	808(100)	23,89(27,82)	473(59,35)	6,27(7,11)	0,634(0,602)

Ao observar a figura 1, percebe-se que 75% dos pacientes na Sala de Emergência, pouco mais de 75% na Pediatria e 100% na Psiquiatria não receberam um PE a cada 24 horas. Além disso, identificou-se que 50% dos pacientes na UTI Neonatal, UTI Pediátrica, UTI Adulto e UCI Neonatal receberam em média um ou mais PE por dia. Vale ressaltar que existem fragilidades na aplicação desta metodologia de trabalho em todos os setores, visto que alguns pacientes não receberam em média o mínimo de PE por dia.



**Figura 1.** Gráfico boxplot referente a razão de PE/dia realizada por setor. A linha horizontal em vermelho representa a proporção 1, que indica uma prescrição de enfermagem a cada 24 horas

Nos setores pesquisados em janeiro a taxa de PE/dia estava abaixo do recomendado (um PE/dia); à exceção a UTI Neonatal, sendo observada no mês subsequente progressiva elevação na maior parte dos setores e mantendo ascensão em março, salvo a Sala de Emergência. No período da pesquisa foram realizadas 4.544 prescrições de enfermagem. Entre as unidades assistenciais, a UTI Neonatal predominou na taxa de PE/dia com 1,173 (desvio padrão de 0,44), seguido da UTI Pediátrica 1,144 (desvio



padrão de 0,69) e a UCI Neonatal 1,003 (desvio padrão de 0,47) (Tabela 2).

**Tabela 2.** Valor médio da taxa de PE/dia de acordo com o mês e o setor onde foi atendido

Setor	Janeiro Média (DP)	Fevereiro Média (DP)	Março Média (DP)	Total Média (DP)
Sala de emergência	0,468(0,502)	0,579(0,583)	0,550(0,610)	0,533(0,57)
Pediatria	0,285(0,392)	0,170(0,294)	0,411(0,452)	0,282(0,39)
Psiquiatria	0,012(0,029)	-(-)	0,004(0,014)	0,005(0,02)
UCI Neonatal	0,898(0,468)	1,044(0,377)	1,079(0,513)	1,003(0,47)
UTI Pediátrica	0,977(0,544)	1,107(0,542)	1,491(0,959)	1,144(0,69)
UTI Adulto	0,921(0,485)	1,041(0,557)	1,028(0,504)	0,999(0,52)
UTI Neonatal	1,277(0,479)	0,973(0,136)	1,203(0,503)	1,173(0,44)

Ao analisarmos os DE verificou-se que foram utilizados 80 diagnósticos, dentre os 13 Domínios e as 47 Classes da NANDA-I e, os mais frequentes foram os do Domínio 4 – Atividade/Repouso 22 (28%), predominando a Classe 4 – Respostas Cardiovasculares/Pulmonares 10 (45,4%), seguido do Domínio 11 – Segurança/Proteção 15 (19%), com a Classe 2 – Lesão Física 10 (66,6%) a mais frequente. Ademais, constatou-se que não foram identificados diagnósticos pertencentes aos Domínios 8 – Sexualidade e Domínio 13 – Crescimento/Desenvolvimento (Tabela 3).

**Tabela 3.** Demonstrativo dos diagnósticos de enfermagem (n=80) por domínios e classes da NANDA-I

Domínio	n(%)	Classes	n
Domínio - 1 Promoção da Saúde	2(3)	1	1
		2	1
Domínio - 2 Nutrição	9(11)	1	4
		4	2
		5	3
Domínio - 3 Eliminação e Troca	7(9)	1	2
		2	4
		4	1
		1	1
Domínio - 4 Atividade/Repouso	22(28)	1	3
		2	5
		4	10
		5	4
Domínio - 5 Percepção/Cognição	5(6)	4	4
		5	1
Domínio - 6 Autopercepção	3(4)	1	2
		3	1
Domínio - 7 Papéis e Relacionamentos	4(5)	2	3
		2	2
Domínio - 8 Sexualidade	0	0	0
Domínio - 9 Enfrentamento/Tolerância ao Estresse	10(13)	1	2
		2	7
		3	1
Domínio - 10 Princípios da Vida	1(1)	3	1
Domínio - 11 Segurança/Proteção	15(19)	1	1
		2	10
		3	1
		6	3
Domínio - 12 Conforto	2(3)	1	2
Domínio - 13 Crescimento/Desenvolvimento	0	0	0

## DISCUSSÃO

Ao analisarmos o tempo de internação dos pacientes entre as unidades assistenciais houve predomínio da Psiquiatria com 26,75 dias (desvio padrão 12,26), esses dados não divergem fortemente dos encontrados no estudo,<sup>(6)</sup> onde a média de internações para esses pacientes foi de 36,03 dias. Essa circunstância pode estar relacionada a efetividade do acompanhamento da Rede de Atenção Psicossocial, que visa promover a associação entre serviços com a finalidade de proporcionar a integralidade da assistência, transformando o modelo assistencial hospitalocêntrico para o extra-hospitalar, onde a família e o meio social do indivíduo são vinculados ao cuidado.<sup>(9)</sup>

A instituição campo do estudo é referência para diversas especialidades e quando avaliado os setores de internação, a Pediatria sobressai-se com 327 (40,47%) dos pacientes que estiveram internados, dados contrários aos encontrados no estudo<sup>(10)</sup> em que 79,27% dos atendimentos relacionavam-se à urgência/ emergência. A identificação das características dos pacientes hospitalizados, sobretudo na Pediatria coopera para o reconhecimento das vulnerabilidades que favorecem o desenvolvimento de patologias, de forma a subsidiar o planejamento de ações de saúde a partir da atenção básica, permitindo melhorar as políticas de saúde sob esta população, a fim de reduzir as condições clínicas graves e, conseqüentemente, as internações.<sup>(11)</sup>

Na pesquisa analisou-se a taxa de PE realizadas a cada 24 horas e dentre os setores pesquisados distingue-se a UTI Neonatal, seguido da UTI Pediátrica, UCI Neonatal e UTI Adulto com maiores médias de PE/dia. Em contrapartida, são encontrados na Psiquiatria, Pediatria e Sala de Emergência os menores indicadores, o que mostra que, apesar do PE ter sido implementado nos setores há algum tempo, nota-se que existem unidades assistenciais que não a desenvolvem adequadamente.

Esses dados demonstram que apesar dos inúmeros benefícios os enfermeiros apresentam dificuldade na efetivação da sistematização da assistência como método científico de trabalho, sendo por vezes, relacionado às precárias condições de trabalho, ao quantitativo insuficiente de recursos humanos e à formação acadêmica que não impulsiona o reconhecimento da utilização da SAE.<sup>(12)</sup>

Ressalta-se que a Resolução do COFEN nº 429, determina como responsabilidade e dever de os profissionais da enfermagem registrar, no prontuário e em outros documentos afins, as informações relativas ao processo de cuidar e à gerência do processo de trabalho, necessárias para garantir o prosseguimento e qualidade da assistência.<sup>(13)</sup>

Ademais, o COFEN esclarece que mediante a análise das evoluções de enfermagem, o enfermeiro pode modificar o plano de cuidados e os DE, dessa forma, instrui que deve ser realizada diariamente, apresentando um resumo sucinto dos resultados dos cuidados prescritos e os problemas a serem abordados nas 24 horas subsequentes. Ainda, fundamentando-se nos resultados das intervenções preestabelecidas nas últimas 24 horas e nas necessidades que devem ser abordadas nas 24 horas subsequentes.<sup>(14)</sup>

Em pesquisa realizada em Minas Gerais, evidenciou-se que é necessária a reflexão do enfermeiro sobre a implementação da SAE como estratégia para a gerência do cuidado, como artifício para dissolver a dicotomia entre o recomendado e o que é realmente realizado.<sup>(15)</sup>

No contexto de segurança do paciente, o PE torna-se um instrumento capaz de respaldar o enfermeiro legalmente ao testificar que o plano de cuidado de enfermagem foi realizado.<sup>(15)</sup>

Assim, o uso de softwares vem sendo conveniente na implantação, propiciando aos enfermeiros maior disponibilidade para as atividades assistenciais e proximidade com o cliente. Da mesma maneira que pode ser utilizado como dispositivo de apoio nos serviços de enfermagem ao prover dados que subsidiam a avaliação dos diagnósticos e intervenções de enfermagem, também, no registro da carga horária da equipe, da evolução clínica e dos resultados obtidos com os pacientes.<sup>(16)</sup>

Em consonância a isto, em estudo realizado em um hospital do Rio Grande do Sul, com a finalidade de relatar a implementação e consolidação da SAE, salientou-se a necessidade da avaliação do desenvolvimento do processo de enfermagem informatizado, pois constata que dessa maneira podem ser identificados aspectos que precisam de melhorias, seja no método como na qualidade do registro.<sup>(17)</sup>

À vista disso, a utilização de sistemas informatizados de indicadores de enfermagem, contribui para a avaliação dos resultados alcançados e a gestão dos mesmos, visando a melhoria da qualidade da assistência.<sup>(18)</sup>

Ao examinarmos os DE identificou-se que se sobressai os domínios Atividade/Repouso e Segurança/Proteção, circunstância também reconhecida no estudo,<sup>(19)</sup> demonstrando que a equipe de enfermagem se empenha com a segurança e autonomia do paciente.

Além do que, conforme taxonomia II da NANDA-I, o domínio 4 estrutura-se em classes que abrangem as atividades de sono/repouso, atividades/exercício, equilíbrio de energia, respostas cardiovasculares/pulmonares e

autocuidado,<sup>(20)</sup> reações funcionais e orgânicas do indivíduo em resposta ao meio externo.

A Segurança/proteção relaciona-se à isenção de ameaças, lesões físicas ou imunológicas, bem como a proteção contra danos, sendo tipicamente despendido na população idosa, já que esta é mais suscetível a essas injúrias em detrimento ao processo de envelhecimento.<sup>(21)</sup>

Ademais, no estudo observou-se a ausência de diagnósticos pertencentes ao domínio 8 – Sexualidade e 13 – Crescimento/ Desenvolvimento, sendo também presenciado na pesquisa,<sup>(22)</sup> evento que pode estar relacionado a desvalorização desses domínios e a escassez de prescrições de enfermagem na Psiquiatria e Pediatria, uma vez que os pacientes destas unidades frequentemente requerem atenção nestes aspectos.

Assim a estruturação dos DE possui grande relevância, já que no plano de cuidado deve ser priorizado o atendimento dos diagnósticos reais, estas representam as respostas humanas a condições de saúde que o paciente apresenta., sendo nos diagnósticos de risco evidenciadas situações com potencial de dano, assim, o reconhecimento destes auxilia na implementação de intervenções preventivas.<sup>(21)</sup>

Em virtude a amostra temporal ser pequena não é possível a generalização dos achados.

O estudo possibilita reconhecer a interface entre o ensino e a assistência, permitindo aprimoramento para o cuidado de enfermagem padronizado.

## CONCLUSÃO

Ao avaliar a implementação do Processo de Enfermagem em um hospital universitário, conclui-se que a enfermagem pesquisada procura acompanhar os avanços técnico-científicos em busca de qualificar a assistência prestada aos pacientes. Porém, ao estabelecer um diagnóstico situacional do PE, evidenciou-se que apesar de implantada há 12 anos neste nosocômio, esta metodologia voltada para a qualidade do cuidado prestado aos pacientes, não é realizada de acordo com as determinações vigentes do COFEN, ou seja, a realização de pelo menos um PE a cada 24 horas de atendimento. Vale ressaltar que durante toda a fase de retomada do projeto, houveram várias demissões e entradas de novos enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, o que levou à realização de capacitações extras nos vários turnos de trabalho, considerando as particularidades de cada setor em relação à SAE. Diante do exposto, a educação continuada constitui-se um instrumento importante nesse processo para melhorar as práticas de sensibilização e de valorização do uso desta metodologia na assistência

aos pacientes. Entretanto, é importante que os enfermeiros compreendam a importância da SAE e do PE no processo de trabalho da enfermagem, bem como, da autonomia deste profissional junto a equipe multiprofissional em saúde, estabelecendo uma relação de confiança e atendimento das necessidades do paciente frente ao processo saúde-doença.

## Contribuições

Concepção e/ou desenho do estudo: Faruch SB, Alves DCI; Coleta, análise e interpretação dos dados: Faruch SB, Alves DCI, Santos A; Redação e/ou revisão crítica do manuscrito: Faruch SB, Alves DCI, Matos FGOA, Lahm JV; Aprovação da versão final a ser publicada: Faruch SB, Alves DCI, Matos FGOA, Lahm JV.

## REFERÊNCIAS

- Berwanger DC, Matos FG, Oliveira JL, Alves DC, Hofstatter LM, Tonini NS, et al. Processo de enfermagem: vantagens e desvantagens para a prática clínica do enfermeiro. *Rev Nurs.* 2019;22(257):3204-8.
- Santos FC, Martins JD, Souza MW, Carvalho DN, Santos AP, Pimentel IM. Sistematização da assistência de enfermagem na perspectiva da equipe de enfermagem de um hospital público do norte do Brasil. *Rev Nurs.* 2019;22(256):3155-9.
- Dotto JI, Backes DS, Dalcin CB, Lunardi Filho WD, Siqueira HC, Zamberlan C. Sistematização da assistência de enfermagem: ordem, desordem ou (re)organização?. *Rev Enferm UFPE on line.* 2017;11(10): 3821-9.
- Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução n. 358, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília (DF): COFEN; 2009 [citado 2021 Jan 30]. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009\\_4384.html](http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html)
- Horta WA. Processo de enfermagem. 1a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.
- Microsoft Excel. Microsoft Corporation, Redmond, Washington; 2019 [citado 2021 Jan 30]. Disponível em: <https://www.microsoft.com/pt-br/microsoft-365/excel/?rtc=1>
- R Core Team. R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria; 2020 [citado 2021 Jan 30]. Disponível em: <https://www.R-project.org/>
- Zanardo GL, Silveira LH, Rocha CM, Rocha KB. Psychiatric admission and readmission in a general hospital of Porto Alegre: sociodemographic, clinic, and use of Network for Psychosocial Care characteristics. *Rev Bras Epidemiol.* 2017;20(3):460-74.
- Moreira DJ, Bosi ML. Qualidade do cuidado na rede de atenção psicossocial: experiência de usuários no nordeste do Brasil. *Physis.* 2019;29(2):1-22.
- Dias SM, Gomes MS, Gomes HG, Medeiros JS, Ferraz LP, Pontes FL. Perfil das internações hospitalares no Brasil no período de 2013 a 2017. *Rev Interdiscip.* 2017;10(4):96-104.
- Grunewald STF, Aroeira IP, Paiva LM, Rossi MAP. Clinical and demographic profile of the pediatric ward in a University Hospital. *Resid Pediátr.* 2019;9(1):19-22.
- Tavares FM, Tavares WS. Elaboration of a nursing assistance systematization instrument: experience report. *Rev Enferm Cent-Oeste Min.* 2018;8:e2015.
- Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução n. 429, de 30 de maio de 2012. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte - tradicional ou eletrônico. Brasília (DF): COFEN; 2012 [citado 2021 Jan 30]. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=242097>
- Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Guia de recomendações para registro de enfermagem no prontuário do paciente e outros documentos de enfermagem. Brasília (DF): COFEN; 2016 [citado 2021 Jan 30]. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/06/RESOLU%C3%87%C3%83O-COFEN-N%C2%BA-0514-2016-GUIA-DE-RECOMENDA%C3%87%C3%95ES-vers%C3%A3o-web.pdf>
- Pereira GN, Abreu RN, Bonfim IM, Rodrigues AM, Sobrinho JM. Relação entre sistematização da assistência de enfermagem e segurança do paciente. *Enferm Foco.* 2017;8(2):21-5.
- Tannure MC, Lima AP, Oliveira CR, Lima SV, Chianca TC. Processo de enfermagem: comparação do registro manual versus eletrônico. *J Health Inform.* 2015;7(3):69-74.
- Linch GF, Paz AA, Caregnato RC, Abreu AM, Souza EN. Ações coordenadas para implantação e consolidação da sistematização da assistência de enfermagem em um complexo hospitalar. *Enferm Foco.* 2019;10(4):82-8.
- Zancheta NB, Fogliano RR, Bohomol E, Neves VR, Silva LM. The use of the care indicators system by nurse managers at a teaching hospital. *Cogitare Enferm.* 2016;21(3):1-5.
- Cabral VH, Andrade IR, Melo EM, Cavalcante TM. Prevalência de diagnósticos de enfermagem em unidade de terapia intensiva. *Rev Rene.* 2017;18(1):84-90.
- Herdman TH, Kamitsuru S. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2015- 2017. Porto Alegre: Artmed; 2015.
- Silva MR, Silva DO, Santos EC, Oliveira PP, Sales AS, Rodrigues AB. Diagnoses, results and nursing interventions for people submitted to orthopedic and traumatological surgeries *Rev Enferm UFPE on line.* 2017;11(Supl. 5):2033-45.
- Ferreira AM, Rocha EN, Lopes CT, Bachion MM, Lopes JL, Barros AL. Nursing diagnoses in intensive care: cross-mapping and NANDA-I taxonomy. *Rev Bras Enferm.* 2016;69(2):307-15.

# PERDA DE IMUNOBIOLOGICOS E SUA REPERCUSSÃO NA GESTÃO DO PROGRAMA ESTADUAL DE IMUNIZAÇÕES, CEARÁ-BRASIL

LOSS OF IMMUNOBIOLOGICALS AND THEIR REPERCUSSION IN THE MANAGEMENT OF THE STATE IMMUNIZATION PROGRAM, CEARÁ-BRASIL

PÉRDIDA DE INMUNOBIOLOGICOS Y SU REPERCUSIÓN EN LA GESTIÓN DEL PROGRAMA ESTATAL DE INMUNIZACIÓN, CEARÁ-BRASIL

Francisco Tarcísio Seabra Filho<sup>1</sup>  
 Ana Débora Assis Moura<sup>1</sup>  
 Carmem Lúcia Macedo Osterno<sup>1</sup>  
 Nilton Cardoso Alves Júnior<sup>2</sup>  
 Kariny Santos Câncio<sup>2</sup>  
 Maria Helena Lima Sousa<sup>3</sup>  
 Marcelo Gurgel Carlos da Silva<sup>3</sup>

(<https://orcid.org/0000-0001-8091-3755>)  
 (<https://orcid.org/0000-0003-1002-2871>)  
 (<https://orcid.org/0000-0001-5184-5386>)  
 (<https://orcid.org/0000-0003-1340-4779>)  
 (<https://orcid.org/0000-0002-3973-4672>)  
 (<https://orcid.org/0000-0002-4134-2483>)  
 (<https://orcid.org/0000-0003-4030-1206>)

## Descritores

Vacinas; Rede de Frio; Vigilância; Epidemiologia descritiva; Economia

## Descriptors

Vaccines; Cold chain; Surveillance; Descriptive epidemiology; Economy

## Descriptores

Vacunas; Cadena de frío; Vigilancia; Epidemiología descriptiva; Economía

## Submetido

11 de Fevereiro de 2021

## Aceito

25 de Maio de 2021

## Conflitos de interesse:

manuscrito extraído da dissertação "Perda de imunobiológicos e sua repercussão na gestão do Programa Estadual de Imunizações, Ceará", defendida em 2020, no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, na Universidade Estadual do Ceará-UECE.

## Autor correspondente

Ana Débora Assis Moura  
 E-mail: [anadeboraam@hotmail.com](mailto:anadeboraam@hotmail.com)

## RESUMO

**Objetivo:** Identificar a ocorrência de perdas físicas e técnicas de imunobiológicos no estado do Ceará e seu impacto financeiro.

**Métodos:** Pesquisa do tipo exploratório-descritiva, retrospectiva, com abordagem quantitativa. Para as perdas físicas foram avaliados 511 formulários de registro de desvio de qualidade em imunobiológicos; para as perdas técnicas, considerou-se todas as doses de vacinas que não foram utilizadas depois de expirado o prazo de validade, após abertura do frasco, assim como as doses não aplicadas.

**Resultados:** As perdas totais atingiram 12,5 milhões de doses de imunobiológicos, representando um gasto de R\$42,8 milhões. O principal motivo das perdas físicas durante o período estudado foi à queda de energia, representando 55,84%. A pesquisa não demonstrou evidência de relação direta entre as perdas totais de vacinas e as coberturas vacinais.

**Conclusão:** Apesar do elevado número de doses desperdiçadas e do impacto financeiro proporcionado, apenas duas vacinas, BCG e hepatite B ultrapassaram o padrão estabelecido pela OPAS; para resolver a problemática da falta de energia, medidas de prevenção devem ser viabilizadas, como a instalação de grupos geradores e a correta execução dos protocolos de contingência recomendados pelo PNI.

## ABSTRACT

**Objective:** To identify the occurrence of physical losses and immunobiological techniques in the state of Ceará and its financial impact.

**Methods:** Exploratory-descriptive, retrospective research with a quantitative approach. For physical losses, 511 quality deviation registration forms were evaluated in immunobiologicals; for technical losses, we considered all doses of vaccines that were not used after the expiry date, after opening the bottle, as well as the doses not applied.

**Results:** Total losses reached 12.5 million doses of immunobiologicals, representing an expense of R \$ 42.8 million. The main reason for physical losses during the period studied was the power outage, representing 55.84%. The research showed no evidence of a direct relationship between total vaccine losses and vaccine coverage.

**Conclusion:** Despite the high number of missed doses and the financial impact provided, only two vaccines, BCG and hepatitis B exceeded the standard established by PAHO; to solve the problem of power outages, preventive measures must be put in place, such as the installation of generator sets and the correct execution of the contingency protocols recommended by the PNI.

## RESUMEN

**Objetivo:** Identificar la ocurrencia de pérdidas físicas y técnicas inmunobiológicas en el estado de Ceará y su impacto financiero.

**Métodos:** Investigación exploratoria-descriptiva, retrospectiva con enfoque cuantitativo. Para pérdidas físicas, se evaluaron 511 formularios de registro de desviación de calidad en inmunobiológicos; para pérdidas técnicas, se consideraron todas las dosis de vacunas que no se utilizaron después de la fecha de caducidad, después de abrir el frasco, así como las dosis no aplicadas.

**Resultados:** Las pérdidas totales llegaron a 12,5 millones de dosis de inmunobiológicos, lo que representó un gasto de R \$ 42,8 millones. El principal motivo de las pérdidas físicas durante el periodo estudiado fue el corte de energía, que representó el 55,84%. La investigación no mostró evidencia de una relación directa entre las pérdidas totales de vacunas y la cobertura de vacunas.

**Conclusión:** A pesar del alto número de dosis omitidas y el impacto económico proporcionado, solo dos vacunas, BCG y hepatitis B superaron el estándar establecido por la OPS; para solucionar el problema de los cortes de energía se deben implementar medidas preventivas, como la instalación de grupos electrógenos y la correcta ejecución de los protocolos de contingencia recomendados por el PNI.

<sup>1</sup>Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

<sup>2</sup>Grupo Pague Menos de Farmácias, Fortaleza, CE, Brasil.

<sup>3</sup>Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

## Como citar:

Seabra Filho FT, Moura AD, Osterno CL, Alves Júnior NC, Câncio KS, Sousa MH, et al. Perda de imunobiológicos e sua repercussão na gestão do programa estadual de imunizações, Ceará-Brasil. *Enferm Foco*. 2021;12(5):970-6.

DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n5.4537>

## INTRODUÇÃO

A imunização deve ser entendida como um modificador no curso das doenças, já que apresenta acentuado decréscimo da morbimortalidade causada pelas doenças infecciosas evitáveis por vacinação.<sup>(1)</sup>

O Programa Nacional de Imunizações (PNI), criado em 1973, foi determinante para o controle bem-sucedido das doenças imunopreveníveis no Brasil. Sua atuação contribuiu para melhorias importantes na situação de saúde da população, representando notáveis reflexos no aumento da expectativa de vida e redução de hospitalizações.<sup>(2)</sup>

Os imunobiológicos são produtos farmacológicos produzidos a partir de micro-organismos vivos, subprodutos ou componentes, capazes de imunizar de forma ativa ou passiva.<sup>(3)</sup> Considerada sua tamanha importância, esses produtos encontram-se entre as maiores conquistas da Saúde Pública no século XX. Para assegurar que mantenham sua potência e imunogenicidade, estes devem ser mantidos em temperaturas adequadas, desde sua produção até sua utilização.<sup>(4)</sup>

Atualmente, o PNI disponibiliza 48 imunobiológicos, entre vacinas, soros e imunoglobulinas. Além disso, distribuiu cerca de 300 milhões anualmente, além de oferecer à população todas as vacinas recomendadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) no Calendário Nacional de Vacinação. É importante destacar que em cinco anos, o orçamento do PNI cresceu mais de 140%, passando de R\$ 1,2 bilhão, em 2010, para R\$ 4,3 bilhões, em 2017.<sup>(5)</sup>

O Programa também conta com vários Sistemas de Informação que permitem acompanhar, analisar e avaliar as Redes de Frio de todo o país, desde o estoque, distribuição, doses aplicadas, como também as suas perdas, sejam elas físicas ou técnicas, o que garante realizar um diagnóstico para organização e planejamento.<sup>(6)</sup>

As perdas físicas são aquelas consideradas evitáveis, por ocorrerem quando há o descumprimento das normas e procedimentos recomendados. Já as perdas técnicas são àquelas justificáveis, ou seja, quando ocorre perda de vacina devido à expiração do prazo de validade após abertura do frasco, dentre outras.<sup>(7)</sup>

Diante do exposto, o estudo objetivou identificar a ocorrência de perdas físicas e técnicas de imunobiológicos no estado do Ceará e seu impacto financeiro.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo e transversal, de natureza quantitativa. O estudo foi realizado na Rede de Frio Estadual ou Central Estadual de Armazenamento e Distribuição de Imunobiológicos (CEADIM), em que os

formulários de registro de desvio de qualidade são armazenados e avaliados. O levantamento verificou formulários recebidos no período de janeiro de 2014 a dezembro de 2019.

A coleta dos dados ocorreu nos meses de setembro e outubro de 2020, na CEADIM. O estado conta com cinco superintendências regionais (Fortaleza, Região Norte, Cariri, Sertão Central e Litoral Leste/Jaguaribe) sendo que cada superintendência engloba determinadas Áreas Descentralizadas de Saúde (ADS).

Realizou-se uma análise dos dados secundários, documentados nos formulários de registro de desvio de qualidade em imunobiológicos que obtiveram parecer de descarte por perda física. A pesquisa avaliou 511 formulários, oriundos das cinco Superintendências.

Os formulários de avaliação e os pareceres técnicos de descarte ou reutilização foram obtidos pelo banco de dados da CEADIM. Já as informações sobre as doses distribuídas e aplicadas foram pesquisadas por meio de dados presentes no SIES (Sistema de Informações de Insumos Estratégicos) e SIPNI, respectivamente.

O cálculo dos gastos com as perdas físicas foi executado através da soma de todas as doses de vacinas, soros e imunoglobulinas com parecer de descarte, considerando os valores individuais de cada imunobiológico, reajustados anualmente de acordo com as variações de preço dos laboratórios produtores e corrigidos monetariamente por meio do Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA). Foram descartados do estudo os imunobiológicos sob suspeita que obtiveram parecer de reutilização.

Utilizou-se como critério de inclusão para perdas técnicas todas as doses de vacinas, soros e imunoglobulinas que não foram utilizadas depois de expirado o prazo de validade, determinado pelo laboratório produtor após abertura do frasco. Além disso, doses não aplicadas foram consideradas doses perdidas.

Os dados foram organizados e tabulados em planilhas do Programa *Microsoft Excel*.

Quanto à análise das perdas técnicas faz-se necessário explicar que em 2019, das 2.361 salas de vacinas existentes, apenas 1.544 possuíam o sistema de informação funcionante, representando 65,4%. Portanto, não foi possível calcular exatamente o quantitativo dessas perdas. Diante disso, foi realizada uma estimativa das perdas técnicas calculadas pela diferença entre o número de doses distribuídas no período pelo número de doses aplicadas no mesmo período. Em seguida, ao resultado dessa operação foi subtraído do número de doses perdidas fisicamente, estabelecidas mediante análise dos formulários de registro de desvio de qualidade.



O cálculo dos gastos com as perdas técnicas foi executado através das notas de fornecimento de material via SIES; foi obtido o valor do gasto unitário dos imunobiológicos em reais. Para tanto, foram considerados os valores individuais por dose de cada imunobiológico, reajustados anualmente de acordo com as variações de preço dos laboratórios produtores e corrigidos monetariamente pelo IPCA. Ao final, esses valores foram multiplicados pelas doses perdidas tecnicamente.

Devido à relevância epidemiológica, para análise da associação entre as perdas de vacinas e cobertura vacinal, o estudo considerou o consolidado das perdas técnicas e físicas das 19 vacinas no elenco de rotina. Desse elenco, realizou-se um comparativo entre as perdas totais (físicas + técnicas), destacando-se as maiores perdas.

Os dados de cobertura vacinal foram extraídos do SIPNI, disponível pelo Departamento de Informática do SUS. Esses dados foram comparados com as perdas de imunobiológicos para verificar possíveis impactos nesse indicador.

O estudo foi submetido à apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Ceará, credenciado junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), aprovado por meio do parecer de CAAE nº 35772620.6.0000.5534.

## RESULTADOS

Foram perdidas, fisicamente, 444.877 doses de imunobiológicos (Tabela 1), incluindo vacinas, soros e imunoglobulinas, que somados representaram um gasto de R\$ 6,3 milhões (Tabela 2).

**Tabela 1. Perdas físicas de imunobiológicos**

Superintendências	Imunoglobulinas	Soros	Vacinas	Total
Fortaleza	19	184	216455	216658
Norte	-	288	111676	111964
Cariri	-	98	39994	40092
Litoral Leste	-	139	22498	22637
Sertão Central	-	363	53163	53526
Total	19	1072	443.786	444877
%	-	0,2	99,8	100,0
Média	3,80	214,4	88757,2	88975,4
Mínimo	-	98	22498	22637
Máximo	19	1072	443786	444877

**Tabela 2. Gastos gerados pelas perdas físicas de imunobiológicos**

Superintendências	Imunoglobulinas (R\$)	Soros (R\$)	Vacinas (R\$)	Total (R\$)
Fortaleza	605,15	15008,40	3004321,05	3019934,60
Norte	-	22917,99	1558413,00	1581330,99
Cariri	-	7020,67	738444,02	745464,69
Litoral Leste	-	9672,52	260849,85	270522,37
Sertão Central	-	16875,76	755035,48	771911,24
Total	605,15	71495,34	6317063,40	6389163,89
%	-	1,1	98,9	100,0
Média	121,03	14299,07	1263412,68	1277832,78
Mínimo	-	7020,67	260849,85	270522,37
Máximo	605,15	71495,34	6317063,40	6389163,89

A Superintendência da Região de Fortaleza obteve maior impacto em número de perdas técnicas e valor financeiro no estado, sendo, portanto, desperdiçadas 4,3 milhões de doses, totalizando um gasto de aproximadamente 13 milhões de reais (Tabelas 3 e 4).

**Tabela 3. Perdas técnicas de imunobiológicos**

Vacinas	Imunoglobulinas	Soros	Vacinas	Total de doses
Vacina BCG	-	-	1320960	1320960
Vacina Contra Febre Amarela	-	-	132806	132806
Vacina Contra Hepatite B	-	-	1545048	1545048
Vacina Contra Influenza	-	-	832967	832967
Vacina contra Pólio Inativa (VIP)	-	-	895394	895394
Vacina DT (Dupla adulto)	-	-	963697	963697
Vacina Dupla Viral	-	-	415983	415983
Vacina DTP	-	-	296584	296584
Vacina Oral Contra Poliomielite (VOP)	-	-	4442190	4442190
Vacina Pneumocócica 10v	-	-	30331	30331
Vacina Triplice	-	-	1230128	1230128
%		#	100,0	100,0
Média	-	-	1229,757	1229,757
Mínimo	-	-	30331	30331
Máximo	-	-	4442,190	4442,190

Foram distribuídas no estado 2,1 milhões de doses e sua perda correspondeu a 1,3 milhões (Tabela 4).

**Tabela 4. Gastos gerados pelas perdas técnicas de imunobiológicos**

Superintendências	Imunoglobulinas	Soros	Vacinas (R\$)	Total (R\$)
Fortaleza	-	-	12832821	12832821
Norte	-	-	7994954	7994954
Cariri	-	-	9483925	9483925
Litoral Leste	-	-	3016304	3016304
Sertão Central	-	-	3178859	3178859
Total	-	-	36506863	36506863
%	-	-	100,0	100,0
Média	-	-	7301372,60	7301372,60
Mínimo	-	-	3016304	3016.304
Máximo	-	-	36506863	36.506.863

A tabela 5 estabelece um comparativo entre as maiores perdas ocorridas e a porcentagem da cobertura vacinal (CV). Verificou-se que a CV para a poliomielite esteve sempre acima de 95%, meta da população-alvo estabelecida pelo PNI.

## DISCUSSÃO

### Perdas físicas de imunobiológicos

Verificou-se que os maiores registros de perda física foram observados nas vacinas oral contra poliomielite (VOP), Hepatite B e Triplice viral (TV), em todas as regiões do estado, destacando-se a vacina dupla viral na região Litoral Leste, sendo o ano de 2015 o responsável por 74% de todas as doses perdidas dessa vacina. Esse destaque deve-se à ocorrência do surto de sarampo enfrentado no estado nesse período.

**Tabela 5. Comparativo entre perdas totais de vacinas e a cobertura vacinal**

Vacinas	Maiores Perdas Totais em Doses						Cobertura vacinal no Ceará Anualmente em %					
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Polio	994248	1224713	24907	589502	1061908	603920	103,92	113,68	107,89	97,34	111,08	89,96
Hepatite B	575566	291669	360435	54155	182219	127737	99,59	108,66	125,04	96,96	107,78	77,46
BCG	162868	120588	97691	102000	69492	163876	107,4	114,62	108,82	109,59	104,89	84,14
Triplíce Viral (D1)							140,69	110,83	119,76	100,69	111,46	99,06
Triplíce Viral (D2)	71426	62265	354466	192960	358737	234169	128,34	93,98	88,7	80,42	87,14	83,95
Total	1804108	1699235	837499	938617	1672356	1129702	-	-	-	-	-	-

Considerando as menores perdas, destacam-se as vacinas Tetraviral, Varicela, dTpa e DTP. Em relação às vacinas com maior número de perdas foram observados resultados semelhantes em estudo realizado em município do Rio Grande do Sul, no período de 2015 a 2017.<sup>(8)</sup> Corroborando com esse estudo, observou-se que entre as perdas físicas, a maior taxa correspondeu à perda da VOP, com 29,7%.<sup>(9)</sup>

O estudo observou que o grande percentual de perda física da VOP foi devido à expiração do seu prazo de validade. Outro fator atribuível a tal perda deve-se ao fato de que todas as alterações ocorridas no período foram de altas temperaturas. A referida vacina é de vírus atenuado, tornando-se inativa quando exposta ao calor. As perdas de VOP também podem estar relacionadas à apresentação da vacina, em que cada bisnaga contém 25 doses.

Além da VOP, a vacina TV obteve destaque, ficando em segundo lugar. Achado semelhante, com taxa de perda de 64,1% foi apresentado em estudo realizado em quatro estados brasileiros (Amazonas, Rio Grande do Norte, Mato Grosso do Sul e Santa Catarina), onde para cada dose aplicada, cerca de três foram perdidas.<sup>(10)</sup>

Em estudo realizado na região Sudeste do país, o achado de perda para TV foi ainda maior, com 74,27%.<sup>(11)</sup> Alguns autores relataram que essa diferença pode dever-se à apresentação do frasco, o qual contava com variações de uma, cinco e dez doses, havendo necessidade, portanto, de análise complementar com o objetivo de identificar qual formato de frasco concentra maior perda.<sup>(6)</sup>

Em pesquisa realizada na Índia com várias vacinas, dentre elas a VOP, Hepatite B e Varicela, verificou-se suas taxas de desperdício.<sup>(12)</sup> As maiores taxas ficaram com a vacina Varicela (21,68%), estando a VOP também entre essas perdas (14,65%). A taxa de desperdício para a vacina VOP foi próxima a encontrada no município de Sobral, porém menor que as relatadas por outros estudos. Em relação à varicela, os valores encontrados foram bem distintos dos valores obtidos no Ceará, já que essas vacinas não estiveram entre as protagonistas de perdas físicas. A Varicela é uma vacina usada no país em frasco monodose, podendo justificar o baixo índice de perdas.

Pode-se perceber que as perdas de TV variam bastante entre os estados brasileiros, podendo estar ligados ao

porte populacional, a utilização dessa vacina juntamente com a varicela, para compor a Tetraviral, assim como a apresentação utilizada.

Nesse contexto, procurou-se identificar os fatores relacionados à ocorrência de perdas de vacinas, como a TV, nas salas de vacinação da área urbana de Juiz de Fora, Minas Gerais. Entre as diversas vacinas, foram escolhidas a vacina oral contra Rotavírus e a vacina TV, com 35.016 e 33.762 doses perdidas, respectivamente.<sup>(11)</sup>

Estimativas da OMS revelam que, de todas as vacinas produzidas globalmente, 50% são desperdiçadas.<sup>(13)</sup> O desperdício de insumos provoca um aumento da demanda de compra, isso pode resultar em um incremento nos valores gastos na manutenção do sistema de imunização.

#### Principais fatores causadores de perdas físicas

Evidenciou-se que o principal motivo de perdas físicas foi à queda de energia elétrica, representando 55,84% do total de vacinas descartadas.

Através da análise dos formulários, verificou-se que essas quedas e oscilações elétricas ocorreram, geralmente, em períodos de finais de semana ou feriados, onde o tempo de exposição das vacinas a temperaturas fora da faixa ideal ultrapassou os limites preconizados pelo PNI.

Conforme diagnóstico situacional realizado nas Redes de Frio Regionais em 2018, foram identificados problemas estruturais na rede elétrica de algumas centrais, que possuíam rede monofásica ao invés da trifásica, assim como a ausência de grupo gerador.

Em segundo lugar, ficaram os problemas relacionados aos equipamentos de refrigeração, representando 17,45% do total dessas perdas. Observou-se que, enquanto esses equipamentos permaneciam no tempo de garantia, os reparos eram executados em tempo hábil. No entanto, passado esse período, as ADS e municípios não dispunham de contrato de manutenção preventiva e corretiva.

O desligamento do *plug* das geladeiras que acondicionam os imunobiológicos é outro entrave a ser considerado, sendo responsável por uma perda de 6,37%. O esquecimento da guarda de vacinas no refrigerador representou uma perda de 5,77%. Em determinadas situações, após o

processo de separação das vacinas, algumas foram esquecidas na bancada de separação.

Outro fator relevante que representou 4,55% das perdas deveu-se a porta da geladeira aberta após os procedimentos de separação. Nesses casos, o ar ambiente passa a circular no interior do refrigerador que, passa a sofrer sucessivas variações de temperatura.

O desligamento do interruptor da energia geral representou 5,31% das perdas físicas no Estado. É comum, principalmente no interior, em Unidades Básicas de Saúde, a chave geral da energia local situar-se na parte externa da instalação predial. Os relatórios explanaram a ação de vândalos, principalmente aos finais de semana, desligando as chaves gerais, colocando em risco a integridade, eficácia e segurança das vacinas.

Corroborando com os achados, estudo realizado demonstrou que uma das principais causas de perdas vacinais é a alteração de temperatura (36,67%) causada por queda de energia elétrica. Cerca de 47% apontaram a necessidade de grupo gerador, minimizando essas perdas.<sup>(9)</sup>

Em estudo com dados levantados nos sistemas de informação, 83% do total das vacinas desprezadas foi por validade vencida. Em segundo lugar, ficou a perda por falta de energia. Os outros registros de perda por procedimento inadequado ocorreram pelos seguintes motivos: caixa térmica esquecida fora do refrigerador no final do expediente e porta do refrigerador aberta.<sup>(14)</sup>

Em outro estudo verificou-se como fatores determinantes das perdas das a falta de energia elétrica, com 43,75%, seguida de falha no equipamento de refrigeração, com 33,33%; acondicionamento inadequado das vacinas, com 14,58%; e outras causas, com 8,30%.<sup>(15)</sup>

A perda por queda de energia e os problemas relacionados com equipamentos de refrigeração estiveram em evidência não só no estado. Dos formulários avaliados, 62% ocorreram nos finais de semana.

Esse fato pode ser corroborado em estudo onde verificou-se que a maioria das interrupções de energia acontecia nos finais de semana ou à noite, dessa forma, o tempo de exposição a temperaturas inadequadas ocorriam por longos períodos.<sup>(15)</sup>

### Perdas técnicas de imunobiológicos

A pesquisa identificou a perda técnica total estimada de 12,1 milhões de doses em todo o estado, representando um gasto financeiro de R\$ 36,5 milhões (Tabelas 3 e 4). Contudo, esse desperdício alerta para a necessidade de mudanças, como a produção de vacinas menos termolábeis; o fortalecimento da cadeia de frio em todas as instâncias; a redução do número de doses nos frascos multidoses; a priorização

pela compra de vacinas com maior tempo de validade após abertura do frasco; assim como o aumento das capacitações e treinamento da equipe técnica.

A perda de vacinas muitas vezes é inevitável, sendo algumas aceitáveis e justificadas. Entretanto, determinadas perdas são questionáveis, como a observada para a vacina contra hepatite B. No Ceará, das 4,9 milhões de doses distribuídas, 1,5 milhões foram perdidas de forma técnica (Tabela 4). Esse valor, quando mensurado em perdas totais (físicas + técnicas) atingiu aproximadamente, 1,6 milhões de doses, representando uma taxa de perda de 31,43%, ultrapassando o padrão estabelecido pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS) para essa vacina, que é de 20%

Ademais, trata-se de uma vacina com prazo de validade de 15 a 28 dias após abertura do frasco, e sua taxa de perda no estudo realizado foi superior a 50%, aproximando-se do resultado de outro estudo brasileiro.<sup>7-8</sup> Porém, ela foi muito maior que a do estudo norte-americano (1,1%),<sup>(16)</sup> assim como das taxas conclusivas dos estudos realizados na Índia: 21,0%, 5,3% e 10,5%, referentes aos períodos de 2012, 2012-2013 e 2015-2016, respectivamente.<sup>(12,17,18)</sup> Vale ressaltar que, assim como no Ceará, em todos esses estudos, a vacina foi disponibilizada em frascos multidoses.

Já a vacina TV, além de Fortaleza, também obteve expressividade em perda técnica a região do Cariri, com o segundo maior registro, de 370.300 doses. Apesar do número de doses desperdiçadas, sua taxa de perda foi de 27,19%, abaixo do padrão estabelecido pela OPAS para essa vacina, que é 30%.

Nesse contexto, em pesquisa sobre perdas com a vacina TV foram detectadas 21.440 doses, sendo 15.487 (72,23%) perdidas tecnicamente.<sup>(19)</sup>

Com relação à vacina BCG, esteve entre as três maiores perdas técnicas das Superintendências de Fortaleza e Sertão Central, com 628.950 e 115.545 doses, respectivamente. O montante de doses perdidas representou uma taxa de perda de 62,14%, ultrapassando o padrão estabelecido pela OPAS para esta vacina, que é de 50%.

Corroborando com esse achado, verificou-se que algumas das maiores perdas de vacinas foram observadas no público-alvo infantil (vacina BCG, com 93,3% e TV, com 91,1%), que dependem do compromisso dos responsáveis para a vacinação.<sup>(7)</sup> Uma alternativa seria o agendamento de crianças.<sup>(20)</sup> Em contrapartida, isso significaria que podem ser perdidas oportunidades de vacinação.

Quanto à repercussão financeira ocasionada pelas perdas técnicas, o estudo verificou que os maiores gastos entre as Superintendências foram com as vacinas TV, Influenza e VIP, em valores totais de R\$ 10,5 milhões, R\$ 8,9 milhões e R\$ 5,9 milhões, respectivamente. O aumento

desses gastos esteve relacionado com suas perdas nas campanhas nacionais de influenza e multivacinação, visando a atualização da caderneta de vacinação, ocorridas no período.

### Comparativo entre perdas totais e cobertura vacinal

A cobertura vacinal (CV) da poliomielite, sempre acima de 95%, foi semelhante à observada no mesmo intervalo para as vacinas BCG, Hepatite B e primeira dose da TV (D1), cujas CV sempre maiores que 90% e 95%. Contudo, as CV se mantiveram dentro do padrão estabelecido pelo PNI, apesar da constatação de perdas totais consideráveis ocorridas, sugerindo baixa ou nenhuma interferência nesse indicador. Ademais, faz-se necessário esclarecer que essa meta padrão é essencial para a manutenção da erradicação, eliminação ou controle das doenças imunopreveníveis, além de indicadores como a proporção de regiões de saúde com coberturas vacinais adequadas e a proporção de crianças vivendo em municípios com CV adequadas.

Um viés observado está relacionado entre CV e perdas de vacinas, que pode ter sido camuflado pelo excesso de vacinas liberadas, uma vez que antes da implementação da planilha de distribuição de vacinas no Estado, em 2016, não havia um critério de solicitação e envio aos municípios. Além disso, não se levava em consideração à estimativa populacional, e sim, as vacinas eram distribuídas de acordo com as solicitações demandadas pelas ADS.

A manutenção da qualidade em toda a cadeia de frio é de suma importância para que o serviço de imunização atinja seu objetivo, que é prevenir os agravos à saúde. Ressalte-se que, torna-se indispensável a priorização de Programas de Educação Permanente, que possibilite a realização de treinamentos e cursos essenciais para promover

a capacitação dos profissionais e reduzir o percentual de perdas.

### CONCLUSÃO

Verificou-se que os maiores registros de perdas físicas foram observados nas vacinas oral contra poliomielite (VOP), Hepatite B e Tríplice viral (TV), em todas as regiões do estado. Considerando as menores perdas, destacam-se as vacinas Tetraviral, Varicela, dTpa e DTP. Evidenciou-se que o principal motivo de perdas físicas foi à queda de energia elétrica nos locais onde esses imunobiológicos são armazenados. No que diz respeito às perdas técnicas, ou seja, as perdas justificáveis, o estudo concluiu que apesar do elevado número de doses desperdiçadas e do acentuado impacto financeiro proporcionado, apenas duas vacinas, BCG e Hepatite B, ultrapassaram o padrão de perda estabelecido pela OPAS. As demais se mantiveram abaixo desse padrão, sugerindo que os dados encontrados estavam dentro do esperado. Consta-se que qualquer falha na cadeia de frio pode onerar o orçamento público, promover o desperdício de imunobiológicos e impedir o acesso da população ao processo de imunização, porém a pesquisa não demonstrou evidência de relação direta entre as perdas totais de vacinas e as coberturas vacinais.

### Contribuições

Concepção e/ou desenho do estudo: Seabra Filho FT, Sousa MHL, Silva MGC; Coleta, análise e interpretação dos dados: Seabra Filho FT, Alves Júnior NC, Câncio KS; Redação e/ou revisão crítica do manuscrito: Seabra Filho FT, Moura ADA, Osterno CLM, Sousa MHL, Silva MGC; Aprovação da versão final a ser publicada: Seabra Filho FT, Moura ADA, Osterno CLM, Alves Júnior NC, Câncio KS, Sousa MHL, Silva MGC.

### REFERÊNCIAS

- Martins KM, Santos WL, Álvares AC. A importância da imunização: revisão integrativa. *Rev Inicia Cient Ext*. 2019;2(2):96-101.
- Domingues CM, Fantinato FF, Duarte E, Garcia LP. Vacina Brasil e estratégias de formação e desenvolvimento em imunizações. *Epidemiol Serv Saúde*. 2019;28(2):e20190223.
- Brasil. Ministério da Saúde. Manual de Rede de Frio. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013 [citado 2016 Out 20]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_rede\\_frio4ed.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_rede_frio4ed.pdf)
- Raglione D, Bezerra GA, Lopes MH, Nerger ML, Guimarães TC, Sartori MA. Avaliação da rede de frio para conservação de vacinas em unidades básicas de saúde das Regiões Sul e Centro-Oeste do Município de São Paulo em 2011-2012. *Epidemiol Serv Saúde*. 2016;25(1):65-74.
- Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014 [citado 2016 Out 20]. Disponível em: <http://pni.datasus.gov.br/apresentacao.asp>
- Brasil. Ministério da Saúde. Manual de normas e procedimentos para vacinação. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014 [citado 2016 Out 20]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_procedimentos\\_vacinacao.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_procedimentos_vacinacao.pdf)
- Pereira DD, Neves EB, Gemelli M, Ulbricht L. Análise da taxa de utilização e perda de vacinas no Programa Nacional de Imunização. *Cad Saúde Coletiva*. 2013;21(4):420-4.
- Mai S, Rosa RS, Carvalho AS, Hermann F, Ramos AR, Micheleti VC, et al. Utilização e perda de doses de vacinas na Região Metropolitana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul: um estudo descritivo de 2015-2017. *Epidemiol Serv Saude*. 2019;28(3):e2018389.
- Samad S. Perdas de vacinas: razões e prevalência em quatro unidades federadas do Brasil [dissertação]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2011.
- Dias BF. Relação entre perdas vacinais e variáveis de infraestrutura em salas de vacinação de uma cidade do sudeste brasileiro [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2016.

11. Tiwari R, Shatkratu D, Swami P, Mahore R, Tiwari S. A study to assess vaccine wastage in an immunization clinic tertiary care center, Gwalior, Madhya Pradesh, India. *Int J Res MedSci*. 2017;5(6):2472-6.
12. World Health Organization (WHO). Monitoring vaccine wastage at country level: guidelines for programme managers. Geneva: World Health Organization; 2005 [cited 2019 Jul 20]. Available from: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/68463/WHO\\_VB\\_03.18.Rev.1\\_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/68463/WHO_VB_03.18.Rev.1_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
13. Coletto VA. Perdas Vacinais na Unidades Básicas de Saúde na Região Oeste do município de São Paulo [dissertação]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2017.
14. Crosewski F, Larocca LM, Chaves MM. Perdas evitáveis de imunobiológicos na instância local: reflexões acerca do processo de trabalho da enfermagem. *Saúde Debate*. 2018;42(116): 203-13.
15. Santos A. IBM SPSS como Ferramenta de Pesquisa Quantitativa [dissertação]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2016.
16. Setia S, Mainzer H, Washington ML, Coil G, Snyder R, Weniger BG. Frequency and causes of vaccine wastage. *Vaccine*. 2002;20(7-8):1148-56.
17. Praveena DA, Selvaraj K, Veerakuma AM, Nair D, Ramaswamy G, Chinnakali P. Vaccine wastage assessment in a primary care setting in rural India. *Ind J Contemp Pediatr*. 2015;2(1):7-11.
18. Mehta S, Umregar P, Patel P, Bansal RK. Evaluation of vaccine wastage in Surat. *Natl J Community Med*. 2013;4(1):15-9.
19. Dias BF, Almeida R, Novaes M. Perdas das Vacinas Rotavírus e Tríplice Viral em Salas de Vacinação de um Município Mineiro. XXIV Congresso Brasileiro de Engenharia Biomédica. Rio de Janeiro; 2014. Disponível em: [http://www.canal6.com.br/cbeb/2014/artigos/cbeb2014\\_submission\\_094.pdf](http://www.canal6.com.br/cbeb/2014/artigos/cbeb2014_submission_094.pdf)
20. Moura AD, Carneiro AK, Braga AV, Bastos EC, Canto SV, Figueiredo TW, et al. Estratégias e resultados da vacinação no enfrentamento da epidemia de sarampo no estado do Ceará, 2013-2015. *Epidemiol Serv Saúde*. 2018;27(1):151-8.



# VALIDAÇÃO DO APLICATIVO MÓVEL “PUERPÉRIOSEGURO” PARA O CUIDADO À BEIRA LEITO DA PUÉRPERA

VALIDATION OF THE “PUERPÉRIOSEGURO” MOBILE APPLICATION FOR POSTPARTUM BEDSIDE CARE

VALIDACIÓN DE LA APLICACIÓN MÓVIL “PUERPÉRIOSEGURO” PARA ATENCIÓN POSPARTO

Francisco Railson Bispo de Barros<sup>1</sup>

Raquel Faria da Silva Lima<sup>2</sup>

Elizla Guerreiro Menezes<sup>1</sup>

(<https://orcid.org/0000-0003-3428-207X>)

(<https://orcid.org/0000-0003-2211-5899>)

(<https://orcid.org/0000-0003-1804-6384>)

## Descritores

Informática em enfermagem;  
Aplicativos móveis; Estudo de  
validação; Período pós-parto;  
Cuidados de enfermagem

## Descriptors

Nursing informatics; Mobile  
applications; Validation study;  
Postpartum period; Nursing care

## Descritores

Informática en enfermería;  
Aplicaciones móviles; Estudio  
de validación; Periodo posparto;  
Cuidado de enfermera

## Submetido

12 de Fevereiro de 2021

## Aceito

25 de Maio de 2021

## Conflitos de interesse:

nada a declarar.

## Autor correspondente

Francisco Railson Bispo de Barros  
E-mail: [enf.franciscobarros@gmail.com](mailto:enf.franciscobarros@gmail.com)

## RESUMO

**Objetivo:** Validar o aplicativo “PuerpérioSEGURO” como tecnologia para o cuidado à beira leito da puérpera.

**Métodos:** Trata-se de um estudo metodológico de inovação tecnológica e validação aplicada, fundamentado nos princípios da Engenharia de *Software*, cuja coleta de dados foi realizada no mês de maio de 2020. Foi adotada uma amostragem de 16 especialistas, formando duas comissões de juizes, oito com expertise na área de enfermagem em obstetria para validar as interfaces, e oito com expertise na área de informática para validar o sistema. Os dados foram submetidos a estatística descritiva e expressos por meio do Índice de Validade de Conteúdo (IVC), considerando adequado os itens  $\geq 0,8$  de concordância.

**Resultados:** Tratando-se do conjunto interfaces, quatro parâmetros subdivididos em 10 subitens foram avaliados pelos juizes da enfermagem, obtendo uma concordância geral de 1,0. Já os juizes da informática avaliaram o conjunto sistema em seis parâmetros subdivididos em 16 subitens, alcançando uma concordância geral de 0,92.

**Conclusão:** O aplicativo móvel alcançou validade excelente de interfaces e sistema entre os juizes, sendo necessários novos estudos de interação prática com um webservice institucional.

## ABSTRACT

**Objective:** To validate the “PuerpérioSEGURO” application as a technology for postpartum bedside care.

**Methods:** This is a methodological study of technological innovation and applied validation, based on the principles of Software Engineering, whose data collection was carried out in May 2020. A sample of 16 specialists was adopted, forming two commissions of judges, eight with expertise in the field of midwifery nursing to validate the interfaces, and eight with expertise in the computer area to validate the system. The data were submitted to descriptive statistics and expressed through the Content Validity Index (CVI), considering items  $\geq 0.8$  of agreement to be adequate.

**Results:** In the case of the set of interfaces, four parameters subdivided into 10 sub-items were evaluated by the nursing judges, obtaining a general agreement of 1.0. The computer judges evaluated the system set in six parameters subdivided into 16 sub-items, reaching a general agreement of 0.92.

**Conclusion:** The mobile application achieved excellent validity of interfaces and systems among the judges, requiring further studies of practical interaction with an institutional web service.

## RESUMEN

**Objetivo:** Validar la aplicación “PuerpérioSEGURO” como tecnología para la atención posparto.

**Métodos:** Se trata de un estudio metodológico de innovación tecnológica y validación aplicada, basado en los principios de la Ingeniería de Software, cuya recolección de datos se realizó en mayo de 2020. Se adoptó una muestra de 16 especialistas, conformando dos comisiones de jueces, ocho con experiencia en el campo de la enfermería de partería para validar las interfaces, y ocho con experiencia en el área informática para validar el sistema. Los datos fueron sometidos a estadística descriptiva y expresados a través del Índice de Validez de Contenido (IVC), considerándose adecuados los ítems  $\geq 0,8$  de acuerdo.

**Resultados:** En el caso del conjunto de interfaces, los jueces de enfermería evaluaron cuatro parámetros subdivididos en 10 sub-ítems, obteniendo un acuerdo general de 1,0. Los jueces informáticos evaluaron el sistema establecido en seis parámetros subdivididos en 16 sub-ítems, alcanzando un acuerdo general de 0,92.

**Conclusión:** La aplicación móvil logró una excelente validez de interfaces y sistemas entre los jueces, requiriendo más estudios de interacción práctica con un servicio web institucional.

<sup>1</sup>Universidade do Estado do Amazonas, Manaus, AM, Brasil.

<sup>2</sup>Universidade Federal do Amazonas, Manaus, AM, Brasil.

## Como citar:

Barros FR, Lima RF, Menezes EG. Validação do aplicativo móvel “PuerpérioSEGURO” para o cuidado à beira leito da puérpera. *Enferm Foco*. 2021;12(5):977-84.

DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n5.4545>

## INTRODUÇÃO

Há mais de duas décadas, a Cúpula do Milênio da Organização das Nações Unidas (ONU) se reuniu para estabelecer os oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODMs), os quais foram reformulados em 2015 para 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). Entre as metas pactuadas no terceiro objetivo, está a redução da taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100 mil nascidos vivos, evento de importante magnitude no mundo, especialmente nos países emergentes como o Brasil.<sup>(1,2)</sup>

Dados da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) evidenciam que, cerca de 830 mulheres morrem todos os dias no mundo vítimas de complicações presumíveis durante a gestação, processo do parto e período puerperal, sendo que 99% ocorrem em países emergentes. Destaca-se que, em 2015, aproximadamente 303 mil mulheres evoluíram para óbito durante, após a gravidez e parto, quase todas em locais com escassos recursos estruturais, tecnológicos e profissionais, e que poderiam ter sido evitadas.<sup>(2)</sup>

Dados nacionais revelam que as taxas de mortalidade materna são extremamente elevadas frente as recomendadas pela ONU, apresentando uma folgada disparidade entre as regiões do Brasil, principalmente no Norte e Nordeste. Em 2016, a Razão de Mortalidade Materna Vigilância (RMM-V) foi de 64 óbitos por 100 mil nascidos vivos. Um ano antes na região Norte, a RMM vigilância, direta e IHME/GBD foram de 76,0, 66,7 e 66,7, respectivamente, sendo levemente maior a direta e IHME/GBD na região Nordeste, 75,3, 68,5 e 79,8, respectivamente.<sup>(3)</sup>

Existe uma preocupação por partes dos chefes de Estado e de Governo para com a saúde dessa clientela, uma vez que os elevados números de óbitos maternos se traduzem como indicadores sensíveis da qualidade de vida e dos cuidados oferecidos pelos profissionais de saúde, sobretudo os da enfermagem, já que estão em contato constante com a paciente. À vista disso, se faz necessário reinventar e implementar novos processos assistências de acompanhamento da mulher durante o ciclo gravídico-puerperal, que possibilite aos profissionais, de forma efetiva, se anteciparem aos desfechos negativos e evitáveis.

É nessa busca por métodos menos invasivos do cuidado que surge a possibilidade do uso da Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC), particularmente o *Mobile Health* (MHealth), recurso que converge a prática tecnológica ao contexto da saúde, suportado por dispositivos móveis como smartphones, os celulares inteligentes, tablets e qualquer outro dispositivo de conceito portátil.<sup>(4)</sup>

A partir dessa modalidade de atenção à saúde, tem-se idealizado e desenvolvido os aplicativos móveis, cujo

objetivo é ampliar o acesso as informações e aos serviços de saúde, assim como qualificar o atendimento e a gestão hospitalar. Presume-se que o manuseio dessa tecnologia possa influenciar positivamente a enfermagem como um contraponto ao cenário epidemiológico de morbimortalidade materna, visto que tem transformado a forma do enfermeiro de lidar com um quantitativo maciço de informações sobre a assistência, e promovido um rápido e organizado sistema de gestão do cuidado, decréscimo da carga burocrática e aumento da performance profissional.<sup>(5,6)</sup>

Dessa forma, considerando os obstáculos enfrentados pela enfermagem brasileira para acompanhar a puérpera na involução do ciclo gravídico na maternidade, seja pelo déficit de recursos humanos e/ou pela ausência de um instrumento que possa ser utilizado durante esse processo, e, ainda, os benefícios que a TIC MHealth podem proporcionar no atendimento, planejamento dos cuidados e acompanhamento clínico dessa clientela, emergiu a ideia de desenvolver e validar uma tecnologia móvel com as interfaces necessárias para otimizar o cuidado imediato/mediato à puérpera a beira leito.

Diante do exposto, o presente estudo teve como objetivo validar o aplicativo "PuerpérioSEGURO" como tecnologia para o cuidado à beira leito da puérpera, o qual foi desenvolvido em uma plataforma móvel como tecnologia em saúde.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo metodológico de inovação tecnológica e validação aplicada, baseado nos princípios da Engenharia de *Software* de Pressman e fundamentado no ciclo de vida de desenvolvimento de sistemas.<sup>(7,8)</sup>

O estudo foi desenvolvido e conduzido em uma Instituição Pública de Ensino Superior (IES) na cidade de Manaus-Amazonas, e devido ao cenário pandêmico e de distanciamento social, a coleta de dados foi realizada de forma virtual, onde, os grupos de juizes selecionados forneceram as informações por e-mail e Google Forms.

A comissão dos juizes foi formada por profissionais com expertise na área de enfermagem em obstetrícia e na área de informática, selecionados a partir dos critérios adaptados de Fehring.<sup>(9)</sup> Quanto ao número ideal de juizes para o processo de validação, optou-se pelas orientações da Norma Brasileira ABNT ISO/IEC 25062:2011, que recomenda uma amostragem mínima de oito participantes.<sup>(10)</sup> Para este estudo foi adotada uma amostragem de 16 juizes, formando o grupo juizes das interfaces e o grupo juizes do sistema.

Para a validação do conjunto das interfaces, foram considerados os juizes especialistas da enfermagem que

pontuassem pelo menos nove pontos de 15, de acordo com os seguintes critérios: doutorado em enfermagem ou área da saúde (4 pontos); mestrado em enfermagem ou área da saúde (3 pontos); especialização/residência em obstetrícia (2 pontos); experiência assistencial hospitalar mínima de três anos na área de obstetrícia (2 pontos); dissertação, tese ou monografia nas temáticas: puerpério e/ou tecnologia em saúde (2 pontos); artigos publicados nas temáticas: puerpério e/ou tecnologia em saúde (1 ponto); e orientações de trabalhos científicos nas temáticas: puerpério e/ou tecnologia em saúde (1 ponto).<sup>(9)</sup>

Para a validação do conjunto sistema, foram incorporados os juízes especialistas da informática que somassem também nove pontos de 15, conforme os critérios estabelecidos: doutorado em informática (4 pontos); mestrado em informática (3 pontos); especialização em engenharia de *software* (2 pontos); experiência em desenvolvimento de tecnologias móvel (2 pontos); dissertação, tese ou monografia nas temáticas: tecnologia móvel e/ou tecnologia em saúde (2 pontos); artigos publicados nas temáticas: tecnologia móvel e/ou tecnologia em saúde (1 ponto); e orientações de trabalhos científicos nas temáticas: tecnologia móvel e/ou tecnologia em saúde (1 ponto).<sup>(9)</sup>

Como critérios de exclusão, definiu-se: não possuir smartphone com sistema operacional Android 8.0, não cumprir com o que consta nas orientações referentes ao tempo de recebimento, avaliação e devolução do material avaliado e ficar sem comunicação com o pesquisador.

A partir dos critérios supracitados, foi iniciada a busca de currículos na Plataforma *Lattes* no mês de maio de 2020, usando como ferramenta a busca por assunto, título ou palavra-chave da produção. Foram utilizadas palavras-chave para a realização desta tarefa: "obstetrícia" + "puerpério" + "tecnologia em saúde" + "tecnologia móvel" + "aplicativo".

Na sessão "contato" da Plataforma *Lattes*, foi enviada uma carta convite para o e-mail de cada profissional a fim de dar conhecimento da pesquisa e aguardar a sua concordância em participar da mesma. Para os profissionais cujo retorno foi desfavorável, foram solicitadas indicações de outros profissionais que trabalhem na área com a temática proposta e que possam entrar em contato para convidá-lo a participar da pesquisa.

Concluída a etapa de seleção dos grupos de juízes, foram explicados o objetivo e os procedimentos da pesquisa, e, via e-mail, foi encaminhado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para a assinatura digital ou manual. Cada juiz participante recebeu um "kit" contendo um link para baixar e manusear a tecnologia móvel na sua primeira versão e um link referente aos instrumentos de

validação, um específico para os juízes da área de enfermagem e outro específico para os juízes da área de informática, os quais foram adaptados e construídos na ferramenta Google Forms com base no original desenvolvido por Sperandio.<sup>(11)</sup> A entrega dos questionários para o pesquisador também foi realizada via e-mail, em data pré-agendada, com o prazo de vinte dias para a devolução do material.

Os formulários apresentavam os seis quesitos da engenharia de *software* (funcionalidade, usabilidade, confiabilidade, eficiência, manutenibilidade e portabilidade) e suas subdivisões, abrangendo todos os aspectos da qualidade do *software*. Esses parâmetros avaliaram a adequabilidade da tecnologia móvel quanto a produção das respostas ao usuário, assim como, a qualidade da engenharia de construção.<sup>(7)</sup>

Os juízes especialistas na área de enfermagem avaliaram os aspectos de funcionalidade, usabilidade, confiabilidade e eficiência com base em 10 subitens. Já os juízes especialistas na área de computação avaliaram além dos aspectos referentes à funcionalidade, usabilidade, confiabilidade e eficiência, os quesitos de manutenibilidade e portabilidade do aplicativo a partir de 16 subitens. Para cada item avaliado, têm-se uma escala do tipo Likert com cinco graus de valoração (concordo totalmente; concordo em parte; indiferente; discordo em parte; e discordo totalmente).

Com a entrega das fichas de avaliações preenchidas pelos juízes, o material foi revisado, codificado e analisado a partir da representação comportamental das respostas, e em seguida, realizada a análise quantitativa de cada instrumento através do cálculo do valor estatístico correspondente à média aritmética dos escores do questionário avaliado pelos juízes. Os questionários foram analisados tendo por base a mensuração do Índice de Validade de Conteúdo (IVC), que é um método que permite medir a proporção ou porcentagem de juízes que concordam sobre elementos do instrumento, contemplando uma análise item por item e do instrumento como um todo.<sup>(12)</sup>

Apesar das divergências da literatura em entrar num consenso quanto aos pontos de corte do IVC, nesse estudo foram considerados como validados os itens que obtiveram nas respostas os índices de consenso entre os juízes  $\geq 0,8$  de concordância.<sup>(13)</sup> Procedeu-se a uma análise parâmetro a parâmetro, destacando os resultados obtidos pelos respectivos instrumentos que foram entregues pelos avaliadores.

Os dados foram armazenados em planilha no Software Microsoft Excel 360® 2019 para o processamento. Com relação a análise dos dados, foram utilizados os recursos de computação do sistema Statistical Package for the Social Sciences® (SPSS), versão 22.0 em ambiente Windows 10.

Para tratamento dos dados, foi utilizada a estatística descritiva e inferencial, e apresentados sob forma de tabelas.

Ainda que a abordagem do estudo esteja voltada para produção tecnológica, seres humanos foram questionados para a validação do produto. Assim sendo, os aspectos éticos foram respeitados em todas as etapas do estudo, assegurando os direitos e deveres da comunidade científica, dos participantes da pesquisa e da sociedade. A coleta de dados iniciou após liberação do Comitê de ética em Pesquisa (CEP) sob o CAAE nº 30659920.8.0000.5020. Para manter a confidencialidade, a cada participante foi atribuída uma sequência alfanumérica, JE1 a JE8 para Juiz da Enfermagem, e JI1 a JI8 para Juiz da Informática.

## RESULTADOS

O aplicativo conta com cinco interfaces principais, subdivididas por sessão de usabilidade, seguras, interativas, dinâmicas e organizadas, que flexibilizam sua privacidade e manuseio, avaliação e reavaliação do binômio mãe-filho, prescrição de um plano de cuidados e formação de um banco de dados a partir das informações cadastradas e resumos clínicos diários (Figura 1).



Figura 1. Interfaces login e tela principal do aplicativo "PuerpérioSEGURO"

Participaram da validação do aplicativo protótipo oito doutores da enfermagem, cinco doutores e três mestres da informática (TI), totalizando 16 juízes especialistas. Por intermédio da análise do Currículo *Lattes*, se evidenciou que todos possuíam experiência profissional e docente condizentes aos contextos abordados no estudo, observada a área de formação, saúde da mulher e engenharia de *software*. Tendo por base a produção científica dos juízes,

cinco enfermeiros e três TI (50,0%) possuíam conhecimentos sobre tecnologias voltadas à saúde, o que proporcionou uma visão holística e cuidadosa quanto aos critérios de funcionalidade, confiabilidade, usabilidade, eficiência, manutenibilidade e portabilidade da tecnologia desenvolvida (Tabela 1).

Tabela 1. Caracterização dos juízes especialistas da enfermagem e da informática

Variáveis	n(%)
Idade	
30 - 40	7(37,5)
41 - 50	6(37,5)
> 50	3(25,0)
Gênero	
Masculino	6(37,5)
Feminino	10(62,5)
Tempo de formação	
10 - 20	6(37,5)
21 - 30	8(50,0)
> 30	2(12,5)
Titulação	
Doutorado	13(81,2)
Mestrado	3(18,8)
Conhecimento sobre tecnologias em saúde	
Sim	8(50,0)
Não	8(50,0)
Tempo de experiência como profissional	
3 - 10	5(25,0)
11 - 20	5(25,0)
> 20	6(30,0)
Tempo de experiência como docência	
3 - 10	7(37,5)
11 - 20	4(20,0)
> 20	5(25,0)
Função ou carga atual	
Docente	16(100,0)

O quadro 1 apresenta as respostas obtidas pelos oito juízes da enfermagem segundo quatro parâmetros, a saber, funcionalidade, confiabilidade, usabilidade e eficiência, onde foram subdivididos em dez itens, por meio do qual foi verificado o nível de concordância dos avaliadores frente ao conteúdo teórico e a dinâmica de interação usuário/tecnologia. Evidenciou-se que todos alcançaram o IVC médio máximo (1,0) ao se somar as respostas concordo totalmente (CT) e concordo em parte (CP), sendo o IVC global também igual a 1,0.

O quadro 2 apresenta as respostas obtidas pelos oito juízes da informática segundo seis parâmetros, a saber, funcionalidade, confiabilidade, usabilidade, eficiência, manutenibilidade e portabilidade, onde foram subdivididos em 16 itens, por meio do qual foi verificado o nível de concordância dos avaliadores frente a dinâmica de interação usuário/tecnologia. Evidenciou-se que dois parâmetros, usabilidade e eficiência, alcançaram o IVC médio máximo

**Quadro 1.** Validação das interfaces do aplicativo "PuerpérioSEGURO", segundo o grupo de juizes da enfermagem

1. Funcionalidade	CT*	CP*	I*	DP*	DT*	IVC*
1.1. O aplicativo dispõe das principais funções necessárias para avaliar riscos, classificar o estado de saúde da puérpera e subsidiar cuidados preventivos para possíveis complicações;	7	1	0	0	0	1,0
1.2. O aplicativo é preciso na execução de suas funções;	8	0	0	0	0	1,0
1.3. O aplicativo dispõe de segurança de acesso através de senhas.	8	0	0	0	0	1,0
Total	23	1	0	0	0	N=24
IVC médio						1,0
2. Confiabilidade	CT*	CP*	I*	DP*	DT*	IVC*
2.1. O aplicativo reage adequadamente quando ocorrem falhas;	7	1	0	0	0	1,0
2.2. O aplicativo informa ao usuário a entrada de dados inválidos.	7	1	0	0	0	1,0
Total	14	2	0	0	0	N=16
IVC médio						1,0
3. Usabilidade	CT*	CP*	I*	DP*	DT*	IVC*
3.1. É fácil entender o conceito e a aplicação do aplicativo;	8	0	0	0	0	1,0
3.2. É fácil entender o conceito e a aplicação do aplicativo;	8	0	0	0	0	1,0
3.3. O aplicativo oferece ajuda de forma clara.	8	0	0	0	0	1,0
Total	24	0	0	0	0	N=24
IVC médio						1,0
4. Eficiência	CT*	CP*	I*	DP*	DT*	IVC*
4.1. O tempo de execução do aplicativo é adequado.	7	1	0	0	0	1,0
4.2. Os recursos disponibilizados no aplicativo são adequados.	7	1	0	0	0	1,0
Total	14	2	0	0	0	N=16
IVC médio						1,0
IVC global						1,0

Nota: \* Concordo Totalmente; Concordo em Parte; Indiferente; Discordo em Parte; Discordo Totalmente; Índice de Validação de Conteúdo

(1,0) ao se somar as respostas concordo totalmente (CT) e concordo em parte (CP), dois atingiram um IVC médio = 0,91 e dois obtiveram IVC médio = 0,81, sendo o IVC global = 0,92.

As considerações dos juizes estiveram relacionadas a algumas funções do aplicativo que ainda se encontravam inativas devido a necessidade de conexão via webservice da instituição de saúde ao qual seria implementado, assim como a lentidão na execução do aplicativo em smartphones com sistema operacional Android avançado.

## DISCUSSÃO

A produção de um aplicativo caracteriza-se como um meio possível para solucionar problemas no contexto da saúde, visto que viabiliza maior rapidez na transmissão e armazenamento de dados captados.<sup>(14)</sup> Comumente denominados de aplicativos mHealth, essa tecnologia auxilia o usuário no gerenciamento do bem-estar geral, prevenção e recuperação de doenças, proporcionando um ambiente de contínua avaliação dos parâmetros de saúde, e que se configura em uma oportunidade significativa de crescimento.<sup>(15)</sup>

Essa tendência se deve ao fato de que o mercado global de saúde digital tem demonstrado um satisfatório meio de capital, chegando a US\$ 206 bilhões em 2020.<sup>(16)</sup> Entretanto, vale destacar que, a cada um aplicativo que é

lançado, outros vinte são esquecidos pelo usuário, sendo um dos fatores o temor pela carência de confiabilidade do conteúdo compartilhado.<sup>(17)</sup>

Apesar do pouco conhecimento metodológico dos aplicativos mHealth disponibilizados nas plataformas virtuais dos smartphones, os aplicativos idealizados por profissionais de saúde, ao agregarem saber tecnológico ao saber científico, experiência e conhecimento do contexto, têm capacidade de serem vinculados à prática como ferramentas auxiliares do cuidado.<sup>(14,18)</sup> Dessa forma, com base nos referenciais teórico e metodológico para se desenvolver e validar o aplicativo proposto, este estudo seguiu uma vertente restrita a unificação desses saberes, fundamentado em outros estudos com o mesmo propósito, porém contextos teóricos diferentes.<sup>(19,20)</sup>

A iniciativa de validar o aplicativo originou-se da necessidade de convergir os saberes supracitados para fundamentar a prática dos(as) enfermeiros(as) obstetras ao cuidado do binômio mãe-filho, já que a especialização em obstetrícia segue em crescimento no Brasil.<sup>(20,21)</sup> Assim, o processo de validação oportuniza ao pesquisador checar todas as dimensões ou domínios do produto desenvolvido, e se estes estão de acordo com os requisitos elencados na pesquisa. Para se alcançar uma boa interação do usuário com a tecnologia, ela precisa ser fácil de compreender e



## Quadro 2. Validação do sistema do aplicativo "PuerpérioSEGURO", segundo o grupo de juizes da enfermagem

1. Funcionalidade	CT*	CP*	I*	DP*	DT*	IVC*
1.1. o aplicativo é preciso na execução de suas funções;	5	2	1	0	0	0,87
1.2. o aplicativo executa o que foi proposto de forma correta;	5	2	1	0	0	0,87
1.3. o aplicativo dispõe de segurança de acesso através de senha.	8	0	0	0	0	100,00
Total	18	4	2	0	0	N=24
IVC médio						0,91
2. Confiabilidade	CT*	CP*	I*	DP*	DT*	IVC*
2.1. O aplicativo reage adequadamente quando ocorrem falhas;	4	2	2	0	0	0,75
2.2. O aplicativo informa ao usuário a entrada de dados inválidos.	5	2	1	0	0	0,87
Total	9	4	3	0	0	N=16
IVC médio						0,81
3. Usabilidade	CT*	CP*	I*	DP*	DT*	IVC*
3.1. o aplicativo é preciso na execução de suas funções;	7	1	0	0	0	1,0
3.2. o aplicativo executa o que foi proposto de forma correta;	7	1	0	0	0	1,0
3.3. o aplicativo dispõe de segurança de acesso através de senha.	8	0	0	0	0	1,0
3.4. É fácil operar e controlar o aplicativo.	8	0	0	0	0	1,0
Total	30	2	0	0	0	N = 32
IVC médio						1,0
4. Eficiência	CT*	CP*	I*	DP*	DT*	IVC*
4.1. O tempo de execução do aplicativo é adequado;	7	1	0	0	0	1,0
4.2. Os recursos disponibilizados no aplicativo são adequados.	8	0	0	0	0	1,0
Total	15	1	0	0	0	N = 16
IVC médio						1,0
5. Manutenibilidade	CT*	CP*	I*	DP*	DT*	IVC*
5.1. É fácil encontrar uma falha no aplicativo quando ocorre;	6	1	1	0	0	0,87
5.2. É fácil modificar e adequar o aplicativo quando necessário;	6	1	1	0	0	0,87
5.3. É fácil testar quando há alterações no aplicativo.	6	2	0	0	0	1,0
Total	18	4	2	0	0	N = 24
IVC médio						0,91
6. Portabilidade	CT*	CP*	I*	DP*	DT*	IVC*
6.1. É fácil adaptar o aplicativo para outros ambientes	6	1	1	0	0	0,87
6.2. É fácil baixar e instalar o aplicativo em outros dispositivos móveis.	6	1	0	1	0	0,87
Total	12	2	1	1	0	N = 16
IVC médio						0,87
IVC* global						0,92

Nota: \* Concordo Totalmente; Concordo em Parte; Indiferente; Discordo em Parte; Discordo Totalmente; Índice de Validação de Conteúdo

manusear, funcionando de maneira eficiente e ser consistente ao comando do usuário, sendo está a melhor forma que o desenvolvedor tem de validar sua obra.<sup>(22)</sup>

Os grupos de juizes que participaram dessa etapa do estudo demonstraram titulação acadêmica, experiência profissional e produção científica satisfatórios para avaliar os critérios estabelecidos na Engenharia de *Software*. Dos 16 avaliadores, 13 (81,2%) eram doutores em suas áreas e oito (50,0%) apresentaram conhecimento sobre a temática de tecnologias em saúde. No estudo de validação técnica do aplicativo "Cuidado Pré-natal", dos seis juizes que foram selecionados, quatro (66,6%) deles tinha doutorado, e todos apresentaram reconhecida expertise no assunto temático.<sup>(23)</sup>

Com base nos cálculos da avaliação completa dos parâmetros pelos grupos de juizes, evidenciou-se que o IVC global do app construído obteve score superior ao estabelecido, 1,0 na perspectiva do grupo de enfermagem e 0,92 na perspectiva do grupo de informática, não sendo relatado por ambos os grupos problemas que demandassem quaisquer reparos de codificação, caracterizando-o como prático e intuitivo, e com uma excelente validação.

A importância dada à validação, assim como os resultados deste estudo podem ser equivalentes a outros estudos metodológicos com foco na saúde da mulher. Em um estudo realizado com o objetivo de desenvolver e validar um protótipo móvel educacional para gestantes, denominado "Gestar", no quesito aparência, também apresentou IVC acima do limite estabelecido (0,93), demonstrando concordância excelente entre os avaliadores, e considerando a validação por profissionais de outras áreas essencial para adequar a tecnologia produzida ao público alvo.<sup>(24)</sup>

Resultados satisfatórios também foram encontrados por enfermeiros que desenvolveram e validaram o aplicativo "GestAção" com base na experiência de uso das gestantes, evidenciando relevante nível de satisfação das avaliadoras com a usabilidade do app, obtendo IVC geral de 0,9, julgando os objetivos com 0,92, estrutura e apresentação com 0,86 e relevância com 0,92, caracterizando-o como tecnologia inovadora e adjuvante no empoderamento da gestante, auxiliando-a na obtenção de informações sobre esta fase de sua vida, assim como promitente ferramenta para a enfermagem durante as consultas de pré-natal.<sup>(25)</sup>

Outro estudo, também conduzido por enfermeiros, objetivou desenvolver e avaliar um aplicativo para o controle da sífilis em gestantes, denominado “SELP”, avaliado com base em três quesitos. A análise das avaliações pelos especialistas evidenciou um elevado nível de satisfação no diz respeito aos seis itens do primeiro quesito, objetivos do app, uma vez que os valores do IVC se mostraram entre 0,8 e 1,0. Nos treze itens do segundo quesito, estrutura e funcionalidade do app, os achados foram julgados adequados, com IVC também entre 0,8 e 1,0, apresentando uma avaliação total igual a 0,89. Quanto ao último quesito, relevância do app, os cinco itens obtiveram um consenso máximo entre os avaliadores, ou seja, um IVC de 1,0.<sup>(18)</sup>

A partir dos resultados apresentados, pode-se inferir que a implementação de aplicativos móveis como ferramentas tecnológicas auxiliares, eleva a capacidade de execução dos cuidados da enfermagem, seja educando ou assistindo o público alvo, visto que as vantagens estabelecidas pelo manuseio de *softwares* contribuem no ensino, na pesquisa e na assistência multiprofissional, além de armazenar os dados coletados na forma digital, oportunizando a administração melhor do tempo e favorecendo a tomada da decisão de maneira compatível a necessidade do cliente.<sup>(26)</sup>

Apesar de não ter havido considerações que demandassem quaisquer reparos de codificação, vale destacar que as demais questões apresentadas serão analisadas, melhoradas e reavaliadas em estudos posteriores, já que as limitações deste estudo estão diretamente relacionadas a falta de interação do aplicativo com um webservice institucional, ou seja, uma integração de sistemas e comunicação entre aplicações diferentes, bem como a codificação da tecnologia para o sistema operacional iOS.

O aplicativo “PuerpérioSEGURO” representa uma solução auxiliar viável para que os enfermeiros(as) implementem uma inovadora tecnologia do cuidar eficaz no atendimento, planejamento dos cuidados e acompanhamento do binômio mãe-filho na maternidade, capaz de possibilitar a otimização do tempo de assistência, maximizar a qualidade do serviço e favorecer o alcance da taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100 mil nascidos vivos, item 3.1 dos ODS’s da ONU.

## CONCLUSÃO

O produto tecnológico desenvolvido neste estudo alcançou validade excelente de interfaces e sistema entre os juízes especialistas, o qual foi idealizado, construído e validado segundo uma necessidade vivenciada na prática não só de seus criadores, mas de centenas de outros enfermeiros que se dedicam ao cuidado à mulher no seu ciclo gravídico-puerperal. O aplicativo “PuerpérioSEGURO” representa a quarta tecnologia inovadora classificada como dura no contexto da saúde da mulher, sendo a primeira que tem como foco a otimização do cuidado imediato/mediato à puérpera na beira do leito, instigando novas pesquisas em um campo considerado novo para a enfermagem.

## Agradecimentos

À Escola de Enfermagem de Manaus (EEM) da Universidade Federal do Amazonas (UFAM).

## Contribuições

Concepção e/ou desenho do estudo: Barros FRB; Coleta, análise e interpretação dos dados: Barros FRB; Redação e/ou revisão crítica do manuscrito: Barros FRB, Lima RFS, Menezes EG; Aprovação da versão final a ser publicada: Barros FRB, Lima RFS, Menezes EG.

## REFERÊNCIAS

1. Organização das Nações Unidas Brasil (ONU). Transformando nosso mundo: a agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável. Brasília (DF): ONU; 2015 [citado 2020 Maio 30]. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2015/10/agenda2030-pt-br.pdf>
2. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Folha informativa: mortalidade materna. Brasília (DF): OPAS; 2018 [citado 2019 Jun 27]. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5741:folha-informativa-mortalidade-materna&Itemid=820](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5741:folha-informativa-mortalidade-materna&Itemid=820)
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Saúde Brasil 2017: uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos objetivos de desenvolvimento sustentável. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2018 [citado 2019 Jun 27]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_brasil\\_2017\\_analise\\_situacao\\_saude\\_desafios\\_objetivos\\_desenvolvimento\\_sustentavel.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2017_analise_situacao_saude_desafios_objetivos_desenvolvimento_sustentavel.pdf)
4. World Health Organization (WHO). MHealth – new horizons for health through mobile technologies: based on the findings of the second global survey on e-health. Geneva: WHO; 2011 [cited 2019 Jun 27]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44607>
5. Lima MR, Coelho AS, Salge AK, Guimarães JV, Costa PS, Sousa TC, et al. Alterações maternas e desfecho gravídico-puerperal na ocorrência de óbito materno. Cad Saúde Coletiva. 2017;25(3):324–31.
6. Silva AM, Mascarenhas VH, Araújo SN, Machado RS, Santos AM, Andrade EM. Mobile technologies in the nursing area. Rev Bras Enferm. 2018;71(5):2570–8.

7. Pressman RS, Maxim BR. Engenharia de software: uma abordagem profissional. 8a ed. Porto Alegre: AMGH Editora; 2016. 968 p.
8. Coluci MZ, Alexandre NM, Milani D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. *Cienc. Saúde Coletiva*. 2015;20(3):925-36.
9. Melo RP, Moreira RP, Fontenele FC, Aguiar AS, Joventino ES, Carvalho EC. Critérios de seleção de experts para estudos de validação de fenômenos de enfermagem. *Rev Rene*. 2011;12(2):424-31.
10. Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). Engenharia de Software - Requisitos e avaliação de qualidade de produto de software (SQuaRe) - Formato comum da Indústria (FCI) para relatórios de teste de usabilidade ABNT NBR ISO/IEC 25062:2011. São Paulo: ABNT, 2011 [citado 2019 Maio 27]. Disponível em: <http://www.abntcatalogo.com.br>
11. Sperandio DJ. A tecnologia computacional móvel na sistematização da assistência de enfermagem: avaliação de um software-protótipo [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2008.
12. Nietzsche EA, Lima MG, Rodrigues MG, Oliveira JA, Mota CA, Gribler VM, et al. Tecnologias inovadoras do cuidado em enfermagem. *Rev Enferm UFSM*. 2012;2(1):182-9.
13. Oliveira MS, Fernandes AF, Sawana N. O manual educativo para o autocuidado da mulher mastectomizada: um estudo de validação. *Texto Contexto Enferm*. 2008;17(1):115-23.
14. Barros WC, Dal Sasso GT, Alvarez AG, Ramos SF, Martins SR. App to evaluate the level of consciousness in adults: technological production in nursing. *Cogitare Enferm*. 2019;24:e60338.
15. Lima CS, Barbosa SF. Aplicativos móveis em saúde: caracterização da produção científica da enfermagem brasileira. *Rev Eletr Enferm*. 2019;21:53278.
16. Statista. Global digital health market from 2015 to 2020, by major segment. 2016 [cited 2020 Jul 02]. Available from: <https://www.statista.com/statistics/387867/value-of-worldwide-digital-health-market-forecast-by-segment/>
17. Mercer Marsh Benefits (MMB). Os Aplicativos na gestão de saúde e qualidade de vida. 2018 [cited 2020 Jul 02]. Available from: <http://www.mercermarshbeneficios.com.br/capital-intelectual/news/os-aplicativos-na-gestao-de-saude-e-qualidade-de-vida.html>
18. Sales RO, Dilts LM, Silva RM, Brasil CC, Vasconcelos Filho JE. Development and evaluation of an application for syphilis control. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(5):1326-32.
19. Silva EM, Pena FP, Guimarães AM, Bastos MG, Pena JL, Rodrigues ET, et al. "Descomplica, Dona Bete": construção de aplicativo sobre prevenção de complicações agudas do Diabetes Mellitus. *Enferm Foco*. 2020;11(5):130-5.
20. Melo EB, Caniçali Primo C, Romero WG, San'Anna HC, Sequeira CA, Lima EF, et al. Construction and validation of a mobile application for development of nursing history and diagnosis. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(Suppl 6):e20190674.
21. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Número de registros de enfermeiros obstétricos dispara no Brasil. Brasília (DF): COFEN; 2017 [citado 2020 Jun 11]. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/numero-de-registros-de-enfermeiros-obstetricos-dispara-no-brasil\\_58080.html](http://www.cofen.gov.br/numero-de-registros-de-enfermeiros-obstetricos-dispara-no-brasil_58080.html)
22. Poizat G, Haradji Y, Adé D. When design of everyday things meets lifelong learning. *Int J Lifelong Educ*. 2013;32(1):68-79.
23. Borges TA, Rodrigues MT, Peres GR. Construction and validation of an application on pregnant care for pregnant. *Anais do I Congresso Norte Nordeste de Tecnologias em Saúde*. 2018 [cited 2020 Jul 02]. Available from: <https://revistas.ufpi.br/index.php/connts/article/view/7945/4672>
24. Sousa MG. Desenvolvimento e validação de um protótipo de aplicativo para plataforma móvel para promoção da saúde de gestantes [dissertação]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2015.
25. Silva RM, Brasil CC, Bezerra IC, Queiroz FF. Mobile health technology for gestational care: evaluation of the GestAção's App. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(Suppl.13):266-73.
26. Penha JR, Fernandes FA, Oliveira CC, Oliveira RD, Barros EF. Validação e utilização de novas tecnologias na saúde e educação: uma revisão integrativa. *Rev Interdiscip Promoç Saúde*. 2018;1(3):199-206.

# QUALIDADE DE VIDA DO ESTUDANTE DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM: UMA ANÁLISE QUANTITATIVA

NURSING STUDENT QUALITY OF LIFE: A QUANTITATIVE ANALYSIS

CALIDAD DE VIDA DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA: UN ANÁLISIS CUANTITATIVO

Victor dos Anjos Ferreira<sup>1</sup> (<http://orcid.org/0000-0002-3049-7447>)

Kátia Rodrigues Menezes<sup>2</sup> (<http://orcid.org/0000-0002-8175-9603>)

Ângela Ferreira Barros<sup>1</sup> (<http://orcid.org/0000-0003-0194-4196>)

## Descritores

Qualidade de vida; Estudantes de enfermagem; Enfermagem; Ensino superior

## Descriptors

Quality of life; Students nursing; Nursing; Education higher

## Descriptores

Calidad da vida; Estudiantes de enfermería; Enfermería; Edicación superior

## Submetido

1 de Março de 2021

## Aceito

13 de Maio de 2021

## Conflitos de interesse:

nada a declarar.

## Autor correspondente

Victor dos Anjos Ferreira

E-mail: victordosanjos39@gmail.com

## RESUMO

**Objetivo:** Avaliar a qualidade de vida dos estudantes de graduação em enfermagem de uma Instituição de Ensino Superior de natureza pública do Distrito Federal.

**Métodos:** Estudo transversal descritivo com abordagem quantitativa. Os dados foram coletados de setembro a dezembro de 2019 através de um questionário sociodemográfico e do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde, aplicados a estudantes de graduação em enfermagem. Realizou-se análise descritiva e inferencial dos dados através do software *Statistical Package for the Social Sciences* versão 21.0 e também o teste paramétrico *t-student* após a verificação do teste *Kolmogorov-Smirnov*. Todas as análises consideraram o nível de significância de 5%.

**Resultados:** Participaram da pesquisa 220 estudantes que apontaram moderados escores de qualidade de vida. As variáveis que apresentaram relação estatística significativa com a qualidade de vida foram a distância entre a instituição e a residência, as horas de sono, a prática de atividade física e problemas de saúde.

**Conclusão:** É imprescindível o acompanhamento da qualidade de vida dos estudantes de enfermagem, sendo relevante o conhecimento dos fatores que a influenciam. Devido à longa permanência no ambiente universitário, é importante a existência de mecanismos nas instituições que potencializem a qualidade de vida dos universitários.

## ABSTRACT

**Objective:** To assess the quality of life of undergraduate nursing students at a public higher education institution in the Federal District.

**Methods:** Descriptive cross-sectional study with a quantitative approach. Data were collected from September to December 2019 through a sociodemographic questionnaire and the World Health Organization's Quality of Life Assessment Instrument, applied to undergraduate nursing students. Descriptive and inferential analysis of the data was performed using the Statistical Package for the Social Sciences software version 21.0 and also the parametric *t-student* test after checking the Kolmogorov-Smirnov test. All analyzes considered a significance level of 5%.

**Results:** 220 students participated in the research, who had moderate quality of life scores. The variables that showed a statistically significant relationship with quality of life were the distance between the institution and the residence, the hours of sleep, the practice of physical activity and health problems.

**Conclusion:** It is essential to monitor the quality of life of nursing students, being relevant the knowledge of the factors that influence it. Due to the long stay in the university environment, it is important to have mechanisms in the institutions that enhance the quality of life of university students.

## RESUMEN

**Objetivo:** Evaluar la calidad de vida de los estudiantes de licenciatura en enfermería de una institución pública de educación superior del Distrito Federal.

**Métodos:** Estudio descriptivo transversal con enfoque cuantitativo. Los datos se recolectaron de septiembre a diciembre de 2019 a través de un cuestionario sociodemográfico y el Instrumento de Evaluación de la Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud, aplicado a estudiantes de pregrado en enfermería. El análisis descriptivo e inferencial de los datos se realizó mediante el software *Statistical Package for the Social Sciences* versión 21.0 y también la prueba paramétrica *t-student* después de verificar la prueba de *Kolmogorov-Smirnov*. Todos los análisis consideraron un nivel de significancia del 5%.

**Resultados:** 220 estudiantes participaron de la investigación, quienes tuvieron puntajes de calidad de vida moderados. Las variables que mostraron relación estadísticamente significativa con la calidad de vida fueron la distancia entre la institución y la residencia, las horas de sueño, la práctica de actividad física y los problemas de salud.

**Conclusión:** Es fundamental monitorear la calidad de vida de los estudiantes de enfermería, siendo relevante el conocimiento de los factores que influyen en ella. Debido a la larga permanencia en el ámbito universitario, es importante contar con mecanismos en las instituciones que mejoren la calidad de vida de los estudiantes universitarios.

<sup>1</sup>Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasília, DF, Brasil.

<sup>2</sup>Hospital Regional do Guarã da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, Brasília, DF, Brasil.

## Como citar:

Ferreira VA, Menezes KR, Barros AF. Qualidade de vida do estudante de graduação em enfermagem: uma análise quantitativa. *Enferm Foco*. 2021;12(5):985-90.

DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n5.4632>

## INTRODUÇÃO

Definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como “uma percepção individual de sua posição na vida no contexto da cultura e sistemas de valores em que vive e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”, a Qualidade de Vida (QV) é um conceito multidimensional complexo que abrange autonomia, percepções individuais e subjetivas as quais envolvem a harmonização dos aspectos biopsicossociais.<sup>(1,2)</sup>

Devido à sua amplitude conceitual, a literatura estratifica a QV em domínios sem, no entanto, padronizá-los. Apesar da diversidade de abordagens entre os autores, é possível perceber a existência de uma relação entre a Qualidade de Vida e conceitos como os de bem-estar, felicidade, satisfação, entre outros.<sup>(3)</sup> Assim, dependendo do ponto de vista, um mesmo domínio pode ser apresentado separadamente ou como componente de outro.<sup>(3,4)</sup>

A partir da relação estrutural entre a QV e as percepções do indivíduo, pode-se dizer que há fatores ao longo da vida que interferem no entendimento que cada pessoa tem de sua própria Qualidade de Vida. O ingresso à universidade constitui-se fortemente como um desses fatores, pois é um período importante da vida, que promove transformações significantes e requer mudanças importantes que repercutem no desempenho acadêmico. Exige respostas adaptativas que provocam insegurança, ansiedade e necessidade de satisfação das expectativas de vida, sociais e familiares. No decorrer dos estudos, o estresse surge com as muitas atividades e compromissos acadêmicos e pode se agravar progressivamente ao longo do curso. Este é um período crítico, de transição para a vida adulta e causador de vulnerabilidades; desgastes físicos e mentais, que pode comprometer a aprendizagem. É indubitável que a resiliência seja fundamental para a sobrevivência na rotina universitária.<sup>(1,3-7)</sup>

Assim, a Qualidade de Vida dos acadêmicos é influenciada pelos aspectos biopsicossociais e espirituais ligados às grandes demandas do processo formativo, tais como: estar no primeiro e/ou no último semestre, hábitos alimentares insatisfatórios, carga horária acadêmica extensa, a falta de tempo para atividades extracurriculares, esporte e lazer, bem como a distância e dificuldades de locomoção no trajeto casa-instituição, a redução do tempo de sono/repouso, o excesso de compromissos, atividades e desempenho acadêmico, que podem ser agravados pela desorganização de disciplinas, e os relacionamentos conflituosos com discentes e docentes.<sup>(8-10)</sup>

Ressalta-se que graduandos estão mais expostos ao uso de substâncias psicoativas. A cafeína é frequentemente usada em situações de sonolência para produzir efeito

estimulante e aumentar o rendimento acadêmico. Porém, esta e outras substâncias como o álcool e a nicotina são fatores de risco para doenças e podem agravar transtornos, acarretar problemas psíquicos e sociais, e piora a qualidade do sono, essencial ao ser humano, por constituir um processo biológico importante no restabelecimento da homeostase de atividades orgânicas.<sup>(8,10,11)</sup>

Os graduandos da área da saúde apresentam níveis maiores de ansiedade quando comparados às demais áreas. Os acadêmicos da enfermagem apresentam elevada exacerbação de sintomas de estresse, levando em consideração a exposição mais frequente a conflitos éticos que desencadeia estresse de alto nível.<sup>(5,6,12)</sup>

A Enfermagem considera a individualidade e interculturalidade das pessoas para agir com habilidade, humanização e conhecimentos científicos na atenção à saúde. Entretanto, a academia tem se tornado cada vez mais exigente e estressante, devido a fatores comprometedores da rotina dos estudantes como a má alimentação, ou falta dela, e a ausência de sono restaurador causada pela necessidade de cumprir seus afazeres universitários.<sup>(7,13)</sup>

O uso de método de ensino e aprendizagem baseado em problemas, que incentiva o raciocínio clínico, tende a ser mais estressantes durante a graduação do que os métodos de aulas expositivas. É uma via de mão dupla, uma vez que é necessário para estimular a aquisição de conhecimentos importantes, mas que traz consigo um excessivo estresse que pode interferir nesse processo.<sup>(13)</sup>

A valorização do bem-estar dos estudantes é a promotora do sucesso educacional e profissional. Existem seis componentes dos comportamentos de promoção da saúde: nutrição, atividade física, responsabilidade em saúde, relações interpessoais, crescimento espiritual e gerenciamento do estresse.<sup>(14)</sup> Promover Qualidade de Vida para os acadêmicos, influencia no processo de humanização, que pode ser aprimorado, uma vez que sentir-se bem, reflete na forma de cuidar do outro. Torna-se necessário que o processo de aprendizagem avalie as influências na experiência e no resultado dos acadêmicos, como os fatores individuais e contextuais, e priorize a manutenção do bem-estar, pois caso não corrigidas, podem tornar-se irreversíveis as lesões fisiológicas e psicológicas: dores lombares, alteração das taxas de anticorpos, imunoglobulinas, aumento da produção de cortisol e doenças oportunistas associadas à baixa imunidade, depressão e outros transtornos mentais.<sup>(5,9,13-15)</sup>

Frente ao exposto, pergunta-se: como está a qualidade de vida de acadêmicos de enfermagem? Quais os fatores que podem interferir na qualidade de vida? Assim, esse estudo objetiva avaliar a qualidade de vida dos estudantes de



graduação em enfermagem de uma Instituição de Ensino Superior (IES), de natureza pública do Distrito Federal (DF).

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal e descritivo com abordagem quantitativa. O estudo foi realizado em uma Instituição de Ensino Superior pública do Distrito Federal que adota metodologias ativas de ensino.

A amostra foi composta por 220 estudantes de graduação em enfermagem. Como critério de inclusão, estabeleceu-se que o indivíduo deveria estar regularmente matriculado na IES e que aceitasse participar da pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Como critério de exclusão, foram definidos os estudantes que estivessem com a matrícula trancada ou sob licença médica durante o período de coleta de dados, e aqueles que não aceitassem participar da pesquisa ou não assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Realizada no período de setembro a dezembro de 2019 por meio da aplicação de dois instrumentos de coleta de dados: um questionário sociodemográfico, elaborado pelos autores e validado por juizes de notório saber, e o questionário World Health Organization Quality Of Life (WHOQOL-bref), padronizado pela Organização Mundial da Saúde.

Derivado do instrumento WHOQOL-100, o WHOQOL-bref consiste em um questionário *likert* criado na década de 1990 para avaliar a Qualidade de Vida das pessoas em geral de uma forma mais rápida quando comparado com o instrumento no qual foi baseado. Composto por 26 questões, sendo 2 questões relacionadas à percepção da saúde do indivíduo e 24 relativas às facetas contidas no WHOQOL-100, o WHOQOL-bref avalia a QV a partir de 04 domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio-ambiente.

A coleta de dados foi realizada logo após a devida elucidação do projeto pelos pesquisadores. Os participantes preencheram os instrumentos e, para garantir o anonimato, foram disponibilizados envelopes para a entrega dos questionários. Para a análise dos dados, os instrumentos foram identificados de forma numérica aleatória, por ordem do ano de graduação, permitindo, assim, que os participantes não fossem identificados.

Os dados quantitativos foram analisados através do software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 21.0. Além da análise descritiva, os dados passaram por análise inferencial, sendo aplicado o teste paramétrico t-student após a verificação de normalidade dos dados por meio da aplicação do teste Kolmogorov-Smirnov. Todas as análises consideraram o nível de significância de 5%.

O estudo seguiu as recomendações éticas emitidas pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466 de 12/12/2012, que aborda a pesquisa em seres humanos, respaldado nos aspectos éticos e legais. Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS), sob número do CAAE 13795919.3.0000.5553.

## RESULTADOS

A amostra deste estudo (n=220) compreendeu 95,7% da população de 231 acadêmicos regularmente matriculados no ano letivo de 2019. A distribuição de estudantes participantes entre as séries do curso foi uniforme, sendo que do total de participantes da pesquisa, 59 (26,8%) estavam matriculados no primeiro ano, 54 (24,5%) no segundo, 55 (25,0%) no terceiro e 52 (23,6%) no quarto ano da graduação, conforme explicitado na tabela 1. Os estudantes entrevistados tinham em média 21,9 anos (desvio padrão 4,2), residiam em média a 24,6 Km da IES (desvio padrão 17,2) e referiram dormir em média 5,7 horas por dia (desvio padrão 1,3).

**Tabela 1.** Dados sócio demográficos dos estudantes do Curso de Graduação em Enfermagem\* (n=220)

Variáveis	n(%)
<b>Sexo</b>	
Feminino	175(79,5)
Masculino	45(20,4)
<b>Idade (anos)</b>	
Até 22	167(75,9)
>22	51(23,1)
<b>Série</b>	
1ª	59(26,8)
2ª	54(24,5)
3ª	55(25,0)
4ª	52(23,6)
<b>Estado civil</b>	
Solteiro	204(92,7)
Comprometido	16(7,2)
<b>Filhos</b>	
Sim	11(5,0)
Não	209(95,0)
<b>Trabalha</b>	
Sim	24(10,9)
Não	196(89,0)
<b>Classificação Social</b>	
Até 3 salários	88(40,0)
De 3 salários a 6	62(28,1)
De 6,1 acima	66(30,0)

\* Diferenças no n correspondem à ausência de resposta

As duas primeiras perguntas do WHOQOL-bref se relacionam à percepção geral do respondente sobre sua Qualidade de Vida e sua saúde. Inqueridos sobre "Como você avalia sua qualidade de vida?", 17 estudantes (7,7%) consideram-na ruim ou muito ruim, 60 (27,3%) como nem ruim nem boa, 113 (51,4%) como boa, 29 (13,2%) como muito

boa e 01 (0,5%) não respondeu à questão. Concernente à satisfação com a própria saúde, 81 (36,8%) estudantes referiram estar insatisfeitos ou muito insatisfeitos com sua saúde, 72 (32,7%) não estavam nem satisfeitos nem insatisfeitos, 58 (26,4%) estavam satisfeitos, enquanto 09 (4,1%) disseram estar muito satisfeitos com sua saúde. A partir da ideia de multidimensionalidade do conceito Qualidade de Vida, o instrumento WHOQOL-bref avalia a QV global e seus domínios. O presente estudo revela, conforme a tabela 2, que os estudantes participantes desta pesquisa referem ter uma qualidade de vida mediana.

**Tabela 2.** Qualidade de vida global e por domínios pelo WHOQOL-bref de 220 estudantes de graduação em enfermagem

Qualidade de vida global	Domínios				
	Físico	Psicológico	Relações Sociais	Meio-ambiente	
Média	57,8	56,1	55,4	64,5	55,3
Desvio padrão	14,1	15,9	17,2	20,3	16,3
Mínimo	21,4	17,9	8,3	8,3	12,5
Máximo	90,9	96,4	95,8	100	93,8

De acordo com a tabela 3, não houve relevância estatística na relação entre a qualidade de vida e as variáveis idade, série, estado civil, se exerce atividade de trabalho além do estudo e renda familiar.

## DISCUSSÃO

Diante de um conceito multidimensional como o de Qualidade de Vida, vários fatores podem exercer influência sobre a percepção que as pessoas têm sobre sua própria QV. Assim também ocorre com os acadêmicos de enfermagem. Nesta pesquisa os estudantes avaliaram sua QV como mediana, apontando maior score ao domínio relações sociais (64,5; DP=20,3), sendo similar aos achados de outra pesquisa realizada com estudantes de metodologia ativa<sup>(13)</sup> e menor score relacionado ao domínio meio-ambiente (55,3; DP=16,3).<sup>(13)</sup>

A predominância de estudantes do sexo feminino neste estudo (n = 175; 79,5%) corrobora com os achados de estudos tanto nacionais quanto internacionais evidenciando o perfil histórico de uma profissão exercida, em sua maioria, por mulheres.<sup>(11,16)</sup> O fato de que a maioria dos participantes deste estudo se declara solteira (n = 205; 93,2%) vem ao encontro de outros estudos cujos dados apontam que a maioria dos estudantes apresentam o mesmo estado civil.<sup>(11)</sup> A média de idade dos estudantes nesta pesquisa (21,9 anos) é semelhante a estudo transversal realizado com estudantes de enfermagem em 09 países,<sup>(16)</sup> mas diverge de outros estudos nacionais<sup>(11)</sup> que apontam para uma população mais jovem.<sup>(11,16)</sup>

**Tabela 3.** Características sociodemográficas, hábitos de vida e aspectos da vida acadêmica de 220\* estudantes de graduação em enfermagem e associação com qualidade de vida global

Variáveis	Categorias	n(%)	Qualidade de vida (Média)	p-value**
Sexo	Masculino	45(20,5)	63,5	0,002
	Feminino	175(79,5)	56,4	
Idade (anos)	< 21	81(37,2)	59,9	0,091
	≥ 21	137(62,8)	56,6	
Série	1ª	59(26,8)	60,4	0,084
	4ª	52(23,7)	55,9	
Estado civil	Solteiro/divorciado	205(93,2)	58,1	0,248
	Casado/união estável	15(6,8)	53,8	
Tem filhos	Não	209(95,0)	58,4	0,009
	Sim	11(5,0)	47,0	
Exerce atividade de trabalho além do estudo	Não	196(89,1)	58,0	0,605
	Sim	24(10,9)	56,4	
Renda familiar (salários-mínimos)	> 1,5	186(86,1)	58,9	0,011
	≤ 1,5	30(13,9)	51,9	
Distância entre a residência e IES	≤ 25 Km	123(63,1)	60,5	0,001
	> 25 Km	72(36,9)	53,8	
Uso de transporte público	Não	77(35,0)	63,1	<0,001
	Sim	143(65,0)	55,0	
Tempo no trajeto para a IES	< 1 hora	111(50,5)	60,9	0,001
	≥ 1 hora	109(49,5)	54,7	
Horas de estudo individual	< 6	114(52,1)	60,4	0,006
	≥ 6	105(47,9)	55,1	
Recebe bolsa	Não	108(49,1)	60,8	0,002
	Sim	112(50,9)	55,0	
Prática de atividades esportivas	Sim	101(45,9)	60,6	0,006
	Não	119(54,1)	55,5	
Horas de sono diária	> 6 h	47(22,4)	65,3	<0,001
	≤ 6 h	163(77,6)	55,0	
Tem algum problema de saúde?	Não	145(66,2)	59,6	0,007
	Sim	74(33,8)	54,2	
Tem ansiedade?	Não	193(88,1)	58,7	0,013
	Sim	26(11,9)	51,4	

\*Diferenças no n correspondem à ausência de resposta; \*\*Teste T Student. IES: Instituição de Ensino Superior

No que tange à distância entre a residência e a IES, foi identificado no presente estudo que os acadêmicos que demoram mais para se deslocar no trânsito (n= 109; 49,5%), apresentam menor Qualidade de Vida do que aqueles cujo tempo no traslado é menor (p= 0,001). Ainda relacionado ao transporte, esta pesquisa apontou que os estudantes usuários do sistema público de transporte apresentam menor QV do que os que não utilizam essa forma de se deslocar (p< 0,001). Tais achados podem estar associados ao fato de que o encurtamento de tempo em trânsito permite maior dedicação ao cumprimento das obrigações acadêmicas e, diminuindo tal situação estressora, pode-se favorecer os hábitos mantenedores da Qualidade de Vida.

A carga horária de estudos também se apresentou como um agente interferente na qualidade de vida. A IES em questão adota carga horária semanal extensa conforme o Projeto Pedagógico do Curso de Enfermagem,<sup>(17)</sup> totalizando 36 horas, das quais 12 horas são destinadas a estudos individuais

denominados "Horário Protegido para estudo", divididas em três períodos de 4 horas na grade de carga horária do curso. Além da carga horária de estudo já contemplada na carga horária do curso, 114 estudantes (52,1%) referiram dedicar menos de 6 horas de estudo individual diariamente enquanto 105 estudantes (47,9%) dedicam tempo igual ou superior a 6 horas para a mesma finalidade. Entre os participantes desta pesquisa, aqueles que referiram dedicar tempo maior ou igual a 6 horas de estudo individual diário apresentaram QV menor que os indivíduos cuja dedicação diária ao estudo foi menor que 6 horas ( $p= 0,006$ ).<sup>(17)</sup>

Nesta amostra, o tempo prolongado dedicado a apenas uma atividade se mostra como potencial prejuízo à Qualidade de Vida. Tais dados são corroborados por estudo<sup>(11)</sup> que relaciona a carga horária extensa, comum no curso de graduação de enfermagem, com a redução do tempo de hábitos importantes a vida, como o sono e repouso, além de prejudicar potencialmente os hábitos alimentares. Outros achados destacam a fadiga como um dos principais influenciadores negativos na qualidade de vida,<sup>(9)</sup> além de que o ambiente universitário pode, por muitas vezes, prejudicar a qualidade de vida,<sup>(11)</sup> principalmente quando relacionada a alta e frequente cobrança pelo desempenho acadêmico. Salienta-se que a fadiga também se associa com a falta de tempo para o lazer, mesmo entre os profissionais<sup>(18)</sup> sendo essa uma característica frequentemente encontrada na enfermagem.<sup>(9,11,18)</sup>

Pesquisas apontam para a importância da atividade física como forma de potencializar a Qualidade de Vida e a saúde mental dos universitários.<sup>(19,20)</sup> Estes dados são validados pelo presente estudo no qual a prática de atividade física se mostrou como uma influência positiva na QV dos acadêmicos, uma vez que os participantes que referiram tal prática evidenciaram maior QV do que os estudantes não praticantes de atividade física ( $p= 0,006$ ). Atualmente há uma negligência de hábitos saudáveis e das práticas de atividade física,<sup>(19)</sup> podendo ser agravada pelo ingresso na universidade<sup>(20)</sup> que pode não oferecer oportunidades dentro no ambiente universitário para tais práticas.<sup>(19,20)</sup>

Neste estudo as horas de sono e descanso demonstraram forte influência na qualidade de vida, pois aqueles que referiram dormir mais que 6 horas diárias apresentaram maior QV quando comparado àqueles cujo tempo de sono foi inferior ou igual a 6 horas diárias ( $p< 0,001$ ). Tais achados são ratificados por outras pesquisas<sup>(1,9,11,12)</sup> que trazem a baixa qualidade de sono, os hábitos sedentários e não saudáveis, frequentemente presentes na rotina dos universitários, como prejudiciais à qualidade de vida. Tais hábitos podem ser influenciados pela extensa carga de estudos e

as atividades acadêmicas exaustivas, que elevam a fadiga, apontada como característica frequente no curso de graduação em enfermagem.<sup>(1,9,11,12)</sup>

No presente estudo foram ainda encontrados dados que indicam prejuízos na qualidade de vida dos estudantes que convivem com algum problema de saúde cuja Qualidade de Vida foi evidenciada como menor à daqueles que relataram não ter problema de saúde ( $p= 0,007$ ). Entre os problemas de saúde apresentados pelos participantes deste estudo, destacou-se a ansiedade ( $n= 26$ ; 11,9%) cuja relação com a QV se mostrou estatisticamente relevante, sendo a QV em portadores de ansiedade menor do que naqueles que não referiram este agravo. Estudos salientam a relevância dessa condição emocional relacionada a eventos adversos, frequentemente agravada pelo estresse universitário.<sup>(5,6)</sup>

Como principal limitação deste estudo, destaca-se que o mesmo foi realizado em uma única instituição, o que pode interferir em possíveis correlações e generalizações.

Conhecer os fatores interferentes na qualidade de vida de acadêmicos pode subsidiar ações para sua promoção tanto por parte das IES quanto por parte dos próprios estudantes.

## CONCLUSÃO

A qualidade de vida é bastante abrangente e complexa. Sua característica multifatorial faz os estudos se aprofundarem em diversos assuntos referentes aos hábitos da vida humana. Por essa razão torna-se imprescindível conhecer e acompanhar os fatores que podem interferir na qualidade de vida dos estudantes de enfermagem. No presente estudo os estudantes referiram uma qualidade de vida mediana, o que aponta para a necessidade de ações que promovam a qualidade de vida dos acadêmicos de enfermagem. Destacaram-se como influenciadores na qualidade de vida o distanciamento da residência para a instituição, o uso de transporte público, o tempo percorrido nesse trajeto, a carga horária de estudos, a prática de atividade esportiva, a qualidade de sono e repouso e a existência de problemas de saúde, com destaque para a ansiedade. É preciso considerar esses aspectos e proporcionar estratégias eficazes de manutenção da qualidade de vida. Devido aos longos períodos de permanência no ambiente universitário, salienta-se que a existência de mecanismos dentro do mesmo pode potencializar a QV dos estudantes. Neste sentido, sugere-se às instituições a colaboração para o cuidado dos estudantes como, por exemplo, o incentivo à prática desportiva através de esporte proporcionado por Associações Atléticas Acadêmicas, bem como a valorização de tais associações. As IES podem

também criar rodas de conversa e restaurantes universitários que fomentem e proporcionem alimentação saudável. Além disso, há que se estudar a viabilidade de acompanhamento dessa população por psicólogos, podendo ser estes membros da instituição de ensino para facilitar o acesso a este serviço.

## Contribuições

Concepção e/ou desenho do estudo: Ferreira VA, Menezes KR, Barros AF; Coleta, análise e interpretação dos dados: Ferreira VA, Menezes KR, Barros AF; Redação e/ou revisão crítica do manuscrito: Ferreira VA, Menezes KR; Aprovação da versão final a ser publicada: Ferreira VA, Menezes KR, Barros AF.

## REFERÊNCIAS

1. Lima RS, Cavalcante JL, Machado MF, Cavalcante EG, Quirino GS, Rebouças VC. Qualidade de vida de acadêmicos de enfermagem: análise à luz do modelo de Pender. *Rev Rene*. 2020;21:e42159.
2. World Health Organization (WHO). Annotated Bibliography of the WHO. Quality of Life Assessment Instrument-WHOQOL. Geneva: WHO; 1998 [citado 2021 Jan 30]. Disponível em: [http://depts.washington.edu/seaqol/docs/WHOQOL\\_Bibliography.pdf](http://depts.washington.edu/seaqol/docs/WHOQOL_Bibliography.pdf)
3. Amaro JM, Dumith SC. Sonolência diurna excessiva e qualidade de vida relacionada à saúde dos professores universitários. *J Bras Psiquiatr*. 2018;67(2):94-100.
4. Fleck MP, Louzada SX, Charchamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref" *Rev Saúde Pública*. 2000;34(2):178-83.
5. Hirsch CD, Barlem EL, Almeida LK, Tomaschewski-Barlem JG, Lunardi VL, Ramos AM. Fatores percebidos pelos acadêmicos de enfermagem como desencadeadores do estresse no ambiente formativo. *Texto Contexto Enferm*. 2018;27(1):e0370014.
6. Lima BV, Trajano FM, Chaves Neto GC, Alves RS, Farias JA, Braga JE. Avaliação da ansiedade e autoestima em concluintes do curso de graduação em enfermagem. *Rev Enferm UFPE on line*. 2017;11(11): 4326-33.
7. Chow KM, Tang WK, Chan WH, Sit WH, Choi KC, Chan S. Resilience and well-being of university nursing students in Hong Kong: a cross-sectional study. *BMC Med Educ*. 2018;18(1):13.
8. Lopes HS, Meier DA, Rodrigues R. Qualidade do sono entre estudantes de enfermagem e fatores associados. *Semina Cienc Biol Saude*. 2018;39(2):129-36.
9. Gouveira MT, Santana HS, Santos AM, Costa GR, Fernandes MA. Qualidade de vida e bem-estar dos estudantes universitários de enfermagem: revisão integrativa. *Rev Enferm UFPI*. 2017;6(3):72-8.
10. Sawicki WC, Barbosa DA, Fram DS, Belasco AG. Consumo de álcool, qualidade de vida, intervenção breve entre universitários de Enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(Suppl 1):505-12.
11. Moura IH, Nobre RS, Cortez RM, Campelo V, Macedo SF, Silva AR. Qualidade de vida de estudantes de graduação em enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm*. 2016;37(2):e55291.
12. Freitas AM, Bárbara JF, Vale PR, Carvalho SS, Carvalho LF, Nery GS. Percepções de estudantes de enfermagem referente à qualidade de vida na trajetória acadêmica. *Rev Enferm UFSM*. 2017;7(2):1-155.
13. Cardoso BS. Qualidade de vida e estresse em graduandos de enfermagem: influência do método de ensino-aprendizagem [dissertação]. São Cristóvão: Universidade Federal do Sergipe; 2019.
14. Mak YW, Kao AH, Tam LW, Tse VW, Tse DT, Leung DY. Health-promoting lifestyle and quality of life among chinese nursing students. 2018;19(6):629-36.
15. Gama AS. Qualidade de vida de estudantes de enfermagem do Amazonas, Brasil. *Rev Baiana Enferm*. 2016;30(4):1-9.
16. Cruz JP, Felicilda-Reynaldo RF, Lam SC, Contreras FA, Cecily HS, Paphanasiou IV, et al. Quality of life of nursing students from nine countries: A cross-sectional study. *Nurse Educ Today*. 2018;66:135-42.
17. Escola Superior em Ciências da Saúde (ESCS). Projeto pedagógico do curso de graduação em enfermagem da ESCS. Brasília (DF): FEPECS; 2018 [citado 2021 Jan 20]. Disponível em: [http://www.escs.edu.br/arquivos/PPC\\_2018.pdf](http://www.escs.edu.br/arquivos/PPC_2018.pdf)
18. Santos DA, Moraes DS, Franco RV, Gomes JR. Qualidade de vida sob a ótica de enfermeiros do centro cirúrgico de um hospital público. *Enferm Foco*. 2019;10(4):7-11.
19. Oliveira GC. Gestão Organizacional Nas Atléticas: um estudo sobre gerenciamento das Associações Atléticas Acadêmicas do DF [trabalho de conclusão de curso]. Distrito Federal: Universidade de Brasília; 2016.
20. Brito MC, Araujo RM, Dias MS, Silva LC, Rodrigues PV, Moita MP. Análise da ocorrência de estresse entre estudantes de enfermagem. *Enferm Foco*. 2019;10(6):70-8.

# COMPETÊNCIAS NECESSÁRIAS PARA ATUAR COMO PRECEPTOR: PERCEPÇÃO DE ENFERMEIROS HOSPITALARES

NECESSARY SKILLS TO ACT AS A PRECEPTOR: PERCEPTION OF HOSPITAL NURSES

COMPETENCIAS NECESARIAS PARA ACTUAR COMO PRECEPTOR: PERCEPCIÓN DE LOS ENFERMEROS DEL HOSPITAL

Helena Scaranello Araújo Miyazato<sup>1</sup>

Pola Maria Poli de Araújo<sup>1</sup>

Rosana Aparecida Salvador Rossit<sup>1</sup>

(<https://orcid.org/0000-0002-7993-6842>)

(<https://orcid.org/0000-0003-1245-7166>)

(<https://orcid.org/0000-0002-0563-7188>)

## Descritores

Competência profissional;  
Enfermeiras e enfermeiros; Papel  
do profissional de enfermagem;  
Preceptoría

## Descriptors

Professional competence; Nurses;  
Nurse's role; Preceptorship

## Descriptores

Competencia profesional;  
Enfermeras y enfermeros; Rol de la  
enfermera; Preceptoría

## Submetido

5 de Março de 2021

## Aceito

16 de Maio de 2021

## Conflitos de Interesse:

manuscrito extraído da dissertação  
"Competências do preceptor  
enfermeiro: uma análise da  
percepção de enfermeiros de uma  
instituição hospitalar privada",  
defendida em 2015, no Programa  
de Pós-graduação Mestrado  
Profissional em Ensino em Ciências  
da Saúde, na Universidade Federal  
de São Paulo – UNIFESP.

## Autor correspondente

Helena Scaranello Araújo Miyazato  
E-mail: [mena\\_scaranello@hotmail.com](mailto:mena_scaranello@hotmail.com)

## RESUMO

**Objetivo:** Identificar, na percepção de enfermeiros, as competências necessárias à função de preceptoría hospitalar e construir uma matriz com competências essenciais ao preceptor de enfermeiros.

**Métodos:** A pesquisa teve abordagem qualitativa com caráter descritivo e exploratório. Foi utilizado como instrumento um roteiro semiestruturado de entrevista para analisar a percepção do enfermeiro sobre as competências que caracterizam a função do enfermeiro preceptor. Sendo esta uma pesquisa qualitativa, a análise dos dados foi efetuada por meio da Análise de Conteúdo na modalidade temática.

**Resultados:** Tendo como fundamentação teórica as análises das falas dos entrevistados e as competências gerais descritas nas Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de Enfermagem, foi construída uma matriz com competências essenciais ao preceptor de enfermeiros. A matriz de competências possui como finalidade manifestar o entendimento sobre o que é essencial ao perfil de um profissional, tornando-se assim, um termo de referência para os desempenhos essenciais para a formação, processos de avaliação e tomada de decisões para os processos educacionais.

**Conclusão:** Enfermeiro preceptor deve ser exemplo profissional, responsável, paciente e embasar suas ações no respeito às individualidades dos educandos para promover a articulação do ensino, serviço e aprendizado.

## ABSTRACT

**Objective:** To identify, in the perception of nurses, the skills needed for the function of hospital preceptoría and build a matrix with essential competencies to nurses' preceptors.

**Methods:** The research had a qualitative approach with descriptive and exploratory character. A semi-structured interview script was used as an instrument to analyze the nurses' perception on the skills that define the function of the preceptor nurse. As this is a qualitative research, data analysis was performed using Content Analysis in the thematic modality.

**Results:** The theoretical basis is the analysis of the interviewees' statements and the general skills described in the National Curriculum Guidelines for the Nursing course, a matrix with essential competencies for the nurse preceptor was constructed. This matrix aims to express the understanding of what is essential to the profile of a professional, thus becoming a reference term for the essential performances for training, evaluation procedures, and decision-making for educational processes.

**Conclusion:** The preceptor nurse should be professional, responsible, patient, and base his actions on respect for the individuality of students, to promote the articulation of teaching, service, and learning.

## RESUMEN

**Objetivo:** Identificar, en la percepción de los enfermeros, las competencias necesarias para la función de preceptor hospitalario y construir una matriz con las habilidades esenciales para el preceptor de enfermeros.

**Métodos:** La investigación tomó un enfoque cualitativo con carácter descriptivo-exploratorio. Fue utilizado como instrumento un guión de entrevista semiestructurado para analizar la percepción de los enfermeros sobre las competencias que caracterizan el papel del preceptor de enfermería. Como investigación cualitativa, el análisis de los datos se realizó a través del Análisis de Contenido temático.

**Resultados:** Tiene como fundamento teórico los análisis de los discursos de los entrevistados y las competencias generales descritas en las Directrices Curriculares Nacionales para el curso de Enfermería, se ha construido una matriz con competencias esenciales para el preceptor de enfermeros. La matriz tiene como finalidad manifestar el entendimiento de lo que es esencial para el perfil de un profesional, convirtiéndose en un término de referencia para los desempeños esenciales de la formación, procesos de evaluación y la toma de decisiones para los procesos educativos.

**Conclusión:** El enfermero preceptor debe ser ejemplo de profesionalidad, responsabilidad y paciencia y basar su actuación en el respeto a las individualidades de los alumnos para promover la articulación de la enseñanza, el servicio y el aprendizaje.

<sup>1</sup>Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

## Como citar:

Miyazato HS, Araújo PM, Rossit RA. Competências necessárias para atuar como preceptor: percepção de enfermeiros hospitalares. *Enferm Foco*. 2021;12(5):991-7.

DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n5.4655>



## INTRODUÇÃO

A equipe de enfermagem possui papel primordial na organização e na execução segura e eficaz dos procedimentos e das ações assistenciais que visam o autocuidado do paciente nas instituições de atendimento terciário à saúde.<sup>(1)</sup> Portanto, as ações desta equipe influenciam, diretamente, a qualidade destas instituições.

Para manter o desenvolvimento destes profissionais que prestam assistência à saúde e manter a qualidade da assistência hospitalar, os processos educativos propõem uma série de atividades genericamente denominadas de capacitações, treinamentos e cursos emergenciais ou pontuais, estruturados e contínuos.<sup>(1,2)</sup> Tais processos precisam proporcionar a interação do profissional com o conhecimento assim como com demais profissionais das diversas áreas assistenciais.<sup>(1)</sup>

O preceptor tem papel importante nestes momentos de atualização porque realiza uma atividade de ensino, mas que muitas vezes não é considerada como tal.<sup>(3)</sup> Trata-se de um profissional, vinculado à instituição, que realiza supervisão direta das atividades práticas desenvolvidas pelos profissionais que estão sendo preparados para atuar nos serviços de saúde.<sup>(4)</sup>

Ao capacitar os profissionais na prática, cabe ao preceptor a não reprodução do modelo tradicional de ensino, tendo em vista as dificuldades em outros espaços de suas formações profissionais, reforçando o caráter produtivo e inovador deste processo.<sup>(5,6)</sup> Na integração do saber teórico à prática, o preceptor não espera que o educando memorize referenciais laboratoriais nem fórmulas matemáticas, mas que desenvolva a capacidade de acessar as informações certas para cada situação problema.<sup>(5)</sup>

É necessário ao enfermeiro, inclusive ao executar a função de preceptor, promover os processos de ensino aprendizagem utilizando suas habilidades, criatividade e conhecimento adquiridos. Um preceptor capacitado adequadamente para exercer sua função, tendo como objetivo reorientar os profissionais de cada instituição, poderia catalisar a consonância do profissional com a qualidade na assistência à saúde.<sup>(6,7)</sup>

Todavia, previamente à capacitação, é imprescindível a elaboração de uma matriz de competências para o exercício deste papel de enfermeiro/educador visto que o mesmo ainda não está disponível na literatura. Com isto, percebe-se a necessidade de uma matriz de competências para estes preceptores estabelecido previamente, para que todos os preceptores sejam capacitados para desempenhar tal função.

Este estudo, teve como objetivo identificar, na percepção de enfermeiros, as competências necessárias à função

de preceptoria hospitalar. Para tanto, foi necessário conhecer a percepção de enfermeiros em relação ao conceito de preceptoria; identificar na percepção de enfermeiros, as competências necessárias à um preceptor e os fatores facilitadores ou limitantes no desenvolvimento do papel do preceptor; e assim, construir uma matriz com competências essenciais ao preceptor de enfermeiros.

## MÉTODOS

Considerando-se a natureza dos dados coletados, onde foram levadas em conta as percepções e opiniões dos sujeitos envolvidos, a presente pesquisa teve uma abordagem essencialmente qualitativa com caráter descritivo e exploratório.<sup>(8,9)</sup>

Atuar na instituição na função de enfermeiro e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), foram os critérios de inclusão utilizados nesta pesquisa. Para tanto, o universo de possíveis participantes constou de 35 profissionais. Em sequência, foi feito contato com os enfermeiros que referiram interesse e disponibilidade para participar das entrevistas, para que as mesmas fossem agendadas. Todavia, para efeito deste estudo, foram realizadas nove entrevistas conduzidas com amostra progressiva até que as respostas começaram a se repetir, caracterizada como a saturação da amostra.<sup>(10)</sup>

A coleta de dados foi realizada em uma instituição hospitalar privada categorizada como de grande porte na cidade de Marília - São Paulo (SP). Esta instituição hospitalar presta atendimento em nível terciário por meio de 230 leitos.

Para a coleta de dados, realizada de abril a junho de 2015, foi utilizado como instrumento, um roteiro semiestruturado de entrevista com o objetivo de compreender o ponto de vista e opiniões dos principais atores nos processos de enfermagem da instituição hospitalar, a fim de analisar a percepção do enfermeiro sobre as competências que caracterizam a função do enfermeiro preceptor.

As entrevistas foram realizadas individualmente com o auxílio de um gravador para captação e armazenamento do áudio da entrevista. As falas dos entrevistados foram transcritas pela entrevistadora com utilização de um *notebook* para armazenamento e análise dos dados.

Sendo esta uma pesquisa qualitativa, a análise dos dados foi efetuada por meio da Análise de Conteúdo, modalidade temática segundo o referencial de Franco.<sup>(11)</sup>

Esta pesquisa se desenvolveu de acordo com as Diretrizes Internacionais para pesquisas com seres humanos e complementares, de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e recebeu autorização para ser desenvolvida pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), mediante CAAE: 41473814.3.3001.5496.

## RESULTADOS

O primeiro passo para a realização da análise do conteúdo foi a realização da leitura flutuante das entrevistas transcritas. No decorrer deste processo emergiram quatro núcleos direcionadores: Definição de Preceptor; Características necessárias ao Preceptor; Aspectos que interferem no papel do preceptor; Expectativas dos enfermeiros em relação à preceptoria. O núcleo direcionador “Definição de Preceptor” possui 21 Unidades de Contexto (UCs) e 34 Unidades de Registro (URs). Estas URs nortearam a elaboração de cinco categorias listadas no quadro 1.

**Quadro 1.** Categorias e Subcategorias emergentes do núcleo direcionador “Definição de Preceptor”

Categorias	Subcategorias
Profissional preparado para formar outros profissionais	<ul style="list-style-type: none"> <li>Para desenvolvimento da instituição</li> <li>Em relação à normas e rotinas do serviço</li> <li>Com segurança</li> </ul>
Profissional com conhecimentos específicos de enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> <li>Conhecimento técnico/teórico</li> </ul>
Atribuições do enfermeiro preceptor	<ul style="list-style-type: none"> <li>Facilitador do processo de aprendizagem</li> <li>Supervisionar equipes</li> <li>Articular ensino, serviço e aprendizado</li> <li>Acolher o novo colaborador</li> </ul>
Responsável técnico com conhecimentos gerais de várias funções	
Enfermeiro preceptor é a peça-chave para o serviço de enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> <li>Para o novo colaborador</li> </ul>

Ao definir preceptor, os entrevistados atribuíram ao preceptor características ao invés de defini-lo. Todavia, durante a análise aprofundada das falas, encontramos a primeira categoria: **Profissional preparado para formar outros profissionais**.

*“(…) um profissional capacitado em orientar e capacitar outros profissionais.” (E1).*

*“Aquele que consegue realmente formar pessoa no cenário prático e com fundamentação.” (E8).*

Esta necessidade de preparo do profissional ficou em evidência na terceira categoria deste núcleo nomeada **Atribuições do enfermeiro preceptor**. Sua primeira subcategoria identificada foi **Facilitador do processo de aprendizagem**.

*“(…) ele seria tipo assim (…) o facilitador desse novo colaborador.” (E2).*

*“(…) um guia, um preceptor na parte gerencial e assistencial (…) do colaborador.” (E6).*

O segundo núcleo direcionador nomeia-se “Características Necessárias ao Preceptor”. Foram identificadas 36 UCs e 107 URs. Partindo das URs, emergiram cinco categorias descritas no quadro 2.

**Quadro 2.** Categorias e Subcategorias emergentes do núcleo direcionador “Características necessárias ao Preceptor”

Categorias	Subcategorias
Possuir e demonstrar conhecimento	<ul style="list-style-type: none"> <li>Conhecimento teórico/prático</li> <li>Buscando novos conhecimentos</li> <li>Em relação à normas e rotinas do serviço</li> <li>Especialista na área de educação/preceptoria</li> </ul>
Possuir habilidades específicas	<ul style="list-style-type: none"> <li>Comunicação</li> <li>Organização</li> <li>Relacionamento</li> <li>Desenvolve o Crescimento/Capacitação Profissional</li> <li>Humanização</li> <li>Empatia</li> <li>Ética</li> <li>Exemplo profissional</li> <li>Postura profissional</li> <li>Imparcialidade</li> <li>Liderança</li> <li>Respeito às diferentes necessidades de aprendizado</li> <li>Dinamismo</li> <li>Pro-atividade</li> <li>Responsabilidade</li> <li>Comprometimento</li> <li>Articular ensino, serviço e aprendizado</li> <li>Paciência</li> <li>Disponibilidade</li> <li>Gostar de pessoas</li> </ul>
Estar inserido em campo prático	<ul style="list-style-type: none"> <li>Obtendo Vivência</li> </ul>
Gostar da função de preceptor	
Necessidade da função de preceptor na instituição	<ul style="list-style-type: none"> <li>Padrão ouro</li> </ul>

A terceira categoria do núcleo direcionador “Características Necessárias ao Preceptor” nomeia-se **Possuir habilidades específicas**.

No exercício da preceptoria, fica implicado ao enfermeiro ser **Exemplo profissional** como subcategoria.

*“(…) se eu tenho um preceptor que eu posso confiar que (…) ele dá bons exemplos. (E3).*

*“Um modelo de enfermeiro, um exemplo de enfermeiro na verdade.” (E4).*

Outra subcategoria que emergiu foi **Respeito às diferentes necessidades de aprendizado**.

*“Ele precisa entender que as pessoas têm um tempo para o aprendizado (…) ele precisa ensinar voltado à necessidade de quem ele ensina.” (E8).*

*“(…) uma característica muito importante...é respeitar o que o outro não sabe.” (E9).*

O terceiro núcleo direcionador nomeado “Aspectos que Interferem no Papel de Preceptor” possui 36 UCs e 84 URs. A elaboração de seis categorias ocorreu com base na análise das URs conforme quadro 3.

**Quadro 3. Categorias e Subcategorias emergentes do núcleo direcionador "Aspectos que Interferem no Papel de Preceptor"**

Categorias	Subcategorias
Possuir habilidades específicas	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Desenvolve o Crescimento/Capacitação Profissional</li> <li>· Fé</li> <li>· Liderança</li> <li>· Conhecimento</li> <li>· Carinho/Amor</li> <li>· Responsável por suas ações</li> </ul>
Condições oferecidas pela instituição	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Material/Conteúdo Adequado</li> <li>· Condições impróprias</li> <li>· Estimulo/Remuneração</li> <li>· Vínculo com a academia de enfermagem</li> </ul>
Projeto estruturado de preceptoria	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Exclusividade à preceptoria</li> <li>· Ausência de projeto estruturado de preceptoria</li> </ul>
Compreensão das funções do preceptor	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Compreensão errônea das funções do preceptor</li> </ul>
O preceptor não possui as habilidades específicas	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Não ser cativante</li> <li>· Não ter conhecimento</li> <li>· Não ser maleável</li> <li>· Não ouvir o educando</li> <li>· Não ter equilíbrio</li> <li>· Não conseguir separar atitudes pessoais das profissionais.</li> <li>· Não conseguir ser exemplar</li> <li>· Não ter maturidade</li> <li>· Inexperiência</li> <li>· Insegurança</li> <li>· Não ter formação em preceptoria</li> <li>· Não saber ensinar</li> <li>· Não ser paciente</li> </ul>
Interesse do novo colaborador	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Disponibilidade</li> </ul>

A primeira categoria intitula-se **Possuir habilidades específicas** e sua primeira subcategoria a emergir foi **Desenvolve o Crescimento/Capacitação Profissional**.

*"Se ele consegue passar, não só para o enfermeiro, mas para a equipe toda, isso auxilia bastante." (E7).*

Algo que também pode exercer uma influência negativa sobre o papel do enfermeiro preceptor é a **Ausência de um projeto estruturado de preceptoria**.

*Eu acho que é por a gente ainda não ter bem estruturado, eu acho que, atualmente, faz falta." (E1).*

*"(...) uma das coisas que mais atrapalharia seria se a instituição não aceitasse." (E2).*

Finalmente, o quarto núcleo direcionador: "Expectativas dos Enfermeiros em Relação à Preceptoria" conta com 26 UCs e 66 URs. Baseando-se nas URs, foram elaboradas seis categorias que compõem o quadro 4.

Este núcleo obteve como primeira categoria o **Crescimento da equipe de enfermagem/multiprofissionais**.

*"(...) conforme você vai crescendo profissionalmente, você vai fazer com que sua equipe cresça." (E1).*

Como última e não menos importante categoria, obtivemos a **Melhora na assistência ao paciente**.

**Quadro 4. Categorias e Subcategorias emergentes do núcleo direcionador "Expectativas dos Enfermeiros em Relação à Preceptoria"**

Categorias	Subcategorias
Crescimento da equipe de enfermagem/multiprofissionais	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Em relação às ações/técnicas</li> <li>· Em relação às informações</li> </ul>
Capacitação dos profissionais enfermeiros	<ul style="list-style-type: none"> <li>· A desenvolver suas funções</li> <li>· Rapidamente</li> <li>· Aprimorando/Construindo conhecimentos</li> </ul>
Necessidade da equipe de enfermagem	
Diminuição dos erros na assistência de enfermagem	
Intermediar a resolução de problemas	
Melhora na assistência ao paciente	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Menor tempo de hospitalização</li> <li>· Diminuição na quantidade de técnicas invasivas</li> <li>· Melhora nas taxas de infecção hospitalar</li> </ul>

*"(...) melhora o paciente como um todo." (E4).*

*"Tem a vantagem para o paciente de ser melhor assistido." (E8).*

Tendo como fundamentação teórica as análises das falas dos entrevistados e as competências gerais descritas nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN)<sup>(12)</sup> para o curso de Enfermagem, que descrevem a matriz do enfermeiro como generalista e/ou capacitado para atuar na educação profissional em Enfermagem, foi construída uma matriz com competências essenciais ao preceptor de enfermeiros (Quadro 5).

A matriz de competências possui como finalidade manifestar o entendimento sobre o que é essencial ao perfil de um profissional, tornando-se assim, um termo de referência para os desempenhos essenciais para a formação, processos de avaliação e tomada de decisões para os processos educacionais.<sup>(13)</sup> Categorias e subcategorias foram agrupadas conforme as seis competências gerais contidas nas DCN.

Trata-se de uma ferramenta que pode ser facilmente utilizada por gestores para a definição dos enfermeiros que irão ocupar o cargo de preceptor nas instituições de saúde conforme a seguinte orientação: os gestores devem realizar a leitura das competências e desempenhos marcando se o enfermeiro candidato ao cargo executa, executa parcialmente ou não executa estes itens nas respectivas colunas.

## DISCUSSÃO

Os entrevistados entendem que o preceptor precisa se preparar para tal atuação. Esta necessidade de capacitação específica decorre da grande variedade de papéis que o educador deve desempenhar, incluindo os de facilitador do aprendizado dos estudantes, planejador de cursos, orientador de indivíduos ou grupos, produtor de material

**Quadro 5. Matriz de Competências do Enfermeiro Preceptor**

Matriz de Competência do Enfermeiro Preceptor	
<b>Competência geral atenção à saúde</b>	<b>Desempenhos</b>
Atuação em cenário prático	Atua na assistência de enfermagem no cenário prático diariamente.
Conhecimento teórico e prático sobre a assistência de Enfermagem	Identifica, desenvolve e avalia ações quanto à assistência de enfermagem ao usuário de acordo com a individualidade de suas necessidades de saúde.
<b>Competência geral tomada de decisão</b>	<b>Desempenhos</b>
Dinamismo	Exerce suas funções com dinamismo em suas ações.
Pro-atividade	Exerce suas funções com pro-atividade em suas ações.
<b>Competência geral comunicação</b>	<b>Desempenhos</b>
Comunicação	Comunica-se de modo eficaz e respeitoso com todos os demais profissionais e usuários do serviço de saúde.
Humanização	Executa ações humanizadas ao relacionar-se com demais profissionais e usuários do serviço de saúde.
Empatia	Executa ações com empatia ao relacionar-se com demais profissionais e usuários do serviço de saúde.
<b>Competência geral liderança</b>	<b>Desempenhos</b>
Liderança	Exerce suas funções com liderança para demais profissionais e usuários do serviço de saúde.
Relacionamento	Relaciona-se de modo respeitoso com todos os demais profissionais e usuários do serviço de saúde.
Exemplo profissional	Exerce suas funções como exemplo profissional de enfermeiro.
Postura profissional	Exerce suas funções com postura profissional em suas ações.
Imparcialidade	Exerce suas funções com imparcialidade em suas ações.
<b>Competência geral administração e gerenciamento</b>	<b>Desempenhos</b>
Ética	Executa ações com ética ao relacionar-se com demais profissionais e usuários do serviço de saúde.
Organização	Organiza-se nas ações do seu processo de trabalho evitando desabonos nas mesmas.
Responsabilidade	Exerce suas funções com responsabilidade em suas ações.
Comprometimento	Exerce suas funções com comprometimento em suas ações.
<b>Competência geral educação permanente</b>	<b>Desempenhos</b>
Satisfação na função de preceptor/educador	Demonstra satisfação na execução de ações como educador de profissionais e usuários em saúde.
Possui especialização na área de educação/preceptor	Possui especialização na área de educação/preceptor por meio de cursos ou pós graduações <i>lato e/ou stricto sensu</i> .
Crescimento/Capacitação Profissional	Identifica, desenvolve e avalia ações para promover o crescimento e capacitação dos demais profissionais do serviço de saúde.
Desenvolvimento de educação permanente em saúde por meio da preceptor	Utiliza o espaço da preceptor para promover a reflexão sobre as práticas em saúde e aperfeiçoar os processos e suas práticas institucionais.
Respeito pelas diferentes necessidades de aprendizado	Identifica, desenvolve e avalia ações de capacitação em conjunto com o educando. Obtendo como foco as necessidades de aprendizado do educando.
Busca por novos conhecimentos	Realiza a busca por novos conhecimentos de modo constante e com a finalidade de aperfeiçoamento profissional como enfermeiro e educador.
Articulação do ensino, serviço e o aprendizado	Identifica, desenvolve e avalia ações para articular o ensino, o serviço e o aprendizado dos demais profissionais do serviço de saúde.
Paciência	Exerce suas funções com paciência em suas ações, respeitando os tempos distintos de aprendizagem de cada profissional.
Disponibilidade	Exerce suas funções com disponibilidade às inovações, à resolução de problemas e ao diálogo.

didático, avaliador do aprendizado e modelo de comportamento profissional.<sup>(14)</sup>

Ao se apoderar do conhecimento acerca dos processos pedagógicos, o preceptor possui mais subsídios para promover a articulação entre a teoria e a prática. Deste modo, faz-se necessário salientar a valorosa contribuição da qualificação profissional para exercer com propriedade suas funções de ensino nos processos de trabalho.<sup>(15)</sup>

Se adequado às suas funções, o preceptor pode ser visto como um facilitador do processo de aprendizagem para auxiliar na gestão do processo de ensino e aprendizagem e atuar como mediador entre o conhecimento disponível e as exigências da prática profissional.<sup>(16)</sup>

Entretanto, podemos compreender que a atuação do preceptor na formação do profissional de saúde, destaca-se e se revela como atitude educativa no trabalho. Ele pode e deve incentivar o repensar da prática, a comunicação e o compartilhamento de ideias, o trabalho em equipe, a integralidade do cuidado e fomentar a educação permanente nos espaços do trabalho em saúde.<sup>(17)</sup>

Para tanto, a comunicação vem como elemento central que interliga todo o processo de trabalho com a liderança garantindo o recebimento de informações sem distorções.<sup>(18)</sup> Toda tomada de decisão está vinculada ao sistema de informação. Se a comunicação se faz de modo seguro e eficaz ela torna-se um instrumento que permite ao enfermeiro a análise da realidade situacional, que auxilia o processo de tomada de decisão, assim como o planejamento das atividades.<sup>(19)</sup>

Além de comunicar-se de modo adequado, o preceptor deve ter entusiasmo, que demonstrado nas atividades educacionais é, sem dúvida, um elemento de grande influência na percepção do educando sobre a relevância do que deve ser aprendido. Mais ainda, o comportamento do professor e suas demonstrações de relacionamento adequado com os estudantes funcionam como modelo para o seu desenvolvimento pessoal e profissional.<sup>(7,20,21)</sup>

Ensinar exige liderança e cabe ao docente não somente ter respeito pelo que os educandos sabem, mas também, discutir com os alunos os motivos e razões desses saberes. Deve-se aproveitar a experiência que têm os alunos para promover discussões e reconstruir teorias e ensinamentos.<sup>(22)</sup>

Fica com o educador, a responsabilidade de interagir favoravelmente com os educandos mais retraídos, estimulá-los e favorecer a sua integração com o grupo, bem como evitando comportamentos abusivos que levam à exclusão e à perda de confiança dos atingidos.<sup>(20)</sup>

Vale salientar que ao ensinar, o preceptor também aprende. Diariamente, são vivenciadas situações distintas

que modificam os profissionais e as práticas dos envolvidos. Preceptores e educandos compartilham experiências e aprendizados.<sup>(21,23)</sup>

Por ser uma prática essencialmente humana, não se pode entender a educação como uma vivência fria, sem alma, na qual os sentimentos devessem ser reprimidos, assim como emoções, desejos e sonhos.<sup>(22)</sup>

Assim como a humanização nas ações, alguns componentes são essenciais para que a prática pedagógica cumpra seu papel na transformação da realidade, são eles: planejamento, objetivos, conteúdos, estratégias, recursos didáticos e avaliação. Estes devem ser assegurados e construídos com a participação de todos os envolvidos nos processos educativos, como preceptores, educandos, usuários, entre outros.<sup>(24)</sup>

Quando os enfermeiros preceptores não participam do planejamento, realmente não tem condições de saber o que vão exigir do educando, ou seja, são excluídos do processo avaliativo da prática pedagógica.<sup>(24)</sup> O planejamento é essencial para a atuação de qualquer enfermeiro.<sup>(25)</sup>

Com o reconhecimento do potencial educativo da situação de trabalho, torna-se vital aproximar a educação da vida cotidiana. É imprescindível transformar as situações diárias em aprendizagem, analisando reflexivamente os problemas da prática e valorizando o próprio processo de trabalho no seu contexto intrínseco.<sup>(15,26)</sup>

O preceptor auxilia os enfermeiros a revisar e questionar as melhores evidências sobre a prática assistencial. Reflexões culminam em ações que aprimoram o enfermeiro assistencial quanto a pensar, fazer e agir.<sup>(27)</sup> Pode-se dizer que o trabalho docente em saúde é capaz de reiterar fragmentações, subordinações, ceder às pressões do mercado por uma educação que assegure ganhos mais rápidos, além de, mediar interesses da maioria da população.<sup>(28)</sup>

Sabe-se que as responsabilidades legais e sociais pelas ações de enfermagem recaem sobre o papel do enfermeiro, sendo assim, imprescindível sua presença no cuidado aos usuários. Ou seja, as ações de cuidar e de ajudar às pessoas, asseguram significado e propósito à enfermagem, e assim ao campo de ação dos enfermeiros.<sup>(29)</sup>

O processo de educação pode ser entendido como um aperfeiçoamento dos saberes e das práticas dos profissionais para a assistência integral à saúde. A qualidade de assistência prestada aparece como possível resultado dos processos educativos, os quais permeiam a transformação e estímulo à equipe no que diz respeito ao comprometimento e conhecimento teórico/prático. Os processos educativos permitem que se reconheça o valor de trabalho em

equipe e a qualidade da assistência prestada pela mesma.<sup>(21,30)</sup>

*É pautado em conhecimento que o enfermeiro preceptor pode modificar as práticas diárias de seus educandos. Esse aperfeiçoamento das práticas, reflete diretamente no cuidado ao paciente. Com isto, o paciente passa a ter suas necessidades atendidas na perspectiva da integralidade do cuidado baseado no conhecimento.*

Para poder contribuir com as instituições de saúde seguindo o rigor científico, a matriz de competências proposta por este estudo necessita ser testada conforme suas propriedades psicométricas considerando a validade e confiabilidade.

A matriz de competências elaborada nesta pesquisa pode auxiliar nos processos seletivos para atuação na função de preceptor de enfermeiros e/ou orientar os processos de capacitação para novos preceptores caso as instituições ainda não possuam profissionais competentes para os cargos.

Assim, fica o grande desafio para as instituições de saúde: elencar profissionais ou capacitá-los para exercer a preceptoria de enfermeiros recém admitidos, adequando a assistência de enfermagem às reais necessidades dos usuários.

## CONCLUSÃO

Tendo como ponto de partida as falas dos enfermeiros entrevistados, foram identificadas as características indispensáveis a um preceptor enfermeiro. Além de vasto conhecimento, este educador em saúde deve ser um profissional que se comunica de maneira eficaz e se relaciona com os demais de modo respeitoso, humanizado e ético. Este enfermeiro deve ser exemplo profissional, responsável, paciente e embasar suas ações no respeito às individualidades dos educandos com a finalidade de promover a articulação do ensino, serviço e aprendizado. É de suma importância salientar que o enfermeiro preceptor deve sentir-se satisfeito com as atribuições de educador. Ele deve gostar da função de enfermeiro que educa na prática diária. Mas, não basta ser um preceptor competente, a instituição de saúde onde ele executa suas tarefas, deve fornecer apoio aos seus trabalhos por meio de materiais e conteúdos apropriados aos contextos, assim como estímulos para que o preceptor desempenhe seu trabalho de enfermeiro e educador com satisfação. Um projeto estruturado de preceptoria elaborado pela instituição em conjunto com educadores e educandos é oportuno e de absoluta necessidade.



## Contribuições

Concepção e/ou desenho do estudo: Miyazato HSA; Coleta, análise e interpretação dos dados: Miyazato HSA; Redação

e/ou revisão crítica do manuscrito: Miyazato HSA, Araújo PMP, Rossit RAS; Aprovação da versão final a ser publicada: Miyazato HSA, Araújo PMP, Rossit RAS.

## REFERÊNCIAS

- Silva GM, Seiffert OM. Educação continuada em enfermagem: uma proposta metodológica. *Rev Bras Enferm.* 2009;62(3):362-6.
- Rodriguez E, Góis C, Euzébio D, Fonseca JR. Implantação de educação continuada com profissionais de Enfermagem utilizando a Pedagogia Problematicadora: relato de experiência. *Rev Enferm Cent-Oeste Min.* 2011;1(4):583-91.
- Missaka H, Ribeiro VM. A preceptoría na formação médica: o que dizem os trabalhos nos congressos Brasileiros de educação médica 2007-2009. *Rev Bras Educ Médica.* 2011;35(3):303-10.
- Brasil. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012 [citado 2020 Dez 18]. Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=15448-resol-cnrm-s-n2-13abril-2012&Itemid=30192](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15448-resol-cnrm-s-n2-13abril-2012&Itemid=30192)
- Barreto VH, Monteiro RO, Magalhães GS, Almeida RC, Souza LN. Papel do preceptor da atenção primária em saúde na formação da graduação e pós-graduação da Universidade Federal de Pernambuco: um termo de referência. *Rev Bras Educ Médica.* 2011;35(4):578-83.
- Fonseca JP, Macedo E, Machado CC, Caregnato RC. Formação de preceptores na residência Multiprofissional ou Uniprofissional na área da saúde: uma revisão integrativa. *Res Soc Dev.* 2020;9(8): 1-31.
- Souza SV, Ferreira BJ. Preceptoría: perspectivas e desafios na Residência Multiprofissional em Saúde. *ABCS Health Sci.* 2019;44(1):15-21.
- Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 5a ed. São Paulo: Atlas; 2010.
- Polít DF, Beck CT. Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 9a ed. Porto Alegre: Artmed; 2018.
- Minayo MC. O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde. 1a ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
- Franco ML. Análise de conteúdo. 5a ed. Campinas: Autores Associados; 2018.
- Brasil. Ministério da Educação. Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em enfermagem. Brasília (DF): Ministério da Educação; 2001. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/Enf.pdf>
- Gontijo ED, Alvim C, Megale L, Melo JR, Lima ME. Matriz de competências essenciais para a formação e avaliação de desempenho de estudantes de medicina. *Rev Bras Educ Médica.* 2013;37(4):526-39.
- López MJ, Troncon LE. Capacitação e desenvolvimento docente - aspectos gerais. *Medicina (Ribeirão Preto).* 2015;48(3):282-94.
- Ribeiro KR, Prado ML, Backes VM, Mendes NP, Mororó DD. Teaching in health residencies: knowledge of preceptors under Shulman's analysis. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(4):e20180779.
- Burgatti JC, Leonello VM, Bracialli LA, Oliveira MA. Estratégias pedagógicas para o desenvolvimento da competência ético-política na formação inicial em Enfermagem. *Rev Bras Enferm.* 2013;66(2):282-6.
- Ribeiro KR, Prado ML. A prática educativa dos preceptores nas residências em saúde: um estudo de reflexão. *Rev Gaúcha Enferm.* 2014;35(1):161-5.
- Holanda FL, Marra CC, Cunha IC. Construção da Matriz de Competência Profissional do enfermeiro em emergências. *Acta Paul Enferm.* 2014;27(4):373-9.
- Paula M, Peres AM, Bernardino E, Eduardo EA, Macagi ST. Processo de trabalho e competências gerenciais do enfermeiro da estratégia saúde da família. *Rev Rene.* 2013;14(4):980-7.
- Troncon LE. Ambiente educacional. *Medicina (Ribeirão Preto).* 2014;47(3):264-71.
- Giroto LC, Enns SC, Oliveira MS, Mayer FB, Perotta B, Santos IS, et al. Preceptors' perception of their role as educators and professionals in a health system. *BMC Med Educ.* 2019;19:203.
- Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra; 2011.
- Silva AS, Magalhães CR, Carvalho GP, Neto SBC, Canabarro ST. Visão de preceptores sobre programa de residência multiprofissional com ênfase em onco-hematologia em hospital oncológico referência no sul do Brasil. *Res Soc Dev.* 2018;7(7):1-18.
- Silva VC, Viana LO, Santos CR. Social and pedagogical practice of the nurse-preceptor: a case study. *Online Braz J Nurs.* 2014;13(1):102-12.
- Ferracioli GV, Oliveira RR, Souza VS, Teston EF, Varela PL, Costa MA. Competências gerenciais na perspectiva de enfermeiros do contexto hospitalar. *Enferm Foco.* 2020;11(1):15-20.
- Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009 [citado 2020 Dez 18]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_educacao\\_permanente\\_saude.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf)
- Pontes AE, Alves FC, Pereira TJ, Puggina AC. Comunicação interpessoal do enfermeiro durante o exame físico: fatores que interferem nesta competência. *Enferm Foco.* 2019;10(6):42-9.
- Bomfim MI, Goulart VM, Oliveira LZ. Formação docente na área da saúde: avaliação, questões e tensões. *Interface Comun Saúde Educ.* 2014;18(51):749-58.
- Carvalho V. Cuidando, pesquisando e ensinando: acerca de significados e implicações da prática da enfermagem. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2004;12(5):806-15.
- Paim CC, Ilha S, Backes DS. Permanent education in health in an intensive care unit: the perception of the nurses. *R Pesq Cuid Fundam online.* 2015;7(1):2001-10.

# MAPEAMENTO CRUZADO DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM TERAPIA INTENSIVA CARDIOVASCULAR, NA PERSPECTIVA DE CALLISTA ROY

CROSS-MAPPING OF NURSING DIAGNOSES IN CARDIOVASCULAR INTENSIVE CARE, FROM THE PERSPECTIVE OF CALLISTA ROY

MAPEO TRANSVERSAL DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA EN CUIDADOS INTENSIVOS CARDIOVASCULARES, DESDE LA PERSPECTIVA DE CALLISTA ROY

Paola Bicalho de Araújo Oliveira<sup>1</sup>

(<http://orcid.org/0000-0002-1193-0882>)

Thais Ribeiro Cascimiro<sup>1</sup>

(<http://orcid.org/0000-0002-3993-4228>)

Cynthia Carolina Duarte Andrade<sup>1</sup>

(<http://orcid.org/0000-0002-7272-4716>)

Renata Lacerda Prata Rocha<sup>1</sup>

(<http://orcid.org/0000-0002-4723-263X>)

## Descritores

Enfermagem; Diagnóstico de enfermagem; Cirurgia cardiovascular; Unidade de Terapia Intensiva

## Descriptors

Nursing; Nursing diagnosis; Cardiovascular surgical procedures; Intensive Care Units

## Descriptores

Diagnóstico de enfermagem; Enfermagem; Procedimentos quirúrgicos cardiovasculares; Unidades de Cuidados Intensivos

## Submetido

6 de Março de 2021

## Aceito

20 de Maio de 2021

## Conflitos de interesse:

nada a declarar.

## Autor correspondente

Paola Bicalho de Araújo Oliveira  
E-mail: Paola.Bicalho@yahoo.com.br

## RESUMO

**Objetivo:** Mapear os diagnósticos de enfermagem levantados pelos enfermeiros, com o uso da Taxonomia NANDA-I, para pacientes internados em um Centro de Terapia Intensiva Cardiovascular, na perspectiva da Teoria Adaptativa de Callista Roy.

**Métodos:** Trata-se de uma pesquisa documental, exploratória, descritiva e de abordagem quantitativa, mediante análise retrospectiva dos registros de enfermagem em prontuários eletrônicos de pacientes com o uso do mapeamento cruzado.

**Resultados:** Foram identificados 677 termos e expressões que se referiam a 28 diagnósticos de enfermagem diferentes da Taxonomia da NANDA-I e 09 necessidades do modo fisiológico da Teoria Adaptativa de Callista Roy.

**Conclusão:** A utilização do modelo adaptativo de Callista Roy possibilitou a identificação das necessidades do modo fisiológico, a partir de 28 diagnósticos de enfermagem diferentes, dos pacientes internados no Centro de Terapia Intensiva Cardiovascular em pós-operatório de cirurgia cardiovascular. Esse estudo é útil como reflexão sobre quais necessidades, vulnerabilidades e susceptibilidades os pacientes apresentam após serem submetidos a procedimentos cardiovasculares, assim como, organizar a assistência de enfermagem visando à melhoria clínica do paciente e consequentemente a qualidade da assistência.

## ABSTRACT

**Objective:** To map the nursing diagnoses raised by nurses, using the NANDA-I Taxonomy, for patients admitted to a Cardiovascular Intensive Care Center, from the perspective of Callista Roy's Adaptive Theory.

**Methods:** This is a documentary, exploratory, descriptive and quantitative approach, through a retrospective analysis of nursing records in electronic medical records of patients using cross-mapping.

**Results:** 677 terms and expressions were identified that referred to 28 nursing diagnoses different from NANDA-I Taxonomy and 09 needs in the physiological mode of Callista Roy's Adaptive Theory.

**Conclusion:** The use of Callista Roy's adaptive model made it possible to identify the needs in the physiological way, based on 28 different nursing diagnoses, of patients admitted to the Cardiovascular Intensive Care Center in the postoperative period of cardiovascular surgery. This study is useful as a reflection on what needs, vulnerabilities and susceptibilities patients have after undergoing cardiovascular procedures, as well as organizing nursing care aimed at the clinical improvement of the patient and, consequently, the quality of care.

## RESUMEN

**Objetivo:** Mapear los diagnósticos de enfermería planteados por enfermeras, utilizando la Taxonomía NANDA-I, para pacientes ingresados en un Centro de Cuidados Intensivos Cardiovasculares, desde la perspectiva de la Teoría Adaptativa de Callista Roy.

**Métodos:** Se trata de un abordaje documental, exploratorio, descriptivo y cuantitativo, mediante un análisis retrospectivo de los registros de enfermería en los registros médicos electrónicos de los pacientes mediante mapeo cruzado.

**Resultados:** Se identificaron 677 términos y expresiones que se referían a 28 diagnósticos de enfermería diferentes de la Taxonomía NANDA-I y 09 necesidades en la modalidad fisiológica de la Teoría Adaptativa de Callista Roy.

**Conclusión:** El uso del modelo adaptativo de Callista Roy permitió identificar de forma fisiológica, a partir de 28 diagnósticos de enfermería diferentes, las necesidades de los pacientes ingresados en el Centro de Cuidados Intensivos Cardiovasculares en el postoperatorio de cirugía cardiovascular. Este estudio es útil como reflexión sobre qué necesidades, vulnerabilidades y susceptibilidades tienen los pacientes luego de ser sometidos a procedimientos cardiovasculares, así como para organizar cuidados de enfermería orientados a la mejora clínica del paciente y, en consecuencia, la calidad de la atención.

<sup>1</sup>Centro Universitário UNA, Belo Horizonte, MG, Brasil.

## Como citar:

Oliveira PB, Cascimiro TR, Andrade CC, Rocha RL. Mapeamento cruzado dos diagnósticos de enfermagem em terapia intensiva cardiovascular, na perspectiva de Callista Roy. *Enferm Foco*. 2021;12(5):998-1004.

DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n5.4662>

## INTRODUÇÃO

O Centro de Terapia Intensiva Cardiovascular é caracterizado como um ambiente de internação para pacientes em estado crítico de saúde e que necessitam de atenção especializada e contínua.<sup>(1,2)</sup> A identificação das respostas dos indivíduos às doenças cardiovasculares torna-se um importante fator para formular raciocínio clínico e terapêutico da Enfermagem. A tomada de decisão do enfermeiro deve ser orientada por uma teoria de enfermagem que tem como finalidade descrever fenômenos e explicar as relações entre os mesmos, prever as consequências e prescrever cuidados orientando todas as etapas do Processo de Enfermagem (PE).<sup>(3,4)</sup>

Entre as teorias de enfermagem destaca-se o modelo de Callista Roy que tem como eixo norteador do cuidado a adaptação. Para essa teórica a meta da enfermagem consiste em promover respostas adaptativas positivas. Isso pressupõe que os enfermeiros sejam preparados não apenas para identificar respostas humanas, como também para potencializar as respostas adequadas e implementar ações efetivas.<sup>(4,5)</sup>

A prática do enfermeiro pode ser orientada por vários métodos científicos, como por exemplo, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) que organiza, estrutura e qualifica a assistência prestada proporcionando maior segurança tanto para o paciente quanto para equipe profissional.<sup>(1,6)</sup> A SAE é uma metodologia comumente implantada através do Processo de Enfermagem (PE) que consiste em cinco etapas inter-relacionadas: investigação ou coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação de enfermagem.<sup>(7)</sup>

A segunda etapa do PE, consiste na identificação e priorização das respostas humanas indesejáveis, susceptibilidade e disposições apresentadas pelo paciente/família/comunidade para elencar os diagnósticos de enfermagem (DE) com uso de uma linguagem padronizada entre os enfermeiros.<sup>(8,9)</sup> A determinação de um DE é essencial para a elaboração de um plano terapêutico eficiente, bem como sua avaliação constante para investigação, prevenção e/ou tratamento de complicações/efeitos indesejáveis, provenientes do procedimento cirúrgico.<sup>(6)</sup>

Sistematizar a assistência de enfermagem, identificar necessidades humanas, conhecer as variáveis sociodemográficas e clínicas dos pacientes torna-se relevante para direcionar o enfermeiro na sua prática clínica; focar um cuidado individualizado; levantar diagnóstico de enfermagem e prescrever cuidados. O objetivo do plano de cuidados é prevenir situações de risco e preservar a integridade do paciente. Nesse sentido o objetivo deste estudo

é mapear os diagnósticos de enfermagem levantados pelos enfermeiros, com o uso da Taxonomia NANDA-I para pacientes internados em um Centro de Terapia Intensiva Cardiovascular, na perspectiva da Teoria Adaptativa de Callista Roy.

## MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa documental, exploratória, descritiva e de abordagem quantitativa. Foi realizada uma análise retrospectiva dos registros de enfermagem em prontuários eletrônicos de pacientes que estiveram hospitalizados no Centro de Terapia Intensiva (CTI) Cardiovascular de um hospital de grande porte, filantrópico, de alta complexidade que é referência em cirurgias cardiovasculares de Belo Horizonte, Minas Gerais.

Os sujeitos da pesquisa foram os pacientes admitidos no CTI Cardiovascular em pós-operatório imediato (POI) de cirurgias cardiovasculares em geral, no período compreendido entre janeiro e dezembro de 2019. Os critérios de inclusão foram: idade igual ou superior a 18 anos admitidos no CTI Cardiovascular após serem submetidos à cirurgia cardiovasculares, como: angioplastia, troca valvar, implante de marca-passo, revascularização do miocárdio, transplante cardíaco, implante de cardiodesfibrilador, valvuloplastias, bypass e correção de aneurisma aórtico. Os critérios de exclusão foram: admissão no CTI por outros motivos que não pós-operatório de cirurgia cardiovascular, permanência menor que 24h, readmissão e ausência de plano terapêutico.

No período da coleta de dados, havia cadastrado 525 pacientes que foram internados no CTI, foram excluídos 368 pacientes por não se enquadrarem nos critérios de inclusão, dessa forma, contou-se na amostra um total de 157 pacientes.

O instrumento de coleta de dados foi confeccionado pelas autoras à luz do modelo conceitual de Callista Roy,<sup>(10)</sup> seguindo como eixo orientador o modelo teórico Adaptativo. Esse instrumento, validado por 02 peritos de acordo com o modelo de Fhering,<sup>(11)</sup> incluiu os seguintes tópicos:

- Dados de identificação: data da admissão, hora da evolução, pesquisadoras, idade, sexo, procedimento realizado, estímulo focal (queixa principal), estímulo contextual (dados com a história atual) e história pregressa.
- Diagnóstico de enfermagem: Título do DE, fator relacionado/fator de risco/condições associadas/populações em risco e características definidoras.
- Necessidades de Saúde (focal, residual ou contextual): Modo fisiológico, subdividido em necessidades básicas

(oxigenação, nutrição, eliminação, sentidos, atividade/repouso, proteção) e nos processos complexos (fluido e eletrólitos, função neurológica, função endócrina); além do modo de autoconceito, modo de função de papel e/ou modo de interdependência.

A coleta de dados dos prontuários foi realizada através do Sistema Informatizado usado nessa instituição (Prontuário Eletrônico do SOUL MV).

Foi realizada a análise descritiva dos dados sociodemográficos e clínicos e com frequências absoluta e relativa. Foram identificados os diagnósticos de enfermagem, características definidoras, fatores relacionados, fator de risco, condição associada e população em risco dos DE mais prevalentes nos planos de cuidados desses pacientes. Todos os DE foram levantados com uso da Taxonomia NANDA-I.<sup>(12,13)</sup> Para cada DE foram levantadas as necessidades de adaptação identificadas conforme os modos: fisiológico, autoconceito, função de papel e interdependência.

Foi realizada a transcrição dos dados no Software Microsoft Office Excel 2010 e calculadas as medidas de tendência central com uso do e *Software Statistical Package for the Social Science* (SPSS) versão 22.0. Por fim, foi realizado o mapeamento cruzado dos termos e identificados à prevalência dos DE.

O mapeamento cruzado é um método utilizado identificação de termos semelhantes que explicam ou expressam algo, por meio do uso de palavras iguais ou semelhante, comparados ou compreendidos a partir do uso de uma linguagem padronizada, possibilitando realizar comparações passíveis de avaliação entre termos de diferentes classificações de enfermagem.<sup>(6)</sup>

Este estudo respeitou todos os requisitos das Resoluções nº 510/2016 e 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), com Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) de nº 36972420.7.0000.5125 e parecer de aprovação nº 4.236.873 (Instituição Proponente) e CAAE de nº 39077920.5.0000.5098 com o parecer de nº 4.365.868 da Instituição de Ensino.

## RESULTADOS

Entre os 157 pacientes participantes do estudo, 108 (68%) eram do sexo masculino. A faixa etária variou entre 32 e 100 anos, sendo a idade média de 67,19 anos e mediana de 69,0. As cirurgias cardiovasculares identificadas foram: angioplastia 78 (49,68%), troca valvar 20 (12,73%), tratamento transcaterter da valva aórtica (TAVI) 13 (8,28%), cirurgia de revascularização do miocárdio (CRVM) 12 (7,64%), implante de marca-passo (MP) 08 (5,09%), implante de cardioversor desfibrilador implantável (CDI) 07 (4,45%), correção

de aneurisma 05 (3,18%), transplante cardíaco 03 (1,91%), valvuloplastia 02 (1,27%), troca de gerador 02 (1,27%), correção de comunicação interatrial (CIA) 01 (0,63%), endoprótese 01 (0,63%), fechamento percutâneo de forame oval patente (FOP) 01 (0,63%), implante de eletrodo ventricular 01 (0,63%), implante de endoprótese 01 (0,63%), implante de válvula aórtica 01 (0,63%) e troca aórtica 01 (0,63%). Quanto às comorbidades apresentadas pelos pacientes, 73 (46,79%) possuíam histórico de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), 35 (22,29%) de Diabetes Mellitus, 36 (20,38%) de Dislipidemia, 11 (7%) de Hipotireoidismo, 10 (6,36%) de Insuficiência Cardíaca e 07 (4,45%) Doença Renal Crônica (DRC). Foram identificados 677 termos que indicavam respostas humanas e susceptibilidades que requerem intervenções de enfermagem quanto às necessidades de saúde adaptativa do modo fisiológico identificados no primeiro e segundo planos de cuidados realizados pelos enfermeiros. Não foram identificadas necessidades aos modos de autoconceito, função de papel e interdependência. A Taxonomia NANDA-I 2018-2020 apresenta 244 DE distribuídos em 13 domínios. Com base no mapeamento cruzado, foram estabelecidos 677 DE para os 157 pacientes. Após exclusão de repetição obtiveram-se 28 DE diferentes que compuseram o banco de dados deste estudo. Dentre eles, 16 (57,14%) DE de risco e 12 (42,86 %) referem-se a DE com foco no problema (Tabela 1).

Os DE com foco no problema mais frequentes foram: "mobilidade no leito prejudicada" (n=16, 2,36 %) "padrão respiratório ineficaz (n=08, 1,18 %)" e "dor aguda" (n=06, 0,89 %), e nos DE de risco foram: "risco de infecção" (n=350, 51,70%), "risco de função cardiovascular prejudicada" (n=92, 13,59%) e "risco de perfusão tissular periférica ineficaz" (n=33, 4,87%). A tabela 2 apresenta os fatores relacionados, condição associada e características definidoras mais frequentes identificadas no mapeamento, em pacientes (n=157) internados em pós-operatório no Centro de Terapia Intensiva Cardiovascular, de acordo com os tipos de Diagnóstico da NANDA-I.

Dos DE com foco no problema, 11 (64,70%) tinham como causa as condições associadas e apenas 06 (35,30%) como causa fatores relacionados. A tabela 3 apresenta os fatores de risco, condições associadas ou população em risco dos DE de risco mais frequentes identificados no mapeamento, em pacientes (n=157) internados em pós-operatório no Centro de Terapia Intensiva Cardiovascular, de acordo com os tipos de Diagnóstico da NANDA.

Dos DE da NANDA-I, apresentados nesta pesquisa, conforme tabela 3, 30 (47,62%) foram evidenciados por condições associadas, 28 (44,44%) por fatores de riscos e 05

**Tabela 1.** Diagnósticos de enfermagem de acordo com o tipo, identificado em pacientes (n=157) em pós-operatório no CTI Cardiovascular. Belo Horizonte – MG, Brasil, jan. a dez. de 2019.

Tipo de diagnósticos	Diagnóstico de enfermagem	n(%)	
1. Diagnósticos com foco no problema	Mobilidade no leito prejudicada	16(2,36)	
	Padrão respiratório ineficaz	8(1,18)	
	Dor aguda	6(0,89)	
	Troca de gases prejudicada	3(0,44)	
	Eliminação urinária prejudicada	2(0,30)	
	Integridade da pele prejudicada	2(0,30)	
	Nutrição desequilibrada: menor que as necessidades corporais	2(0,30)	
	Perfusão tissular periférica ineficaz	2(0,30)	
	Confusão aguda	1(0,15)	
	Débito cardíaco diminuído	1(0,15)	
	Retenção urinária	1(0,15)	
	Ventilação espontânea prejudicada	1(0,15)	
	2. Diagnóstico de Risco	Risco de infecção	50(51,70)
		Risco de função cardiovascular prejudicada	92(13,59)
Risco de perfusão tissular periférica ineficaz		33(4,87)	
Risco de integridade da pele prejudicada		27(3,99)	
Risco de perfusão tissular cardíaca diminuída		25(3,69)	
Risco de trauma vascular		16(2,36)	
Risco de débito cardíaco diminuído		15(2,22)	
Risco de glicemia instável		14(2,07)	
Risco de sangramento		14(2,07)	
Risco de quedas		12(1,77)	
Risco de perfusão renal ineficaz*		11(1,62)	
Risco de perfusão tissular cerebral ineficaz		11(1,62)	
Risco de lesão por pressão		5(0,74)	
Risco de choque		3(0,44)	
Risco de lesão do trato urinário		2(0,30)	
Risco de integridade da membrana mucosa oral prejudicada		2(0,30)	

Fonte: NANDA-I. North American Nursing Diagnosis Association International. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2015 - 2017, Porto Alegre: Artmed; 2015. NANDA-I. North American Nursing Diagnosis Association International. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2018 - 2020, Porto Alegre: Artmed; 2018.<sup>(12,13)</sup>  
\*O diagnóstico risco de perfusão renal ineficaz foi retirado da NANDA-I 2015-2017, mas ainda em uso pelos profissionais no local de pesquisa mesmo após atualização da NANDA-I 2018-2020

(7,94%) por populações em risco. Posteriormente a identificação dos principais DE foi possível conhecer e relacionar os achados fisiológicos/físico-fisiológicos de acordo com o Modelo de Roy, conforme demonstrado no quadro 1.

No quadro 1 os DE da taxonomia da NANDA-I estão relacionados com as necessidades de saúde do modo fisiológico da Teoria Adaptativa.

## DISCUSSÃO

A Teoria Adaptativa de Callista de Roy permite reconhecer respostas positivas ou negativas mediante o estímulo às pessoas em diversas situações, possibilitando assim, que o enfermeiro implemente ações que favoreçam respostas adaptativas, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida aos pacientes submetidos a procedimentos cardiovasculares, uma vez que necessitam de se adaptar às novas condições de saúde.<sup>(14)</sup>

O julgamento clínico e crítico das necessidades de saúde, suscetibilidade de adaptação e seus possíveis estímulos associados, a partir da teoria de Roy, conduziu ao estabelecimento de 28 DE diferentes encontrados no estudo, sendo 12 DE com foco no problema e 16 DE de risco. Resultados semelhantes foram encontrados no estudo de Sartori e colaboradores (2018) que tiveram por objetivo avaliar os registros para a identificação dos diagnósticos de enfermagem de pacientes atendidos no Setor de Hemodinâmica.<sup>(15)</sup> O fato de terem sido elencados mais diagnósticos do tipo de risco pode reforçar que a atuação do enfermeiro seja focada na prevenção.

**Tabela 2.** Fatores relacionados as condições associadas e características definidoras dos diagnósticos de enfermagem mais frequentes em pacientes (n=157) em pós-operatório no CTI Cardiovascular

Diagnóstico de Enfermagem	Fator Relacionado/ Condição associada	n(%)	Característica definidora	n(%)
Mobilidade no leito prejudicada	Dor	6(37,5)	Capacidade prejudicada de reposicionar-se no leito	16(100)
	Agente farmacológico†	4(25)		
	Força muscular insuficiente	4(25)		
	Prejuízo musculoesquelético	2(12,5)		
Padrão respiratório ineficaz	Fadiga	7(87,5)	Uso de ventilação mecânica (VM) em pacientes intubados	8(100)
	Dano neurológico†	1(12,5)		
Dor aguda	Agente lesivo físico	5(83,33)	Autorrelato de intensidade usando escala padronizada de dor	5(83,33)
	Procedimento cirúrgico	1(16,67)	Alteração da função Cognitiva	1(16,67)
Troca de gases prejudicada	Desequilíbrio na relação ventilação-perfusão†	2(100)	Dispneia	1(50)
			Padrão respiratório anormal	1(50)
Eliminação urinária prejudicada	Infecção do trato urinário†	2(100)	Disúria	2(100)
Integridade da pele prejudicada	Circulação prejudicada†	2(100)	Lesão por pressão estágio 2	2(100)
Nutrição desequilibrada: menor que as necessidades Corporais	Incapacidade de ingerir os alimentos†	2(100)	Incapacidade percebida de ingestão de alimento	2(100)
Confusão aguda	Delirium †	1(100)	Agitação	1(100)
Débito cardíaco diminuído	Pré-carga alterada †	1(100)	Anormalidades ao ECG	1(100)
Retenção urinária	Bloqueio do trato urinário†	1(100)	Eliminação urinária ausente	1(100)
Ventilação espontânea prejudicada	Alteração no metabolismo†	1(100)	SpO2 diminuído	1(100)

† Condição associada



**Tabela 3.** Fatores de risco, condições associadas e populações em risco dos DE de risco mais frequentes em pacientes (n=157) em pós-operatório no CTI Cardiovascular

Diagnóstico de enfermagem	Fatores de risco, condições associadas ou população em risco	n(%)	
Risco de infecção	Cateter venoso periférico†	150(42,86)	
	Cateter Venoso Central (CVC) †	72(20,57)	
	Cateter Vesical de Demora (CVD) †	56(16,00)	
	Cateter de Pressão Intra-Arterial (PIA) †	31(8,86)	
	Cirurgia†	16(4,57)	
	Dreno tubular selo d'água†	11(3,14)	
	Alteração na integridade da pele	2(0,57)	
	Balão Intra-Aórtico (BIA) †	2(0,57)	
	Cateter duplo-lúmen (CDL) †	2(0,57)	
	Cateter de Swan Ganz†	1(0,29)	
	Trauma	1(0,29)	
	Risco de função cardiovascular prejudicada	História familiar de Doença Arterial Coronariana (DAC)	34(36,96)
		Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)	29(31,52)
Diabetes Mellitus		7(7,61)	
POI Cirurgia Cardíaca		4(4,35)	
POI de TAVI		3(3,26)	
POI de troca valvar		3(3,26)	
Cateter venoso periférico (CVP)		2(2,17)	
POI de implante de marca-passo		2(2,17)	
POI de troca valvar		2(2,17)	
POI de valvuloplastia percutânea		2(2,17)	
Agente farmacológica		1(1,09)	
Uso de marca passo transvenoso		1(1,09)	
Risco de perfusão tissular periférica ineficaz		Angioplastia†	27(17,05)
	Cirurgia cardíaca†	5(13,16)	
	Cateterismo†	3(7,89)	
	Ferida operatória em femoral direita e esquerda†	2(5,26)	
Risco de integridade da pele prejudicada	Diabetes Mellitus§	1(2,63)	
	Fator mecânico (cisalhamento, pressão, imobilidade física)	25(92,59)	
Risco de perfusão tissular cardíaca diminuída	Escala de Braden menor ou igual a 13§	2(7,41)	
	Cirurgia Cardíaca	16(64)	
	História familiar de DAC§	3(12)	
	Procedimentos intravasculares	2(8)	
	Angioplastia	1(4)	
	Diabetes Mellitus†	1(4)	
	Hipotensão†	1(4)	
Risco de trauma vascular	POI de implante de CDI	1(4)	
	Cateterismo/Angioplastia†	16(100)	
Risco de débito cardíaco Diminuído	Frequência cardíaca alterada†	5(33,33)	
	Contratilidade alterada†	6(40)	
	Pós-carga alterada†	3(20)	
	POI retroca valvar†	1(6,67)	
Risco de glicemia instável	Jejum prolongado	12(85,71)	
	Falência orgânica†	2(14,29)	
Risco de sangramento	Trauma†	13(92,86)	
	Função hepática prejudicada†	1(7,14)	
Risco de quedas	Idade maior que 65 anos§	11(91,67)	
	Confusão aguda†	1(8,33)	
Risco de perfusão renal ineficaz	Hipertensão Arterial Sistêmica	3(27,27)	
	Alteração no metabolismo	2(18,18)	
	Cirurgia Cardíaca	2(18,18)	
	Diabetes Mellitus	2(18,18)	
	Doença Renal	2(18,18)	
Risco de perfusão tissular cerebral ineficaz	Estenose de carótida†	7(58,33)	
	POI de angioplastia	3(25)	
	Válvula prótese mecânica†	1(8,33)	
	Acidente vascular cerebral isquêmico†	1(8,33)	
Risco de lesão por pressão	Imobilidade física	2(40)	
	Extremo de peso§	2(40)	
	Circulação prejudicada†	1(20)	

Continua...

Continuação.

Diagnóstico de enfermagem	Fatores de risco, condições associadas ou população em risco	n(%)
Risco de choque	Hipotensão †	3(100)
Risco de lesão do trato urinário	Uso prolongado de cateter urinário †	2(100)
Risco de integridade da membrana mucosa oral prejudicada	Trauma	2(100)

† Condições associadas; § População em risco

**Quadro 1.** Diagnósticos de Enfermagem de acordo com as necessidades de saúde fisiológicas do modelo de Callista Roy, identificados em pacientes (n=157) em pós-operatório no CTI Cardiovascular

Modo fisiológico	Diagnóstico de enfermagem
Oxigenação	Débito cardíaco diminuído
	Padrão respiratório ineficaz
	Troca de gases prejudicada
	Ventilação espontânea prejudicada
	Risco de débito cardíaco diminuído
Nutrição	Nutrição desequilibrada: menor que as necessidades corporais
Eliminação	Eliminação urinária prejudicada
	Retenção urinária
	Risco de sangramento
Atividade/Repouso	Mobilidade no leito prejudicada
	Risco de função cardiovascular prejudicada
	Risco de perfusão tissular cardíaca diminuída
	Risco de quedas
	Risco de choque
Proteção	Integridade da pele prejudicada
	Risco de infecção
	Risco de integridade da pele prejudicada
	Risco de lesão do trato urinário
	Risco de lesão por pressão
	Risco de trauma vascular
	Risco de integridade da membrana mucosa oral prejudicada
Sentidos	Dor aguda
Fluidos/Eletrólitos	Perfusão tissular periférica ineficaz
	Risco de perfusão tissular periférica ineficaz
Função neurológica	Confusão aguda
	Risco de perfusão tissular cerebral ineficaz
Função endócrina	Risco de glicemia instável
	Risco de perfusão renal ineficaz

Estudos sobre prevalência de doenças vasculares relatam que as complicações cardiovasculares são importantes causas de morbidade em procedimentos não cardíacos de grande porte e as taxas das doenças cardiovasculares em homens são substancialmente mais altas do que nas mulheres, dando ênfase aos resultados encontrados nesta pesquisa.<sup>(16)</sup> Os dados encontrados na caracterização da amostra dos pacientes em pós-operatório internados na terapia intensiva mostra uma prevalência de pacientes do sexo masculino 108 (68%). Nesse estudo o diagnóstico com foco no problema predominante foi "Mobilidade no leito prejudicada", ele se refere à limitação para se movimentar de forma autônoma de uma posição para outra no leito. Em estudos semelhantes de Carvalho e colaboradores (2016) observou-se que esse diagnóstico estava presente em 587

(59,3%) dos planos de cuidados dos pacientes em pós-operatório de cirurgia cardiovascular.<sup>(17)</sup>

Outro DE predominante foi o “Padrão respiratório ineficaz”, tendo como causa a fadiga e o dano neurológico. Em estudos semelhantes, de Prado e colaboradores, observou-se que esse diagnóstico estava presente em 81 (67,5%) dos planos de cuidados e que 100,0% deles apresentaram a fadiga como fator relacionado dos DE.<sup>(18)</sup> O DE “dor aguda” foi prevalente neste estudo, assim como no estudo de Melo e colaboradores (2018), que identificaram o DE no pós-operatório de cirurgia cardíaca.<sup>(19)</sup>

Dentre os diagnósticos de risco, os mais prevalentes foram: “risco de infecção”, “risco de função cardiovascular prejudicada” e “risco de perfusão tissular periférica ineficaz”. O DE “risco de infecção” é definido como suscetibilidade de entrada de micro-organismo que pode comprometer o estado de saúde. Comum entre os pacientes em POI devido sua exposição durante os procedimentos invasivos e na presença de acessos vasculares e cateteres, além da perda de proteção cutânea na presença da ferida operatória.<sup>(19)</sup>

Os DE “risco de função cardiovascular prejudicada” e “risco de perfusão tissular periférica ineficaz”, se refere à suscetibilidade a redução na circulação e são apresentados em outros estudos como DE aplicáveis as principais complicações após intervenções coronarianas em decorrência das comodidades apresentadas pelo paciente, como a Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e Dislipidemia.<sup>(20)</sup>

A realização das etapas do processo de enfermagem permite ao enfermeiro a identificação das reais necessidades de saúde do paciente, sejam elas já instaladas ou passíveis riscos. Além disso, permite que o enfermeiro implemente cuidados e inter-relacione suas ações de qualificação e aprimoramento.<sup>(15)</sup>

Dos diagnósticos de enfermagem de risco apresentados, a maioria das causas desses diagnósticos foram as condições associadas (n=30, 47,62%). De acordo com NANDA-I, “as condições associadas são indicadores para os quais os enfermeiros não podem intervir de forma independente”.<sup>(13)</sup> Além da equipe de enfermagem, os profissionais que compõem a equipe multiprofissional possuem papel fundamental na prevenção dos riscos, promovendo uma recuperação da saúde e bem-estar dos pacientes submetidos a procedimentos vasculares.<sup>(9)</sup>

Destaca-se como uma limitação o fato que a coleta de dado foi realizada em dados secundários e o sistema

informatizado da instituição ter sido atualizado no mês de outubro, que impossibilitou o acesso às prescrições de enfermagem de alguns pacientes que foram admitidos no CTI. Entretanto, foi possível identificar as vulnerabilidades dos mesmos por meio das evoluções de enfermagem

O presente estudo identificou 28 DE com o uso da Taxonomia NANDA-I apresentados por pacientes internados em um centro de terapia intensiva cardiovascular, além de identificar as principais necessidades de saúde desses pacientes. A identificação dos DE permite a caracterização do perfil dos pacientes em pós-operatório nesse cenário intensivo cardiovascular e proporciona uma avaliação mais ampla das necessidades de saúde desses pacientes. A partir desse levantamento, buscou-se identificar as principais necessidades de saúde do modo fisiológico, sendo elas, oxigenação, proteção, atividade/repouso e função cardiovascular e neurológica. O perfil dos diagnósticos contribui também para o fortalecimento da identidade profissional e da Enfermagem enquanto ciência.

## CONCLUSÃO

A utilização do modelo adaptativo de Callista Roy possibilitou identificar as principais necessidades de saúde, conforme os domínios de proteção, atividade/repouso e oxigenação. Conhecer variáveis sociodemográficas e clínicas dos pacientes internados no Centro de Terapia Intensiva Cardiovascular em pós-operatório possibilita identificar as vulnerabilidades e suscetibilidade de saúde após os procedimentos realizados. Esse estudo é útil como reflexão sobre quais necessidades os pacientes, provenientes do bloco cirúrgico e/ou hemodinâmica, apresentam após serem submetidos a procedimentos cardiovasculares, assim como, organizar a assistência de enfermagem visando à melhoria clínica do paciente e consequentemente a qualidade da assistência, diminuindo danos à saúde dos pacientes.

## Contribuições

Concepção e/ou desenho do estudo: Oliveira PBA, Cascimiro TR, Andrade CCD, Rocha RLP; Coleta, análise e interpretação dos dados: Oliveira PBA, Cascimiro TR, Andrade CCD; Redação e/ou revisão crítica do manuscrito: Oliveira PBA, Cascimiro TR, Andrade CCD; Aprovação da versão final a ser publicada: Oliveira PBA, Cascimiro TR, Andrade CCD, Rocha RLP.

## REFERÊNCIAS

1. Almeida DV, Oliveira KF, Oliveira JF, Pires NL, Filgueira VS. Diagnósticos de enfermagem mais frequentes em pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva Coronariana. *Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa*. 2013;58:64-9.
2. Ferreira AM, Rocha EN, Lopes CT, Bachion MM, Lopes JL, Barros AL. Diagnósticos de enfermagem em terapia intensiva: mapeamento cruzado e taxonomia da NANDA-I. *Rev Bras Enferm*. 2016;69(2):285-93.
3. Prêcoma DB, Oliveira GM, Simão AF, Dutra OP, Coelho OR, Izar MC, et al. Atualização da Diretriz de Prevenção Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia - 2019. *Arq Bras Cardiol*. 2019;113(4):787-891.
4. Tannure MC, Pinheiro AM. Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE): guia prático. 3a ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2019.
5. Dantas AL, Nogueira IL, Vitorino AB, Tinôco JD, Frazão CM, Lira AL. Diagnósticos de enfermagem e modelo adaptativo de Roy: análise em pacientes críticos. *Aquichan*. 2017;17(3):316-27.
6. Pereira GN, Abreu RN, Bonfim IM, Rodrigues AM, Monteiro LB, Maria Sobrinho J. Relação entre sistematização da assistência de enfermagem e segurança do paciente. *Enferm Foco*. 2017;8(2):21-5.
7. Silva MC. Sistematização da Assistência de Enfermagem: Desafios para a prática profissional [editorial]. *Enferm Foco*. 2017; 8(3):1.
8. Silva DV, Sousa IN, Rodrigues CA, Pereira FA, Gusmão RO, Araújo DD. Nursing diagnoses in a home-based program: cross-mapping and NANDA-I Taxonomy. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(3):584-91.
9. Ribeiro KR, Gonçalves FA, Borges MM, Loreto RG, Amaral MS. Pós-operatório de revascularização do miocárdio: possíveis diagnósticos e intervenções de enfermagem. *Rev Pesqui Cuid Fundam*. 2019; 11(3):801-8.
10. Roy C. Roy adaptation model: Sister Callista Roy. In: Masters K. *Nursing theories: a framework for professional practice*. Mississippi: Jones & Bartlett; 2014.
11. Pompeo DA, Rossi LA, Paiva L. Content validation of the nursing diagnosis Nausea. *Rev Esc Enferm USP*. 2014;48(1):48-56.
12. NANDA-I. North American Nursing Diagnosis Association International. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2015 - 2017. Porto Alegre: Artmed; 2015.
13. NANDA-I. North American Nursing Diagnosis Association International. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2018 - 2020. Porto Alegre: Artmed; 2018.
14. Hamadé DC, Moraes CS, Martins MO, Costa CC. Diagnósticos de enfermagem com pacientes coronariopatas à luz da teoria de Callista Roy. *Rev Pesqui Cuid Fundam*. 2020;12:129-136.
15. Sartori AA, Gaedke MA, Moreira AC, Graeff MS. Nursing diagnoses in the hemodynamics sector: an adaptive perspective. *Rev Esc Enferm USP*. 2018;52:e03381.
16. Nascimento BR, Brant LC, Oliveira GM, Malachias MV, Reis GM, Teixeira RA, et al. Epidemiologia das Doenças Cardiovasculares em Países de Língua Portuguesa: Dados do "Global Burden of Disease", 1990 a 2016. *Arq Bras Cardiol*. 2018;110(6):500-11.
17. Carvalho IM, Silva RA, Ferreira DK, Nelson AR, Duarte FH, Prado NC. Sistematização da assistência de enfermagem no pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca. *R Pesq Cuid Fundam online*. 2016;8(4):5062-7.
18. Prado PR, Bettencourt AR, Lopes JL. Related factors of the nursing diagnosis ineffective breathing pattern in an intensive care unit. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2019;27:e3153.
19. Melo FC, Costa MF, Sander SM. Diagnósticos de enfermagem no período pós-operatório de cirurgia cardíaca. *Rev Enferm UFPE online*. 2018;12(8):2188-93.
20. Barros LM, Moreira RA, Frola NM, Caetano JA. Identificação dos diagnósticos de enfermagem da classe de respostas cardiovasculares/pulmonares em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. *Aquichan*. 2015;15(2):200-9.

# PERFIL DE RECÉM-NASCIDOS E FATORES ASSOCIADOS AO PERÍODO DE INTERNAÇÃO EM UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS

NEWBORN PROFILE AND FACTORS ASSOCIATED WITH THE PERIOD OF HOSPITALIZATION IN AN INTERMEDIATE CARE UNIT

PERFIL DEL RECIÉN NACIDO Y FACTORES ASOCIADOS AL TIEMPO DE ESTANCIA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS

Eliana Roldão dos Santos Nonose<sup>1</sup>

Ana Paula Contiero Toninato<sup>2</sup>

Darlane Barbosa da Silva<sup>1</sup>

Rosana Aparecida Bittencourt<sup>1</sup>

Marinalva de Almeida Brizola<sup>1</sup>

Marcos Augusto Moraes Arcoverde<sup>2</sup>

Rosane Meire Munhak da Silva<sup>2</sup>

(<https://orcid.org/0000-0002-1998-1684>)

(<https://orcid.org/0000-0002-7251-6423>)

(<https://orcid.org/0000-0001-5282-2792>)

(<https://orcid.org/0000-0002-2180-3334>)

(<https://orcid.org/0000-0001-5490-2729>)

(<https://orcid.org/0000-0001-5104-559X>)

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

## Descritores

Recém-nascido; Hospitalização; Cuidado da criança; Enfermagem neonatal; Estudos transversais

## Descriptors

Newborn; Hospitalization; Child care; Neonatal nursing; Cross-sectional studies

## Descriptores

Recién nacido; Hospitalización; Cuidado de los niños; Enfermería neonatal; Estudios transversales

## Submetido

8 de Setembro de 2020

## Aceito

29 de Março de 2021

## Conflitos de interesse:

manuscrito extraído do Projeto de Pesquisa do Plano de Desenvolvimento dos Agentes Universitários da Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE, intitulado “Perfil dos recém-nascidos internados na Unidade de Cuidados Intermediários do Hospital Universitário de Cascavel/PR, 2016-2017”.

## Autor correspondente

Eliana Roldão dos Santos Nonose  
E-mail: [eliananonose@hotmail.com](mailto:eliananonose@hotmail.com)

## RESUMO

**Objetivo:** Conhecer o perfil de recém-nascidos hospitalizados em Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais e associar fatores maternos e neonatais com o tempo de hospitalização.

**Métodos:** Pesquisa transversal, documental, realizada em hospital universitário na Região Sul do Brasil, com 384 recém-nascidos hospitalizados. Foi realizada análise descritiva e teste qui-quadrado.

**Resultados:** A maioria das hospitalizações ocorreu no período neonatal precoce, de bebês do sexo masculino, etnia branca, idade gestacional 36 semanas, peso 2.690g, escore de Apgar 6,77 no primeiro e 8,49 no quinto minuto, e média de dias de internação de 8,49. Período de hospitalização prolongado foi associado às intercorrências maternas, prematuridade, baixo peso ao nascer, sexo masculino, uso de antibióticos e ganho de peso.

**Conclusão:** Reafirma-se a importância de conhecer as causas de hospitalização de recém-nascidos e compreender o perfil de adoecimento no período neonatal, para subsidiar políticas públicas e assistência de qualidade para reduzir a hospitalização e as morbidades perinatais.

## ABSTRACT

**Objective:** To know the profile of newborns hospitalized in the Intermediate Neonatal Care Unit and associate maternal and neonatal factors with the length of hospitalization.

**Methods:** Cross-sectional, documentary research, carried out in a university hospital in the South Region of Brazil, with 384 newborns hospitalized. A descriptive analysis and the chi-square test were performed.

**Results:** Most hospitalizations occurred in the early neonatal period, of male babies, white ethnicity, gestational age 36 weeks, weight 2.690g, Apgar score 6.77 in the first and 8.49 in the fifth minute, and average days of hospitalization 8.49. Prolonged period of hospitalization was associated with maternal intercurrent, prematurity, low birth weight, male gender, use of antibiotics and weight gain.

**Conclusion:** Reaffirms the importance of knowing the causes of hospitalization of newborns and understanding the profile of illness in the neonatal period, to subsidize public policies and quality assistance to reduce hospitalization and perinatal morbidities.

## RESUMEN

**Objetivo:** Conocer el perfil de los recién nacidos hospitalizados en una Unidad de Cuidados Intermedios Neonatales y asociar factores maternos y neonatales con el tiempo de hospitalización.

**Métodos:** Investigación documental transversal, realizada en un hospital universitario de la Región Sur de Brasil, con 384 recién nacidos hospitalizados. Se realizó análisis descriptivo y prueba de chi-cuadrado.

**Resultados:** La mayoría de las hospitalizaciones ocurrieron en el período neonatal temprano, de bebés varones, etnia blanca, edad gestacional 36 semanas, peso 2.690g, puntaje de Apgar 6.77 en el primer minuto y 8.49 en el quinto minuto y promedio de días de hospitalización de 8.49. La estancia hospitalaria prolongada se asoció con complicaciones maternas, prematuridad, bajo peso al nacer, sexo masculino, uso de antibióticos y aumento de peso.

**Conclusión:** Se reafirma la importancia de conocer las causas de la hospitalización del recién nacido y comprender el perfil de la enfermedad en el período neonatal, con el fin de subsidiar políticas públicas y atención de calidad para reducir la hospitalización y las morbilidades perinatales.

<sup>1</sup>Hospital Universitário do Oeste do Paraná, Cascavel, PR, Brasil.

<sup>2</sup>Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Foz do Iguaçu, PR, Brasil.

## Como citar:

Nonose ER, Toninato AP, Silva DB, Bittencourt RA, Brizola MA, Arcoverde MA, et al. Perfil de recém-nascidos e fatores associados ao período de internação em unidade de cuidados intermediários. *Enferm Foco*. 2021;22(5):1005-10.

DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n5.4385>

## INTRODUÇÃO

O período neonatal compreende os primeiros 28 dias de vida de uma criança e é considerado vulnerável por constituir o maior componente de mortalidade infantil. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), mais de 70% das mortes infantis ocorrem no período neonatal, principalmente na primeira semana de vida.<sup>(1)</sup>

A mortalidade neonatal ainda é fator preocupante para vários países no mundo, todavia, importante apontar que a evolução nos cuidados tecnológicos em ambientes neonatais tem proporcionado a sobrevida e a recuperação de muitos recém-nascidos gravemente doentes.<sup>(2)</sup> Nestas situações de risco de vida, a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) é o serviço hospitalar responsável pelo cuidado integral e recuperação do recém-nascido, considerando sua estrutura de alta densidade tecnológica e profissionais capacitados para prestar assistência especializada.<sup>(3,4)</sup>

Passado o período crítico de risco de morte, muitos recém-nascidos precisam de um suporte antes de receberem alta para o domicílio, inclusive sua família para o aprendizado para o cuidado do filho quando chegar em casa. Neste contexto, a Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais (UCIN) se faz importante, por ser um serviço de atenção hospitalar destinado a atender recém-nascidos de médio risco e que precisam de assistência contínua, mas de menor complexidade, quando comparado a assistência na UTIN.<sup>(5)</sup>

A UCIN é uma unidade de suporte para bebês após a alta da UTIN, e para aqueles que necessitam de cuidados intermediários, como um suporte ventilatório não invasivo, necessidade de ganho de peso, estabilidade metabólica e acompanhamento clínico de baixa densidade tecnológica.<sup>(5)</sup> Além disso, se refere a um local onde as famílias deverão ser preparadas para o exercício do cuidado do filho que ficou hospitalizado.

A perspectiva de atenção em UCIN deve ter por base a Atenção Humanizada ao Recém-nascido, com abordagem voltada para o acolhimento à família, a promoção do vínculo e do aleitamento materno e do acompanhamento ambulatorial após a alta, configurando-se, assim, como estratégia de qualificação do cuidado neonatal.<sup>(6)</sup>

A oferta do cuidado humanizado e a participação efetiva das famílias nesse processo, possibilita a prestação de serviços pela equipe de enfermagem por meio de uma relação de confiança entre cuidadores e pacientes, dando origem a ações que fortalecem a recuperação do recém-nascido e na excelência do cuidado, reduzindo consideravelmente o período de hospitalização e potencializando o cuidado em domicílio.<sup>(7)</sup>

A hospitalização durante um período prolongado pode resultar em maior número de crianças que demandam

cuidados complexos ou ainda que evoluam com problemas crônicos, e pode influenciar no crescimento e desenvolvimento, assim como, potencializar a necessidade de novas hospitalizações.<sup>(8)</sup> Segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) os custos com a internação prolongada de um recém-nascido são difíceis de serem calculados, justificado pela necessidade de acompanhamento especializado a nível ambulatorial, as reinternações e os prejuízos nas interações familiares.<sup>(9)</sup>

Partindo da premissa que o período prolongado de hospitalização de recém-nascidos em UCIN pode interferir na organização familiar para o cuidado e aumentar o risco a complicações a curto e longo prazo, este estudo busca conhecer o perfil de recém-nascidos hospitalizados em UCIN e associar fatores maternos e neonatais com o tempo de hospitalização.

## MÉTODOS

O delineamento deste estudo caracterizou-se por uma pesquisa transversal, documental, prospectiva, de abordagem quantitativa, realizada na UCIN de um Hospital Universitário na região Sul do Brasil. O referido hospital possui 238 leitos, sendo que dez leitos são destinados a UTIN, dez a UCIN e não há leitos de Unidade Canguru. A instituição possui o título de Hospital Amigo da Criança e é referência para o atendimento à gestação de alto risco e, também, para recém-nascidos, crianças e adolescentes para a Regional de Saúde de Cascavel, que abrange uma população de 502.591 habitantes.<sup>(10)</sup>

A população incluída no estudo se constituiu de todos os recém-nascidos internados na UCIN no período de 01 de junho de 2016 a 31 de maio de 2017, excluindo-se os recém-nascidos que permaneceram hospitalizados após o término do período de coleta, totalizando 384 participantes.

Para a coleta de dados foi utilizado o livro de registro de admissão/alta da unidade estudada, ficha de nascimento do bebê, declaração de nascido vivo (DNV) e prontuário eletrônico. O instrumento de coleta foi elaborado pelas pesquisadoras, as quais têm experiência profissional na área da enfermagem neonatal, contendo as variáveis: i) Dados neonatais: data de nascimento/admissão/alta, peso no nascimento/admissão/alta, idade gestacional, sexo, etnia, índice de Apgar de 1º e 5º minuto, período de internação (considerado prolongado, quando igual ou superior a sete dias), diagnóstico médico, uso de antibióticos, ganho nutricional; ii) Dados maternos: idade, escolaridade, presença de companheiro, residente no município, número de filhos, consultas de pré-natal, intercorrências maternas e integridade da bolsa amniótica.



Os dados foram digitados em um banco estruturado no Programa Microsoft Excel® para a codificação das variáveis, e após análise de consistências, foi realizada análise descritiva utilizando o teste de qui-quadrado com nível significância de 5% para verificar a associação entre a variável dependente (período de hospitalização), com as demais variáveis independentes (variáveis sociodemográficas, obstétricas e clínicas do neonato), utilizando-se o programa R, versão 3.5.3®.

Este estudo atendeu à Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as pesquisas com seres humanos, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, pelo parecer nº 1.545.232 sob registro pelo CAAE 53351616.8.0000.0107.

## RESULTADOS

No período pesquisado ocorreram 384 hospitalizações e mais da metade dessas internações aconteceram ainda na primeira semana de vida do recém-nascido. Com respeito às características das crianças hospitalizadas, 230 (59,8%) eram do sexo masculino e 356 (92,7%) de etnia branca. A média da idade gestacional foi de 36 semanas (IC: 35,82-36,51), com peso médio ao nascer de 2.690g (IC: 2.607-2.780), score de Apgar de 6,77 (IC: 6,56-6,98) no primeiro minuto e 8,49 (IC:8,37-8,63) no quinto minuto. Em relação às causas de hospitalização (Tabela 1), destaca-se o capítulo das afecções originadas no período neonatal, que foram responsáveis por 324 (84,4%) das internações, em especial, o diagnóstico de desconforto respiratório do recém-nascido com 203 (64,6%), seguida pelas infecções específicas do período perinatal 42 (13,0%), transtornos hemorrágicos e hematológicos 37 (11,4%), transtornos relacionados com a duração da gestação e crescimento fetal 22 (6,8%).

**Tabela 1. Distribuição das causas de hospitalização de acordo com os capítulos diagnósticos CID 10**

Causas de hospitalização	n(%)
Cap. XVI-Algumas afecções originadas no período neonatal	324(84,4)
Cap. XVII-Malformações Congênicas e anomalias cromossômicas	31(8,1)
Cap. X-Doenças do aparelho respiratório	13(3,4)
Cap. I-Doenças Infecciosas e parasitárias	7(1,8)
Cap. XXI-Fatores que influenciam o estado de saúde	5(1,3)
Cap. VI-Doenças do Sistema Nervoso	4(1,0)

O período de permanência hospitalar foi em média 8,49 dias (IC:7,69-9,30), sendo que 200 (52,1%) bebês permaneceram hospitalizados por um período igual ou maior a sete dias. Ao analisar as variáveis sociodemográficas e obstétricas associadas ao tempo de hospitalização, a presença de intercorrências maternas demonstrou associação com um período de hospitalização prolongado do recém-nascido

(Tabela 2). As intercorrências maternas tanto no pré-natal, quanto no momento do parto, foram presentes para 251 (66,2%) dos recém-nascidos hospitalizados, com maior frequência de complicações relacionadas às síndromes hipertensivas 70 (27,8%), doenças infecciosas 48 (19,12%) e amniorrexe prematura 41 (16,3%).

**Tabela 2. Variáveis sociodemográficas e obstétricas associadas ao tempo de hospitalização do recém-nascido em Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais**

Variáveis	< 7 dias n(%)	≥7 dias n(%)	*p-value
Residente em Cascavel (n=383)			
Sim	119 (31,1)	120 (31,3)	0,664
Não	75 (19,6)	69 (18,0)	
Idade materna (n=376)			
< 19 anos	31 (8,2)	26 (6,9)	0,259
19 a 34 anos	134 (35,6)	128 (34,0)	
> 34 anos	23 (6,1)	34 (9,0)	
Escolaridade (n=377)			
Até 3 anos	7 (1,9)	10 (2,7)	0,660
4 a 11 anos	154 (40,8)	150 (39,8)	
12 anos ou mais	28 (7,4)	27 (7,2)	
Presença de companheiro (n=379)			
Sim	161 (42,5)	170 (44,8)	0,127
Não	29 (7,7)	19 (5,0)	
Paridade (n=382)			
1	87 (22,8)	85 (22,3)	0,964
2	49 (12,8)	50 (13,1)	
3 ou mais	57 (14,9)	54 (14,5)	
Nº consultas pré-natal (n=351)			
< 7	55 (15,7)	64 (18,2)	0,410
≥ 7	118 (33,6)	114 (32,5)	
Intercorrência materna (n=379)			
Sim	114 (30,1)	137 (36,1)	0,007
Não	77 (20,3)	51 (13,5)	
Integridade da bolsa (n=382)			
Sim	120 (31,4)	105 (27,5)	0,233
Não	74 (19,4)	83 (21,7)	

\*Teste qui-quadrado p-value<0,05

No tocante às características do recém-nascido (Tabela 3), foram associadas ao maior tempo de hospitalização, o baixo peso ao nascer e a prematuridade, com maior proporção de crianças nascidas com peso entre 1.501-2.499g e idade gestacional entre 34 e 36 semanas. A maioria das crianças foi hospitalizada no período neonatal precoce, sendo esse resultado estatisticamente significativo para tempo de hospitalização acima de sete dias (p<0,001). O sexo masculino, uso de antibióticos e o ganho de peso ponderal ≥20g/dia, também demonstraram associação com maior período de internação (Tabela 3).

## DISCUSSÃO

Esta investigação apresenta aspectos importantes sobre as características dos recém-nascidos hospitalizados em UCIN, a qual aconteceu principalmente no período

**Tabela 3.** Características do recém-nascido associadas ao tempo de hospitalização na Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais

Variáveis	< 7 dias n(%)	≥ 7 dias n(%)	*p-value
Peso ao nascer (n=384)			
Até 1.000g	1(0,3)	10(2,6)	<0,001
1.001-1.500g	3(0,8)	19(4,9)	
1.501-2.499g	52(13,5)	72(18,8)	
2.500-3.999g	127(33,1)	76(19,8)	
4.000g ou mais	12(3,1)	12(3,1)	
Idade gestacional (n=383)			
< 28 semanas	1(0,3)	9(2,3)	<0,001
28-31 semanas	2(0,5)	23(6,0)	
32-33 semanas	10(2,6)	31(8,1)	
34-36 semanas	55(14,4)	41(10,7)	
≥ 37 semanas	126(32,9)	85(22,2)	
Sexo (n=384)			
Feminino	69(18,0)	85(22,1)	0,055
Masculino	126(32,8)	104(27,1)	
Raça (n=384)			
Branca	178(46,4)	178(46,4)	0,455
Negra/Pardo	14(3,6)	10(2,6)	
Outras	3(0,8)	1(0,3)	
Apgar de 1º minuto (n=378)			
< 7	52(13,8)	63(16,7)	0,152
≥ 7	140(37,0)	123(32,5)	
Apgar de 5º minuto (n=378)			
< 7	10(2,6)	10(2,6)	0,942
≥ 7	182(48,2)	176(46,6)	
Dias vida na admissão (n=384)			
0-6 dias	133(34,6)	110(28,6)	0,029
7-28 dias	53(13,8)	58(15,1)	
> 28 dias	9(2,3)	21(5,5)	
Uso de antibiótico (n=384)			
Sim	59(15,4)	137(35,7)	<0,001
Não	136(35,4)	52(13,5)	
Ganho ponderal - peso/dia (n=374)			
<20g/dia	143(38,2)	106(28,3)	0,001
≥20g/dia	48(12,8)	77(20,6)	

\*Teste qui-quadrado p-value<0,05

neonatal precoce, em sua maioria meninos, de etnia branca, prematuros tardios e com baixo peso ao nascimento.

A literatura científica indica que no período neonatal precoce concentra-se razão de prevalência elevada para a mortalidade, principalmente para bebês que nasceram prematuros, com baixo peso e baixos escores de Apgar ao nascimento.<sup>(11)</sup> A prematuridade e o baixo peso são considerados problemas complexos com impacto na saúde pública em todo mundo, por configurarem fatores relevantes de morbimortalidade infantil, decorrente da vulnerabilidade fisiológica proferida, ou seja, quanto mais prematuro e menor o peso, maiores as chances do bebê evoluir com complicações e morbidades, e demandar cuidados de saúde por toda a vida.<sup>(1,3,11)</sup>

A média da idade gestacional deste estudo foi 36 semanas (prematuros tardios), contudo, importante destacar que parte das internações que ocorreram na UCIN são de bebês procedentes da UTIN, os quais nasceram mais prematuros. Mas independentemente dessa informação, um estudo

norte americano destacou que prematuros moderados e tardios apresentam melhores condições ao nascimento e na hospitalização, no entanto, estas crianças encontram-se em maior risco de morbidades a curto e em longo prazo, com potenciais prejuízos ao desenvolvimento neurológico e risco de morte no primeiro ano de vida.<sup>(12)</sup>

Com base nestas considerações, é essencial o cuidado específico e direcionado aos bebês prematuros tardios, por meio do monitoramento contínuo de sua saúde ao longo da vida.<sup>(13)</sup> Para este segmento, o enfermeiro precisará considerar nas consultas suas necessidades singulares de crescimento e desenvolvimento, relacionadas a nutrição, maturação neurológica, cognitiva e comportamental.<sup>(12)</sup>

O período de hospitalização foi prolongado para a maioria dos recém-nascidos, ou seja, superior a sete dias. Isso pode ser explicado em decorrência de hospitalizações de prematuros, que exigem um período maior de internação, até que tenham condições clínicas adequadas para a alta hospitalar, assim como, para que sua mãe e/ou cuidadora apresente segurança para o exercício dos cuidados de uma criança pequena em domicílio.

Importante destacar que a hospitalização prolongada no período neonatal, pode aumentar o risco de mortalidade,<sup>(14,15)</sup> como mostra um estudo desenvolvido na Somália que apontou que este período inferior a dois dias, funciona como um fator protetor para a mortalidade neonatal.<sup>(14)</sup>

Quando analisados os fatores associados ao maior tempo de hospitalização neste estudo, destacou-se a hospitalização no período neonatal precoce, a prematuridade e o baixo peso ao nascer, corroborando com a investigação realizada nos Estados Unidos da América, que mostrou que o tempo médio de permanência foi mais elevado para recém-nascidos prematuros e com baixo peso.<sup>(16)</sup>

A presença de complicações maternas no pré-natal ou no momento do parto foram frequentes e estiveram associadas a um maior tempo de hospitalização nesta investigação. Um estudo realizado em municípios brasileiros, revelou que o histórico de saúde e presença de morbidades maternas foram associadas com a hospitalização do recém-nascido.<sup>(17)</sup> Do mesmo modo encontrado neste estudo, no Nordeste brasileiro, as síndromes hipertensivas também estiveram entre as principais complicações maternas, cujo resultado foi o nascimento prematuro.<sup>(18)</sup>

Corroborando com outros estudos,<sup>(3,16,19,20)</sup> o diagnóstico médico de Síndrome do Desconforto Respiratório (SDR) do recém-nascido foi a principal causa de hospitalização, a qual está associada a prematuridade dos recém-nascidos, resultante da imaturidade do sistema respiratório e da incapacidade de produção de surfactante.<sup>(3)</sup>

Atrelado a estes resultados, o sexo masculino também demonstrou associação com maior período de hospitalização, e do mesmo modo, outros estudos identificaram essa predominância.<sup>(19-22)</sup> A problemática que converge a fragilidade do sexo masculino em relação às morbidades e longos períodos de hospitalização, se refere ao processo de maturidade pulmonar ser mais lento durante o crescimento fetal,<sup>(3,23)</sup> e conseqüentemente, há maior necessidade de suporte ventilatório e maior tempo de hospitalização, considerando as complicações após o nascimento, como encontrado na presente pesquisa.

A utilização de antibióticos, intervenção terapêutica bastante frequente em unidades hospitalares, também demonstrou associação com maior tempo de hospitalização. O uso destes medicamentos, ocorre até mesmo em recém-nascidos não acometidos por infecções comprovadas, sendo o uso justificado pela profilaxia adotada por médicos, considerando a alta incidência de infecções entre bebês hospitalizados. Além disso, as complicações decorrentes da sepse podem ser irreparáveis, visto que o diagnóstico nem sempre é fácil, pois os primeiros sinais e sintomas clínicos podem ser diminutos, mas com evolução acelerada e desastrosa.<sup>(3)</sup> Destarte, os esquemas terapêuticos com antibióticos, os prescritores devem levar em conta o mínimo entre cinco e sete dias de uso, sendo necessário manter a hospitalização durante esse período.<sup>(24)</sup>

Com relação ao ganho de peso, ao contrário do que o estudo americano indicou,<sup>(8)</sup> as crianças que ganharam mais peso diário permaneceram por mais tempo hospitalizadas, mas há de considerar que o presente estudo envolveu todos os recém-nascidos hospitalizados em UCIN com distintos diagnósticos e complicações, não se limitando aos prematuros e com baixo peso ao nascer.

Para além dos cuidados terapêuticos para reduzir o período de hospitalização em UCIN, a assistência prestada ao recém-nascido e suas famílias, em especial a mãe, que permanece maior tempo junto ao filho devido a prática da amamentação, são detalhes importantes frente a humanização, que poderá ser fortalecido com o diálogo e acompanhamento contínuo das dificuldades maternas para o cuidado com o filho pequeno. Não aproveitar as oportunidades de encontros ainda em ambiente hospitalar é preocupante, considerando que a relação entre famílias e profissionais de saúde pode e deve ser iniciada em momentos simples de cuidados com a criança, como o apoio a amamentação, ao banho, a uma troca de fraldas.<sup>(7,25)</sup> Para isso, esses momentos devem ser permeados de respeito e paciência, no propósito de promover um ambiente acolhedor ao colocar-se a disposição para ouvir e oportunizar às mães a exporem suas angústias, frustrações e recompensas.

Para o sucesso do cuidado integral do recém-nascido hospitalizado, é relevante que a família seja vista como

aliada ao processo de cuidar, e neste cenário, o enfermeiro deve lançar mão de estratégias de educação em saúde, a fim de melhorar a compreensão materna deste universo conflituoso em cuidar de uma criança frágil,<sup>(7)</sup> mostrando-a como sua presença é essencial para a ajudar na recuperação do filho.

As limitações do presente estudo estão relacionadas a incompletude das informações registradas nos prontuários eletrônicos dos recém-nascidos e a regionalização das informações, considerando que a pesquisa foi realizada em uma única UCIN.

Estes resultados são importantes para apoiar a compreensão de fatores relevantes que potencializam a hospitalização no período neonatal. O conhecimento destes fatores, poderá direcionar as práticas clínicas assistenciais em ambientes neonatais, como a UCIN, além disso, poderá colaborar no planejamento da assistência de enfermagem, no sentido de atender as necessidades singulares de saúde de recém-nascidos e de suas famílias, buscando reduzir complicações e, conseqüentemente, o período de hospitalização.

## CONCLUSÃO

Este estudo permitiu conhecer o perfil dos recém-nascidos hospitalizados em UCIN, evidenciado que a maioria das hospitalizações ocorreu no período neonatal precoce, de crianças do sexo masculino, etnia branca, prematuros tardios e com baixo peso ao nascer. As principais causas de internação foram devidas as afecções do período originadas no período perinatal, com média de permanência 8,49 dias. Deste modo, demonstra-se a importância da qualificação da assistência pré-natal e parto, uma vez que grande parte das morbidades são consideradas evitáveis, por meio da adoção de medidas preventivas, acompanhamento e tratamento adequado durante a gravidez, a fim de evitar o nascimento prematuro e baixo peso, dentre outras complicações no período neonatal, importantes componentes da mortalidade infantil. O período de internação foi prolongado para a maioria dos bebês. As variáveis neonatais prematuridade, baixo peso ao nascer, sexo masculino, uso de antibióticos e ganho de peso, foram relacionadas ao período de hospitalização superior a sete dias. No tocante as variáveis maternas, a presença de complicações no pré-natal ou no parto, foram associadas ao maior período de hospitalização do recém-nascido. Esses achados são importantes, considerando sua relevância em subsidiar políticas públicas, com vistas a reduzir a hospitalização nesse período e, conseqüentemente, as morbidades mais comumente encontradas no período neonatal.

## Contribuições

Concepção e/ou desenho do estudo: Nonose ERS, Toninato APC, Silva DB, Bittencourt RA, Brizola MA; Coleta, análise e interpretação dos dados: Nonose ERS, Toninato APC, Silva DB, Bittencourt RA, Brizola MA,

Arcoverde MAM, Silva RMM; Redação e/ou revisão crítica do manuscrito: Nonose ERS, Toninato APC, Silva RMM; Aprovação da versão final a ser publicada: Nonose ERS, Toninato APC, Silva DB, Bittencourt RA, Brizola MA, Arcoverde MAM, Silva RMM.

## REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). Preterm birth. Geneva: WHO; 2018 [cited 2020 Jun 1]. Available from: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
2. Garcia LP, Fernandes CM, Traebert J. Risk factors for neonatal death in the capital city with the lowest infant mortality rate in Brazil. *J Pediatr (Rio J)*. 2019;95(2):194-200.
3. Damian A, Waterkemper R, Paludo CA. Perfil de neonatos internados em unidade de tratamento intensivo neonatal: estudo transversal. *Arq Cienc Saude*. 2016;23(2):100-5.
4. Couto GR, Gabatz RI, Vaz JC, Bório TC, Farias DD, Milbrath VM. Uso de dispositivos invasivos em recém-nascidos: percepção dos pais. *Enferm Foco*. 2020;11(1):32-7.
5. Segundo WG, Barros RM, Camelo NM, Martins AE, Ramos HD, Almeida CV. A importância das unidades de terapia intensiva neonatal (UTIN) e de cuidados intermediários neonatal (UCIN) para os recém-nascidos prematuros. *Rev Nova Esperança*. 2018;16(2):85-90.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método Mãe Canguru. Manual do curso. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017. 340p.
7. Cantanhede ES, Amorim FC, Oliveira AD, Almeida CA, Santos SM. Mothers' experiences in caring for premature newborn in the kangaroo method. *Cogitare Enferm*. 2020;25:e67416.
8. Battarbee NA, Glover AV, Vladutiu CJ, Gyamfi-Bannerman C, Aliaga S, Manuck TA, et al. Risk factors associated with prolonged neonatal intensive care unit stay after threatened late preterm birth. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2019;34(7):1042-7.
9. Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Prevenção da prematuridade – uma intervenção da gestão e da assistência. Rio de Janeiro (RJ): SBP; 2017 [citado 2020 Jun 10]. Disponível em: [http://www.sbp.com.br/documentos-cientificos/?tx\\_cwfiles%5Bpage%5D=68cHash=373f769322f6cf08eb69db8c11a58e2](http://www.sbp.com.br/documentos-cientificos/?tx_cwfiles%5Bpage%5D=68cHash=373f769322f6cf08eb69db8c11a58e2)
10. Secretaria de Estado da Saúde (SESA). 10ª Regional de Saúde – Cascavel. Cascavel: SESA; 2020 [citado 2020 Jun 10]. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/Pagina/10a-Regional-de-Saude-Cascavel>
11. Teixeira GA, Costa FM, Mata MS, Carvalho JB, Souza NL, Silva RA. Risk factors for neonatal mortality in the life of first week. *J Res Fundam Care on line*. 2016;8(1):4036-46.
12. Natarajan G, Shankaran S. Short and long-term outcomes of moderate and late preterm infants. *Am J Perinatol*. 2016;33(3):305-17.
13. Huff K, Rose RS, Engle WU. Late preterm infants: morbidities, mortality, and management recommendations. *Pediatr Clin North Am*. 2019;66(2):387-402.
14. Farah AE, Abbas AH, Ahmed AT. Trends of admission and predictors of neonatal mortality: a hospital based retrospective cohort study in Somali region of Ethiopia. *PLoS One*. 2018;13(9):e0203314.
15. Sacramento DD, Ferreira CK, Souza MO, Boulhosa FJ. Perfil de recém-nascidos de baixo peso em uma unidade de terapia intensiva. *Rev Med Minas Gerais*. 2019;29:e-2006.
16. Pimenta JM, Ebeling M, Montague TH, Beach KJ, Abell J, O'Shea MT, et al. A retrospective database analysis of neonatal morbidities to evaluate a composite endpoint for use in preterm labor clinical trials. *Am J Perinatol Rep*. 2018;8:e25-e32.
17. Quaresma ME, Almeida AC, Méio MD, Lopes JM, Peixoto MV. Factors associated with hospitalization during neonatal period. *J Pediatr (Rio J)*. 2018;94(4):390-8.
18. Teixeira GA, Carvalho JB, Rocha BG, Pereira SA, Enders BC. Impact of maternal profile on birth outcomes. *Cogitare Enferm*. 2018;23(1):e51409.
19. Qaril SA, Alsufyani AA, Muathin SH, Margoushy NM. Prevalence of respiratory distress syndrome in neonates. *Egypt J Hosp Med*. 2018;70(2):257-64.
20. Macêdo BL, Leite IN, Cunha TM, Farias CA, Souza VF. Perfil epidemiológico de recém-nascidos com síndrome do desconforto respiratório e sua comparação com taxa de mortalidade. *ASSOBRAFIR Ciênc*. 2018;9(2):33-43.
21. Parkash A, Haider N, Khoso ZA, Shaikh AS. Frequency, causes and outcome of neonates with respiratory distress admitted to Neonatal Intensive Care Unit, National Institute of Child Health, Karachi. *J Pak Med Assoc*. 2015;65(7):771-5.
22. Santana MP, Novais AP, Zucchi P. Internações Hospitalares de Neonatos com Síndrome do Desconforto Respiratório e sua Participação nas Internações Hospitalares Neonatais no Âmbito do Sistema Único de Saúde em 2015. *Int J Health Manag Review*. 2016;2(1):1-18.
23. Mucha F, Franco SC, Silva GA. Frequência e características maternas e do recém-nascido associadas à internação de neonatos em UTI no município de Joinville, Santa Catarina - 2012. *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2015;15(2):201-8.
24. Nunes BM, Xavier TC, Martins RR. Antimicrobial drug-related problems in a neonatal intensive care unit. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2017;29(3):331-6.
25. Rogerio MC, Silva L, 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.

## LITERACIA PARA A SAÚDE PARA O USO DA INTERNET POR PROFISSIONAIS DE SERVIÇOS HOSPITALARES

HEALTH LITERACY FOR INTERNET USE BY HOSPITAL PROFESSIONALS

ALFABETIZACIÓN EN SALUD PARA USO DE INTERNET POR PARTE DE PROFESIONALES DEL HOSPITAL

Marielle Aparecida dos Santos Inocêncio<sup>1</sup>Luana Vilela e Vilaça<sup>1</sup>Rosane Aparecida de Sousa Martins<sup>1</sup>Luís Ângelo Saboga-Nunes<sup>2,3</sup>Fabiana Cristina Pires<sup>1</sup>Suzel Regina Ribeiro Chavaglia<sup>1</sup><http://orcid.org/0000-0003-4767-5331><http://orcid.org/0000-0002-0809-1256><http://orcid.org/0000-0002-0691-7528><http://orcid.org/0000-0002-7378-4438><http://orcid.org/0000-0002-8524-1449><http://orcid.org/0000-0001-7033-0185>**Descritores**

Literacia para a saúde; Acesso à internet; Internet; Comunicação em saúde; Educação em saúde

**Descriptors**

Health literacy; Internet; Health communication; Health education

**Descriptores**

Alfabetización en salud; Internet; Comunicación de salud; Educación en salud

**Submetido**

7 de Março de 2021

**Aceito**

30 de Maio de 2021

**Conflitos de interesse:**

nada a declarar.

**Autor correspondente**

Suzel Regina Ribeiro Chavaglia  
E-mail: suzel.ribeiro@yahoo.com.br

**RESUMO**

**Objetivo:** Conhecer o nível de literacia para a saúde dos profissionais para uso da internet na obtenção de informações apropriadas de saúde.

**Métodos:** Estudo transversal de abordagem metodológica quantitativa, realizado com trabalhadores dos setores de Pronto Socorro Adulto e Infantil de um hospital público de ensino. Os dados foram coletados entre outubro e dezembro de 2017, utilizando questionário *European Health Literacy Scale* sobre Literacia para a saúde traduzido e em validação para o contexto brasileiro.

**Resultados:** Os participantes expressaram usar a internet para buscar informações para questões relacionadas à saúde, julgaram ser um meio útil para ajudá-los a tomar decisões sobre sua saúde, porém, ao acessarem tais fontes de informação se sentem inseguros com a credibilidade das mesmas.

**Conclusão:** Conclui-se que os participantes acessam e utilizam as informações de saúde para tomarem decisão nesta área. Os profissionais de saúde com maior grau de escolaridade possuem maior facilidade de acesso e utilização dos recursos da internet o que contribui para altos níveis de literacia para a saúde via internet.

**ABSTRACT**

**Objective:** Recognize the level of health literacy of professionals to use the internet to obtain appropriate health information.

**Methods:** Cross-sectional study with a quantitative methodological approach, carried out with workers from the Adult and Child Care sectors of a public teaching hospital. Data were collected between October and December 2017, using the European Health Literacy Scale questionnaire on Health Literacy translated and validating for the Brazilian context.

**Results:** The participants expressed using the internet to seek information for health-related issues, they thought it was a useful way to help them make decisions about their health, however, when accessing such sources of information they feel insecure with their credibility.

**Conclusion:** It is concluded that the participants access and use health information to make decisions in this area. Health professionals with a higher level of education have easier access to and use of Internet resources, which contributes to high levels of health literacy via the Internet.

**RESUMEN**

**Objetivo:** Conocer el nivel de alfabetización en salud de los profesionales para usar Internet para obtener información de salud adecuada.

**Métodos:** Estudio transversal con un enfoque metodológico cuantitativo, realizado con trabajadores de los sectores de Cuidado de Adultos y Niños de un hospital público docente. Los datos se recopilaron entre octubre y diciembre de 2017, utilizando el cuestionario de la Escala Europea de Alfabetización en Salud sobre Alfabetización en Salud traducido y validado para el contexto brasileño.

**Resultados:** Los participantes expresaron el uso de Internet para buscar información sobre temas relacionados con la salud, pensaron que era una forma útil de ayudarlos a tomar decisiones sobre su salud, sin embargo, al acceder a esas fuentes de información se sienten inseguros con su credibilidad.

**Conclusión:** Se concluye que los participantes acceden y usan la información de salud para tomar decisiones en esta área. Los profesionales de la salud con un mayor nivel de educación tienen un acceso y un uso más fáciles de los recursos de Internet, lo que contribuye a altos niveles de alfabetización en salud a través de Internet.

<sup>1</sup>Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, Brasil.

<sup>2</sup>Universidade de NOVA de Lisboa, Lisboa, Portugal.

<sup>3</sup>Universidade de Educação de Freiburg, Freiburg, Alemanha.

**Como citar:**

Inocêncio MA, Vilela e Vilaça L, Martins RA, Saboga-Nunes LA, Pires FC, Chavaglia SR. Literacia para a saúde para o uso da internet por profissionais de serviços hospitalares. *Enferm Foco*. 2021;12(5):1011-6.

**DOI:** <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n5.4670>



## INTRODUÇÃO

O termo literacia tem passado por discussões acerca de sua definição ao longo dos anos.<sup>(1)</sup> No final da década de 1990 surge a definição de literacia que é conceituada como a capacidade para tomar decisões fundamentadas, no decorrer da vida do dia-a-dia, em casa, na comunidade, no local de trabalho, na utilização de serviços de saúde, no mercado e no contexto político.<sup>(2)</sup> É uma estratégia de capacitação para aumentar o controle das pessoas sobre a sua saúde, a capacidade para procurar informação e para assumir as responsabilidades.<sup>(3)</sup>

A literacia se classifica em três níveis: funcional ou básica caracterizado por competências para ler e escrever; interativa ou comunicativa onde as competências cognitivas e de literacia mais avançadas associadas as capacidades sociais são utilizadas para participar de atividades do dia-a-dia, e literacia crítica que se demonstra por competências cognitivas mais avançadas que associadas as capacidades sociais, são utilizadas para analisar, usar criticamente a informação para melhor controlar as situações da vida.<sup>(4)</sup>

O nível de literacia para a saúde está diretamente associado a adesão de comportamentos para prevenção de doenças na medida em que interfere na capacidade do indivíduo em adotar hábitos adequadas para obter saúde, já o baixo nível de literacia é acompanhado por menor capacidade de entender como prevenir doenças e promover saúde, sendo um fator diretamente ligado a desigualdade social.<sup>(5)</sup>

Vários são os recursos que podem ser utilizados pela população para obter informações de saúde de acordo com seu grau de literacia; como bulas de medicamentos, sites, revistas e livros da área, folhetos informativos, bem como a internet.<sup>(3)</sup>

A internet vem se destacando como um espaço representativo para disseminação de informações, seja ela do senso comum ou científico, permite várias formas de comunicação e interação das pessoas do mundo todo e sobre diversos assuntos.<sup>(6,7)</sup> A internet passou a fazer parte do cotidiano das pessoas e trouxe benefícios em diversas áreas, tornou-se uma fonte acessível para a busca de informações sobre temas ligados à saúde.<sup>(8)</sup>

Pesquisa americana aponta que um em cada três adultos faz uso da internet para diagnosticar ou aprender sobre um problema de saúde.<sup>(9)</sup> O comportamento de busca de informações em saúde na internet por profissionais da área da saúde refere-se a busca de informações sobre bem-estar, riscos e doenças possibilitando a troca de experiência, proteção à saúde, interferência na qualidade de vida, bem como maior autonomia, proatividade e autoconfiança.<sup>(9,10)</sup>

Cabe ressaltar que, grande parte das informações disponibilizadas na Web não possuem um controle de sua qualidade ou fidedignidade, assim, não possuem uma referência de procedência e essas podem conter informações inverídicas ou mal interpretadas, com o potencial de interferir de forma negativa na assistência à saúde e até mesmo na saúde mental e física do profissional.<sup>(6,11)</sup>

A partir de levantamento bibliográfico na literatura nacional, não se encontrou uma vasta produção teórica sobre a contribuição da internet para educação em saúde e ampliação dos níveis de literacia para a saúde no Brasil. Neste contexto, tanto a população em geral como os profissionais da área da saúde está em crescente busca por informações de saúde para se prevenir e até se tratar de doenças.

Frente a isso, objetivou-se conhecer o nível de literacia para a saúde dos profissionais para uso da internet na obtenção de informações apropriadas de saúde.

## MÉTODOS

Estudo transversal de abordagem metodológica quantitativa, realizado com trabalhadores do Pronto Socorro Adulto e Infantil de um hospital público de ensino.

A amostra foi composta por profissionais de saúde e profissionais da área administrativa com nível de ensino superior e médio (os técnicos em geral) que estivessem trabalhando no período da coleta de dados. Foram excluídos os profissionais afastados por licença saúde e maternidade.

Os participantes foram selecionados por conveniência utilizando a técnica de amostragem *snowball* sendo a recolha de dados efetuada pelo método *Computer-Assisted Web Interviewing* (CAWI).

Os dados foram coletados por meio da aplicação do questionário *European Health Literacy Scale* (HLS-EU- BR) sobre literacia para a saúde de origem europeia, validado para o português de Portugal. O instrumento avalia a capacidade de compreensão, gestão e investimento dos conhecimentos para o cuidado com a saúde da população e a própria saúde e pode auxiliar na determinação de intervenções de promoção.<sup>(3)</sup>

O HLS-EU- BR contém questões referentes a aspectos sociodemográficos e ao estilo de vida e, questões que abordam a literacia para a saúde. É composto por 111 itens, que visam avaliar três dimensões fundamentais da literacia para a saúde: a literacia funcional, comunicacional e crítica.<sup>(12)</sup> Utilizou-se a dimensão da literacia funcional, que se refere ao acesso à informação sobre saúde, englobando 21 itens, com cinco opções de resposta, escala tipo *Likert*, que pontua o grau de dificuldade em acessar informações sobre saúde na internet: "muito difícil; difícil; fácil; muito fácil, não sabe/não responde".<sup>(12)</sup>

Ao final da coleta de dados, as análises de dados foram importadas para o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 22.0, para processamento e análise. Realizou-se estatística descritiva simples, frequência absoluta e porcentagem. Os resultados foram apresentados em tabelas.

O presente estudo foi realizado após anuência da instituição e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa em novembro de 2016 sob CAAE: 57941316.7.0000.5154 e o parecer nº 1.821.458/16.

## RESULTADOS

Dos 141 participantes, a idade variou entre 18 e 72 anos, 79,4% eram do gênero feminino, 40,4% eram técnicos, enquanto 27,7% atuavam como profissionais de nível superior. Do total de participantes 68,1% atuavam na assistência e 31,9% na área administrativa. O nível de escolaridade predominante foi pós-graduação *lato ou stricto sensu* (49,7%) conforme descrito na tabela 1.

**Tabela 1.** Distribuição das variáveis sociodemográficas de acordo com gênero, categoria profissional e nível de escolaridade

Variáveis	n(%)
Gênero	
Feminino	112(79,4)
Masculino	29(20,6)
Categoria profissional	
Assistência à saúde nível médio/técnico	57(40,4)
Atuação na área administrativa	45(31,9)
Assistência à saúde nível superior	39(27,7)
Nível de escolaridade	
Nível 3 (ensino médio ou ensino secundário)	11(7,7)
Nível 4 (curso técnico ou tecnológico)	32(22,4)
Nível 5 (ensino superior - graduação)	18(12,6)
Nível 6 (pós-graduação <i>lato sensu</i> ou <i>stricto sensu</i> )	71(49,7)
Não respondeu	4(2,8)

Referente ao uso da internet como fonte de busca por informações de saúde, os dados da pesquisa demonstraram que a maioria dos participantes 75 (53,2%) consideraram fácil e afirmaram que sempre conseguem encontrar soluções para as questões relacionadas a saúde. Quando questionados se sabem como utilizar os recursos de internet para obter saúde 63 (44,7%) participantes consideraram fácil. Ao serem questionados sobre o uso da internet como um aspecto positivo e facilitador 109 (77,3%) participantes afirmaram que este é um meio útil para ajudá-los a tomar decisões sobre sua saúde. Quanto a julgar importante o acesso as informações de saúde na internet 103 (73,1%) julgaram importante. Quanto a manutenção da saúde 86 (61%) participantes referiram a facilidade com que a internet contribui para manter seu estado de saúde comparadas com as pessoas da sua idade, apontaram também que a

internet contribui para melhorar o seu estado de saúde 66 (46,8%) de forma fácil. No entanto, quando enfrentam algum problema de saúde, pouco mais da metade referiu recorrer a este recurso com facilidade 52 (36,9%). Houveram 69 (48,9%) participantes que declararam encontrar na internet de forma fácil e frequente informações que não contribuem ou têm pouco sentido para sua vida diária. Os aspectos em que os participantes expressaram maior dificuldade, somando as pontuações difícil e muito difícil, foram; o uso de aplicativos (51,1%), falta de interesse em utilizar internet (49,7%) e sentir confiança ao utilizar a internet para tomada de decisões (43,3%); itens 23, 11 e 12 respectivamente. Estes resultados expressam a aderência e interesse no recurso internet como meio de informação, porém os participantes demonstraram dificuldade em confiar em seu conteúdo e principalmente em gerir ferramentas como aplicativos. Por sua vez, os aspectos que pontuaram maior facilidade na soma entre fácil e muito fácil, foram saber onde encontrar informações úteis de saúde na internet (78,1%), saber como encontrar informações úteis de saúde na internet (78,0%) e compreender a utilidade da internet na tomada de decisões (77,3%); itens 5, 2 e 1 respectivamente. Assim, entende-se que os participantes sentem que a internet possui recursos úteis e que sabem como e onde buscá-los. Quando questionados sobre a facilidade de acesso à internet 77 (54,6%) disseram ter apoio de pessoas para usá-la. No que concerne ao uso de tais ferramentas, ao somar as pontuações que remetem facilidade 62 (43,9%) sentem que é fácil utilizar aplicativos no seu celular para ajudarem a promover saúde. Ao utilizar tais aplicativos no intuito de gerir alguma doença 68 (48,2%) referem dificuldade. No intuito de gerir alguma doença 58 (41,1%) referem facilidade. Os dados referentes a pontuação das questões sobre acesso à internet em busca por informações à saúde perguntas 1 a 23 estão expressos na tabela 2.

## DISCUSSÃO

Com os avanços tecnológicos e o aumento do uso da internet como fonte principal para obtenção de informações, se torna imprescindível avaliar o nível de literacia dos profissionais da área da saúde para uso da internet e sua capacidade em distinguir a credibilidade das informações captadas, processa-las e repassa-las.<sup>(13)</sup>

No perfil sociodemográfico dos profissionais do presente estudo, predominou o gênero feminino, atuante na área da assistência à saúde em nível médio/técnico e com pós-graduação *lato sensu* ou *stritu sensu*. Cabe ressaltar que, o nível médio/técnico com pós-graduação *lato sensu* ou *stritu sensu* se justifica pela maioria dos profissionais

**Tabela 2.** Distribuição da pontuação das questões sobre acesso à internet em busca por informações à saúde perguntas 1 a 23 (n=141)

Distribuição da pontuação	Muito fácil	Fácil	Difícil	Muito difícil	Não sabe/ Não respondeu
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
1- "... descobrir que consegue sempre encontrar solução para as questões relacionadas com a saúde na Internet?"	22(15,6)	75(53,2)	31(22,0)	10(7,1)	3(2,1)
2- "... saber onde encontrar recursos úteis de saúde na Internet?"	39(27,7)	71(50,4)	20(14,2)	8(5,7)	3(2,1)
3- "... saber como encontrar recursos úteis de saúde na Internet?"	46(32,6)	64(45,4)	21(14,9)	7(5,0)	3(2,1)
4- "... saber como utilizar a informação sobre saúde encontrada na Internet para o ajudar?"	41(29,1)	63(44,7)	27(19,1)	6(4,3)	4(2,8)
5- "... sentir que a internet é útil para ajudá-la/o a tomar decisões sobre a sua saúde?"	36(25,5)	73(51,8)	20(14,2)	8(5,7)	4(2,8)
6- "... considerar que é para você importante acessar a fontes de informação sobre saúde na Internet?"	31(22,0)	72(51,1)	26(18,4)	7(5,0)	5(3,5)
7- "... avaliar que a Internet contribui para manter o seu estado de saúde, quando se compara com as pessoas da sua idade?"	18(12,8)	68(48,2)	37(26,2)	9(6,4)	9(6,4)
8- "... avaliar que a Internet contribui para melhorar o seu estado de saúde, quando se compara com as pessoas da sua idade?"	20(14,2)	66(46,8)	32(22,7)	10(7,1)	13(9,2)
9- "... escolher a solução com a ajuda da Internet quando enfrenta algum problema difícil em termos da sua saúde?"	21(14,9)	52(36,9)	47(33,3)	12(8,5)	9(6,4)
10- "... descobrir com frequência que as coisas que encontra na Internet têm pouco sentido para a sua vida diária?"	21(14,9)	69(48,9)	38(27,0)	7(5,0)	6(4,3)
11- "... sentir que não se interessa pelo que se passa à sua volta em termos de utilização da internet?"	14(9,9)	46(32,6)	52(36,9)	18(12,8)	11(7,8)
12- "... sentir confiança no uso da informação da Internet para tomar decisões sobre saúde?"	28(19,9)	48(34,0)	51(36,2)	10(7,1)	4(2,8)
13- "... perceber que se encontra numa situação pouco habitual, sem saber o que fazer na Internet?"	15(10,6)	50(35,5)	51(36,2)	17(12,1)	8(5,7)
14- "... saber como utilizar a Internet para obter respostas às dúvidas sobre saúde?"	42(29,8)	67(47,5)	23(16,3)	5(3,5)	4(2,8)
16- "... avaliar com as competências que tem os recursos de saúde que encontra na Internet?"	36(25,5)	64(45,4)	30(21,3)	6(4,3)	2(1,4)
17- "... distinguir recursos de saúde fidedignos de recursos com pouca credibilidade na Internet?"	40(28,4)	52(36,9)	37(26,2)	7(5,0)	5(3,5)
18- "... encontrar sempre pessoas com quem possa contar no futuro para ajudar a usar a Internet?"	23(16,3)	77(54,6)	29(20,6)	6(4,3)	6(4,3)
19- "... encontrar pessoas de contato habitual, que possam ajudar na busca de informação na Internet?"	29(20,6)	76(53,9)	25(17,7)	8(5,7)	3(2,1)
20- "... sentir desapontamento por pessoas com quem contava para auxílio?"	16(11,3)	61(43,3)	47(33,3)	12(8,5)	5(3,5)
21- "... sentir que as coisas iriam ser feitas, quando no passado teve que fazer alguma coisa na internet que dependia da colaboração de outras pessoas?"	19(13,5)	45(31,9)	45(31,9)	9(6,4)	23(16,3)
22- "... utilizar aplicativos (apps) no seu celular para o ajudarem a promover a sua saúde?"	15(10,6)	47(33,3)	48(34,0)	20(14,2)	11(7,8)
23- "... utilizar aplicativos (apps) no seu celular para o ajudarem a gerir alguma doença?"	14(9,9)	44(31,2)	43(30,5)	29(20,6)	11(7,8)

possuírem nível superior, entretanto, exercem funções em nível médio/técnico devido à dificuldade em se classificarem em processos seletivos de nível superior.

Corroborando com este perfil, estudos realizados em outros hospitais predominando o sexo feminino,<sup>(14)</sup> o nível técnico, principalmente, técnico em enfermagem em virtude que esses profissionais são em maior número dentro dos hospitais.<sup>(15)</sup> Em relação a pós-graduação *lato sensu* ou *strictu sensu* isso ocorre devido a necessidade de se especializarem constantemente afim de exercerem suas atividades com eficácia e decorrente da exigência do mercado de trabalho.<sup>(16)</sup>

A escolaridade está diretamente relacionada ao acesso e compreensão das informações disponibilizadas na internet, sendo o grau de instrução ou nível de escolaridade, um indicador chave para o nível de literacia.<sup>(5)</sup> Estudo realizado em Bangladesh destaca que pessoas com maior grau de escolaridade, tem mais facilidade de acesso e utilização dos recursos da internet o que corrobora com os nossos achados.<sup>(9)</sup>

Em função das necessidades impostas pelo advento tecnológico contemporâneo, os profissionais estão em crescente busca por informação em saúde, o que os levam a aprimoramentos e atualizações, beneficiando as mais diversas áreas referentes à saúde.<sup>(6)</sup> O presente estudo evidenciou uma facilidade da maioria dos participantes em buscar e compreender informações na internet.

O uso da internet para buscar soluções para questões relacionadas à saúde com o objetivo de manter o bem-estar e facilitar na tomada de decisões é apontado pela maior parte dos participantes da presente pesquisa. Em consonância com esta informação uma pesquisa realizada nos Estados Unidos identificou que 80% das pessoas buscam informações de saúde, destes 66% pesquisam sobre uma determinada doença.<sup>(17)</sup>

Estudos têm demonstrado a preferência dos usuários, principalmente de jovens e adolescentes sobre a tecnologia e as mídias sociais para acessar conteúdos relacionados a promoção de saúde e bem-estar e sugerem impacto na melhoria dos níveis de saúde.<sup>(18,19)</sup> Este fator é facilitado pela disponibilidade das tecnologias móveis e a regularidade e facilidade com a qual este grupo utiliza as novas tecnologias.<sup>(17)</sup>

Por se tratar de um meio de comunicação no qual todos podem publicar e ter acesso, a internet apresenta suas peculiaridades e obliquidades, destacamos a disseminação de informações sem base em evidências científicas e de caráter meramente publicitário, tornando necessário cautela para interpretar e julgar as informações obtidas.<sup>(6,20)</sup> Neste sentido, mesmo com a forte adesão a tal recurso, alguns participantes referiram dificuldade em confiar nas informações obtidas.

Tal insegurança é também demonstrada em um estudo realizado em Bangladesh, que a maioria dos adultos expressam

não sentir interesse em discutir seus problemas de saúde ou obter aconselhamento médico personalizado pela Internet devido ao risco de sua má assimilação ou mau uso.<sup>(21)</sup>

Uma das justificativas da desconfiança e desinteresse é o fato de várias fontes não serem submetidas a uma avaliação prévia, acarretando disponibilização de informações sem base em evidências científicas, imprecisas e desatualizadas.<sup>(9)</sup> Outro aspecto é a predominância da utilização da rede por empresas de caráter privado, essas oferecem plataformas globais de comunicação, usadas por cidadãos, empresas, atores governamentais, mas operam com interesse comercial além do interesse social.<sup>(20)</sup>

Em consonância, a preocupação com a qualidade das informações disponibilizadas tem crescido efetivamente. Estudos mostram que no âmbito internacional, há algumas iniciativas voltadas para avaliação da qualidade das informações sobre saúde, que visa divulgar informações de qualidade, garantir que pessoas possam confiar na informação disponível e que tenham plena compreensão dos riscos inerentes desta, por meio da implementação de um selo de qualidade que demonstra se o conteúdo é transparente e fidedigno.<sup>(6)</sup>

Neste contexto emerge a necessidade de vigilância em saúde e políticas públicas voltadas para a disseminação de conteúdo na internet, bem como perfis oficiais geridos por entidades de saúde para oferta de informações confiáveis para promoção e prevenção de saúde.<sup>(20)</sup>

Outras barreiras que influenciam a adesão e uso da internet, são os problemas relativos a baixa habilidade para manuseio deste recurso, falta de capacidade para interpretar informações e a restrição do acesso.<sup>(8,9)</sup> Cabe ressaltar que, mesmo com tal limitação, vários participantes referiram facilidade em encontrar locais e pessoas que possam auxiliá-los.

Os usos de dispositivos móveis, tem crescido e gerado oportunidades comerciais e sociais em diversas áreas, ao oferecer acesso a milhões de aplicativos possibilitando uma enorme gama de atividades. No ano de 2013 já havia mais de 31.000 apps destinados a cuidados com a saúde.<sup>(17,21,22)</sup>

A principal característica dos aplicativos móveis é a quebra da limitação da mobilidade, que pode ter acesso 24 horas por dia além da pessoalidade que o equipamento proporciona, considerando que o profissional pode utilizar seu aparelho pessoal, o qual já está acostumado a lidar diariamente.<sup>(17)</sup> Contudo, mesmo com todos os aspectos positivos citados, este estudo evidenciou a dificuldade dos participantes em utilizar aplicativos para gerir alguma doença e promover saúde.

O envolvimento da sociedade com a tecnologia digital é uma forma de promover cidadania.<sup>(23)</sup> É importante que este

usufruto não fique restrito apenas a redes sociais, mas que aborde ferramentas, como aplicativos, que otimizem a inclusão digital e abra maiores possibilidades e oportunidades para uso diversificado da internet para obter saúde e viver bem em sociedade.<sup>(7,11)</sup>

Cabe aos usuários utilizar tais recursos da melhor forma possível para buscar seu bem-estar e ao Estado a promoção de políticas públicas que incluam os que não estão inseridos no uso da tecnologia, não apenas a ferramenta computador e internet, mas, como uma imersão nas diversas possibilidades que a rede pode disponibilizar.<sup>(23)</sup>

Convém mencionar algumas limitações do presente estudo, que estão relacionadas a ausência de resultados brasileiros com as outras escalas que avaliam literacia para a saúde, essa inexistência de trabalhos e de escalas no Brasil impossibilitou o presente estudo de realizar análise de validade concorrente. Existe algumas lacunas em relação ao processo de tradução e adaptação cultural, visto que pode haver diferença entre o conceito nos contextos do Brasil e da Suíça.

A literacia para a saúde associada a internet é de grande auxílio aos profissionais da área desde que possuam a capacidade de distinguir a credibilidade das informações evidenciadas e saiba reconhecer as informações transparentes e fidedignas afim de gerir a saúde com qualidade.<sup>(24)</sup> Autores afirmam que a internet, aplicativos e redes sociais podem ser aproveitadas para expandir o alcance e a efetividade de programas de saúde entregando intervenções onde o acesso a tratamento é limitado ou atrasado.<sup>(18,19)</sup>

## CONCLUSÃO

Neste estudo predominou participantes do sexo feminino, atuantes na área da assistência à saúde em nível médio/técnico e com pós-graduação lato senso ou *stritu* senso. Os participantes julgaram fácil o acesso à internet e sempre conseguem encontrar soluções em diferentes recursos para as questões relacionadas a saúde, além da importância em acessar informações na internet que contribua para a melhoria de sua saúde e para gerir alguma doença. Cabe ressaltar que, os participantes do estudo têm dúvidas quanto à confiabilidade das informações encontradas na internet e temem pelo risco de informações contraditórias. Apontam dificuldades no manuseio de aplicativos o que leva a um desapontamento quanto à contribuição da internet para acessar conteúdos na área de saúde/doença. Conclui-se que os participantes utilizam as informações de saúde (*e-health*) na manutenção do seu estado de saúde e que o maior grau de escolaridade facilita o acesso e utilização dos recursos da internet o que contribui para altos níveis de literacia para a saúde.

## Contribuições

Concepção e/ou desenho do estudo: Inocência MAS, Vilaça LV, Martins RAS, Saboga-Nunes LA, Chavaglia SRR; Coleta, análise e interpretação dos dados: Inocência MAS, Vilaça LV, Chavaglia

SRR; Redação e/ou revisão crítica do manuscrito: Inocência MAS, Vilaça LV, Cristina FP, Chavaglia SRR; Aprovação da versão final a ser publicada: Inocência MAS, Vilaça LV, Martins RAS, Saboga-Nunes LA, Cristina FP, Chavaglia SRR.

## REFERÊNCIAS

1. Saboga-Nunes L, Martins RA, Farinelli MR, Juliao CH, Pacheco EA. Literacia para a saúde: origens e implicações do conceito. IN: Saboga-Nunes L, Martins RA, Farinelli MR, Juliao CH. O papel da Literacia para a saúde e educação para a saúde na promoção da saúde. Curitiba: CRV; 2019.
2. Kickbusch I, Wait S, Maag D. Navigating health: The role of health literacy. London: Alliance for Health and the Future. International Longevity Centre-UK; 2005.
3. Quemelo PR, Milani D, Bento VF, Vieira ER, Zaia JE. Literacia em saúde: tradução e validação de instrumento para pesquisa em promoção da saúde no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2017;33(2):e00179715.
4. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot Int*. 2000;15(3):259-67.
5. Broeiro P. Literacia em saúde e utilização de serviços. *Rev Port Med Geral Fam*. 2017;33(1):6-8.
6. Garcia RI, Matias M, Bastos LC, Bastos RC, Koehler FS. Qualidade da informação em saúde: um estudo sobre o vírus do papiloma humano (HPV) em websites brasileiros. *Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde*. 2018;12(1):43-57.
7. Lima AM, Plagge CS, Silva AL, Robazzi ML, Melo CB, Vasconcelos SC. Tecnologias educacionais na promoção da saúde do idoso. *Enferm Foco*. 2020;11(4):87-96.
8. Oliveira MP, Cintra LA, Bedoian G, Nascimento R, Ferré RR, Silva MT. Uso de internet e de jogos eletrônicos entre adolescentes em situação de vulnerabilidade social. *Trends Psychol*. 2017;25(3):1167-83.
9. Jacobs W, Amuta AO, Jeon KC. Health information seeking in the digital age: an analysis of health information seeking behavior among US adults. *Cogent Soc Sci*. 2017;3(1):1302785.
10. Melo MC, Fonseca CM, Vansconcellos-Silva PR. Internet e mídias sociais na educação em saúde: o cenário oncológico. *Cad Tempo Pres*. 2017;27:69-83.
11. Souza TS, Ferreira FB, Bronze KM, Garcia RV, Rezende DF, Santos PR, et al. Mídias sociais e educação em saúde: o combate às fakes news na pandemia pelo COVID-19. *Enferm Foco*. 2020;11(1):124-30.
12. Carneiro V, Silva I, Jolluskin G. Literacia em saúde: um retrato da população adulta portuguesa. *Rev Estud Investigación Psciol Educ*. 2017;Extr.(14):A14-134.
13. Silva S. Health Literacy in Portugal –An Interdisciplinary Approach. *J Aging Innov*. 2019;8(3):84-91.
14. Borges TM, Detoni PP. Trajetórias de feminização no trabalho hospitalar. *Cad Psicol Soc Trab*. 2017;20(2):143-57.
15. Souza GC, Peduzzi M, Silva JA, Carvalho BG. Teamwork in nursing: restricted to nursing professionals or an interprofessional collaboration. *Rev Esc Enferm USP*. 2016;50(4):640-7.
16. Frota MA, Wermelinger MC, Vieira LJ, Ximenes Neto FR, Queiroz RS, Amorim RF. Mapeando a formação do enfermeiro no Brasil: desafios para atuação em cenários complexos e globalizados. *Ciênc Saúde Colet*. 2020;25(1):25-35.
17. Chen YY, Li CM, Liang JC, Tsai CC. Health information obtained from the internet and changes in medical decision making: questionnaire development and cross-sectional survey. *J Med Internet Res*. 2018;20(2):e47.
18. Aschbrenner K, Naslund JA, Tomlinson EF, Kinney A, Pratt SI, Brunette MF. Adolescents' use of digital technologies and preferences for mobile health coaching in public mental Health Settings. *Front Public Health*. 2019;7:178.
19. Grist R, Croker A, Denne M, Stallard P. Technology delivered interventions for depression and anxiety in children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Clin Child Fam Psychol*. 2018;22(2):147-71.
20. Pinto PA, Antunes MJL, Almeida, AMP. O Instagram enquanto ferramenta de comunicação em saúde pública: uma revisão sistemática. 15th Iberian Conference on Information Systems and Technologies (CISTI) 2020 [cited 2020 Sept 30]. Available from: [https://www.researchgate.net/profile/Pamela-Pinto-3/publication/342966660\\_Instagram\\_as\\_a\\_communication\\_tool\\_in\\_public\\_health\\_a\\_systematic\\_review/links/5f1058a545851512999e95aa/Instagram-as-a-communication-tool-in-public-health-a-systematic-review.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Pamela-Pinto-3/publication/342966660_Instagram_as_a_communication_tool_in_public_health_a_systematic_review/links/5f1058a545851512999e95aa/Instagram-as-a-communication-tool-in-public-health-a-systematic-review.pdf)
21. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska, Z, et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. 2012;12:80.
22. Arrais RF, Crotti PL. Review: mobile applications ("Apps") on self-monitoring in diabetic patients. *J Health Inf*. 2015;7(4):127-33.
23. Klein AD, Spengler FM. Implementation of the electronic proceedings in the state justice of Rio Grande do Sul: a public policy to ensure the reasonable length of proceedings. *Cad Pós-Grad Direito Polit Econ*. 2015;10(2):364-90.
24. Oscalices MI, Okuno MF, Lopes MC, Batista RE, Campanharo CR. Literacia em saúde e adesão ao tratamento de pacientes com insuficiência cardíaca. *Rev Esc Enferm USP*. 2019;53:e03447.



# PERSPECTIVAS DE GRADUANDOS EM SAÚDE SOBRE A TEMÁTICA MINORIAS SEXUAIS E DE GÊNERO NA FORMAÇÃO

PERSPECTIVES OF UNDERGRADUATE HEALTH STUDENTS ON THE THEME OF SEXUAL AND GENDER MINORITIES IN TRAINING

PERSPECTIVAS DE ESTUDIANTES DE LICENCIATURA EN SALUD SOBRE EL TEMA DE LAS MINORÍAS SEXUALES Y DE GÉNERO EN FORMACIÓN

Alfredo Almeida Pina-Oliveira<sup>1</sup>

Jane Grace Andrade de Faria<sup>1</sup>

Maira Rosa Apostolico<sup>2</sup>

Maria José Duarte Osis<sup>3</sup>

Maria Helena de Sousa<sup>3</sup>

Ana Cláudia Giesbrecht Puggina<sup>3</sup>

(<https://orcid.org/0000-0002-1777-4673>)

(<https://orcid.org/0000-0003-1562-9672>)

(<https://orcid.org/0000-0003-2578-8685>)

(<https://orcid.org/0000-0003-3625-1525>)

(<https://orcid.org/0000-0002-1788-4653>)

(<https://orcid.org/0000-0001-8095-6560>)

## Descritores

Minorias sexuais e de gênero; Ensino superior; Estudantes de ciências da saúde; Pesquisa qualitativa

## Descriptors

Sexual and gender minorities; Higher education; Students health occupations; Qualitative research

## Descriptores

Minorías sexuales y de género; Educación superior; Estudiantes del área de la salud; Investigación cualitativa

## Submetido

9 de Março de 2021

## Aceito

23 de Maio de 2021

## Conflitos de interesse:

nada a declarar.

## Autor correspondente

Ana Claudia Giesbrecht Puggina  
E-mail: [claudiapuggina@gmail.com](mailto:claudiapuggina@gmail.com)

## RESUMO

**Objetivo:** Caracterizar as perspectivas de graduandos da área de saúde sobre a temática minorias sexuais e de gênero na formação profissional.

**Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo com análise secundária dos dados qualitativos de 262 estudantes de graduação em saúde de duas Instituições de Ensino Superior no Estado de São Paulo (Brasil).

**Resultados:** A maioria era solteiro (66%), do sexo feminino (83,4%), identidade de gênero feminina (81,2%) e heterossexual (90,6%). A maioria dos estudantes referiu não ter sofrido violência motivada pela identidade de gênero ou orientação sexual (95,4%), já ter tido essa temática durante a formação (61,7%), estar preparado profissionalmente frente a isso (88,4%) e para cuidar dessa população (77,5%). Dos discursos analisados frente à pergunta "Como você acha que a sua formação acadêmica poderia contribuir para lidar com as minorias sexuais?" emergiram duas categorias centrais: "saber lidar com as minorias sexuais e de gênero" e "tornar-se um profissional de saúde aberto à diversidade humana".

**Conclusão:** Evidenciam-se áreas potenciais para a construção de competências sensíveis às minorias sexuais desde a graduação em saúde.

## ABSTRACT

**Objective:** To characterize the perspectives of undergraduate students in the health field on the theme of sexual and gender minorities in professional training.

**Methods:** This is a descriptive study with secondary analysis of the qualitative data of 262 undergraduate health students from two Higher Education Institutions in the State of São Paulo (Brazil).

**Results:** Most was single (66%), female (83.4%), female gender identity (81.2%) and heterosexual (90.6%). Most students reported not having suffered violence motivated by gender identity or sexual orientation (95.4%), having already had this theme during training (61.7%), being professionally prepared for it (88.4%) and to care for the population (77.5%). From the speeches analyzed before the question "How do you think your academic training could contribute to dealing with sexual minorities?" two central categories emerged: "knowing how to deal with sexual and gender minorities" and "becoming a health professional open to human diversity".

**Conclusion:** Potential areas for the construction of skills sensitive to the sexual minorities are evident since graduation in health.

## RESUMEN

**Objetivo:** Caracterizar las perspectivas de los estudiantes de pregrado en el campo de la salud sobre el tema de las minorías sexuales y de género en la formación profesional.

**Métodos:** Se trata de un estudio descriptivo con análisis secundario de los datos cualitativos de 262 estudiantes del área de salud de dos Instituciones de Educación Superior en el Estado de São Paulo (Brasil).

**Resultados:** La mayoría era soltero (66%), mujer (83,4%), identidad de género femenina (81,2%) y heterossexual (90,6%). La mayoría de los estudiantes refirió no haber sufrido violencia motivada por identidad de género u orientación sexual (95,4%), haber tenido ya esta temática durante la formación (61,7%), estar preparados profesionalmente para ello (88,4%) y atender a la población (77,5%). De los discursos analizados antes de la pregunta "¿Cómo crees que tu formación académica podría contribuir al trato con las minorías sexuales?" Surgieron dos categorías centrales: "saber lidiar con las minorías sexuales y de género" y "convertirse en un profesional de la salud abierto a la diversidad humana".

**Conclusión:** Las áreas potenciales para la construcción de habilidades sensibles a las minorías sexuales son evidentes desde la graduación en salud.

<sup>1</sup>Universidade Universus Veritas Guarulhos, Guarulhos, SP, Brasil.

<sup>2</sup>Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

<sup>3</sup>Faculdade de Medicina de Jundiaí, Jundiaí, SP, Brasil.

## Como citar:

Pina-Oliveira AA, Faria JG, Apostolico MR, Osis MJ, Sousa MH, Puggina AC. Perspectivas de graduandos em saúde sobre a temática minorias sexuais e de gênero na formação. *Enferm Foco*. 2021;12(5):1017-25.

DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n5.4675>

## INTRODUÇÃO

A formação acadêmica de diferentes profissionais de saúde representa uma oportunidade relevante para o desenvolvimento de competências sensíveis à diversidade humana, em especial, ao promover o cuidado integral e equitativo da população de lésbicas, *gays*, bissexuais, travestis, transexuais, transgêneros, intersexos etc.<sup>(1)</sup>

Devido à heterogeneidade e especificidades relacionadas aos conceitos de sexo biológico, identidade de gênero, expressão de gênero e orientação sexual, optou-se por adotar a terminologia LGBTQ+ (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais, Transgêneros e qualquer outra pessoa que não tenha sido representada pelas outras iniciais),<sup>(2-5)</sup> ao se referir ao conceito de minorias sexuais e de gênero, ressaltando que não se trata da noção de menor contingente populacional, mas na assunção de valores antagônicos àqueles considerados superiores e ou desejáveis em um determinado momento sociohistórico e cultural.<sup>(6)</sup>

No cenário internacional, os Princípios de Yogyakarta norteiam a proteção dos direitos humanos relacionados à defesa de direitos das pessoas LGBTQ+ à luz da universalidade, interdependência, indivisibilidade e inter-relação dos direitos de todo ser humano, tendo a saúde sexual e reprodutiva como um recurso essencial para a construção de uma vida mais digna e justa.<sup>(7,8)</sup>

Destaca-se que o Brasil é um dos países signatários desse marco legal internacional e busca avançar em políticas públicas de atenção à saúde com o intuito de garantir boas práticas para enfrentar as iniquidades nos sistemas de saúde vigentes, as vulnerabilidades no processo saúde-doença, as violências em diferentes aspectos, a negligência de cuidados e a estigmatização ao abordar esses grupos sociais.<sup>(2,9-12)</sup>

Em particular, a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSILGBT) fundamenta a atuação dos profissionais no Sistema Único de Saúde (SUS) com a finalidade de promover um cuidado universal, integral e equitativo em defesa da vida e da promoção da saúde frente à complexa articulação entre sexo biológico, identidade de gênero, expressão de gênero e orientação ou práticas afetivas e sexuais.<sup>(13)</sup>

Sendo assim, contribuir para a superação de práticas hegemônicas centradas na heterossexualidade e na identidade cisgênero implica em (re)pensar e problematizar a formação inicial dos profissionais de saúde e a inclusão de conteúdos e estratégias que abordem as minorias sexuais e de gênero em seus currículos, seus materiais educativos e suas atividades durante a graduação.<sup>(14-18)</sup>

Portanto, torna-se necessário dialogar sobre a criação de espaços democráticos e inclusivos durante a vida acadêmica, favorecendo a não discriminação e a garantia de direitos para esses indivíduos, sem prescindir de suas famílias e comunidades.<sup>(19-22)</sup>

Com base nesse contexto, fundamentou-se na PNSILGBT por apresentar uma perspectiva da defesa de direitos humanos e da determinação social do processo saúde-doença e cuidados sensíveis às necessidades desses grupos sociais<sup>(13)</sup> para compreender “como minorias sexuais e de gênero são referidas pelos graduandos da área de saúde com base em suas vivências acadêmicas?”. Sendo assim, o objetivo do presente estudo foi caracterizar as perspectivas de graduandos da área de saúde sobre a temática minorias sexuais e de gênero na formação profissional.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo com análise secundária de dados qualitativos<sup>(23)</sup> extraídos da pesquisa intitulada “Atitudes de estudantes de graduação da área da saúde face a minorias sexuais: enfoque na empatia e impactos sociais”.

Foram incluídos no estudo estudantes dos cursos de Enfermagem, Fisioterapia, Psicologia e Odontologia. Utilizou-se amostra probabilística composta por estudantes de graduação na área de saúde, que atendessem aos seguintes critérios de inclusão: ser maior de 18 anos de idade e de ambos sexos biológicos; pertencer ou não a grupos de minorias sexuais e de gênero; estar regularmente matriculado no seu curso de graduação em saúde em diferentes períodos de sua formação acadêmica. Primeiramente, as turmas de cada um dos cursos foram sorteadas e a segunda etapa de sorteio referiu-se aos estudantes matriculados.

Duas Instituições de Ensino Superior (IES) com fins lucrativos no Estado de São Paulo. O período de coleta de dados foi de fevereiro a abril de 2018 e envolveu o levantamento de sete características sociodemográficas dos estudantes (idade, sexo, estado civil, curso, religião, identidade de gênero e orientação sexual), cinco perguntas dicotômicas relacionadas ao objeto de estudo e utilizadas apenas com a finalidade de caracterizar os participantes, e uma pergunta central da qual se derivou os discursos analisados.

As cinco perguntas dicotômicas foram: “Você já sofreu alguma violência motivada pela sua identidade de gênero ou orientação sexual?”; “Você já teve contato com assuntos relacionados às minorias sexuais durante sua formação na

sua Faculdade ou Universidade?"; "Até o momento da sua formação, você acha que estará preparado profissionalmente para lidar com as minorias sexuais?"; "Você gostaria de aprender sobre minorias sexuais e de gênero durante a graduação?"; "Você se sente preparado para cuidar da população LGBT+?"

A pergunta central foi "Como você acha que a sua formação acadêmica poderia contribuir para lidar com as minorias sexuais? Relate brevemente sua opinião".

Os pesquisadores responsáveis enviaram e-mails para a diretoria das instituições e para os respectivos coordenadores dos cursos de graduação selecionados, antes do início da coleta de dados.

O recrutamento dos participantes foi realizado por um grupo de pesquisadores constituído por estudantes de Enfermagem e docentes das instituições. Durante seis semanas, no início do semestre letivo e fora do período de avaliações, as pesquisadoras abordaram os participantes nas salas de aulas ou laboratórios, antes ou durante os intervalos das aulas. Os questionários foram autorrespondidos e devolvidos aos pesquisadores em urnas lacradas sem possibilidade de identificação e visualização do seu interior.

Optou-se pela análise de conteúdo em suas modalidades temática e lexical<sup>(24)</sup> para potencializar as vantagens de ambas. A complementaridade dessas duas modalidades<sup>(25)</sup> objetivou potencializar a compreensão do objeto investigado e fortalecer o rigor metodológico. Utilizou-se o referencial teórico-operacional relacionado à Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais.<sup>(13)</sup>

Decorrentes da análise temática, trechos ilustrativos das respostas foram representados, respectivamente, por E (Enfermagem), P (Psicologia), F (Fisioterapia) ou O (Odontologia) acrescido de algarismo romano que indica a ordem da inclusão dos participantes no banco de dados, independentemente da IES de origem.

Para a contagem e decodificação das respostas dos estudantes foi utilizado o software *Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (IRAMUTEQ), em sua versão 0.7 alpha 2, para a análise lexical.<sup>(26)</sup>

O desenvolvimento do estudo atendeu as normas de ética em pesquisa envolvendo seres humanos descritas na Resolução nº 466/2012 e foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de Guarulhos sob o parecer N° 2.407.147 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAEE) N° 77547417.7.1001.5506. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## RESULTADOS

No tocante à caracterização dos 262 estudantes de graduação em saúde, a maioria era solteira(o) (66%), do sexo feminino (83,4%), identidade de gênero feminina (81,2%) e heterossexual (90,6%) (Tabela 1). Quanto às experiências e perspectivas, a maioria referiu não ter sofrido violência motivada pela identidade de gênero ou orientação sexual (95,4%), já ter tido essa temática durante a formação (61,7%), estar preparado profissionalmente frente a isso (88,4%) e para cuidar da população LGBT+ (77,5%). Em relação a pergunta sobre se o estudante gostaria de aprender mais sobre a temática, as respostas sim e não (46,3% versus 53,7%) ficaram muito próximas indicando uma falta de consenso frente a prioridade ou aprofundamento desse assunto durante a formação profissional (Tabela 2).

**Tabela 1.** Descrição dos estudantes de graduação em saúde (n=262) das Instituições de Ensino Superior paulistas participantes

Variável e categorias	n(%)
Número de estudantes	
IES 1	115(43,9)
IES 2	147(56,1)
Estado civil	
Solteiro	173(66,0)
Casado	76(29,0)
Separado	1(0,4)
Divorciado	11(4,2)
Viúvo	1(0,4)
Religião <sup>a</sup>	
Católico	101(43,0)
Evangélico	91(38,7)
Espírita	27(11,5)
Outras	16(6,8)
Sexo <sup>b</sup>	
Feminino	216(83,4)
Masculino	43(16,6)
Identidade de gênero <sup>c</sup>	
Feminina	203(81,2)
Masculina	43(17,2)
Ambas	3(1,2)
Nenhuma	1(0,4)
Orientação sexual <sup>d</sup>	
Heterossexual	221(90,6)
Homossexual	13(5,3)
Bissexual	10(4,1)
Cursos de graduação em saúde <sup>e</sup>	
Enfermagem	104(39,8)
Psicologia	1013(8,7)
Fisioterapia	22(8,4)
Odontologia <sup>a</sup>	34(13,0)

<sup>a</sup>Curso de graduação exclusivo da IES2. A soma das respostas em cada variável pode não ser 262 devido à falta de informação de alguns respondentes. Dados faltantes: <sup>b</sup>(n=27); <sup>c</sup>(n=3); <sup>d</sup>(n=12); <sup>e</sup>(n=18); <sup>f</sup>(n=1)

Na análise temática, duas categorias principais foram identificadas e destas foram derivadas respectivamente quatro e três subcategorias (Figura 1). A primeira categoria nomeada "Saber lidar com o cuidado das minorias sexuais e de gênero" enfatizou a necessidade de aquisição de competências durante a própria graduação.

**Tabela 2.** Experiência e perspectivas dos estudantes de graduação em saúde (n=262) quanto a aspectos relativos ao conhecimento e cuidado a ser ofertado às minorias sexuais

Variável e categorias	n(%)
Você já sofreu alguma violência motivada pela sua identidade de gênero ou orientação sexual? <sup>a</sup>	
Sim	12(4,6)
Não	247(95,4)
Você já teve contato com assuntos relacionados às minorias sexuais durante sua formação na sua Faculdade ou Universidade? <sup>b</sup>	
Sim	158(61,7)
Não	98(38,3)
Até o momento da sua formação, você acha que estará preparado profissionalmente para lidar com as minorias sexuais? <sup>c</sup>	
Sim	229(88,4)
Não	30(11,6)
Você gostaria de aprender sobre minorias sexuais e de gênero durante a graduação? <sup>d</sup>	
Sim	119(46,3)
Não	138(53,7)
Você se sente preparado para cuidar da população LGBT+? <sup>d</sup>	
Sim	200(77,5)
Não	58(22,5)

Nota: A soma das respostas em cada variável não é 262 devido à falta de informação de alguns respondentes. Dados faltantes: <sup>a</sup> (n=3); <sup>b</sup> (n=6); <sup>c</sup> (n=5); <sup>d</sup> (n=4)

### Promover um cuidado integral respeitoso

Reconhecer o respeito e a dignidade como direitos essenciais para o cuidado integral das minorias sexuais e de gênero, bem como compreender as diferenças e pluralidades da expressão dos indivíduos e grupos sociais deve ocorrer desde a formação inicial nas IES.

*“Sim, com um melhor acolhimento em hospitais, UBS [Unidades Básicas de Saúde], que principalmente nós enfermeiros, venhamos a tratar as pessoas com respeito, e sem fazer diferença entre as pessoas, já que todos nós temos direitos iguais, a saúde, a educação.” (E28)*

*“Por se tratar de um contexto social é importante preparar um profissional para lidar com a possibilidade de atender e saber como se pronunciar, sempre com respeito, mesmo não concordando com o assunto.” (F11)*

### Incentivar ações educativas empáticas

Incorporar ações de educação em saúde desde modelos mais tradicionais até abordagens mais sensíveis às necessidades de saúde e de aprendizagem para o autocuidado e cuidado compartilhado deve ser estimulado pelas IES, sem desconsiderar a relevância de atitudes de escuta atenta, diálogo reflexivo e trabalho interdisciplinar em prol de mudanças sociais.

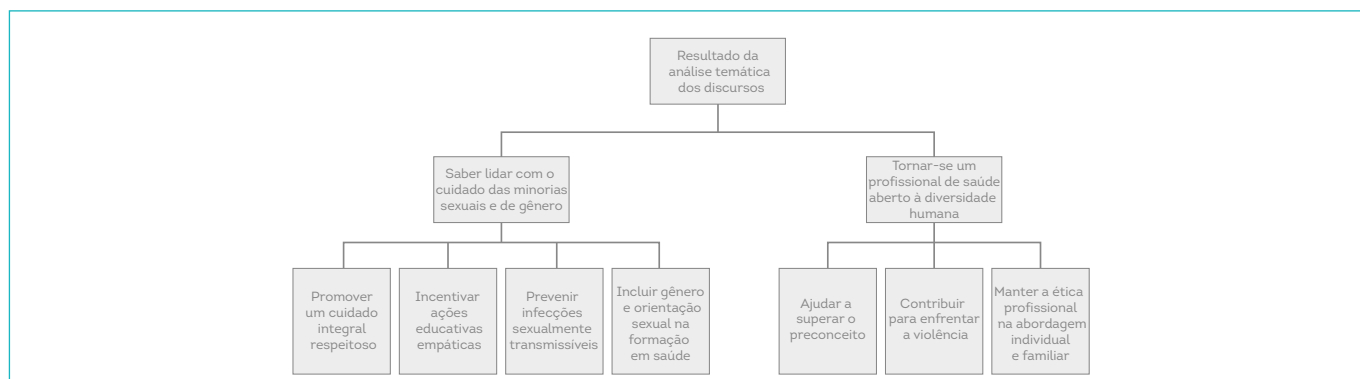
*“É necessário que haja profissionalismo e ética no processo terapêutico com pacientes que tragam essa demanda. Sobretudo, defendo que haja empatia nesse atendimento. A psicologia também pode contribuir com a disseminação das informações relacionadas às diferentes sexualidades”. (P4)*

*“Bom, nós lidamos com a saúde do ser humano e junto com isso, por lidar com o sorriso das pessoas e autoestima também, acaba sendo uma questão de diagnósticos de doenças, que afetam não só a cavidade bucal do paciente, mas, também o sistema orgânico. Entre essas doenças podemos citar: DST, Sífilis, AIDS, HPV, cujos índices vem crescendo, principalmente na região sudeste. É necessária a realização de projetos e campanhas de divulgação entre os homossexuais. Pois, muitas vezes acabam ficando com medo e constrangidos.” (O217)*

### Prevenir infecções sexualmente transmissíveis

Enfatizar práticas preventivas na saúde sexual e reprodutiva pode reforçar uma visão fragmentada, ingênua e insuficiente para cuidar integral e efetivamente da população LGBT+ ao longo dos ciclos da vida e na perspectiva da humanização da assistência.

*“Tendo aula de educação sexual, na minha opinião iria ajudar muito outras pessoas a entenderem o assunto ‘que ninguém muda de sexo porque quer e sim,*



**Figura 1.** Descrição das categorias e subcategorias derivadas da análise temática dos discursos

porque nasceram assim', e os aconselhariam na prevenção de doenças sexualmente transmissíveis". (E60)

"A maioria das pessoas homossexuais não procura o serviço de saúde, mesmo com campanhas em UBS [Unidades Básicas de Saúde], poderia realizar pesquisas como 'ganhar' essas pessoas para que cuidem da própria saúde, que muitas das vezes no ato sexual se deixam levar pelo lado da gravidez que não ocorre, mas esquecem das doenças sexualmente transmissíveis". (E61)

"Enfatizando sobre o uso de preservativos em suas relações sexuais, e oferecendo também apoio psicológico, pois não estamos nesta área para julgar ninguém". (E73)

### **Incluir gênero e orientação sexual na formação em saúde**

Incorporar conceitos, legislações e abordagens que evidenciam a importância do conhecimento relacionado à complexidade das interfaces e interrelações entre sexo biológico, identidade e expressão de gênero e orientação sexual pode contribuir para o desenvolvimento de competências sensíveis aos desafios e oportunidades de lidar com a população LGBTQ+.

"Poderia colaborar, por ter mais informação e conhecimento sobre o assunto, muitos estudantes e pessoas não têm toda a informação que poderia[m] ter sobre esse assunto. Poderíamos ter aulas sobre o assunto, como abordar e lidar com pessoas transgênero, por exemplo, saber lidar com a situação de cada pessoa e entender pelo que ela está passando nessa fase". (E26)

"Poderia contribuir integrando na grade curricular uma matéria sobre o assunto". (E49)

"Acho que falta aprofundar esse tema no currículo acadêmico, visto que é algo muito presente e causa angústias mentais devido a não aceitação social. O que é comentado sobre minorias sexuais, geralmente é fora do tópico, algo que alguns professores acreditam que acrescentam naquele momento". (P06)

"Visibilizando a causa homossexual durante as aulas, conscientizando e passando respeito para todos afinal cada um é cada um e o amor muda todo preconceito". (F04)

"Com orientações sexuais, apoio baseando-se em leis, direitos e deveres para os cidadãos independente de sexo, cor, raças etc." (F10)

A segunda categoria "Tornar-se um profissional de saúde aberto à diversidade humana" permitiu caracterizar

elementos para a formação identitária do futuro profissional de saúde.

### **Ajudar a superar o preconceito**

Envidar esforços para minimizar os efeitos negativos advindos de atitudes discriminatórias pode promover o desenvolvimento de posturas mais inclusivas, equitativas e assertivas para cuidar com foco na aceitação do ser humano em suas diferentes manifestações individuais, afetivas e socioculturais.

"Saberia orientar pessoas quanto ao preconceito, pois não temos que julgar ninguém e sim ajudar essas pessoas a saber[em] lidar com as situações adversas". (E11)

"Contribuir para que haja respeito, sem preconceito em cada e qualquer atendimento prestado". (E43)

"Poderia expandir mais a cabeça das pessoas e ressaltar que independente de religião e opção sexual, todos somos um (...) afinal, como futuros enfermeiros, trabalharemos com ética, sem preconceitos e tentar passar isso para nossos futuros pacientes". (E57)

"Para ajudar na inclusão do indivíduo na sociedade, sem diferenças. Auxílio psicológico para aceitação da família quanto a opção sexual do indivíduo, respeito e orientações, preparar o psicológico da pessoa para lidar com a sociedade e o preconceito". (P21)

"No meu ponto de vista não ter preconceitos, pois trabalhamos com vida e não com rótulos". (F05)

### **Contribuir para enfrentar a violência**

Discutir sobre estratégias de proteção contra as distintas dimensões da violência contra a população LGBTQ+ pode mitigar o sofrimento individual e familiar relacionado à rejeição, à hostilidade, à ideação suicida e a outros conflitos e traumas existentes.

"Para orientar a equipe de enfermagem e gerenciar possíveis conflitos com outros pacientes, mesmo porque é uma realidade que está aumentando a cada dia". (E65)

"No hospital poderei relatar fatos ou casos onde poderei auxiliá-los e ajudar a denunciar em caso de violência ou em casos de quase suicídio tentar entendê-lo e também auxiliá-lo". (E72)

"Sem dúvidas, como psicóloga poderei ajudar muitas mulheres e até homens, a passar por alguma violência de forma positiva e a superar, enfrentar o tipo de violência sofrida". (P03)



*“Trabalhar com a população e conscientizar as conseqüências de um preconceito ou violência. Acho muito importante o acesso às informações e orientações a todos, pois todos são humanos e merecem ser tratados com dignidade e respeito”. (P21)*

*“Minha formação ajudaria a amenizar as dores e sofrimentos dos afetados pelo preconceito e talvez pudesse ajudar na mudança de comportamento dos praticantes da homofobia”. (P26)*

### Manter a ética profissional na abordagem individual e familiar

Desenvolver o discernimento entre práticas inclusivas e excludentes que incidem sobre os grupos de minorias sexuais e de gênero indicam o comprometimento com a justiça social e o exercício da cidadania no atendimento prestado aos indivíduos, sem desconsiderar seus familiares e suas redes de apoio.

*“É necessário que haja profissionalismo e ética no processo terapêutico com pacientes que trazem essa demanda. Sobretudo, defendo que haja empatia nesse atendimento”. (P04)*

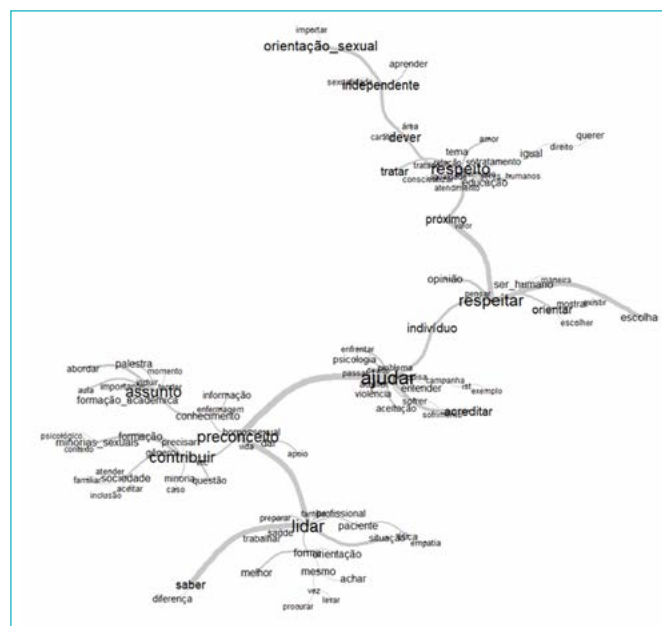
*“Com o entendimento adquirido no curso de psicologia, auxiliaremos os pacientes e as famílias que possuem pacientes que sofrem com esse tipo de discriminação”. (P07)*

*“Exercer a profissão, a qualquer paciente tendo ética e tratando igualmente independente de sua orientação sexual”. (F04)*

No tocante à análise lexical por meio do IRAMUTEQ, em estatísticas foram identificados 262 textos, 284 segmentos de textos, 5.418 ocorrências, 1.288 formas e 498 palavras com ocorrência única no texto ou hápax, com média de 20,68 ocorrências por texto.

Os temas levantados para o *corpus* do estudo foram confrontados com a análise de similitude (Figura 2) a fim de identificar a coocorrência de palavras próximas entre si e comparar os agrupamentos de termos com a análise temática realizada pelos dois pesquisadores de maneira independente. Tratou-se de análise suportada por *software* com a finalidade de garantir maior confiabilidade e transparência ao processo investigativo e de questionamentos ao material empírico para captar *insights* adicionais por meio de estatísticas textuais.<sup>(25,27)</sup>

A análise de similitude sintetizou termos organizadores da compreensão discente sobre o conteúdo lexical e pode reforçar as aproximações e reflexões dos pesquisadores na



**Figura 2.** Dendrograma da análise de similitude sobre as perspectivas dos estudantes de graduação na área de saúde sobre as minorias sexuais e de gênero

etapa de análise temática do conteúdo das 262 respostas. Na figura 2, o tamanho dos vocábulos e a espessura dos traços de ligação representam pontos de questionamento relevantes para a compreensão do objeto estudado.

Ao centro, ajudar foi a palavra mais frequente e está associada a palavras que indicam o apoio, em especial psicológico, para a proteção contra as violências, promover a aceitação e entender o sofrimento de pessoas LGBT+. Campanhas, consultas individuais e abordagens familiares exemplificam potenciais campos de atuação nos serviços de saúde evocados pelos participantes. Esse agrupamento contribuiu especialmente para refinar a categoria “Tornar-se um profissional de saúde aberto à diversidade humana” e, de modo acessório, agregar elementos qualificadores para a categoria “Saber lidar com as minorias sexuais e de gênero”.

Derivado desse agrupamento central, à direita as quatro ramificações em destaque estão associadas ao cuidado que respeita o outro independente de sua orientação sexual e à defesa dos direitos humanos por meio da educação desde a graduação. Esta verificação auxiliou na constituição da categoria “Tornar-se um profissional de saúde aberto à diversidade humana”.

À esquerda, fundamentou-se a categoria “Saber lidar com as minorias sexuais e de gênero” por meio da verificação de coocorrências de criar alternativas para preparar melhor os estudantes da área de saúde a fim de cuidar das diferenças inerentes às pessoas, além de reivindicar mais oportunidades de ensinar e aprender sobre essa temática.

## DISCUSSÃO

Em relação aos resultados discutidos à luz da literatura nacional e internacional, evidencia-se a incipiência da inclusão de temas pertinentes às minorias sexuais e de gênero na formação acadêmica em saúde.<sup>(16,17)</sup> Valorizar o cuidado pode ressignificar processos educacionais na formação em Enfermagem, em especial, por meio da constante avaliação das concepções que influenciam a organização curricular, a presença de uma práxis pedagógica e a primazia de valores éticos para cuidado do ser humano em suas múltiplas manifestações.<sup>(28)</sup>

Sem desconsiderar a relevância da prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (IST), atrelar essa temática às necessidades de saúde da população LGBT+ pode reforçar estigmas e dificultar a compreensão da lógica da saúde sexual e reprodutiva no cuidado desses indivíduos em suas singularidades e pluralidades.<sup>(14)</sup>

Por outro lado, aproveitar o espaço da saúde sexual e reprodutiva para envidar estratégias de ensino mais comprometidas com a ampliação do olhar para o cuidado das minorias sexuais e de gênero, configura uma alternativa com potencial para mudanças na formação.<sup>(29)</sup>

Destarte, existe a necessidade de se revisitar o currículo,<sup>(17,30,31)</sup> as abordagens de ensino,<sup>(20,29,32,33)</sup> os sistemas de apoio aos próprios estudantes<sup>(34)</sup> e os recursos educacionais<sup>(14)</sup> empregados no processo de formação profissional e cidadã de estudantes de graduação em saúde, a fim de proporcionar um cuidado integral, mais empático e com menos preconceito.

Valorizar estratégias de enfrentamento da violência contra a população LGBT+ desempenha uma ação prioritária no contexto brasileiro<sup>(10)</sup> e necessita de uma compreensão ampliada das políticas públicas<sup>(11)</sup> e das barreiras para o cuidado das pessoas que se contrapõem a uma visão cisheteronormativa ao exercer sua pluralidade sexual e de gênero<sup>(14,21)</sup> ou da superação das contradições entre os avanços nas atuais políticas públicas e as práticas profissionais que discriminam ou constroem as pessoas por conta de suas identidades de gênero.<sup>(33)</sup>

Promover a formação de profissionais mais engajados e abertos aos desafios de cuidar das minorias sexuais e de gênero nos diferentes pontos das redes de atenção à saúde configura um imperativo ético em prol da maior visibilidade das necessidades em saúde e da heterogeneidade das interações entre sexo biológico, identidade e expressão de gênero e orientação sexual à luz da integralidade, da universalidade e da equidade.<sup>(13,35)</sup>

Do ponto de vista teórico, a abordagem de temas relacionados à saúde da população LGBT+ representa um

desafio para docentes, coordenadores e outros trabalhadores das IES envolvidos na formação em cursos de graduação em saúde e espera-se fomentar debates a fim de adensar e consolidar experiências que objetivam subsidiar o desenho, o desenvolvimento, a implementação e a avaliação de processos educacionais presenciais, híbridos ou on-line com foco em práticas mais inclusivas, equitativas e plurais.

Do ponto de vista metodológico, a complementaridade do processo de análise dos dados da presente pesquisa representa uma estratégia sinérgica para a compreensão dos aspectos interpretativos dos pesquisadores independentes na análise temática e nos questionamentos realizados posteriormente pela equipe de pesquisa com o suporte do IRAMUTEQ para a aplicação de diferentes técnicas de análise lexical com foco na confirmação das reflexões para incrementar a coerência interna dos dados obtidos.

Em relação às limitações do presente estudo, entende-se que o perfil de respondentes constituído principalmente por mulheres solteiras, cisgêneros, heterossexuais e cristãs podem ter afinado o conteúdo das vivências relacionadas à abordagem das minorias sexuais e de gênero no decorrer do Ensino Superior na área de saúde dos participantes. Além disso, o desenho do estudo também pode ter limitado as possibilidades de expressão dos participantes, pois dependeu de sua disposição de escrever de maneira articulada sobre o assunto.

Recomenda-se a realização de novas pesquisas, principalmente longitudinais com abordagens quantitativas e qualitativas para propiciar mais espaços de escuta autêntica aos diferentes representantes de Instituições de Ensino Superior, ampliar para estudantes de pós-graduação da área de saúde e promover boas práticas para a formação em saúde comprometida com a garantia de direitos humanos e o cuidado integral na perspectiva da pluralidade humana.

## CONCLUSÃO

Constatou-se que as respostas dos estudantes de graduação em Enfermagem, Fisioterapia, Psicologia e Odontologia indicam fortemente a presença da temática em seus respectivos cursos, porém não se sentem tão preparados para lidar com o cuidado da população LGBT+ em suas futuras inserções profissionais. A categoria "saber lidar com as minorias sexuais e de gênero" indica oportunidades para o desenvolvimento de competências sensíveis para promover um cuidado integral e equitativo durante a própria graduação e a categoria "tornar-se um profissional de saúde aberto à diversidade humana" prima pela construção

identitária alinhada ao enfrentamento do preconceito, da violência e da invisibilidade social da população LGBT+, sem desconsiderar suas famílias e redes de apoio. E m suma, espera-se que este estudo contribua aos debates sobre a formação de profissionais de saúde mais empáticos, solidários e conscientes dos princípios norteadores da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais e da diversidade humana em sociedades que buscam igual mérito a seus cidadãos no decorrer da formação na área de saúde.

### Agradecimentos

A todos os representantes das Instituições de Ensino Superior partícipes e ao Programa de Suporte à Pós-Graduação de Instituições de Ensino Particulares

(PROSUP) da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) – Código de Financiamento: 001.

### Contribuições

Concepção e/ou desenho do estudo: Faria JGA, Puggina ACG, Osis MJD, Sousa MH, Pina-Oliveira AA, Apostólico MR; Coleta, análise e interpretação dos dados: Faria JGA, Puggina ACG, Osis MJD, Sousa MH, Pina-Oliveira AA, Apostólico MR; Redação e/ou revisão crítica do manuscrito: Faria JGA, Puggina ACG, Osis MJD, Sousa MH, Pina-Oliveira AA, Apostólico MR; Aprovação da versão final a ser publicada: Faria JGA, Puggina ACG, Osis MJD, Sousa MH, Pina-Oliveira AA, Apostólico MR.

### REFERÊNCIAS

1. Pina-Oliveira AA, Faria JG, Apostólico MR, Osis MJ, Sousa MH, Puggina AC. Complementaridades entre análise temática e lexical sobre abordagens das minorias sexuais e de gênero na graduação em saúde. In: Atas: Investigação qualitativa em saúde; 2019. p. 1647-54; Aveiro: Ludomedia; 2019 [citado 2021 Maio 23]. Disponível em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/CIAIQ2019/article/view/2388/2287>
2. Fenway Institute. Understanding the health needs of LGBT people. Boston: Fenway Institute; 2016 [citado 2021 Maio 23]. Disponível em: <http://www.lgbthealtheducation.org/wp-content/uploads/LGBTHealthDisparitiesMar2016.pdf>
3. Goldhammer H, Maston ED, Kissock LA, Davis JA, Keuroghlian AS. National findings from an LGBT healthcare organizational needs assessment. *LGBT Health*. 2018;5(8):461-8.
4. Human Rights Campaign Foundation. Healthcare Equality Index 2018: Rising to the new standard of promoting equitable and inclusive care for lesbian, gay, bisexual, transgender & queer patients and their families. Washington: Human Rights Campaign Foundation; 2018 [citado 2021 Maio 23]. Disponível em: [https://assets2.hrc.org/files/assets/resources/HEI-2018-FinalReport.pdf?\\_ga=2.149633718.1037140059.1546288516-939549154.1546288516](https://assets2.hrc.org/files/assets/resources/HEI-2018-FinalReport.pdf?_ga=2.149633718.1037140059.1546288516-939549154.1546288516)
5. Shields L, Burmeister O. Education needed to enhance inclusive, non-discriminatory nursing practice towards lesbian, gay and bisexual parents. *Evid Based Nurs*. 2018;21(2):47-8.
6. Motta JI. Sexualidades e políticas públicas: uma abordagem queer para tempos de crise democrática. *Saúde Debate*. 2016;40(n. esp.):73-86.
7. Princípios de Yogyakarta: princípios sobre a aplicação da legislação internacional de direitos humanos em relação à orientação sexual e identidade de gênero. Rio de Janeiro; 2008 [citado 2021 Maio 23]. Disponível em: <http://www.clam.org.br/uploads/conteudo/Yogyakarta.pdf>
8. Thoreson RR. Queering human rights: the Yogyakarta principles and the norm that dare not speak its name. *J Hum Rights*. 2009;8(4):323-39.
9. Sousa MJ, Moleiro C. The inclusion of lesbian and gay populations in health research: a systematic literature review. *Ex Aequo*. 2015;32:169-82.
10. Brasil. Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial e dos Direitos Humanos. Relatório de violência homofóbica no Brasil: ano 2013. Brasília (DF): Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial e dos Direitos Humanos; 2016 [citado 2021 Maio 23]. Disponível em: <http://www.direito.mppr.mp.br/arquivos/File/RelatorioViolenciaHomofobicaBR2013.pdf>
11. Siqueira SA, Hollanda E, Motta JI. Políticas de promoção de equidade em saúde para grupos vulneráveis: o papel do Ministério da Saúde. *Ciênc Saúde Colet*. 2017;22(5):1397-1406.
12. Nunn LM, Sgoutas-Emch S, Sumner S, Kirkley E. Girls get free drinks: undergraduates' misunderstandings of heterosexual privilege. *J Homosex*. 2017;64(12):1684-99.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013 [citado 2021 Maio 23]. Disponível em: [http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_saude\\_lesbicas\\_gays.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf)
14. Dorsen C, Devanter NV. Open arms, conflicted hearts: nurse-practitioner's attitudes towards working with lesbian, gay and bisexual patients. *J Clin Nurs*. 2016;25(23-24):3716-27.
15. Bonvicini KA. LGBT healthcare disparities: what progress have we made? *Patient Educ Couns*. 2017;100(12):2357-61.
16. Guzman FL, Moukoulou LN, Scott LD, Zerwic JJ. LGBT inclusivity in health assessment textbooks. *J Prof Nurs*. 2018;34(6):483-7.
17. McCann E, Brown M. The inclusion of LGBT+ health issues within undergraduate healthcare education and professional training programmes: a systematic review. *Nurse Educ Today*. 2018;64:204-14.
18. McGlynn N, Browne K, Sherriff N, Zeeman L, Mirandola M, Gios L, et al. Healthcare professionals' assumptions as barriers to LGBTI healthcare. *Cult Health Sex*. 2019;22(8):954-70.
19. Costa AB, Peroni RO, Camargo ES, Pasley A, Nardi HC. Prejudice toward gender and sexual diversity in a Brazilian public university: prevalence, awareness, and the effects of education. *Sex Res Social Policy*. 2015;12:261-72.
20. Rufino AC, Madeiro AP. 6 Práticas educativas em saúde: integrando sexualidade e gênero na graduação em medicina. *Rev Bras Educ Med*. 2017;41(1):170-8.

21. Nietzsche EA, Tassinari TT, Ramos TK, Beltrame G, Salbego C, Cassenote LG. Formação do enfermeiro para o cuidado à população homossexual e bissexual: percepção do discente. *Rev Baiana Enferm.* 2018;32:e25174.
22. Jackman KB, Bosse JD, Eliason MJ, Hughes TL. Sexual and gender minority health research in nursing. *Nurs Outlook.* 2018;67(1):21-38.
23. Heaton J. Secondary analysis of qualitative data: an overview. *Hist Soz Forsch.* 2008;33(3):33-45.
24. Bardin L. *Análise de Conteúdo.* Lisboa: Edições 70; 2016.
25. Nascimento AR, Menandro PR. Análise lexical e análise de conteúdo: uma proposta de utilização conjugada. *Estud Pesqui Psicol.* 2006;6(2):72-88.
26. Souza MA, Wall ML, Thuler AC, Lowen IM, Peres AM. O uso do software IRAMUTEQ na análise de dados em pesquisas qualitativas. *Rev Esc Enferm USP.* 2018;52:e03353.
27. Costa AP, Amado J. *Análise de conteúdo suportada por software.* Aveiro: Ludomedia; 2018.
28. Barbosa E, Barbosa ES, Nóbrega-Therrien SM. Proposições sobre a ressignificação do cuidado de Enfermagem: um estudo teórico-reflexivo. *Enferm Foco.* 2021;11(5):7-12.
29. Walker K, Arbour M, Waryold J. Educational strategies to help students provide respectful sexual and reproductive health care for lesbian, gay, bisexual, and transgender persons. *J Midwifery Womens Health.* 2016;61(6):737-43.
30. McNiel PL, Elertson KM. Advocacy and awareness: integrating LGBTQ health education into the prelicensure curriculum. *J Nurs Educ.* 2018;57(5):312-4.
31. Maley B, Gross R. A writing assignment to address gaps in the nursing curriculum regarding health issues of LGBT+ populations. *Nurs Forum.* 2019;54(2):198-204.
32. Lim FA, Hsu R. Nursing students' attitudes toward lesbian, gay, bisexual, and transgender persons: an integrative review. *Nurs Educ Perspect.* 2016;37(3):144-52.
33. Lovison R, Ascari TM, Zocche DA, Durand MK, Ascari RA. Travestis e transexuais: despindo as percepções acerca do acesso e assistência em saúde. *Enferm Foco.* 2020;10(5):167-72.
34. Formby E. How should we 'care' for LGBT+ students within higher education?. *Pastor Care Educ.* 2017;35(3):203-20.
35. Popadiuk GS, Oliveira DC, Signorelli MC. A política nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros (LGBT) e o acesso ao processo transexualizador no sistema único de saúde (SUS): avanços e desafios. *Ciênc Saúde Colet.* 2017;22(5):1509-20.

# LESÃO POR PRESSÃO EM IDOSOS HOSPITALIZADOS: PREVALÊNCIA, RISCO E ASSOCIAÇÃO COM A CAPACIDADE FUNCIONAL

PRESSURE INJURY IN HOSPITALIZED ELDERLY: PREVALENCE, RISK AND ASSOCIATION WITH FUNCTIONAL CAPACITY  
 ÚLCERA POR PRESIÓN EN ANCIANOS HOSPITALIZADOS: PREVALENCIA, RIESGO Y ASOCIACIÓN CON LA CAPACIDAD FUNCIONAL

Daniel Sued Campos Barbosa<sup>1</sup> (<https://orcid.org/0000-0002-3127-1159>)

Andréa Mathes Faustino<sup>1</sup> (<https://orcid.org/0000-0002-5474-7252>)

## Descritores

Lesão por pressão; Idoso; Cuidados de enfermagem; Prevalência; Atividades cotidianas

## Descriptors

Pressure ulcer; Aged; Nursing care; Prevalence; Activities of daily living

## Descriptores

Úlcera por presión; Anciano; Atención de enfermería; Prevalencia; Actividades cotidianas

## Submetido

11 de Março de 2021

## Aceito

21 de Maio de 2021

## Conflitos de interesse:

nada a declarar.

## Autor correspondente

Andrea Mathes Faustino

E-mail: andreamathes@unb.br

## RESUMO

**Objetivo:** Identificar em idosos hospitalizados a prevalência e os riscos para o desenvolvimento de lesão por pressão, além de verificar a associação com causas clínicas e capacidade funcional.

**Método:** Trata-se de um estudo descritivo transversal com análise quantitativa desenvolvido em um hospital universitário de Brasília, no período de agosto de 2018 a fevereiro de 2020, com 125 idosos internados na unidade de clínica médica. Foram utilizados os instrumentos de Braden e Katz. A análise dos dados deu-se por estatística descritiva e inferencial.

**Resultados:** A prevalência de lesão por pressão foi de 16,8%. Pelo qui-quadrado houve evidências que quanto maior o grau de dependência do idoso, maior a probabilidade do mesmo desenvolver a lesão por pressão. Sendo também apontado que os idosos classificados como fortemente dependentes tiveram maior prevalência de lesões graves.

**Conclusão:** Os resultados do presente estudo evidenciaram que a prevalência para lesão por pressão estava próxima a média dos estudos com idosos nas mesmas condições. Em se tratando das condições de capacidade funcional foi observado que quanto maior o grau de dependência do idoso, maior foi probabilidade de o mesmo desenvolver a lesão na pele. Contudo destaca-se que mesmo aqueles considerados independentes para o autocuidado apresentaram lesão por pressão.

## ABSTRACT

**Objective:** To identify the prevalence and risks for the development of pressure ulcer in hospitalized elderly, in addition to verifying the association with clinical causes and functional capacity.

**Methods:** This is a descriptive cross-sectional study with quantitative analysis developed in a university hospital in Brasília, from August 2018 to February 2020, with 125 elderly people admitted to the medical clinic unit. Braden and Katz instruments were used. Data analysis was performed using descriptive and inferential statistics.

**Results:** The prevalence of Pressure injury was 16.8%. From the chi-square, there was evidence that the greater the degree of dependence of the elderly, the greater the likelihood that the elderly will develop Pressure injury. It is also pointed out that the elderly classified as strongly dependent had a higher prevalence of serious injuries.

**Conclusion:** The results of the present study showed that the prevalence of Pressure injury was close to the average of studies with elderly people in the same conditions. In terms of functional capacity conditions, it was observed that the greater the degree of dependence on the elderly, the greater the likelihood that he would develop a skin lesion. However, it is noteworthy that even those considered independent for self-care presented PU.

## RESUMEN

**Objetivo:** Identificar la prevalencia y riesgos para el desarrollo de úlcera por presión en ancianos hospitalizados, además de verificar la asociación con causas clínicas y capacidad funcional.

**Métodos:** Estudio descriptivo transversal con análisis cuantitativo desarrollado en un hospital universitario de Brasília, de agosto de 2018 a febrero de 2020, con 125 ancianos ingresados en la unidad de clínica médica. Se utilizaron instrumentos de Braden y Katz. El análisis de los datos se realizó mediante estadística descriptiva e inferencial.

**Resultados:** La prevalencia de Úlcera por presión fue del 16,8%. A partir del chi-cuadrado, se evidenció que cuanto mayor es el grado de dependencia de los ancianos, mayor es la probabilidad de que los ancianos desarrollen Úlcera por presión. También se señala que los ancianos clasificados como fuertemente dependientes tenían una mayor prevalencia de lesiones graves.

**Conclusión:** Los resultados del presente estudio mostraron que la prevalencia de Úlcera por presión se acercó al promedio de estudios con ancianos en las mismas condiciones. En cuanto a las condiciones de capacidad funcional, se observó que cuanto mayor es el grado de dependencia del anciano, mayor es la probabilidad de que desarrolle una lesión cutánea. Sin embargo, es de destacar que incluso los considerados independientes para el autocuidado presentaban úlcera por presión.

<sup>1</sup>Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil.

## Como citar:

Barbosa DS, Faustino AM. Lesão por pressão em idosos hospitalizados: prevalência, risco e associação com a capacidade funcional. *Enferm Foco*. 2021;12(5):1026-32.

DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n5.4689>



## INTRODUÇÃO

A Lesão Por Pressão (LPP) pode ser definida como um dano ocasionado na pele e/ou no tecido ou estrutura subjacente, geralmente sobre uma proeminência óssea, resultante de pressão isolada ou combinada com fricção e/ou cisalhamento que ocasionalmente ocorre em pacientes imóveis, fator que contribui, principalmente, para o prolongamento significativo da estadia hospitalar, morbimortalidade, incapacidade e dependência de cuidados prestados aos pacientes portadores desta, sendo assim considerada uma ferida crônica.<sup>(1-4)</sup>

O surgimento da lesão por pressão se dá a partir de determinantes etiológicos críticos, a intensidade, a duração da pressão e a fatores extrínsecos e intrínsecos, como: pressão prolongada sobre o tecido, fricção, cisalhamento e umidade, como também a idade, sensibilidade reduzida, imobilidade, nível de consciência alterado, distúrbios e alterações nutricionais, respectivamente.<sup>(5)</sup>

A pessoa idosa apresenta inúmeras mudanças corporais com o envelhecimento em que as modificações bioquímicas e moleculares acumulativas se tornam condições favoráveis ao desenvolvimento de danos teciduais crônicos.<sup>(1,6,7)</sup> Associada a essa situação, pessoas idosas possuem maior chance de desenvolverem doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), as quais podem interferir na capacidade perceptiva, circulação sanguínea, oxigenação, mobilidade, nível de consciência, alteração dos níveis de eletrólitos e proteínas, condições tais que podem favorecer uma internação hospitalar e maior risco para o desenvolvimento de lesões de pele. Como é o caso da lesão por pressão, em que no surgimento dessa lesão na população idosa tem-se maior probabilidade de desenvolver infecções e sepse, o que além de prolongar o tempo de internação e elevar o total das despesas com cuidados, aumenta a taxa de mortalidade decorrentes de tais fatores.<sup>(1,7)</sup>

É da prática de enfermagem os cuidados com a integridade da pele e tecidos, incluindo, portanto, a prevenção da lesão por pressão, visto que esta se figura como um agravo árduo, de tratamento demorado e custos elevados. Logo, para minimizar a ocorrência de tais lesões é necessária a realização de uma adequada avaliação dos pacientes, sistematização da assistência de enfermagem (SAE) com a identificação dos riscos para o desenvolvimento dessa ferida, e, conseqüentemente, implementação de intervenções de enfermagem e da equipe multiprofissional para evitar complicações que poderão acometer o paciente com este tipo de lesão.<sup>(8-10)</sup>

A enfermagem tem papel crucial na prevenção da lesão por pressão, em que a realização da avaliação diária da pele

se faz necessária, associada a implementação de medidas preventivas eficazes e individualizadas. É imprescindível observar a multicausalidade dessa ferida, haja vista que a LPP funciona como um indicador de qualidade da assistência oferecida pelo serviço de saúde e tais indicadores são indispensáveis para a organização, planejamento, gerenciamento, avaliação e controle das atividades realizadas, o que demonstra a importância e necessidade de indicadores nacionais no que tange à incidência e prevalência da LPP em nosso país, pois estes poderão monitorar e avaliar o impacto das ações da equipe de saúde, em especial a de enfermagem, no processo do cuidado com o paciente, bem como no que diz respeito a elaboração de políticas públicas de saúde.<sup>(5,11,12)</sup>

Diante deste cenário, o objetivo deste estudo foi identificar em idosos hospitalizados a prevalência e os riscos para o desenvolvimento de lesão por pressão, além de verificar a associação com causas clínicas e capacidade funcional.

## MÉTODOS

Trata-se de estudo descritivo, transversal com abordagem quantitativa.

O cenário de investigação foi a unidade de internação de Clínica Médica de um hospital universitário na cidade de Brasília, Distrito Federal, Brasil. A referida unidade é composta por um total de 67 leitos, destinados a pacientes das mais diversas especialidades médicas, incluindo a oncologia.

A população foi composta por idosos que estivessem internados durante o período de coleta de dados, caracterizando uma amostra de conveniência. Sendo a amostra final do estudo de 125 idosos. Em relação aos critérios de inclusão: ter 60 anos ou mais e estar internado na unidade durante o período da coleta de dados. Quanto aos critérios de exclusão: possuir alteração cognitiva, que impedisse sua participação. Nestes casos as perguntas eram direcionadas ao cuidador / acompanhante principal, os quais só poderiam ser incluídos se maiores de idade.

A coleta de dados, foi realizada entre os meses de agosto de 2018 a fevereiro de 2020, sendo esta organizada seguindo as etapas: 1ª etapa) idosos e/ou acompanhantes foram convidados a participar da pesquisa durante o período de internação na unidade de Clínica Médica; 2ª etapa) realização da entrevista com os idosos e/ou acompanhantes, no qual foram coletados dados sociodemográficos, clínicos de saúde, conhecimentos sobre cuidados com a pele e histórico familiar de doenças crônicas; 3ª etapa) realização do exame físico da pele do idoso e aplicação da escala de Katz para avaliação da capacidade funcional e Braden para

identificação de risco para a lesão por pressão. Quando identificado a LPP durante o exame físico esta foi classificada segundo seu estágio.

A escala de Braden está amparada na fisiopatologia da lesão por pressão, tendo seis dimensões de avaliação: percepção sensorial, atividade, mobilidade, umidade, nutrição, fricção e cisalhamento, no qual apenas esta última a pontuação varia de 1 a 3 e os demais de 1 a 4. A soma da pontuação classifica o paciente, em relação ao risco para desenvolver a LPP, sendo: sem risco (19 a 23 pontos), baixo risco (15 a 18 pontos), risco moderado (13 a 14 pontos), risco alto (10 a 12 pontos) e risco muito alto (6 a 9 pontos).<sup>(13,14)</sup>

A escala de Katz, avalia o estado funcional e a capacidade do idoso em realizar atividades de vida diária (AVD) como tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, locomover-se, ter continência e alimentar-se. O idoso avaliado é categorizado em nível decrescente de independência nessas AVD de A até H, onde A representa total independência na realização das AVD, G representa um idoso totalmente dependente nas seis AVD avaliadas e o H que é a dependência em ao menos duas funções, embora não possa ser classificado em C, D, E e F.<sup>(13,15)</sup>

A análise dos dados foi realizada por meio de estatística descritiva, inferencial, com aplicação do teste qui-quadrado, análise multivariada e análise de correspondência com a utilização do *software Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) e do *software Rstudio*.

A pesquisa teve sua aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição (Certificado de Apresentação de Apreciação Ética n. 78558017.5.0000.0030), onde foram atendidos todos os princípios ético-legais em pesquisas envolvendo seres humanos.

## RESULTADOS

A amostra final foi composta por 125 idosos, sendo 59 do sexo masculino e 66 do sexo feminino, com a média de idade igual a 72,18 anos, sendo em sua maioria de cor branca (53,6%), casados (41,6%), com ensino fundamental incompleto (36,8%), aposentados (77,6%) e com renda mensal majoritária de 1 salário mínimo (68,8%). Foi identificado que 35 (28,0%) dos 125 idosos internados estavam hospitalizados em decorrência de problemas de saúde e/ou diagnósticos relacionados a especialidade de causas oncológicas, seguidas de internações derivadas de causas respiratórias (23,2%), cardiovasculares (13,6%), gastrointestinais (10,4%), gerontológicas (9,6%), dermatológicas (8,0%), geniturinárias (4,8%) e neurológicas (2,4%). Em análise aos aspectos sociodemográficos e sobre o processo saúde/doença, foi identificado que 21 idosos internados apresentaram LPP,

ou seja, uma prevalência de 16,8%. Em relação a classificação das LPP, 7 (33,3%) eram de estágio 1, 12 (57,1%) eram de estágio 2 e 2 (9,5%) eram estágio 3. Observou-se que as lesões em estágio 1 e 2 identificadas no momento da coleta de dados surgiram durante o período de internação atual. Já as LPP em estágio 3 haviam se desenvolvido em internações pregressas ou na própria residência do idoso, conforme relatado pelo idoso e/ou seu cuidador. Sobre os fatores de risco para o idoso apresentar LPP, foi observado que as seguintes condições: ser do sexo feminino (62,0%), apresentar a média de idade de 75,24 anos (moda= 82 anos), ser branco (62,0%), ser solteiro, divorciado ou viúvo (71,5%), ter baixa escolaridade, ou seja, possuir ensino fundamental incompleto ou ser analfabeto (71,5%), apresentar renda mensal de um salário mínimo (81,0%), ser aposentado (95,2%), estar internado por causas oncológicas (29,0%) ou respiratórias (29,0%), e ter outras patologias crônicas associadas (47,61%) como diabetes mellitus, hipertensão ou problema cardiovascular aumentaram as chances para o desenvolvimento da LPP na população estudada. Quanto aos escores da Escala de Braden, os resultados foram que 83 idosos (66,4%) foram categorizados como sem risco e 13 idosos (10,4%) com risco muito alto. Em uma avaliação transversal entre as escalas de Braden, Katz e ocorrência de LPP 61 idosos (48,8%) foram classificados como totalmente independentes e 21 (16,8%) como totalmente dependentes, no qual a presença de 17 (81,0%) LPP se fez majoritariamente nas classificações F, G e H, índices que indicam certo grau de dependência do idoso na realização de AVD (Tabela 1).

**Tabela 1.** Distribuição do escore das escalas de Braden, Katz e estágio da LPP segundo o sexo dos idosos (n=125)

Variáveis	Homens n(%)	Mulheres n(%)	Total n(%)
<b>Escala de Braden</b>			
Sem risco	45(76,2)	38(57,6)	83(66,4)
Baixo Risco	7(11,9)	13(19,7)	20(16,0)
Risco Moderado	1(1,7)	2(3,0)	3(2,4)
Risco Alto	1(1,7)	5(7,6)	6(4,8)
Risco Muito alto	5(8,5)	8(12,1)	13(10,4)
<b>Escala de Katz</b>			
A	31(52,5)	30(45,5)	61(48,8)
B	5(8,5)	3(4,5)	8(6,4)
C	1(1,7)	-(-)	1(0,8)
D	2(3,4)	-(-)	2(1,6)
E	-(-)	1(1,5)	1(0,8)
F	3(5,0)	3(4,5)	6(4,8)
G	7(11,9)	14(21,2)	21(16,8)
H	10(17,0)	15(22,8)	25(20,0)
<b>Lesão por pressão</b>			
Não apresentava	51(86,5)	53(80,3)	104(83,2)
Estágio 1	1(1,7)	6(9,1)	7(5,6)
Estágio 2	6(10,1)	6(9,1)	12(9,6)
Estágio 3	1(1,7)	1(1,5)	2(1,6)

Para cumprir com os postulados para realização do teste do qui-quadrado foi necessário agrupar os resultados identificados no exame físico da pele em níveis de gravidade das lesões onde: i) “*lesão grave*” foi considerado quando havia presença da LPP e mais alguma outra alteração na pele do tipo edema, equimose, icterícia, úlceras venosas); ii) “*lesão moderada*” quando foi observada pele ressecada (3+ ou mais/4+), edema e equimoses; iii) “*lesão leve*” quando a pele se apresentou ressecada (1+ ou 2+/4+), equimose e edema; iv) “*sem alteração*” ausência de alterações no exame geral da pele e posteriormente foram correlacionados com os motivos da internação (Tabela 2). Em relação ao grau de dependência do idoso, avaliado pelos índices (letras) da escala de KATZ foram agrupados em: independente (A), parcialmente dependente (B e C), moderadamente dependente (D e E), fortemente dependente (F e H) e dependente (G) (Tabela 3).

**Tabela 2.** Distribuição dos idosos segundo o motivo da internação e o tipo de lesão de pele (n=125)

Motivo da Internação	Lesão Grave (n)	Lesão Leve (n)	Lesão Moderada (n)	Sem Alteração (n)
Causas oncológicas	6	10	9	10
Causas neurológicas	1	1	0	1
Causas cardiovasculares	1	3	2	11
Causas dermatológicas	5	4	0	1
Causas respiratórias	6	16	4	3
Causas gastrointestinais	3	6	2	2
Causas geniturinárias	3	2	1	0
Causas gerontológicas	2	7	2	1
Total	27	49	20	29

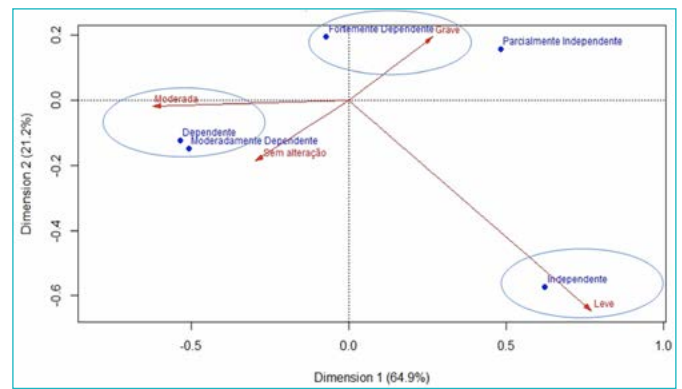
Pode-se concluir que o resultado do p-valor, teste de qui-quadrado demonstra que há evidências significativas que indicam o grau de dependência entre a Escala Katz e a Ocorrência de LPP nos idosos pesquisados, o que demonstra que quanto maior o grau de dependência do idoso, maior a probabilidade do mesmo desenvolver a LPP, observando o p-valor inferior a 0,05 (Tabela 3).

**Tabela 3.** Resultado do teste Qui-Quadrado de Pearson segundo as variáveis da escala de Katz e motivo da internação entre idosos (n=125)

Variáveis	Coefficiente de Pearson	$\chi^2$	G.L	p-value
Escala Katz	0.4677	35.099*	12	0.0004
Motivo da internação	0.4837	38.181*	21	0.0123

\*Teste Qui-Quadrado de Pearson

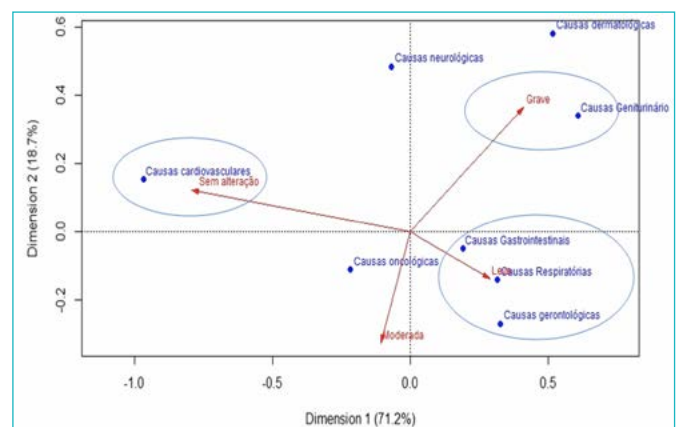
Através da análise da figura 1 (*Biplot*), é possível identificar que as duas primeiras dimensões explicam aproximadamente 86% da variação total dos dados da amostra. A primeira dimensão separa os idosos classificados de acordo com a dependência (independente, parcialmente dependente, moderadamente dependente, fortemente dependente e dependente).



**Figura 1.** Relação entre o tipo de lesão na pele e o nível de dependência em idosos (n=125)

A segunda dimensão destaca as alterações presentes na pele dos idosos, em que as alterações graves vão em sentido contrário as alterações leves ou ausentes, cabendo ressaltar que as lesões consideradas como moderadas tiveram pouca contribuição para a variação dos dados na dimensão 2. Diante disso, os dados estatísticos evidenciados na figura 2 indicam que os idosos classificados como fortemente dependentes tiveram maior prevalência de lesões graves, sendo inclusas nessa categoria as LPP. Em contrapartida, aqueles considerados independentes apresentaram lesões leves e os que foram classificados em um grau de dependência moderado e totalmente dependentes apresentaram lesões moderadas, de acordo com a divisão proposta por este trabalho.

De acordo com a figura 2 (*Biplot*), as duas primeiras dimensões explicam, aproximadamente, 90% da variabilidade total dos dados da amostra. A primeira dimensão destaca os motivos que levaram os idosos a serem internados, em que as causas cardiovasculares seguem em sentido oposto as demais causas de internação, tendo que as causas neurológicas e oncológicas, menor contribuição nesta dimensão.



**Figura 2.** Relação entre o tipo de lesão na pele e o motivo da internação (n=125)

A segunda dimensão destaca o grau de lesão proposto por este trabalho, em que as lesões classificadas como graves vão em sentido oposto as lesões leves e moderadas. Diante disso, é possível identificar uma influência maior de causas respiratórias, gastrointestinais e gerontológicas em lesões leves e as causas geniturinária em lesões graves, como no caso da LPP. Já para as causas cardiovasculares, há uma maior causalidade em idosos que não apresentaram alterações na pele.

## DISCUSSÃO

A lesão por pressão desenvolvida no ambiente hospitalar é classificada internacionalmente como um evento adverso e está relacionada à elevação da morbidade e mortalidade, sendo considerada como amplamente evitável, refletindo como um indicador negativo de qualidade da assistência executada por ser periódica, incapacitante e refletir severamente na qualidade de vida. O que propicia a sobrecarga emocional, física e social ao acometido por ela, assim como, impactos danosos aos serviços de saúde em decorrência dos altos custos derivado do tratamento, que envolve profissionais capacitados, materiais e financeiro; além do maior tempo para recuperação.<sup>(3,16-18)</sup>

Alguns estudos afirmam que o avanço da idade e a degeneração da capacidade funcional de pacientes idosos são condições significativas para o elevado nível de dependência, além da condição de fragilidade, maior risco para institucionalizações, maior propensão a desenvolver LPP, elevado risco para quedas, ocasionando complicações a longo prazo.<sup>(8,15,19)</sup> Condição também observada no presente estudo em relação a diminuição da capacidade funcional e a maior presença de LPP.

Estudos apontam que idosos maiores de 65 anos apresentaram risco dez vezes maior de desenvolver LPP do que aqueles com idade inferior, além disto está associado com a presença de doenças crônico-degenerativas bem como as próprias condições do processo natural do envelhecimento, como diminuição da resposta inflamatória, alteração no processo de reparo tecidual e aumento na fragilidade capilar.<sup>(16,20-22)</sup> Todavia, não foi encontrado, no presente estudo, associação da idade com o fato de ter LPP, mas foi observado que idosos que apresentavam alterações de causas geniturinárias, seguidas de causas dermatológicas, sendo incluídas infecções e doenças parasitárias na pele, tiveram maior influência em apresentar a LPP. Diferente de um outro estudo onde as causas associadas foram possuir doenças infecciosas, parasitárias e neoplásicas.<sup>(16)</sup>

Outro fator observado foi a associação da escolaridade com a presença da LPP. No presente estudo entre os 15

idosos (71,5%) que apresentaram LPP todos foram identificados com baixo nível de escolaridade. Em outro estudo que evidenciou que a escolaridade se mostrou associada à LPP, em análise bivariada, quando realizado o ajuste das demais covariáveis pesquisadas foi evidenciado que a referida variável não se mostrou como influenciadora para o desenvolvimento de LPP na amostra estudada.<sup>(16)</sup>

Acerca das medidas de associação de morbimortalidade de LPP, incidência e prevalência, elas aumentam com o avanço da idade. Vários estudos da literatura atual demonstram uma heterogeneidade nos valores de tais medidas acerca da LPP, sendo distintas de acordo com cada região e país, decorrente de inúmeros fatores, tais como: índice de desenvolvimento humano, sistemas de saúde, renda per capita, aspectos culturais, entre outros.<sup>(23-25)</sup> Nos países desenvolvidos, a prevalência de LPP nos pacientes de risco varia de 1% a 50% nos hospitalizados e de 1% a 30% entre os que são assistidos em domicílio. Em estudos internacionais é evidenciado taxas de prevalência de LPP por volta de 12,3% em unidades de cuidados clínicos e 22% em pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva.<sup>(24)</sup>

No Brasil a prevalência de LPP é de 16,9% para pacientes em situação de risco, embora esse percentual aumente para 39,4% naqueles com idade de 60 anos ou mais.<sup>(7,24)</sup> Entre idosos em acompanhamento ambulatorial geriátrico foi observada uma prevalência de 1,1% de LPP.<sup>(1)</sup> Já para pacientes cirúrgicos em Unidade de Terapia Intensiva ou em enfermaria de cirurgia vascular a taxa de prevalência foi de 12% de LPP em ambos os setores.<sup>(14,23)</sup> À vista disso, a prevalência deste estudo (16,8%) encontra-se, relativamente, na média dos estudos aqui referenciados e menos da metade da prevalência encontrada para a população brasileira com idade superior a 60 anos.

É imprescindível a atuação da equipe multiprofissional na prevenção e no tratamento da LPP devido sua causa multifatorial, as dificuldades no tratamento e os custos elevados, configurando-se como um desafio aos profissionais e aos sistemas de saúde em minimizar a sua incidência.<sup>(12,26)</sup> Todavia, é fundamental que a equipe de enfermagem atue com o designio de prevenir o surgimento da LPP, visto que tal lesão é habitualmente relacionada à qualidade da assistência à saúde prestada nos mais diversos cenários de atuação do enfermeiro.<sup>(27)</sup>

A presença deste agravo propicia a diminuição da capacidade funcional do idoso, além de expor os mesmos à riscos e complicações inerentes à presença da lesão e a necessidade de ter um cuidador.<sup>(11,12,28)</sup> Logo, o enfermeiro e sua equipe que assumem o papel do gerenciamento do cuidado devem atuar por meio da SAE, com o cuidado baseado em

evidências e sobretudo humanizado, em prol da promoção e manutenção da integridade cutânea de pessoas idosas.<sup>(17,29)</sup>

Para isso, a equipe de enfermagem deve utilizar estratégias para prevenção e tratamento da LPP, como o uso de instrumentos validados e padronizados que sejam capazes de prever os riscos do paciente de desenvolvimento de LPP, fazer inspeção diária da pele com a finalidade de identificar a presença da ferida precocemente e classificá-la no estágio correspondente e avaliar sua progressão diariamente. Não massagear proeminências ósseas e manter a pele íntegra limpa e seca. Quando já desenvolvida a LPP, prescrever e realizar curativos de acordo com a fase de cicatrização da ferida. Reposicionar e estimular a movimentação frequente do paciente no leito, sempre que possível com fins de alívio dos pontos de pressão na pele. Manter um ambiente limpo e úmido que possibilite a granulação e revitalização do tecido no leito da ferida. E quanto ao uso de dispositivos de auxílio, utilizar colchões que promovam o alívio dos pontos de pressão e o traçado para mover ou transferir pacientes acamados. Garantir que o paciente esteja sendo assistido quanto as questões da nutrição, hidratação e fisioterapia motora.<sup>(9,12,24,30,31)</sup>

Os resultados aqui apresentados limitam-se a realidade de um hospital universitário em Brasília e de apenas uma unidade de internação, logo, sugere-se que mais estudos com essa temática sejam executados, de preferência com tempo e amostragem superiores aos realizados aqui e em mais unidades assistenciais. De modo geral, há uma escassez de dados epidemiológicos sobre as medidas de prevalência e incidência em diversas partes do mundo sobre as LPP, em especial entre pessoas idosas, sendo que quando estes dados estão presentes, as medidas de associação e de riscos são de enormes variações.

Os resultados encontrados no presente estudo reafirmam a importância da equipe multiprofissional no cuidado ao idoso hospitalizado portador ou em situação de risco para o desenvolvimento de LPP em especial em relação a atuação dos profissionais enfermeiros.

## CONCLUSÃO

Os resultados do presente estudo evidenciaram que a prevalência para LPP estava próxima a média dos estudos com idosos nas mesmas condições. Em se tratando das condições de capacidade funcional foi observado que quanto maior o grau de dependência do idoso, maior foi probabilidade de o mesmo desenvolver a lesão na pele. Contudo destaca-se que mesmo aqueles considerados independentes para o autocuidado apresentaram lesões de pele em estágios iniciais durante o período da internação. Diante disto, reforça-se a necessidade do planejamento de cuidados multiprofissional junto a pessoa idosa hospitalizada, em especial o cuidado de enfermagem, o qual precisa considerar as especificidades do processo de envelhecimento.

## Agradecimentos

Bolsa de Iniciação Científica pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ).

## Contribuições

Concepção e/ou desenho do estudo: Faustino AM; Coleta, análise e interpretação dos dados: Barbosa DSC; Redação e/ou revisão crítica do manuscrito: Faustino AM, Barbosa DSC; Aprovação da versão final a ser publicada: Faustino AM, Barbosa DSC.

## REFERÊNCIAS

1. Bulut EA, Soysal P, Isik AT. Frequency and coincidence of geriatric syndromes according to age groups: single-center experience in Turkey between 2013 and 2017. *Clin Interv Aging*. 2018;13:1899-905.
2. Venâncio B, Alves E, Ruano C, Matos D, Valente S, Abreu N, Mota R. O impacto econômico da prevenção de úlceras de pressão num hospital universitário. *J Bras Econ Saúde*. 2019;11(1):64-72.
3. Rocha DM, Bezerra SM, Oliveira AC, Silva JS, Ribeiro IA, Nogueira LT. Custo da terapia tópica em pacientes com lesão por pressão. *Rev Enferm UFPE on line*. 2018;12(10):2555-63.
4. Vieira CP, Araújo TM. Prevalência e fatores associados a feridas crônicas em idosos na atenção básica. *Rev Esc Enferm USP*. 2018;52:e03415.
5. Debon R, Fortes VL, Rós AC, Scaratti M. The Nurses' Viewpoint Regarding the Use of the braden Scale With the Elderly Patient. *J Res Fundam Care on line*. 2018;10(3):817-23.
6. Peixoto CA, Ferreira MB, Felix MM, Pires PS, Barichello E, Barbosa MH. Risk assessment for perioperative pressure injuries. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2019;27:e3117.
7. Alves CT, Junqueira EM, Cançado FB, Fonseca AL, Gil LF, Sanches FG, et al. Acompanhamento de lesões por pressão em uma unidade de internação. *CuidArte Enferm*. 2018;12(1):45-51.
8. Aydin G, Mucuk S. The evaluation of daily living activities, pressure sores and risk factors. *Rehabil Nurs*. 2015;40(2):84-91.
9. Soares CF, Heidemann IT. Promoção da saúde e prevenção da lesão por pressão: expectativas do enfermeiro da atenção primária. *Texto Contexto Enferm*. 2018;27(2):e1630016.
10. Machado LC, Fontes FL, Sousa JE, Silva Neta AS, Alencar EJ, Costa AC, et al. Fatores de risco e prevenção de lesão por pressão: aplicabilidade da Escala de Braden. *Rev Eletrônica Acervo Saúde*. 2019;Sup.21:e635.



11. Souza RF, Alves AS, Alencar IG. Eventos adversos na Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Enferm UFPE on line*. 2018;12(1):19-27.
12. Vieira VA, Santos MD, Almeida AN, Souza CC, Bernardes MF, Mata LR. Risco de lesão por pressão em idosos com comprometimento na realização de atividades diárias. *Rev Enferm Cent-Oeste Min*. 2018;8:e2599.
13. Soares PO, Machado TM, Bezerra SM. Uso da escala de Braden e caracterização das úlceras por pressão em acamados hospitalizados. *Rev Enferm UFPI*. 2015;4(3):18-23.
14. Alderden J, Cummins MR, Pepper GA, Whitney JD, Zhang Y, Butcher R, et al. Midrange Braden subscale scores are associated with increased risk for pressure injury development among critical care patients. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2017;44(5):420-8.
15. Santos LS, Camacho AC. Capacidade funcional de pacientes adultos e idosos portadores de úlceras venosas. *Rev Enferm UFPE on line*. 2015;9(7):9145-8.
16. Pachá HH, Faria JI, Oliveira KA, Beccaria LM. Pressure Ulcer in Intensive Care Units: a case-control study. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(6):3027-34.
17. Rabe SA, Palfreyman S, Souza CB, Bernardes RM, Caliri MH. Cultural adaptation of the Pieper-Zulkowski Pressure Ulcer Knowledge Test for use in Brazil. *Rev Bras Enferm*. 2019;71(4):1977-84.
18. Cavalcanti EO, Kamada I. Lesão por pressão relacionada a dispositivo médico em adultos: revisão integrativa. *Texto Contexto Enferm*. 2020;29:e20180371.
19. 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(1):887-94.
20. Almeida R, Giacomolli CM, Coelho EL, Bittencourt VL, Callegaro CC, Stumm EM. Gerador de alta frequência no tratamento de lesão por pressão em idosos. *Rev Enferm UFPE on line*. 2017;11(8):3136-42.
21. Araujo JN, Fernandes MI, Gomes AT, Delgado MF, Lira AL, Vitor AF. Sistematização da assistência de enfermagem em paciente com insuficiência cardíaca estágio IV. *Cult Cuid*. 2017;21(48):233-241.
22. Stefanello RB, Prazeres SM, Santos FS, Mancia JR, Leal SM. Caracterização de pacientes com lesões de pele hospitalizados em unidades de internação clínico-cirúrgica. *Enferm Foco*. 2019;11(2):105-11.
23. McRae PJ, Walker PJ, Peel NM, Hobson D, Parsonson F, Donovan P, et al. Frailty and geriatric syndromes in vascular surgical ward patients. *Ann Vasc Surg*. 2016;35(1):9-18.
24. Milcheski DA, Mendes RR, Freitas FR, Zaninetti G, Moneiro Júnior AA, Gemperli R. Brief hospitalization protocol for pressure ulcer surgical treatment: outpatient care and one-stage reconstruction. *Rev Col Bras Cir [Internet]*. 2017;44(6):574-81.
25. Carvalho F, Donoso MT, Couto BR, Matos SS, Lima LK, Pertussati E. Prevalência de lesão por pressão em pacientes internados em hospital privado do estado de Minas Gerais. *Enferm Foco*. 2019;10(4):159-64.
26. Matozinhos FP, Velasquez-Melendez G, Tiensoi SD, Moreira AD, Gomes FS. Factors associated with the incidence of pressure ulcer during hospital stay. *Rev Esc Enferm USP*. 2017;51:e03223.
27. Sousa RC, Faustino AM. Nurses' understanding about the pressure injury prevention and care. *Rev Pesq Cuid Fundam*. 2019;11(4):992-7.
28. Coelho ND, Faustino AM, Cruz KC, Santos CT. Knowledge of caregivers about skin injuries in seniors. *Rev Pesq Cuid Fundam*. 2017;9(1):247-52.
29. Costa IM, Almeida FC, Guimarães KS, Cruz RA, Ferreira TM, Nascimento WS. Percepção de enfermeiros acerca dos cuidados e a utilização de hidrogel em lesões por pressão. *Enferm Actual Costa Rica*. 2020;39:1-13.
30. Meireles VC, Baldissera AD. Qualidade da atenção aos idosos: risco de lesão por pressão como condição marcadora. *Rev Rene*. 2019;20:e40122.
31. Bartels MN, Duffy CA, Beland HE. Pathophysiology, medical management, and acute rehabilitation of stroke survivors. *Stroke Rehabil*. 2016:2-45.

# ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DE VÍDEO EDUCATIVO SOBRE O BANHO DOMICILIAR DO RECÉM-NASCIDO A TERMO

PREPARATION AND VALIDATION OF EDUCATIONAL VIDEO ABOUT THE HOME BATH OF THE FULL-TERM NEWBORN  
PREPARACIÓN Y VALIDACIÓN DEL VIDEO EDUCATIVO SOBRE EL BAÑO DOMICILIAR DEL RECIÉN NACIDO A TÉRMINO

Brenda Lucas Campos<sup>1</sup>

Fernanda Garcia Bezerra Góes<sup>1</sup>

Liliane Faria da Silva<sup>2</sup>

Aline Cerqueira Santos Santana da Silva<sup>3</sup>

Maria da Anunciação Silva<sup>1</sup>

Laura Johanson da Silva<sup>3</sup>

(<https://orcid.org/0000-0001-5832-3943>)

(<https://orcid.org/0000-0003-3894-3998>)

(<https://orcid.org/0000-0002-9125-1053>)

(<https://orcid.org/0000-0002-8119-3945>)

(<https://orcid.org/0000-0002-0069-5100>)

(<https://orcid.org/0000-0002-4439-9346>)

## Descritores

Recém-nascido; Família; Filme e vídeo educativo; Banhos; Enfermagem neonatal

## Descriptors

Newborn; Family; Instructional film and video; Baths; Neonatal nursing

## Descriptores

Recién nacido; Familia; Película y vídeo educativos; Baños; Enfermería neonatal

## Submetido

11 de Março de 2021

## Aceito

26 de Maio de 2021

## Conflitos de interesse:

nada a declarar.

## Autor correspondente

Brenda Lucas Campos

E-mail: [brendalcampos@hotmail.com](mailto:brendalcampos@hotmail.com)

## RESUMO

**Objetivo:** Elaborar e validar um vídeo com desenho animado direcionado aos familiares cuidadores sobre o banho domiciliar do recém-nascido a termo.

**Métodos:** Estudo metodológico, desenvolvido em cinco etapas: 1ª: busca dos temas; 2ª: estudo teórico; 3ª: elaboração do vídeo educativo com desenho animado; 4ª: validação por juízes especialistas; 5ª: adequação do vídeo educativo. A validação pelos juízes especialistas ocorreu via formulário online. Utilizou-se o Índice de Validade de Conteúdo, com o valor mínimo estabelecido de 0,8.

**Resultados:** Vinte juízes participaram da validação. Na avaliação global, o Índice de Validade de Conteúdo foi de 0,99 e entre os itens avaliativos, funcionalidade, usabilidade, eficiência, técnica audiovisual, ambiente e procedimento, houve variação de 0,95 a 1. Foram sugeridas melhorias pelos juízes, sendo consideradas e modificadas para versão final da tecnologia educacional.

**Conclusão:** O vídeo educativo sobre o banho domiciliar do recém-nascido a termo foi validado satisfatoriamente, por juízes especialistas na área da enfermagem e comunicação social. O vídeo está disponível para compartilhamento por distintas mídias sociais para uso livre e gratuito. Assim, acredita-se que o mesmo possa ser usado como tecnologia educacional junto às puérperas e familiares no processo educativo em saúde.

## ABSTRACT

**Objective:** To elaborate and validate a video with a cartoon directed to family caregivers about the home bath of the full-term newborn.

**Methods:** Methodological study, developed in five stages: 1st: search of themes; 2nd: theoretical study; 3rd: preparation of the educational video with cartoon; 4th: validation by expert judges; 5th: adequacy of the educational video. Validation by the expert judges occurred via online form. The Content Validity Index was used, with an established minimum value of 0.8.

**Results:** Twenty judges participated in the validation. In the overall evaluation, the Content Validity Index was 0.99 and among the evaluative items, functionality, usability, efficiency, audiovisual technique, environment and procedure, there was a variation from 0.95 to 1. Improvements were suggested by the judges, being considered and modified for the final version of educational technology.

**Conclusion:** The educational video about the home bath of the full-term newborn was satisfactorily validated by expert judges in the field of nursing and social communication. The video is available for sharing by different social media for free and free use. Thus, it is believed that it can be used as educational technology with woman and family members in the health education process.

## RESUMEN

**Objetivo:** Elaborar y validar video con caricatura dirigida a los cuidadores familiares sobre el baño domiciliar del recién nacido a término.

**Métodos:** Estudio metodológico, en cinco etapas: 1ª: búsqueda de temas; 2ª: estudio teórico; 3ª: preparación del video educativo con dibujos animados; 4ª: validación por jueces expertos; 5ª: adecuación del video educativo. La validación por parte de los jueces expertos se produjo a través de formulario en línea. Se utilizó el Índice de Validez del Contenido, con valor mínimo de 0,8.

**Resultados:** Veinte jueces participaron. El Índice de Validez del Contenido global fue de 0,99 y entre los elementos evaluativos, funcionalidad, usabilidad, eficiencia, técnica audiovisual, medio ambiente y procedimiento, hubo una variación de 0,95 a 1. Las mejoras fueron sugeridas por los jueces, siendo consideradas para la versión final.

**Conclusión:** El video educativo sobre el baño domiciliar del recién nacido a término fue validado satisfactoriamente por jueces expertos de la enfermería y la comunicación social. El video está disponible para compartir en diferentes redes sociales de forma gratuita y gratuita. Por lo tanto, se cree que se puede utilizar como tecnología educativa con mujeres y miembros de la familia en el proceso de educación para la salud.

<sup>1</sup>Universidade Federal Fluminense, Rio das Ostras, RJ, Brasil.

<sup>2</sup>Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, Brasil.

<sup>3</sup>Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

## Como citar:

Campos BL, Góes FG, Silva LF, Silva AC, Silva MA, Silva LJ. Elaboração e validação de vídeo educativo sobre o banho domiciliar do recém-nascido a termo. *Enferm Foco*. 2021;12(5):1033-9.

DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n5.4684>

## INTRODUÇÃO

O período neonatal é um momento de grande vulnerabilidade, pois nesta fase concentram-se riscos biológicos, ambientais, socioeconômicos e culturais.<sup>(1)</sup> Apesar do baixo risco, o recém-nascido a termo requer cautela, pela vulnerabilidade e dependência total de cuidados,<sup>(2)</sup> para a promoção de um desenvolvimento saudável e harmonioso, com redução da morbimortalidade infantil.<sup>(3)</sup> Logo, é necessária participação ativa e autônoma da mãe e da família no cuidado, para que as intervenções relacionadas à manutenção da saúde possam ser realizadas em segurança no domicílio.<sup>(4)</sup>

Em geral, os cuidados domiciliares, especialmente o banho, estão embasados nos valores, crenças, costumes e experiências vivenciados ao longo das histórias de vida das puerperas e familiares.<sup>(5)</sup> No entanto, as ações relacionadas ao banho também necessitam de embasamento em evidências científicas que corroborem para a prevenção de agravos à saúde dos bebês. Portanto, é essencial o elo entre a prática baseada em evidências e os saberes e crenças populares, para a promoção de um cuidado seguro.<sup>(6)</sup>

No banho, são desencadeados estímulos no recém-nascido que podem alterar seu estado comportamental. Aqueles que não são adequadamente banhados e aquecidos após o banho podem desenvolver hipotermia e sintomas associados, como diminuição da saturação de oxigênio, alteração na frequência respiratória e cardíaca, além do aumento dos riscos de acidentes devido à sobrecarga de estresse e agitação.<sup>(6,7)</sup> Ademais, o uso de produtos inapropriados pode afetar o pH e a hidratação, além de prejudicar a composição da flora bacteriana da pele.<sup>(8)</sup>

A orientação sobre a melhor forma de realizar o banho e os outros cuidados cotidianos com o bebê é de responsabilidade da equipe de enfermagem.<sup>(9)</sup> Assim, o enfermeiro precisa utilizar-se de recursos que facilitem a comunicação e a compreensão pelo público-alvo.<sup>(10)</sup> Logo, precisa dispor de estratégias educativas em saúde que atuem como instrumentos facilitadores no compartilhamento do conhecimento junto à população.<sup>(11)</sup>

As tecnologias educacionais atuam como um recurso de intervenção no processo de ensino-aprendizagem.<sup>(12)</sup> Dentre elas, pela versatilidade e facilidade de aplicação, os vídeos educativos têm sido utilizados por enfermeiros como estratégia eficaz para a promoção da saúde da população, visto que é possível captar a atenção do público, estimular a criatividade, despertar a curiosidade com relação à temática abordada e desenvolver a prática educativa de forma simples e objetiva.<sup>(13)</sup>

Estudo brasileiro, que elaborou e validou uma animação sobre os cuidados com o prematuro no domicílio, aborda o banho

focalizando o recém-nascido prematuro e os cuidados específicos para a saúde e bem-estar do mesmo.<sup>(14)</sup> Investigação, realizada em Bangladesh, avaliou a eficácia de uma intervenção educativa que oferece informações sobre gravidez, parto, cuidados essenciais para recém-nascidos e nutrição para mulheres grávidas e novas mães, por meio de mensagens de voz ou texto no telefone celular. Quanto ao banho, o estudo traz apenas a importância de se atrasar o primeiro banho do recém-nascido para a manutenção de sua saúde.<sup>(15)</sup>

Não foram localizados estudos que abordassem a elaboração e validação de tecnologias educacionais no formato de vídeos educativos sobre o banho do recém-nascido a termo, para disponibilização na internet, o que justifica a realização desse estudo. Portanto, um recurso audiovisual dessa natureza pode ajudar a instrumentalizar mães e familiares em relação a essa prática cuidativa, fortalecendo seu interesse e compreensão sobre o tema, consequentemente estimulando a autonomia e a segurança das famílias.

Assim, objetivou-se elaborar e validar um vídeo com desenho animado direcionado aos familiares cuidadores sobre o banho domiciliar no recém-nascido a termo.

## MÉTODOS

Estudo metodológico realizado em cinco etapas: 1ª: busca dos temas; 2ª: estudo teórico; 3ª: elaboração do vídeo educativo com desenho animado; 4ª: validação por juízes especialistas; 5ª: adequação do vídeo educativo.<sup>(16)</sup> A pesquisa foi realizada virtualmente.

Para a seleção dos juízes, utilizou-se um sistema de classificação de juízes especialistas, mediante adaptação dos critérios de Fehring. Escolheram-se juízes que alcançaram no mínimo cinco pontos, segundo os seguintes itens: título de doutor = 4 pontos; título de mestre = 3 pontos; publicação em periódico indexado sobre a temática de interesse do estudo = 2 pontos; especialização na temática de interesse do estudo = 2 pontos; prática clínica na área de interesse de no mínimo cinco anos = 2 pontos; participação em evento científico nos últimos dois anos sobre a temática de interesse do estudo = 1 ponto.<sup>(16)</sup>

A amostra foi do tipo não probabilística, composta de 20 juízes, de acordo com recomendações da literatura.<sup>(17)</sup> Os critérios de inclusão foram: enfermeiros com expertise em neonatologia e pediatria e/ou com experiência anterior em práticas educativas relacionadas ao banho no recém-nascido a termo ou profissionais da área de comunicação social com experiência em vídeos educativos com animação, selecionados de acordo com os critérios de Fehring.<sup>(16)</sup> O critério de exclusão foi exercer atividades exclusivamente administrativas.

A primeira etapa consistiu em revisão de literatura para a identificação de evidências científicas sobre a realização segura do banho em recém-nascido a termo. As buscas ocorreram em maio de 2020 nos recursos informativos: Base de Dados de Enfermagem (BDENF); Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL); *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), *Web of Science*, *US National Library of Medicine National Institutes of Health* (PUBMED); SCOPUS; e, Google Acadêmico. Utilizaram-se os descritores: recém-nascido, tecnologia educacional e banhos. Selecionaram-se materiais que possuíam relação com a temática do estudo e produzidos no período de janeiro de 2014 até maio de 2020.

Na segunda etapa realizou-se um estudo teórico sobre as evidências científicas para balizar a construção do vídeo educativo, mediante seleção de informações relevantes para compor o conteúdo informacional da tecnologia educacional.

A terceira etapa abarcou a elaboração do vídeo educativo com desenho animado. Para tal, fez-se necessário a contratação de um *videomaker* especialista na elaboração de vídeos animados, para criação, edição e sonorização das imagens. Através do estudo teórico, as pesquisadoras elaboraram um roteiro detalhado do vídeo contendo informações sobre o banho domiciliar no recém-nascido a termo, para nortear a criação da tecnologia educacional.

A quarta etapa, realizada no mês de setembro de 2020, consistiu na validação por juízes especialistas. A busca dos participantes ocorreu através de consulta ao Currículo Lattes ou da Técnica de Bola de Neve.<sup>(18)</sup> Realizou-se um convite via *e-mail* e/ou *WhatsApp* com apresentação dos motivos da escolha daquele membro como juiz, a relevância dos conceitos envolvidos e do instrumento como um todo. Estipulou-se um prazo de 10 dias para devolução do material analisado, via Google Formulários.

O instrumento de validação consistiu em um formulário já validado para vídeo educativo, composto por 19 questões,<sup>(16)</sup> sendo adaptado para a temática do estudo. Assim, o vídeo foi avaliado quanto à funcionalidade, usabilidade, eficiência, técnica audiovisual, ambiente e procedimento. Havia também um espaço para comentários e sugestões.

A quinta etapa abarcou o ajustamento do vídeo educativo a partir das considerações dos juízes no instrumento avaliativo.

Realizou-se a análise quantitativa dos dados, utilizando o *software Microsoft Excel*, segundo as diferentes valorações das respostas dos juízes, mediante o total de

respostas para: Inadequado (1), Parcialmente Inadequado (2), Parcialmente Adequado (3) e Adequado (4). Calculou-se o Índice de Validade de Conteúdo (IVC) a partir do somatório das respostas classificadas como três e quatro, dividido pelo número total de respostas. Desta forma, seriam modificados os itens que não atingissem concordância de pelo menos 80%.<sup>(19)</sup>

Estudo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal Fluminense (Certificado de Apresentação e Apreciação Ética n. 01381218.7.0000.5243), sendo garantidos todos os preceitos éticos. Todos os juízes participantes aceitaram online o Termo de Consentimento Livre Esclarecido.

## RESULTADOS

O estudo elaborou e validou um vídeo educativo com animação sobre o banho domiciliar no recém-nascido a termo, sendo assim, segue a descrição das etapas do estudo.

### Etapa 1: busca dos temas

Foram selecionadas evidências científicas sobre a técnica ideal para o banho no recém-nascido a termo, os produtos a serem utilizados, além do momento e o tempo ideal para efetuar o procedimento.

### Etapa 2: estudo teórico

Selecionaram-se recomendações baseadas em boas práticas, como o Consenso Brasileiro de Pediatria sobre o Cuidado com a Pele do Recém-Nascido,<sup>(20)</sup> contendo a importância da realização da higiene corporal do recém-nascido e a técnica envolvida. Ademais, encontraram-se evidências científicas sobre a hipotermia e banho do recém-nascido nas primeiras horas de vida.<sup>(6)</sup> Destacou-se também a importância do uso de produtos com pH ideal para a higiene corporal do recém-nascido.<sup>(21)</sup>

### Etapa 3: elaboração do vídeo educativo com desenho animado

O *videomaker* recebeu o roteiro composto por 12 cenas distribuídas em três tópicos: materiais e cuidados que devem ser realizados antes do banho, a técnica ideal para o banho no recém-nascido a termo e o cuidado com o coto umbilical. Primeiramente, criaram-se os desenhos de acordo com as cenas propostas no roteiro, para isso utilizou-se o programa GIMP 2.8. Depois de concluídas, submetem-se as ilustrações à avaliação da equipe de pesquisadoras, com o total de três rodadas de ajustes, tanto no roteiro quanto nas figuras. Para a realização do vídeo propriamente dito, o *videomaker* recorreu ao

aplicativo *Camtasia Studio 8* e para as narrações das cenas empregou-se a voz da primeira pesquisadora, mediante a utilização de um gravador de voz. Nessa fase, o vídeo passou por três rodadas de adequações entre as próprias autoras.

#### Etapa 4: validação por juízes especialistas

Participaram 19 enfermeiros (95%) e um profissional da área de comunicação social (5%); sendo todos do sexo feminino (100%) e 14 com idade inferior a 40 anos (70%). Quanto ao nível de qualificação profissional, nove eram especialistas na área de interesse do estudo (45%), cinco mestres (25%), quatro graduados (20%) e dois doutores (10%). Em relação à experiência profissional, nove eram enfermeiros com expertise em enfermagem neonatal (45%), seis com expertise em enfermagem pediátrica (30%), quatro com experiência anterior em práticas educativas relacionadas ao banho no recém-nascido a termo (20%) e um profissional da área de comunicação social com experiência em vídeos educativos com animação (5%).

O quadro 1 apresenta a avaliação dos juízes quanto à funcionalidade, usabilidade, eficiência, técnica audiovisual, ambiente e ao procedimento, mediante o IVC por item e o IVC global.

O IVC médio de todos os quesitos foi maior que 0,8 (80%), assim o vídeo educativo obteve avaliação notadamente satisfatória, alcançando valor médio global de 0,99 (99%). Entre os itens avaliativos houve variação de 0,95 (95%) a 1 (100%).

#### Etapa 5: adequação do vídeo educativo

Embora os quesitos tenham obtido IVC superior a 0,8 (80%), as sugestões dos juízes especialistas foram analisadas e incorporadas na adequação das cenas, conforme possível, com a finalidade de garantir maior qualificação do vídeo educativo (Quadro 2).

Neste estudo, houve quatro razões para que algumas sugestões não fossem incorporadas ao vídeo: 1. (\*) não constituía o tema principal do vídeo, trazendo informações que excederiam o tema proposto; 2. (\*\*) o tempo de duração seria aumentado consideravelmente, por acrescentar informações que não são objetivas para o tema central; 3. (\*\*\*) falta de viabilidade técnica e financeira para realizar mudanças; 4. (\*\*\*\*) informação incompatível com as melhores evidências científicas sobre o tema. Diante do exposto, ajustou-se novamente o vídeo, chegando, assim, à sua última versão, contendo desenhos, personagens animados, textos escritos e falas, com duração de 6 minutos e 22 segundos. A figura 1 representa algumas cenas do vídeo.

**Quadro 1.** Avaliação dos juízes especialistas quanto à funcionalidade, usabilidade, eficiência, técnica audiovisual, ambiente e procedimento

	Inadequado/ Parcialmente inadequado	Adequado/ Parcialmente adequado	IVC do Item
<b>Quanto à funcionalidade</b>			
1. O vídeo apresenta-se como uma ferramenta adequada para o objetivo a qual se destina	0	20	1,00
2. O vídeo possibilita gerar resultados positivos quanto ao processo de ensino-aprendizagem do cuidado domiciliar com o banho no recém-nascido a termo	0	20	1,00
<b>Quanto à usabilidade</b>			
1. O vídeo é fácil de usar	0	20	1,00
2. No vídeo é fácil aprender os conceitos teóricos utilizados e suas aplicações	0	20	1,00
3. O vídeo permite que os clientes/usuários apliquem com facilidade os conceitos abordados no cotidiano do cuidado domiciliar	0	20	1,00
<b>Quanto à eficiência</b>			
1. A duração (tempo do vídeo) é adequada para que o usuário aprenda o conteúdo	0	20	1,00
2. O tempo de cena está coerente com o tempo proposto para o vídeo	0	20	1,00
<b>Quanto à técnica audiovisual</b>			
1. A qualidade da imagem do vídeo é adequada para a observação das cenas	1	19	0,95
2. O tom e a voz do narrador são adequados	0	20	1,00
3. A narração do vídeo é utilizada de forma eficiente e compreensível ao público-alvo.	0	20	1,00
4. É possível retornar a cenas anteriores assim que desejado.	0	20	1,00
<b>Quanto ao ambiente</b>			
1. O vídeo reflete o cotidiano das famílias	0	20	1,00
2. O ambiente reproduzido em animação não interferiu na fidelidade do procedimento no banho domiciliar	0	20	1,00
<b>Quanto ao procedimento</b>			
1. Os objetivos do vídeo educativo são claros e bem estruturados	0	20	1,00
2. A funcionalidade e técnica do banho domiciliar no recém-nascido a termo foram explicadas de modo correto.	0	20	1,00
3. A finalidade dos cuidados com o banho domiciliar no recém-nascido a termo foi apresentada	0	20	1,00
4. Os objetivos do cuidado com o banho domiciliar no recém-nascido a termo em domicílio estão claros e corretos	0	20	1,00
5. Houve apresentação de todos os materiais utilizados no banho domiciliar do recém-nascido a termo	0	20	1,00
6. As etapas dos procedimentos foram identificadas e adequadas.	0	20	1,00

IVC médio Global = 0,99



**Quadro 2.** Síntese da análise qualitativa das alterações sugeridas pelos juízes

Sugestões	Alterações atendidas
Tornar o vídeo mais curto e sucinto.	Não***
Ressaltar que não precisa utilizar faixas umbilicais e moedas.	Sim
Acrescentar um personagem além da mãe representando a família.	Sim
Demonstrar a higienização do coto umbilical e quando se deve procurar atendimento de saúde.	Sim
Informar a importância de não se utilizar diferentes marcas de produtos.	Sim
Demonstrar a limpeza e movimento dos olhos.	Não***
Falar sobre a importância do banho.	Sim
Falar sobre a importância de secar todas as dobrinhas do corpo.	Sim
Inserir a frequência de banhos por dia ou semana e o local onde a banheira deve ficar durante o banho.	Não**
Abordar sobre a pomada.	Não*
Trazer mais movimentação para a personagem representada pela mãe.	Não***
Acrescentar legenda durante o vídeo.	Não***
Acrescentar outras técnicas de banho como o banho enrolado.	Não*
Uso exclusivo do álcool 70% no coto umbilical.	Não****
Falar "coto umbilical" em vez de umbigo.	Sim
Falar que o bebê pode permanecer de fralda e embrulhado enquanto se faz a higienização da cabeça e rosto.	Sim
Lavar o rosto apenas com água e depois utilizar o sabão para lavar a cabeça.	Sim
Reforçar a importância de secar o coto umbilical após a higiene.	Sim
Mostrar os objetos identificando-os separados.	Sim
Acrescentar orientação nos cuidados com os ouvidos.	Não**
Explicar a importância de não realizar o banho com a ponta dos dedos somente.	Não**
Dar um passo a passo quanto à limpeza de cada área do corpo.	Sim
Detalhar a higiene genital de acordo com as particularidades de cada sexo.	Não**
Fazer o vídeo com bebê real.	Não***
Reforçar a manobra de pinça com o indicador e o polegar.	Não**
Orientar estratégias de redução de estresse.	Sim
Esmiúçar a limpeza do coto.	Não*

**DISCUSSÃO**

O vídeo educativo sobre o banho domiciliar do recém-nascido a termo foi elaborado e validado de forma satisfatória. Os itens avaliativos alcançaram níveis satisfatórios em relação aos critérios de funcionalidade, usabilidade, eficiência, técnica audiovisual, ambiente e ao procedimento.

Estudos de validação de tecnologias educacionais, como vídeos, têm sido aprimorados e utilizados tanto para promoção e educação em saúde quanto para aplicação em estratégias de ensino-aprendizagem.<sup>(22)</sup> Através do áudio vídeo é possível atrair, estimular e fortalecer a autonomia do público para o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento, convívio e cuidado.<sup>(23,24)</sup> Logo, recomenda-se que materiais educacionais sejam corretamente elaborados e validados antes de sua aplicação.<sup>(25)</sup>

Quanto à funcionalidade e usabilidade, o vídeo apresentou alto índice de concordância entre os juízes, sendo, portanto, considerada uma ferramenta adequada ao objetivo a que se propõe, além de fácil manuseio e aprendizagem, podendo gerar resultados positivos quanto ao processo ensino-aprendizagem do cuidado domiciliar com o banho no recém-nascido, mediante sua utilização.

Para todos os juízes, a duração total do vídeo é adequada para que o usuário aprenda o conteúdo e o tempo de cena está coerente com o tempo proposto para o vídeo. A literatura aponta que não é aconselhável mais de 15 ou 20 minutos para vídeos instrucionais em saúde, pois quanto maior o tempo de exposição, menor é a atenção oferecida ao conteúdo.<sup>(22)</sup>

Para que o material seja de fácil compreensão, torna-se essencial o uso de uma linguagem acessível a todas as camadas da sociedade, independentemente do grau de instrução da população-alvo.<sup>(14)</sup> Assim, optou-se por uma fala clara, simples e objetiva. Nessa diretiva, todos os juízes avaliaram que o tom e a voz da narradora foram adequados, bem como a narração foi utilizada de forma eficiente e compreensível ao público-alvo.

As ilustrações contidas no material educativo possuem como função facilitar o entendimento do leitor, portanto, precisam abranger personagens, cenários e vivências mais próximas do público-alvo, possibilitando a oportunidade de construir novos significados e permitindo a compreensão do cotidiano.<sup>(26)</sup> De acordo com os juízes, a qualidade da imagem do



Figura 1. Cenas do vídeo educativo “Como dar o banho no recém-nascido em casa”

vídeo é adequada para a observação das cenas, reflete o cotidiano de famílias e o ambiente reproduzido em animação não interferiu na fidelidade do procedimento no banho domiciliar.

No que concerne ao procedimento, todos os cinco itens avaliativos foram considerados adequados. Assim, a funcionalidade, a técnica, a finalidade, os objetivos, os materiais e as etapas do banho domiciliar no recém-nascido a termo estavam corretos. No entanto, apesar da excelente avaliação, sugestões foram propostas.

No tocante ao conteúdo, algumas recomendações dos juízes versavam sobre o tempo e a temperatura ideal da água para realização do procedimento. Para a temperatura da água, um estudo realizado no Canadá determinou que o banho de imersão com a temperatura da água entre 37,8°C a 38,8°C pode reduzir as perdas de calor em recém-nascidos a termo. É necessário que o banho dure entre cinco a dez minutos para que não haja estresse causado pelo frio, prevenindo também o tempo de exposição da pele dos bebês aos agentes de limpeza.<sup>(27)</sup> Ademais, o uso de sabonetes com pH neutro precisa ser considerado.<sup>(6)</sup> Sendo assim, tais tópicos foram incluídos no conteúdo do vídeo.

Para a realização do cuidado com o coto umbilical, os juízes ressaltaram a importância de não utilizar faixas umbilicais e moedas no coto umbilical. Estudo baiano trouxe a importância de desmistificar esta prática, pois o uso destes materiais no abdômen do recém-nascido, como medida preventiva para hérnia umbilical, não é eficaz e favorece a proliferação de bactérias que poderão causar infecção umbilical, tétano neonatal e óbito.<sup>(5)</sup> Assim, o cuidado ideal com o coto umbilical é a limpeza com água e sabão, mantendo-o sempre seco, além do uso de álcool a 70% ou clorexidina em concentrações de 0,5% a 4%.<sup>(20)</sup> Essas informações fazem parte do conteúdo do vídeo para garantir uma melhor qualidade da tecnologia educacional.

Os juízes sugeriram inserir imagens do pai no vídeo educativo. Esta demanda foi atendida, pois há uma demanda social para que os pais exerçam a paternidade mais ativa no que se refere à convivência e aos cuidados com os filhos, uma vez que, o desenvolvimento emocional do bebê tem início já nos primeiros momentos da vida, por isto, a

importância do contato materno/paterno-infantil para estreitar o vínculo e os laços afetivos.<sup>(28,29)</sup>

Contudo, as sugestões quanto ao detalhamento da higienização das genitálias feminina e masculina e do manejo mais detalhado do coto umbilical e banheira, além da inclusão da técnica do banho enrolado (própria para prematuros), não puderam ser atendidas, pois fugiam ao objetivo central do vídeo e aumentariam seu tempo de duração. Entretanto, constituem-se em temas importantes para a elaboração de novas tecnologias educacionais no âmbito dos cuidados ao recém-nascido.

A principal limitação do estudo, foi a pandemia da COVID-19 que inviabilizou a coleta de dados com o público-alvo. Ainda, como limitação, destaca-se a lacuna do conhecimento sobre validação de vídeos educativos sobre o tema, limitando uma discussão mais específica e comparativa dos achados.

Acredita-se que o vídeo possa ser usado como tecnologia educacional junto às puérperas e familiares no processo educativo em saúde para minimização de dúvidas, de modo a favorecer a autonomia dos familiares durante o banho, contribuindo, portanto, para a redução da disseminação de informações equivocadas sobre a temática, garantindo, assim, a promoção de um cuidado seguro e com qualidade aos recém-nascidos.

## CONCLUSÃO

O vídeo educativo sobre o banho domiciliar do recém-nascido a termo foi validado satisfatoriamente por juízes especialistas na área da enfermagem e comunicação social. A tecnologia educacional está disponível para uso livre e gratuito por profissionais e familiares, segundo o link <https://www.youtube.com/watch?v=5PdQOOYpKV0>.

## Contribuições

Concepção e/ou desenho do estudo: Campos BL, Góes FGB; Coleta, análise e interpretação dos dados: Campos BL, Góes FGB, Silva LF, Silva ACSS, Silva MA, Silva LJ; Redação e/ou revisão crítica do manuscrito: Campos BL, Góes FGB, Silva LF, Silva ACSS, Silva MA, Silva LJ; Aprovação da versão final a ser publicada: Campos BL, Góes FGB, Silva LF, Silva ACSS, Silva MA, Silva LJ.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. 2a ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014 [citado 2021 Jun 30]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_saude\\_recem\\_nascido\\_v1.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_v1.pdf)
2. Santos AS, Góes FG, Ledo BC, Silva LF, Bastos MP, Silva MA. Educational technology on home care for low-risk newborns. Rev Enferm UERJ. 2020;28:e44488.
3. Góes FG, Silva MA, Santos AS, Pontes BF, Lucchese I, Silva MT. Postnatal care of newborns in the family context: an integrative review. Rev Bras Enferm. 2020;73(Suppl 4):e20190454.

4. Müller EB, Zampieri MF. Divergences regarding the care of newborns in the obstetric center. *Esc Anna Nery*. 2014;18(2):247-56.
5. Linhares EF, Marta FE, Dias JA, Santos MC. Family management influence in the birth of the newborn and prevention of omphalitis. *Rev Enferm UFPE on line*. 2017;11(supl.11):4678-86.
6. Ruschel LM, Pedrini DB, Cunha ML. Hypothermia and the newborn's bath in the first hours of life. *Rev Gaúcha Enferm*. 2018;39:e20170263.
7. Ar I, Gozen D. Effects of under running water bathing and immersion tub bathing on vital signs of newborn infants. *Adv Neonatal Care*. 2018;18(6):E3-E12.
8. Johnson E, Hunt R. Infant skin care: updates and recommendations. *Curr Opin Pediatr*. 2019;31(4):476-81.
9. Mercado NC, Souza GD, Silva MM, Anseloni MG. Nursing care and guidelines for puerperae in rooming-in. *Rev Enferm UFPE on line*. 2017;11(Supl. 9):3508-15.
10. Dalmolin A, Girardon-Perlini NM, Coppetti LC, Rossato GC, Gomes JS, Silva ME. Educational video as a healthcare education resource for people with colostomy and their families. *Rev Gaúcha Enferm*. 2016;37(esp):e68373.
11. Silva DM, Carreiro FA, Mello R. Educational technologies in nursing assistance in health education: integrating review. *Rev Enferm UFPE on line*. 2017;11(Supl. 2):1044-51.
12. Carvalho Neto FJ, Oliveira FG, Fontes JH, Neves IS, Azevedo JV, Vieira Júnior DN, et al. Educational technology on home medication disposal. *Rev Enferm UFPE on line*. 2020;14:e244267.
13. Rodrigues Junior JC, Rebouças CB, Castro RC, Oliveira PM, Almeida PC, Pagliuca LM. Development of an educational video for the promotion of eye health in school children. *Texto Contexto Enferm*. 2017;26(2):e06760015.
14. Pinto TR, Castro DS, Bringuento ME, Sant' Anna HC, Souza TV, Caniçali Primo C. Educational animation about home care with premature newborn infants. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(Supl 4):1604-10.
15. Alam M, D'Este C, Banwell C, Lokuge K. The impact of mobile phone based messages on maternal and child healthcare behaviour: a retrospective cross-sectional survey in Bangladesh. *BMC Health Serv Res*. 2017;17:434.
16. Faleiros F, Cucick CD, Silva Neto ET, Rabe SA, Favoretto NB, Káppler C. Development and validation of an educational video for clean intermittent bladder catheterization. *Rev Eletr Enferm*. 2019;21:53973.
17. Salvador PT, Mariz CM, Vitor AF, Ferreira Jr MA, Fernandes MI, Martins JC, et al. Validation of virtual learning object to support the teaching of nursing care systematization. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(1):11-9.
18. Costa BR. Bola de neve virtual: o uso das redes sociais virtuais no processo de coleta de dados de uma pesquisa científica. *Rev Inter Gestão Social*. 2018;7(1):15-37.
19. Pegoraro LG, Gvozdz R, Haddad MC, Vannuchi MT, Silva LG, Rossaneis MA. Validation of instrument to assess software of patients' risk classification. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(3):975-82.
20. Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Consenso de cuidado com a pele do recém-nascido. Porto Alegre: SBP; 2015.
21. Mendes BR, Shimabukuro DM, Uber M, Abagge KT. Critical assessment of the pH of children's soap. *J Pediatr (Rio J)*. 2016;92:290-5.
22. Lima MB, Rebouças CB, Castro RC, Cipriano MA, Cardoso MV, Almeida PC. Construction and validation of educational video for the guidance of parents of children regarding clean intermittent catheterization. *Rev Esc Enferm USP*. 2017;51:e03273.
23. Rosa BV, Girardon-Perlini NM, Guerrero Gamboa NS, Nietzsche EA, Beuter M, Dalmolin A. Development and validation of audiovisual educational technology for families and people with colostomy by cancer. *Texto Contexto Enferm*. 2019;28:e20180053.
24. Costa AR, Imoto AM, Gottens LB. Videocase sobre a lista de verificação do parto seguro: sensibilização dos profissionais da saúde. *Enferm Foco*. 2019;10(5):13-19.
25. 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(Supl 4):1635-41.
26. Cordeiro LI, Lopes TO, Lira LE, Feitoza SM, Bessa ME, Pereira ML, et al. Validation of educational booklet for HIV/Aids prevention in older adults. *Rev Bras Enferm*. 2017;70(4):775-82.
27. Santos SV, Costa R. Skin care of the newborn: the state of art. *Rev Pesq Cuid Fundam*. 2015;7(3):2887-901.
28. Soares NC, Bernardino MP, Zani AV. Insertion of the father in the care of the hospitalized preterm infant: perception of the multiprofessional team. *Rev Paul Pediatr*. 2019;37(3):283-90.
29. Rogerio MC, Silva L, 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.

# AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIA ASSISTIVA SOBRE CÂNCER DE PRÓSTATA E MAMA PARA DEFICIENTES VISUAIS EM PAÍSES LUSÓFONOS

EVALUATION OF ASSISTIVE TECHNOLOGY ABOUT PROSTATE AND BREAST CANCER FOR VISUALLY IMPAIRED PERSONS IN PORTUGUESE-SPEAKING COUNTRIES

EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍA DE ASISTENCIA EN CÁNCER DE PRÓSTATA Y MAMA PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD VISUAL EN PAÍSES DE HABLA PORTUGUESA

Gisele Mendes da Silva<sup>1</sup>

(<https://orcid.org/0000-0001-7782-1649>)

Monaliza Ribeiro Mariano<sup>1</sup>

(<https://orcid.org/0000-0002-8718-4783>)

Edmara Chaves Costa<sup>1</sup>

(<https://orcid.org/0000-0003-0007-6681>)

Sonha Maria Coelho de Aquino<sup>2</sup>

(<https://orcid.org/0000-0002-2166-9454>)

Antonia Ellen Jardani de Souza Medeiros<sup>1</sup>

(<https://orcid.org/0000-0003-1974-2090>)

Paula Marciana Pinheiro de Oliveira<sup>1</sup>

(<https://orcid.org/0000-0001-9091-0478>)

## Descritores

Tecnologia; Pessoas com deficiência visual; Neoplasias da próstata; Neoplasias da mama; Avaliação de tecnologias em saúde

## Descriptors

Technology; Visually impaired persons; Prostate neoplasms; Breast neoplasm; Health technology assessment

## Descritores

Tecnología; Personas con daño visual; Neoplasias de la próstata; Neoplasias de la mama; Evaluación de tecnologías sanitarias

## Submetido

12 de Março de 2021

## Aceito

22 de Maio de 2021

## Conflitos de interesse:

nada a declarar.

## Autor correspondente

Gisele Mendes da Silva

E-mail: [gisamendesfma@gmail.com](mailto:gisamendesfma@gmail.com)

## RESUMO

**Objetivo:** Avaliar a acessibilidade de tecnologia assistiva sobre câncer de próstata e de mama por deficientes visuais de dois países lusófonos.

**Métodos:** Estudo metodológico de avaliação de tecnologia assistiva em saúde. Dados coletados com instrumento validado, constituído por 17 itens distribuídos nos atributos objetivos, acesso, clareza, estruturação e apresentação, relevância e eficácia e interatividade. Na análise, aplicaram-se Teste Qui-quadrado de Pearson, Teste Exato de Fisher ou Razão de Verossimilhança de acordo com os pressupostos dos testes. Os aspectos éticos foram respeitados.

**Resultados:** A amostra foi de 62 participantes. As variáveis que tiveram diferenças estatísticas significantes foram escolaridade ( $p=0,006$ ), tipos de deficiência ( $p=0,010$ ) e desenvolvimento da deficiência ( $p=0,005$ ). Todas os atributos e itens obtiveram boas avaliações com alguns tópicos que não houve diferença estatística em ambos os países.

**Conclusão:** As tecnologias assistivas sobre câncer de mama e próstata foram bem avaliadas, independente do país, brasileiros e portugueses as consideraram adequadas.

## ABSTRACT

**Objective:** To evaluate the accessibility of assistive technology about prostate and breast cancer by visually impaired persons in two Portuguese-speaking countries.

**Methods:** Methodological study of an assess assistive health technology. Data were collected from a validated instrument, comprising of 17 items distributed in the attributes, objective, access, clarity, structure and presentation, relevance and effectiveness and interactivity. In the analysis, the Pearson's Chi-squared test and the Fisher's exact test or likelihood ratios were applied according to the assumptions of the tests. The ethical aspects involved in the research were respected.

**Results:** The sample was of 62 participants. The variables that exhibited any statistical differences were: schooling ( $p=0,006$ ); types of disabilities ( $p=0,010$ ) and; disabilities development ( $p=0,005$ ). All attributes and items had good evaluations, with some topics that there was no statistical difference among the countries.

**Conclusion:** Assistive technology about prostate and breast cancer were well evaluated, regardless of the country, were considered adequate by brazilians and portuguese.

## RESUMEN

**Objetivo:** Evaluar la accesibilidad de la tecnología de asistencia en el cáncer de próstata y mama por personas con daño visual de dos países de habla portuguesa.

**Métodos:** Estudio metodológico para evaluar la tecnología asistencial sanitaria. Datos recolectados con un instrumento validado, compuesto por 17 ítems distribuidos en los atributos objetivos, acceso, claridad, estructuración y presentación, relevancia y efectividad e interactividad. En el análisis se aplicó la prueba de chi-cuadrado de Pearson, la prueba exacta de Fisher o razón de verosimilitud según los supuestos de las pruebas. Se respetaron los aspectos éticos.

**Resultados:** La muestra estuvo formada por 62 participantes. Las variables que presentaron diferencias estadísticamente significativas fueron educación ( $p=0,006$ ), tipos de discapacidad ( $p=0,010$ ) y desarrollo de la discapacidad ( $p=0,005$ ). Todos los atributos e ítems obtuvieron buenas evaluaciones con algunos temas que no hubo diferencia estadística en ambos países.

**Conclusion:** Las tecnologías de asistencia en cáncer de mama y próstata fueron bien evaluadas, independientemente del país, brasileños y portugueses las consideraron apropiadas.

<sup>1</sup>Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, Redenção, CE, Brasil.

<sup>2</sup>Escola de Saúde Pública do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

## Como citar:

Silva GM, Mariano MR, Costa EC, Aquino SM, Medeiros AE, Oliveira PM. Avaliação de tecnologia assistiva sobre câncer de próstata e mama para deficientes visuais em países lusófonos. *Enferm Foco*. 2021;12(5):1040-6.

DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n5.4695>



## INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) estima-se que cerca de 15% da população mundial, ou seja, um bilhão de pessoas, vivem com deficiência. Embora uma parcela significativa, as pessoas com deficiência (PcD) encontram-se ainda invisibilizadas em seus modos de ser e em suas demandas, apresentando piores índices de saúde, e de qualidade de vida quando comparados à população sem deficiência. O que resulta, inclusive, das diversas barreiras que este público enfrenta no acesso às políticas públicas.<sup>(1)</sup>

Quanto ao acesso à saúde, as Pessoas com Deficiência, assim como quaisquer outras, necessitam de cuidados diversos de promoção, prevenção e/ou serviços assistenciais. No entanto, até mesmo nos trabalhos de educação em saúde, a ausência de instrumentos adaptados dificulta a inclusão dessas pessoas. Assim, pensar tecnologias assistivas voltadas para os trabalhos de educação em saúde das pessoas com deficiência é pensar a garantia desse direito a essa população. Das tecnologias específicas para a clientela de Pessoas com Deficiência, temos a Tecnologia Assistiva (TA), definida como recursos, serviços, estratégias, equipamentos e produtos utilizados para ampliar o atendimento às necessidades individuais das pessoas com deficiência e idosos, além de incluí-las na sociedade e auxiliar na promoção da saúde.<sup>(2)</sup>

Partindo-se desse contexto, esse estudo trata da avaliação de tecnologia para pessoas com deficiência visual sobre câncer de mama e próstata, construída no Brasil e adaptada também à realidade de Portugal para promoção de saúde nestes países. Estes temas foram escolhidos por serem considerados problemas de saúde pública mundial. O câncer é patologia que atinge especialmente os países em desenvolvimento, sendo que estudo internacional aponta que em 2018 ocorreram no mundo 18 milhões de casos novos e 9 milhões de mortes causadas pelo câncer. Entre as mulheres, o câncer de mama é o câncer mais comumente diagnosticado (2,1 milhões), sendo a segunda causa de morte. Entre os homens, o câncer de próstata é o segundo câncer mais frequente (1,3 milhão).<sup>(3)</sup>

Para o Brasil, a estimativa para cada ano do triênio 2020-2022 aponta que ocorrerão 625 mil casos novos de câncer, sendo que os cânceres de mama e próstata serão os mais incidentes (66 mil cada). Em Portugal, as estimativas são semelhantes, o Câncer de mama e próstata são em sequência o segundo e o terceiro mais frequentes, sendo que o câncer de próstata apresenta a maior mortalidade.<sup>(3,4)</sup>

Entende-se que o conhecimento prévio sobre a patologia e rastreamento precoce leva a maiores possibilidades de transformar os hábitos e modos de vida, colaborando

na promoção e na prevenção de riscos e agravos. Afinal, promover saúde passa diretamente pelo processo de educação em saúde. Além disso, estudos como este tencionam a construção de recursos e instrumentos que assistam na autonomia e independência de pessoas com deficiência nos seus processos de cuidado. Assim, o presente estudo tem como objetivo avaliar a acessibilidade de tecnologia assistiva sobre câncer de próstata e de mama por deficientes visuais de dois países lusófonos.

## MÉTODOS

O presente estudo, do tipo metodológico, delineia-se a partir da avaliação de tecnologia assistiva em saúde, cuja temática retrata o câncer de mama e próstata.

Participaram da coleta 62 pessoas com deficiência visual, priorizando-se pelo mesmo quantitativo de representação de cada país, 31 brasileiros e 31 portugueses, e de cada sexo, 31 mulheres e 31 homens. A avaliação da tecnologia sobre o câncer de mama foi realizada com as mulheres e sobre o câncer de próstata com os homens. Como critério de inclusão, pessoas com deficiência visual que residissem nos países em pesquisa. O único critério de exclusão foi pessoas com deficiência visual e com deficiências associadas.

O estudo foi realizado em dois países lusófonos, Brasil e Portugal, sendo que no Brasil a coleta foi realizada na cidade de Redenção-CE, a partir de banco de dados de pesquisas anteriormente realizadas com o público-alvo, ocorrendo-a nas próprias residências dos participantes; e em Portugal, na cidade de Porto, no Centro de Reabilitação da Arenosa e Associação de Cegos e Amblíopes de Portugal (ACAPO).

A coleta dos dados em ambos os países foi realizada utilizando a rede de referências. No Brasil deu-se no período de outubro de 2016 a março de 2017, e em Portugal ocorreu de junho de 2017 a janeiro de 2018.

Os recursos avaliados foram dois audiotextos, um sobre câncer de mama e outro sobre câncer de próstata, quatro modelos de mamas e uma peça em corte transversal em formato de próstata. As Tecnologias Assistivas foram construídas a partir de investigação na literatura sobre as temáticas, utilizando conteúdos validados pela Organização Mundial da Saúde<sup>(5)</sup> e Instituto Nacional de Câncer.<sup>(6,7)</sup> Os audiotextos constituíram-se em caráter dialogal, a fim de viabilizar maior proximidade entre usuários e tecnologia. No audiotexto sobre câncer de mama foram abordados anatomia da mama, conceito, métodos de diagnóstico, auto palpação, sinais e sintomas, fatores de risco, prevenção, rastreamento e tratamento. E o audiotexto sobre câncer de





**Figura 1.** Tecnologia Assistiva sobre câncer de mama e Tecnologia Assistiva sobre câncer de próstata para pessoas com deficiência visual

próstata foram inseridos o conceito de câncer, anatomia e fisiologia da próstata, estágio do tumor, métodos de diagnósticos, sintomas, fatores de risco, rastreamento e tratamento.

No Brasil, os conteúdos das Tecnologias Assistivas foram avaliados por dois especialistas, um em câncer de mama, outro de próstata, e por duas pessoas com deficiência visual. Em Portugal foi realizada a adaptação transcultural do conteúdo por três especialistas na área de enfermagem oncológica com a finalidade de que expressões culturais fossem respeitadas. Após este passo, encaminhado para estúdio de gravação e adaptado em áudio. No Brasil foram gravados por duas vozes brasileiras femininas, e em Portugal por duas vozes portuguesas, uma masculina no texto sobre câncer de próstata e outra feminina para câncer de mama.

Além destes, foram construídos quatro modelos de mamas com poliuretano, apresentando alterações próprias do câncer de mama e peça feita com espuma vinílica acetinada (EVA) contendo quatro próstatas em corte transversal com tumores localizados em diferentes regiões do órgão, criadas com finalidade de efetivar o aprendizado (Figura 1). Para os construtos utilizou-se materiais que exploram o tato e audição, visto que são os sentidos mais desenvolvidos nas pessoas com deficiência visual.

Na avaliação da tecnologia pelo público-alvo utilizou-se instrumento já validado que avalia o grau de satisfação do participante, a partir de escala tipo *likert* de 0 a 2, em que se atribui 0 para a tecnologia inadequada, 1 tecnologia parcialmente adequada e 2 tecnologia adequada. Os itens avaliados foram: Objetivo, Acesso, Clareza, Estrutura e Apresentação, Relevância e Eficácia e Interatividade.<sup>(6)</sup>

Foi realizada análise estatística dos dados a partir dos programas *Microsoft Office Excel 2013* e *IBM SPSS Statistic 22*, com exame da diferença entre proporções das variáveis categóricas (sociodemográficas e avaliação das tecnologias assistidas em saúde), de acordo com a nacionalidade, por meio do teste Qui-quadrado de Pearson, teste exato de Fisher ou razão de verossimilhança, de acordo com os pressupostos dos testes. Os resultados estão organizados

em tabelas de dupla entrada e foram considerados com base no nível de significância de 5%.

O trabalho foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-UNILAB), sob Certificado de Apresentação de Apreciação Ética nº 57569416.6.0000.5576 e aprovado em 10 de outubro de 2016, com Parecer nº 1.769.054. Para realização do estudo em Porto-Portugal, foi considerada declaração de autorização, visto não existir Comitê de Ética em Pesquisa no país.

## RESULTADOS

A tabela 1 apresenta o perfil dos participantes. Destaca-se que o perfil dos participantes nos dois países foi semelhante. Como são perceptíveis, as variáveis que tiveram diferenças estatísticas significantes foram escolaridade ( $p=0,006$ ), classificação da deficiência visual ( $p=0,010$ ) e desenvolvimento da deficiência ( $p=0,005$ ). No Brasil, houve maior prevalência de pessoas no ensino fundamental e analfabetas, cegas e desenvolvimento da deficiência adquirida. Em Portugal, por sua vez, houve maior proporção de pessoas com ensino fundamental e médio, de baixa acuidade visual e deficiência congênita.

**Tabela 1.** Características sociodemográficas dos participantes do estudo de Tecnologia Assistiva em Saúde sobre câncer de mama e de próstata no Brasil e em Portugal

Variáveis	Nacionalidade		Estatística (p-value)
	Brasil n(%)	Portugal n(%)	
Faixa etária			
Até 59 anos	19(48,7)	20(51,3)	0,793 <sup>*</sup>
60 anos ou mais	12(52,2)	11(47,8)	
Escolaridade			
Analfabeto	7(100)	00(00,0)	0,006 <sup>**</sup>
Ensino Fundamental	18(50,0)	18(50,0)	
Ensino Médio	5(33,3)	10(66,7)	
Ensino Superior	1(25,0)	3(75,0)	
Classificação da deficiência visual			
Cegueira	27(60,0)	18(40,0)	0,010 <sup>*</sup>
Baixa acuidade visual	4(23,5)	13(76,5)	
Desenvolvimento da deficiência			
Adquirido	27(61,4)	17(38,6)	0,005 <sup>**</sup>
Congênito	4(22,2)	14(77,8)	

Teste Qui-quadrado de Pearson; <sup>\*</sup>Razão de Verossimilhança

Na tabela 2 consta a avaliação de cada item dos atributos: Objetivo, Acesso e Clareza. Por meio da análise das variáveis, é observável que houve semelhança estatística entre os dois países. Em ambas as nações os itens foram considerados adequados. Ressalta-se que a melhores avaliações foram: no atributo Objetivos, item “estimula a aprendizagem sobre o conteúdo abordado”; no atributo Acesso, “disponibiliza os recursos adequados e necessários para a sua utilização”; e no atributo Clareza, dois itens, “apresenta informações necessárias para melhor compreensão do conteúdo” e “conteúdo da informação está adequado às suas necessidades”.

**Tabela 2.** Avaliação dos Objetivos, Acesso e Clareza de Tecnologia Assistiva em Saúde sobre câncer de mama e de próstata de acordo com a nacionalidade, Brasil e Portugal

Atributos / Itens da Avaliação	Nacionalidade		Estatística (p-value)	
	Brasil n(%)	Portugal n(%)		
Objetivos	Relaciona o conteúdo abordado no seu dia a dia			0,208***
	Inadequada	2(100,0)	00(00,0)	
	Parcialmente adequada	3(60,0)	2(40,0)	
	Adequada	26(47,3)	29(52,7)	
	Esclarece as dúvidas sobre o conteúdo abordado			1,000**
	Parcialmente adequada	2(66,7)	1(33,3)	
	Adequada	29(49,2)	30(50,8)	
	Estimula a aprendizagem sobre o conteúdo abordado			1,000**
	Parcialmente adequada	1(50,0)	1(50,0)	
Adequada	30(50,0)	30(50,0)		
Estimula a aprendizagem de novos conceitos ou fatos			0,116***	
Inadequada	1(100,0)	00(00,0)		
Parcialmente adequada	2(100,0)	00(00,0)		
Acesso	Permite-lhe buscar informações sem dificuldades			0,167*
	Parcialmente adequada	7(70,0)	3(30,0)	
	Adequada	24(46,2)	28(53,8)	
	Disponibiliza os recursos adequados e necessários para sua utilização			0,354**
	Parcialmente adequada	4(80,0)	1(20,0)	
Adequada	27(47,4)	30(52,6)		
Clareza	Apresenta informações necessárias para melhor compreensão do conteúdo			0,113**
	Parcialmente adequada	4(100,0)	00(00,0)	
	Adequada	27(46,6)	31(53,4)	
	O conteúdo da informação está adequado às suas necessidades			0,113**
	Parcialmente adequada	4(100,0)	00(00,0)	
	Adequada	27(46,6)	31(53,4)	
	Apresenta as informações de modo simples			0,053**
Parcialmente adequada	7(87,5)	1(12,5)		
Adequada	24(44,4)	30(55,6)		

Teste Qui-quadrado de Pearson; \*Teste Exato de Fisher; \*\*\*Razão de Verossimilhança

A tabela 3 descreve os achados relacionados com Estrutura e Apresentação, Relevância e Eficácia e Interatividade das Tecnologias Assistivas. Pela observação destas variáveis é perceptível que se mantém a semelhança

estatística entre os dois países, sendo que os itens destes atributos também foram considerados adequados. As melhores avaliações do atributo Estrutura e Apresentação, respectivamente Brasil/Portugal, foram nos itens “apresenta o conteúdo de forma organizada” e “possui estratégia de apresentação atrativa”. Já no atributo Relevância e Eficácia, “permite-lhe refletir sobre o conteúdo apresentado” e no atributo Interatividade, “oferece interação e envolvimento do processo educativo”.

**Tabela 3.** Avaliação da estrutura e apresentação, da relevância e eficácia e da interatividade de Tecnologia Assistiva em Saúde sobre câncer de mama e de próstata de acordo com a nacionalidade, Brasil e Portugal

Atributos / Itens da Avaliação	Nacionalidade		Estatística (p-value)	
	Brasil n(%)	Portugal n(%)		
Estrutura e apresentação	Apresenta o conteúdo de forma organizada			0,238*
	Parcialmente adequada	3(100,0)	0(00,0)	
	Adequada	28(47,5)	31(52,5)	
	Possui estratégia de apresentação atrativa			0,492*
Parcialmente adequada	2(100,0)	0(00,0)		
Adequada	29(48,3)	31(51,7)		
Relevância e eficácia	Permite-lhe refletir sobre o conteúdo apresentado			1,000*
	Parcialmente adequada	1(100,0)	0(00,0)	
	Adequada	30(49,2)	31(50,8)	
	Desperta o seu interesse para utilizá-la			0,104*
	Parcialmente adequada	6(85,7)	1(14,3)	
	Adequada	25(45,5)	30(54,5)	
Estimula uma mudança de comportamento em você			1,000*	
Parcialmente adequada	4(57,1)	3(42,9)		
Adequada	27(49,1)	28(50,9)		
Interatividade	Reproduz o conteúdo abordado em diferentes contextos			0,455**
	Inadequada	1(100,0)	0(00,0)	
	Parcialmente adequada	5(55,6)	4(44,4)	
	Adequada	25(48,1)	27(51,9)	
Oferece interação, envolvimento ativo no processo educativo			0,496**	
Inadequada	1(100,0)	0(00,0)		
Parcialmente adequada	1(50,0)	1(50,0)		
Adequada	29(49,2)	30(50,8)		
Fornece autonomia ao usuário em relação à sua operação			0,165**	
Inadequada	1(100,0)	0(00,0)		
Parcialmente adequada	4(80,0)	1(20,0)		
Adequada	26(46,4)	30(53,6)		

Teste Exato de Fisher; \*\*Razão de Verossimilhança

## DISCUSSÃO

Destaca-se nos resultados desse estudo as diferenças estatísticas quanto ao nível de escolaridade dos participantes nos dois países. Entre os brasileiros obteve-se a menor proporção de escolaridade, inclusive com taxas de analfabetismo. A OMS em Pesquisa Mundial de Saúde realizada em 51 países traz que a média de anos de escolarização são igualmente mais baixos para pessoas com deficiência na

comparação com pessoas sem deficiência, seja em países desenvolvidos ou em desenvolvimento, porém que as dificuldades de acesso se ampliam ainda mais nesses últimos, como é o caso do Brasil.<sup>(1)</sup>

Com base nos resultados obtidos referentes aos diferentes fatores sociodemográficos, os brasileiros compreenderam maior número de casos de cegueira e os portugueses, de baixa acuidade visual. Houve também associação quanto ao desenvolvimento da deficiência, com maior proporção de brasileiros com deficiência adquirida e portugueses com congênita. Evidencia-se que entre brasileiros, tanto a deficiência tem níveis mais elevados (perda total da visão), quanto é mais comum de ocorrer ao longo da vida. Achados que podem ser compreendidos relacionando-se com os contextos de cada realidade.

Parte-se de um cenário em que, do total de casos de cegueira no mundo, 90% ocorrem nos países emergentes ou em desenvolvimento. Uma relação entre pobreza e cegueira, sendo que 80% dos casos poderiam ser evitados se houvesse número maior de estratégias efetivas de prevenção e/ou tratamento. Contudo, o acesso a cuidados oftalmológicos muitas vezes não chega a maior parte da população, que se encontra socioeconomicamente vulnerável nos países subdesenvolvidos.<sup>(1)</sup>

Voltando-se para a avaliação das Tecnologias Assistivas e os atributos mensurados, temos primeiramente o atributo Objetivos, em que o item “estimula a aprendizagem sobre o conteúdo abordado” foi o mais evidenciado. Desse modo, entende-se que fomentar o saber pode colaborar com os processos de autocuidado, pois para que as pessoas possam se cuidar é preciso que estejam informadas e motivadas. Além do mais, por meio da informação, as pessoas podem se tornar mais aptas na busca de seus direitos e na garantia de sua saúde.

Nessa perspectiva, autores<sup>(9)</sup> colocam que a educação em saúde é uma das funções primordiais da enfermagem, de forma que promova a autonomia e autocuidado dos seus clientes. Compreendendo o autocuidado como a capacidade em exercitar o cuidado de si, a fim de manter a vida, saúde e bem-estar, o que dependerá diretamente dos recursos disponíveis a ela.<sup>(10)</sup>

No Brasil, a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência descreve diretrizes para a promoção da qualidade de vida destas pessoas: assistência integral à saúde; prevenção de deficiências; ampliação e fortalecimento dos mecanismos de informação; organização e funcionamento dos serviços de atenção; e capacitação de recursos humanos.<sup>(11)</sup> Nesta perspectiva, a enfermagem participa diretamente, pois é uma profissão que oferece cuidados de

forma holística, auxiliando-o diante de qualquer limitação, além de desenvolver recursos importantes na vida desta clientela.<sup>(12)</sup> Esta profissão pode utilizar estratégias para auxiliar na autonomia das pessoas com deficiência com foco na promoção de saúde.

Concernente ao atributo Acesso, o item “disponibiliza os recursos adequados e necessários para sua utilização” foi avaliado como parcialmente adequado e adequado por 100% da amostra nos dois países. Apesar da boa adequação, é imprescindível que a tecnologia assistiva seja construída em formato acessível, a fim de assegurar que a clientela em estudo possa utilizar o recurso sempre que necessário.<sup>(13)</sup> Este estudo utilizou tecnologias que compreende o tato e audição, o que pode ter favorecido a aprovação do público. Corroborando o estudo que indica o uso integrado de material auditivo e tátil.<sup>(14)</sup> Neste sentido, o uso de materiais por essa clientela deve apresentar peculiaridades próprias.<sup>(15)</sup>

Identifica-se que no atributo Clareza, os itens “apresenta informações necessárias para melhor compreensão do conteúdo” e “o conteúdo da informação está adequado às suas necessidades” encontram-se em evidência. Esse resultado mostra que a informação apontada pela Tecnologia Assistiva é de fácil entendimento e que sua transmissão chega até o público bem definido. Este aspecto torna-se essencial para que ocorra a promoção da saúde por meio desse material. Verifica-se semelhança em estudo com mulheres cegas sobre preservativo feminino em que aponta-se a preocupação de uma tecnologia mais próxima a realidade, com intuito de viabilizar uma aprendizagem mais concreta e adequada.<sup>(14)</sup>

Portugueses em sua totalidade reconhecem a adequação da tecnologia assistiva quanto sua Estrutura e Apresentação nos itens, “apresenta o conteúdo de forma organizada” e “possui estratégia de apresentação atrativa”. Para as pessoas com deficiência visual, uma das motivações de uma Tecnologia Assistiva está relacionado ao acesso à informação, inclusive de temáticas sobre o cuidado à saúde, sendo fundamental que a Tecnologia Assistiva esteja estruturada de forma dinâmica, atrativa, organizada e eficaz para estimular o interesse do público-alvo.<sup>(15,16)</sup> Assim, para a organização do conteúdo torna-se indispensável o uso de sequências coerentes entre estrutura e o objetivo, uma interrelação entre sequência de forma orgânica e dinâmica. Além disso, é necessário identificar os conteúdos primordiais dos desnecessários.

Quanto ao atributo Relevância e Eficácia, o item “permite-lhe refletir sobre o conteúdo apresentado”, foi o mais expressivo. É pertinente observar a avaliação positiva deste item, pois indica o grau de significação do

material, apontando que o conteúdo da tecnologia contribuiu para que homens e mulheres com deficiência visual pudessem refletir sobre suas ações diante dos fatores modificáveis que podem aumentar as chances de desenvolverem câncer, seja de mama, próstata ou outro qualquer. A competência de uma tecnologia em estimular a reflexão do público-alvo, a fim de promover comportamentos benéficos à saúde, é uma dimensão comum e unânime identificada na literatura sobre as tecnologias assistivas para promoção de saúde de pessoas adultas com deficiência visual.<sup>(15)</sup>

No atributo Interatividade, os itens “oferece interação e envolvimento do processo educativo” e “fornece autonomia ao usuário em relação a sua operação” tiveram boas avaliações nos dois países. Esta avaliação favorável possivelmente deve-se ao fato de a tecnologia ser em formato de áudio, acessível à Pessoa com Deficiência visual, que teve como base um texto com linguagem dialogal que envolve, questiona e propõe reflexões ao ouvinte. Consolida estudo que retrata que não é necessário apenas que o construto emita efeito sonoro, é preciso que este seja atrativo para que suscite a motivação e o acesso.<sup>(12)</sup> Ao obter recursos e estratégias adequadas, as pessoas com deficiência visual podem desenvolver um processo de construção do conhecimento mais igualitário, independente, interativo e criativo.<sup>(17)</sup>

Neste sentido, disponibilizar tecnologias assistivas, significa dá possibilidades as pessoas com deficiência visual de uma vida mais autônoma e mais participativa nos demais aspectos da vida.

Apontamos como limitação o baixo quantitativo de estudos semelhantes e atualizados desenvolvidos sobre a temática no Brasil, e em Portugal mais ainda, o que dificultou a realização das discussões. Outro limite do processo foi a não participação das Pessoas com Deficiência na fase de construção da tecnologia, uma vez que elas participaram apenas da avaliação.

Diante da falta de recursos financeiros de grande parte da população, o uso de tecnologia assistiva de baixo custo, como a do estudo, torna-se essencial, pois pode oferecer às pessoas com deficiência maior habilidade de seu aprendizado, maior independência, qualidade de vida e inclusão social. Além disso, promove ruptura de barreiras que limitam ou impedem a participação deste público na sociedade. Nesse sentido, as Tecnologia Assistiva construídas

demonstram potencialidade na instrumentalização das ações de prevenção e promoção à saúde, fomentando o acesso e autonomia das pessoas com deficiência visual nos seus processos de autocuidado.

## CONCLUSÃO

As tecnologias assistivas sobre câncer de mama e próstata foram adequadas independente do país, ou seja, os participantes as avaliaram positivamente. Obter este resultado pode indicar aceitação da tecnologia assistiva desenvolvida, por conseguinte, amplia-se a possibilidade de ser empregada em ambos os países como forma de propiciar a instrumentalização pedagógica para os trabalhos de educação em saúde sobre o câncer de mama e câncer de próstata para pessoas com deficiência visual. Configuram-se novas alternativas de ajuda técnica que possibilitam o acesso à informação, promovendo a inclusão social e autonomia das pessoas com deficiência visual. Em sua maioria os equipamentos de saúde não são planejados para facilitar o acesso das Pessoas com Deficiência, neles encontrados barreiras arquitetônicas, comunicacionais e de informação e, sobretudo, atitudinal, esta base estrutural das demais barreiras, Nesse sentido, este estudo colabora para a reflexão de profissionais da saúde, de forma particular enfermeiros, sobre a importância de atenção às singularidades das pessoas com deficiência visual e suas dificuldades de acesso, sejam aos serviços e programas de saúde ou até mesmo aos conteúdos educativos. Desta forma, o profissional de saúde, enfermeiro, como promotor de saúde deve ter um olhar amplo e cuidadoso, direcionado às pessoas com deficiência.

## Contribuições

Concepção e/ou desenho: Silva, Gisele Mendes; Oliveira, Paula Marciana Pinheiro. Coleta, análise e interpretação dos dados: Silva, Gisele Mendes; Costa, Edmara Chaves; Coelho, Sonha Maria Aquino; Medeiros, Antonia Ellen Jardani de Souza; Oliveira, Paula Marciana Pinheiro. Redação do artigo: Silva, Gisele Mendes; Mariano, Monaliza Ribeiro; Costa, Edmara Chaves; Coelho, Sonha Maria Aquino; Oliveira, Paula Marciana Pinheiro. Aprovação da versão final a ser publicada: Silva, Gisele Mendes; Mariano, Monaliza Ribeiro; Costa, Edmara Chaves; Coelho, Sonha Maria Aquino; Medeiros, Antonia Ellen Jardani de Souza; Oliveira, Paula Marciana Pinheiro.

## REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial de Saúde (OMS). Relatório mundial sobre a deficiência [tradução Lexicus Serviços Linguísticos]. São Paulo: SEDPcD; 2012 [citado 2021 Jan 10]. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44575/9788564047020\\_por.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44575/9788564047020_por.pdf)
2. Smith RO, Scherer MJ, Cooper R, Bell D, Hobbs DA, Pettersson C, et al. Assistive technology products: a position paper from the first global research, innovation, and education on assistive technology (GREAT) summit. *Disabil Rehabil Assist Technol*. 2018;13(5):473-85.
3. 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;68:394-424.
4. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2019. 120p [citado 2021 Jan 10]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/medias/documentos/estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>
5. World Health Organization (WHO). Global Status report on noncommunicable diseases. Geneva: WHO; 2014 [citado 2020 Abril 17]. Available from: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/148114/9789241564854\\_eng.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/148114/9789241564854_eng.pdf?sequence=1)
6. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Câncer de mama: é preciso falar disso. Rio de Janeiro: INCA; 2017 [citado 2020 Abril 17]. Disponível em: [http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/e03b508046404270b86dfa2d43a04cdb/Cartilha\\_c%C3%A2ncer\\_de\\_mama\\_vamos\\_falar\\_sobre\\_isso2016\\_web.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=e03b508046404270b86dfa2d43a04cdb](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/e03b508046404270b86dfa2d43a04cdb/Cartilha_c%C3%A2ncer_de_mama_vamos_falar_sobre_isso2016_web.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=e03b508046404270b86dfa2d43a04cdb)
7. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Câncer de próstata: vamos falar sobre isso?. Rio de Janeiro: INCA; 2015 [citado 2020 Abril 17]. Disponível em: [http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/comunicacao/cartilha\\_cancer\\_prostata\\_2017\\_final\\_WEB.pdf](http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/comunicacao/cartilha_cancer_prostata_2017_final_WEB.pdf)
8. Barbosa GO. Validação de tecnologia assistiva para deficientes visuais na prevenção de doenças sexualmente transmissíveis [dissertação]. Fortaleza (CE): Universidade Federal do Ceará; 2013.
9. Farias DL, Nery RN, Santana ME. O enfermeiro como educador em saúde da pessoa estomizada com câncer colorretal. *Enferm Foco*. 2019;10(1):35-9.
10. Machado WC, Silva HF, Almeida WG, Figueiredo NM, Martins MM, Henriques FM, et al. Autocuidado para pessoas com deficiência adquirida: reflexão sobre intervenções de enfermagem frente aos enfrentamentos da reabilitação. *Enferm Foco*. 2019;10(5):109-16.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.060, de 05 de junho de 2002. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002 [citado 2021 Jan 30]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_saude\\_pessoa\\_deficiencia.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_pessoa_deficiencia.pdf)
12. Oliveira PM, Pagliuca LM, Almeida PC, Mariano MR, Carvalho ALR, Silva GM. Tecnologia assistiva sobre amamentação para pessoas com deficiência visual: comparação Brasil e Portugal. *Texto Contexto Enferm*. 2018;27(3):e4340016.
13. Carvalho AT, Áfio AC, Marques JF, Pagliuca LM, Carvalho LV, Leite SS. Instructional design in nursing: assistive technologies for the blind and deaf. *Cogitare Enferm*. 2019;24:e62767.
14. Cavalcante LD, Oliveira GO, Almeida PC, Rebouças CB, Pagliuca LM. Tecnologia assistiva para mulheres com deficiência visual acerca do preservativo feminino: estudo de validação. *Rev Esc Enferm USP*. 2015;49(1):14-21.
15. Carvalho LV, Melo GM, Aquino PS, Castro RC, Cardoso MV, Pagliuca LM. Tecnologias assistivas para assuntos relacionados à promoção da saúde conforme Consenso de Galway. *Rev Rene*. 2017;18(3):412-9.
16. Santos RF, Sampaio PY, Sampaio RA, Gutierrez GL, Almeida MA. Assistive technology and its relationship to the quality of life of people with disabilities. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo*. 2017;28(1):54-62.
17. Bonilla MH, Silva MC, Machado TA. Tecnologias digitais e deficiência visual: a contribuição das TIC para a prática pedagógica no contexto da Lei Brasileira de Inclusão. *Rev Pesqui Qual*. 2018;6(12):412-25.



# PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS CASOS DE LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA NO BRASIL

EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF AMERICAN TEGUMENTARY LEISHMANIASIS CASES IN BRAZIL

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LOS CASOS DE LEISHMANIOSIS TEGUMENTARIA AMERICANA FUERA DEL BRASIL

Gabriela Romão de Almeida Carvalho Santos<sup>1</sup>

(<https://orcid.org/0000-0003-1411-4925>)

Joice Jesus dos Santos<sup>2</sup>

(<https://orcid.org/0000-0003-0800-7269>)

Brenda dos Anjos Tosta da Silva<sup>1</sup>

(<https://orcid.org/0000-0001-6983-7798>)

Adriele de Santana dos Santos<sup>1</sup>

(<https://orcid.org/0000-0002-0002-0912>)

Ruama de Souza Nogueira<sup>1</sup>

(<https://orcid.org/0000-0002-7015-9020>)

Victoria Almeida Santos Nascimento<sup>1</sup>

(<https://orcid.org/0000-0002-7373-8087>)

## Descritores

Leishmaniose cutânea; Perfil de saúde; Brasil

## Descriptors

Leishmaniasis Cutaneous; Health profile; Brazil

## Descriptores

Leishmaniasis Cutánea; Perfil de salud; Brasil

## Submetido

16 de Março de 2021

## Aceito

24 de Maio de 2021

## Conflitos de interesse:

nada a declarar.

## Autor correspondente

Gabriela Romão de Almeida  
Carvalho Santos

E-mail: [gabrielaromaoalmeida98@gmail.com](mailto:gabrielaromaoalmeida98@gmail.com)

## RESUMO

**Objetivo:** Identificar o perfil epidemiológico da Leishmaniose Tegumentar Americana no Brasil no período de 2009 a 2018.

**Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, com abordagem quantitativa. Nesta pesquisa foram utilizadas informações de casos de Leishmaniose Tegumentar Americana notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação, através da base de dados do Departamento de Informações do Sistema Único de Saúde, em todas as regiões do Brasil, no período de 2009 a 2018, sendo computados 209.129 casos.

**Resultados:** Foram analisados 209.129 de casos no período de 2009 a 2018. Sendo o ano de 2012 com maior número de casos, e 2016 com o menor. O sexo masculino, a faixa etária de 20 a 59 e indivíduos de baixa escolaridade apresentaram maior índice de casos. Regiões de destaque em maiores números de casos, tem-se o Norte e Nordeste. Relacionado a variável raça/cor, observou-se destaque na cor parda.

**Conclusão:** O estudo contribui para construção de novos dados, auxiliando os gestores da saúde e os profissionais no desenvolvimento de medidas para controle da enfermidade.

## ABSTRACT

**Objective:** To identify the epidemiological profile of American Tegumentary Leishmaniasis in Brazil from 2009 to 2018.

**Methods:** This is a descriptive, exploratory study with a quantitative approach. In this research, information of American Tegumentary Leishmaniasis cases reported in the Sistema de Informação de Agravos de Notificação was used, through the database of the Departamento de Informações do Sistema Único de Saúde, in all regions of Brazil, in the period from 2009 to 2018, with 209,129 cases being computed.

**Results:** 209,129 cases were analyzed from 2009 to 2018. Being the year 2012 with the highest number of cases, and 2016 with the lowest. The male gender, the age group 20 to 59, and individuals with low education presented a higher rate of cases. The regions with the highest number of cases were the North and Northeast. Regarding the variable race/color, it was observed that the brown-skinned population was highlighted.

**Conclusion:** The study contributes to the construction of new data, helping health managers and professionals to develop measures to control the disease.

## RESUMEN

**Objetivo:** Identificar el perfil epidemiológico de la leishmaniasis tegumentaria americana (LTA) en Brasil entre 2009 y 2018.

**Métodos:** Estudio descriptivo, exploratorio con abordaje cuantitativo. En esta investigación se utilizó información sobre casos de leishmaniasis tegumentaria americana reportados en el Sistema de Información de Enfermedades de Notificación, a través de la base de datos del Sistema de Información del Sistema Único de Salud, en todas las regiones de Brasil, en el período de 2009 a 2018, a donde se contabilizaron 209.129 casos.

**Resultados:** Se analizaron 209.129 casos en el período de 2009 a 2018. 2012 fue el año con mayor número de casos y 2016 con el menor. El sexo masculino, el grupo de edad de 20 a 59 años y las personas con bajo nivel educativo presentaron un mayor índice de casos. Las regiones destacadas en mayor número de casos son el Norte y el Nordeste. En relación con la variable raza/color, se destacó el color marrón.

**Conclusión:** El estudio contribuye a la construcción de nuevos datos, ayudando a los gestores y profesionales sanitarios en el desarrollo de medidas para el control de la enfermedad.

<sup>1</sup>Universidade Salvador, Salvador, BA, Brasil.

<sup>2</sup>Centro Universitário Jorge Amado, Salvador, BA, Brasil.

## Como citar:

Santos GR, Santos JJ, Silva BA, Santos AS, Nogueira RS, Nascimento VA. Perfil epidemiológico dos casos de leishmaniose tegumentar americana no Brasil. *Enferm Foco*. 2021;12(5):1047-53.

DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n5.4705>

## INTRODUÇÃO

As leishmanioses são consideradas pela Organização Mundial da Saúde como uma das mais importantes endemias mundiais, sendo classificadas como doenças negligenciadas.<sup>(1)</sup> São consideradas como importante problema de saúde pública em 88 países distribuídos nos quatro continentes. Estima-se que entre 600.000 a um milhão de novos casos ocorram em todo o mundo anualmente.<sup>(2,3)</sup>

As leishmanioses representam um conjunto de enfermidades com um espectro clínico ampliado e diversidade epidemiológica e estima-se que cerca de 350 milhões de pessoas se exponham ao risco de contágio, sendo registrado aproximadamente dois milhões de novos casos por ano das diversas formas clínicas.<sup>(2)</sup> Essas doenças são transmitidas através da picada do flebótomo, mais conhecido como “mosquito-palha”, sendo ele o responsável por intermediar a contaminação animal e a infecção humana.<sup>(3,4)</sup>

A Leishmaniose Tegumentar Americana, um dos tipos de leishmaniose, que engloba as formas cutâneas e mucosa.<sup>(5)</sup> É uma doença zoonótica, endêmica, infecciosa e não contagiosa, causada pelos protozoários do gênero *Leishmania*, que acometem pele e mucosas e apresenta grande diversidade de aspectos clínicos e morfológicos. Devido a isso, o diagnóstico nos serviços de saúde é dificultado, visto que suas lesões podem ser confundidas com outras doenças. Desta maneira, torna-se necessário a vigilância e o monitoramento da doença em todo o território nacional com o objetivo de se identificar o mais precocemente possível novos surtos da doença.<sup>(6)</sup>

No Brasil, estudos mostram que a Leishmaniose Tegumentar Americana vem apresentando mudanças ao longo dos anos, devido a sua amplificação geográfica, com surtos associados a expansão das atividades econômicas, fronteiras agrícolas e extrativismo. Dados confirmam a coexistência de um duplo perfil epidemiológico originários dos focos antigos ou áreas próximas a eles, sendo diagnosticados novos casos em regiões periurbanas, desmistificando a tese de que a doença só acomete pessoas que estão em contato com florestas. Além disso, a Leishmaniose Tegumentar Americana é uma doença de notificação compulsória, e todo caso confirmado deve ser notificado ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação através de ficha padrão de investigação própria preconizada pelo Ministério da Saúde.<sup>(7)</sup>

A Leishmaniose Tegumentar Americana possui características que podem se modificar de acordo com a região, o que demonstra a diversidade das espécies dos parasitas envolvidos. Somado a isso, a sua alta incidência e ampla distribuição geográfica, assim como a possibilidade de

causar lesões destrutivas, desfigurantes ou até mesmo incapacitantes, repercutindo diretamente no âmbito psicossocial do indivíduo, demonstram a importância dessa temática ser mais estudada.<sup>(8)</sup>

Em face ao exposto, o desenvolvimento desta pesquisa tem como objetivo identificar o perfil epidemiológico da Leishmaniose Tegumentar Americana no Brasil no período de 2009 a 2018.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, com abordagem quantitativa, no qual foi utilizado como fonte de dados o Sistema de Informação de Agravos de Notificação, através da base de dados do Departamento de Informações do Sistema Único de Saúde e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

O estudo foi realizado através do Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Esse sistema é responsável por armazenar as notificações e investigações de casos de doenças e agravos presentes na lista nacional de doenças de notificação compulsória, possibilitando a realização de diagnósticos de saúde, contribuindo para identificar o cenário epidemiológico de determinadas áreas.<sup>(9)</sup>

Foram analisadas informações sobre os casos de Leishmaniose Tegumentar Americana que ocorreram em todas as regiões do Brasil. Foram considerados como critérios de inclusão a população brasileira de todas as faixas etárias, de ambos os sexos, diagnosticados com Leishmaniose Tegumentar Americana no período de 2009 a 2018.

Neste estudo foram utilizadas informações referentes aos casos de Leishmaniose Tegumentar Americana que foram notificados na ficha de notificação/investigação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação, no qual os dados foram categorizados e organizados em uma planilha produzida pelas autoras e foram extraídos no ano de 2020.

A tabulação dos dados e o cálculo dos indicadores foram realizados por meio do programa TABNET. Além disso, os dados foram tabulados considerando as seguintes variáveis: 1) Casos confirmados de Leishmaniose Tegumentar Americana por região brasileira; 2) Por sexo; 3) Por faixa etária; 4) Por raça/cor; 5) Por nível de escolaridade. Foram calculadas as taxas de incidência de Leishmaniose Tegumentar Americana a partir do total de casos notificados em cada região, dividido pela população residente em cada região, multiplicado por cem mil habitantes, utilizando como fonte o Tribunal de Contas da União, disponibilizado pelo DATASUS.<sup>(10,11)</sup> Desta forma, obteve-se a incidência da

doença por cem mil habitantes. Para realização da análise dos dados utilizou-se o Microsoft Excel 2010, no qual os resultados são apresentados em forma de gráficos e tabelas.

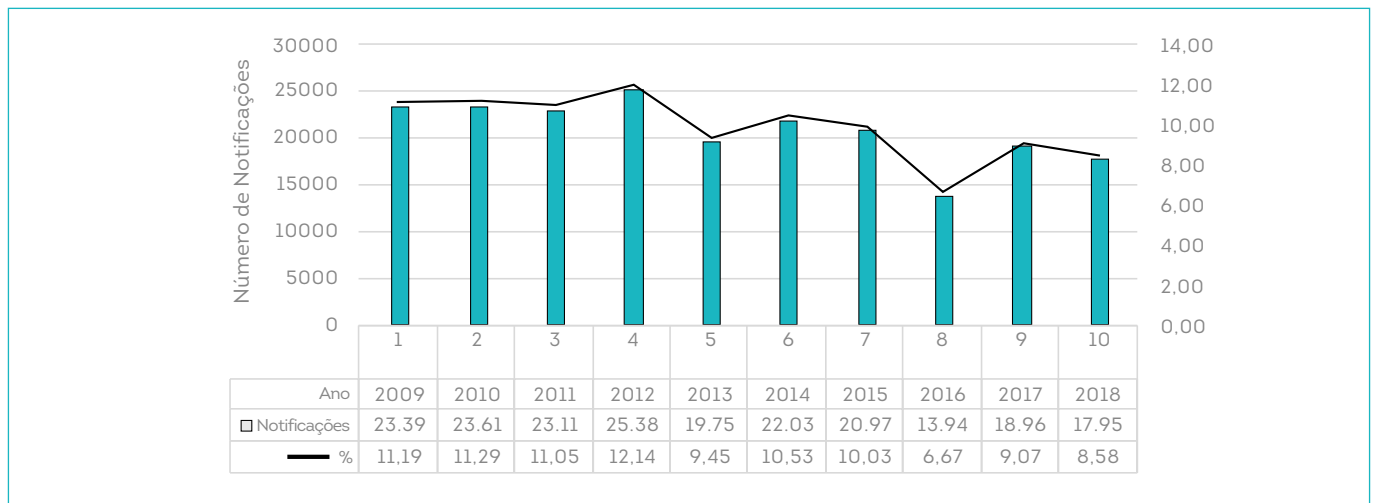
Por se tratar de uma pesquisa que teve como fonte dados públicos secundários, disponibilizados pelo DATASUS e também por não apresentar variáveis que permitam a identificação dos indivíduos estudados, não é necessário autorização do Comitê de Ética em Pesquisa. Porém, conforme estabelecido na Resolução no 466, de 12 de dezembro de 2012, o presente estudo respeita todos os preceitos éticos exigidos.

## RESULTADOS

Para identificar o perfil epidemiológico dos casos de Leishmaniose Tegumentar Americana no Brasil, foram analisados 209.129 casos notificados por esta causa no

período de 2009 a 2018. No que diz respeito às notificações de casos confirmados, conforme evidenciado na figura 1,<sup>(12)</sup> houve destaque para o ano de 2012, com o maior índice de casos notificados 25.383 (12,14%), seguido dos anos 2009, 2010 e 2011 (> 23.000) e para o ano de 2016 com o menor índice 13.940 (6,67%).

Com relação ao sexo, conforme evidenciado na tabela 1,<sup>(12)</sup> houve destaque para os indivíduos do sexo masculino, com 151.903 (72,64%). Em análise a faixa etária os dados demonstram que a maioria dos casos notificados ocorreu na fase adulta de 20 a 59 anos com 132.622 (63,42%) casos. Entre essa população, a faixa etária de 20 a 39 anos foi a mais acometida com 82.473 (39,44%). Posteriormente, a segunda faixa etária com maior número de casos notificados foi aquela que corresponde a adolescência de 10 a 19 anos 36.606 (17,51%) casos, seguida dos idosos de 60 a 80



Fonte: Silva Júnior SH, Mota JC, Silva RS, Campos MR, Schramm JM. Descrição dos registros repetidos no Sistema de Informação de Agravos de Notificação, Brasil, 2008-2009. Epidemiol Serv Saúde. 2016;25(3):487-98.<sup>(12)</sup>

**Figura 1.** Número de notificações de casos confirmados de Leishmaniose Tegumentar Americana no Brasil

**Tabela 1.** Número de notificações de casos confirmados de Leishmaniose Tegumentar Americana por sexo e faixa etária

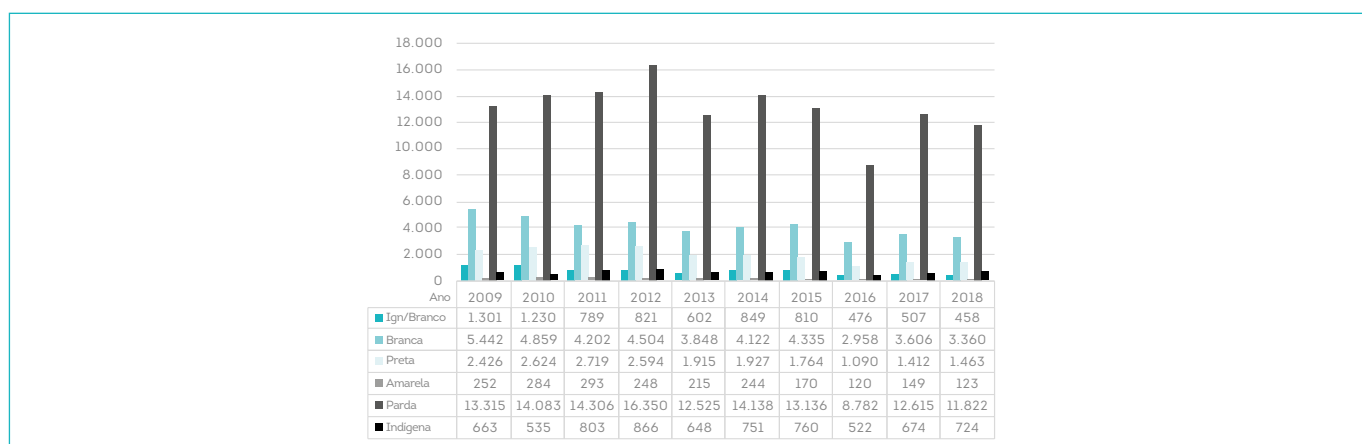
Variáveis	2009 n(%)	2010 n(%)	2011 n(%)	2012 n(%)	2013 n(%)	2014 n(%)	2015 n(%)	2016 n(%)	2017 n(%)	2018 n(%)	Total
<b>Sexo</b>											
Feminino	6355(27,2)	6772(28,7)	6739(29,2)	7115(28,0)	5122(25,9)	5748(26,1)	5672(27,0)	3801(27,3)	5216(27,5)	4668(26,0)	57208(27,4)
Masculino	17043(72,8)	16843(71,3)	16372(70,8)	18260(71,9)	14629(74,1)	16282(73,9)	15299(72,9)	10147(72,8)	13746(72,5)	13282(74,0)	151903(72,6)
Total	23399(100,0)	23615(100,0)	23112(100,0)	25383(100,0)	19753(100,0)	22031(100,0)	20975(100,0)	13948(100,0)	18963(100,0)	17950(100,0)	209129(100,0)
<b>Faixa etária</b>											
< 1 ano	356(1,5)	358(1,5)	343(1,5)	366(1,4)	313(1,6)	343(1,6)	312(1,5)	180(1,3)	267(1,4)	215(1,2)	3053(1,5)
01-04	731(3,1)	710(3,0)	600(2,6)	668(2,6)	426(2,2)	469(2,1)	439(2,1)	361(2,6)	456(2,4)	377(2,1)	5237(2,5)
05-09	1087(4,7)	1083(4,6)	1126(4,9)	1247(4,9)	820(4,2)	845(3,8)	796(3,8)	511(3,7)	765(4,0)	596(3,3)	8876(4,2)
10-14	1701(7,3)	1790(7,6)	1835(7,9)	2039(8,0)	1409(7,1)	1554(7,1)	1414(6,7)	861(6,2)	1287(6,8)	1034(5,8)	14924(7,1)
15-19	2329(10,0)	2543(10,8)	2422(10,5)	2833(11,2)	2071(10,5)	2323(10,5)	2051(9,8)	1426(10,2)	1867(9,9)	1817(10,1)	21682(10,0)
20-39	9501(40,6)	9265(39,2)	9019(39,0)	9913(39,1)	8007(40,5)	8884(40,3)	8003(38,2)	5239(37,6)	7401(39,0)	7241(40,3)	82473(39,0)
40-59	5382(23,0)	5487(23,2)	5308(23,0)	5828(23,0)	4573(23,2)	5330(24,2)	5389(25,7)	3518(25,2)	4749(25,0)	4585(25,5)	50149(24,0)
60-64	742(3,2)	815(3,5)	810(3,5)	859(3,4)	700(3,5)	777(3,5)	861(4,1)	602(4,3)	722(3,8)	684(3,8)	7572(4,0)
65-69	594(2,5)	542(2,3)	614(2,7)	626(2,5)	500(2,5)	523(2,4)	665(3,2)	475(3,4)	539(2,8)	539(3,0)	5617(3,0)
70-79	703(3,0)	686(2,9)	739(3,2)	691(2,7)	658(3,3)	704(3,2)	744(3,6)	554(4,0)	635(3,4)	601(3,4)	6715(3,0)
80 e +	267(1,1)	307(1,3)	290(1,3)	306(1,2)	265(1,3)	274(1,2)	298(1,4)	221(1,6)	273(1,4)	258(1,4)	2759(1,0)
Total	23399(100,0)	23615(100,0)	23112(100,0)	25383(100,0)	19753(100,0)	22031(100,0)	20975(100,0)	13948(100,0)	18963(100,0)	17950(100,0)	209129(100,0)

Fonte: Silva Júnior SH, Mota JC, Silva RS, Campos MR, Schramm JM. Descrição dos registros repetidos no Sistema de Informação de Agravos de Notificação, Brasil, 2008-2009. Epidemiol Serv Saúde. 2016;25(3):487-98.<sup>(12)</sup>

**Tabela 2.** Distribuição de casos de Leishmaniose Tegumentar Americana no Brasil por Região e a incidência

Variáveis	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Total
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	
<b>Região</b>											
Norte	8919(38,1)	7748(32,8)	9246(40,0)	11034(43,5)	9101(46,1)	11194(50,8)	9653(46,0)	5870(42,1)	8835(46,6)	8515(47,4)	90115(43,1)
Nordeste	7384(31,6)	9453(40,0)	8533(36,9)	8876(35,0)	5775(29,2)	5429(24,6)	5591(26,7)	3771(27,0)	4926(26,0)	4415(24,6)	64153(30,7)
Sudeste	1811(7,7)	2654(11,2)	2458(10,6)	1626(6,4)	1377(7,0)	1705(7,7)	1995(9,5)	1676(12,0)	2114(11,2)	2255(12,6)	19671(9,4)
Sul	522(2,2)	309(1,3)	364(1,6)	484(1,9)	344(1,7)	420(1,9)	543(2,6)	318(2,3)	293(1,6)	257(1,4)	3854(1,8)
Centro-Oeste	4763(20,4)	3451(14,6)	2511(10,9)	3363(13,3)	3156(16,0)	3283(14,9)	3193(15,2)	2313(16,6)	2795(14,7)	2508(14,0)	31336(15,0)
Total	23399(100,0)	23615(100,0)	23112(100,0)	25383(100,0)	19753(100,0)	22031(100,0)	20975(100,0)	13948(100,0)	18963(100,0)	17950(100,0)	209129(100,0)
<b>Incidência por Região (casos por 100 mil habitantes)</b>											
Norte	58,1	48,8	57,5	67,6	53,6	65,0	55,3	33,2	49,3	46,8	53,3
Nordeste	13,8	17,8	16,0	16,5	10,4	9,7	9,9	6,6	8,6	7,8	11,6
Sudeste	2,2	3,3	3,0	2,0	1,6	2,0	2,3	1,9	2,4	2,6	2,3
Sul	1,9	1,1	1,3	1,8	1,2	1,5	1,9	1,1	1,0	0,9	1,4
Centro-Oeste	34,3	24,6	17,6	23,3	21,1	21,6	20,7	14,8	17,6	15,6	20,9
Total	12,2	12,4	12,0	13,1	9,8	10,9	10,3	6,8	9,1	8,6	10,5

Fonte: Silva Júnior SH, Mota JC, Silva RS, Campos MR, Schramm JM. Descrição dos registros repetidos no Sistema de Informação de Agravos de Notificação, Brasil, 2008-2009. Epidemiol Serv Saúde. 2016;25(3):487-98.<sup>(12)</sup>



Fonte: Silva Júnior SH, Mota JC, Silva RS, Campos MR, Schramm JM. Descrição dos registros repetidos no Sistema de Informação de Agravos de Notificação, Brasil, 2008-2009. Epidemiol Serv Saúde. 2016;25(3):487-98.<sup>(12)</sup>

**Figura 2.** Número de casos notificados de Leishmaniose Tegumentar Americana no Brasil por raça/cor

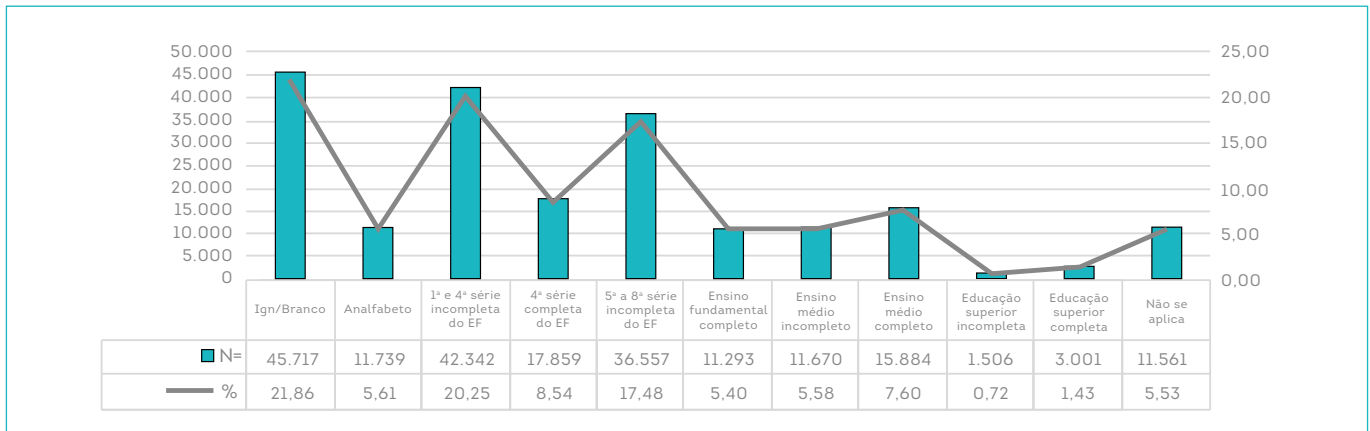
anos 22.663 (10,84%), tendo sido as crianças de 0 a 9 anos as que apresentaram o menor índice de casos, 17.166 (8,2%).

No período de 2009 a 2018, a Leishmaniose Tegumentar Americana apresentou uma média anual de 20.913 casos e coeficiente de detecção médio de 10,46 casos por 100.000 habitantes. A visualização da tabela 2<sup>(12)</sup> revela que os casos notificados de Leishmaniose Tegumentar Americana no Brasil prevaleceram na região Norte 90.115 (43,09%), tendo um aumento no número de notificações a cada ano, com uma média de 9.012 casos por ano, seguida do Nordeste com 64.153 (30,68%) casos, Centro-Oeste com 31.336 (14,98%), Sudeste com 19.671 (9,41%) e, por fim, a região Sul com 3.854 (1,84%).

Com relação a incidência de casos por habitantes, a Região Norte apresentou uma incidência total de 53,27/100.000 habitantes (43,47%), seguida da Região Centro-Oeste com uma incidência de 20,91/100.000 habitantes. Já a Região Nordeste (34,97%) apresentou uma incidência total de 11,59/100.000 habitantes, seguida da Região Sudeste com uma incidência de 2,34/100.000 habitantes e

por fim a Região Sul com uma incidência de 1,35/100.000 habitantes. No que concerne à variável raça/cor, a figura 2<sup>(12)</sup> demonstra que as pessoas pardas tiveram o maior número de casos notificados de Leishmaniose Tegumentar Americana, 131.072 (62,68%), seguido dos indivíduos brancos com 41.236 (19,72%) notificações de casos confirmados, pretos com 19.964 (9,53%) casos, indígenas com 6.946 (3,32%) casos e amarelos com 2.098 (1%) casos. Convém destacar que 3,75% dos casos não foram identificados.

Em uma análise da figura 3, que representa o número de casos notificados por Leishmaniose Tegumentar Americana por nível de escolaridade, observa-se que houve destaque para os indivíduos que possuem a 1ª a 4ª série incompletas do ensino fundamental com 42.342 (20,25%) casos, seguido dos indivíduos com a 5ª a 8ª série incompletas do ensino fundamental com 36.557 (17,48%) casos. Convém destacar que foi significativo o número de pessoas com casos notificados de Leishmaniose Tegumentar Americana no período analisado sem identificação do nível de escolaridade em 45.717 (21,86%) dos casos.



Fonte: Silva Júnior SH, Mota JC, Silva RS, Campos MR, Schramm JM. Descrição dos registros repetidos no Sistema de Informação de Agravos de Notificação, Brasil, 2008-2009. *Epidemiol Serv Saúde*. 2016;25(3):487-98.<sup>(12)</sup>

**Figura 3.** Número de casos notificados de Leishmaniose Tegumentar Americana no Brasil por nível de escolaridade

## DISCUSSÃO

Conforme apresentado nos resultados, no período de 2009 a 2018 a média anual de casos de Leishmaniose Tegumentar Americana foi de 20.913 em todo território nacional brasileiro. Em um estudo que aborda sobre as estimativas mundiais e globais da incidência de Leishmaniose Tegumentar Americana, foi constatado que no período de 2003 a 2007 a estimativa anual de incidência no Brasil foi de 72.800 casos, o que evidencia uma redução do número de casos ao decorrer dos anos. Sendo considerado o país da América com o maior número de casos, seguido da Colômbia, que no período de 2005 a 2009 apresentou uma estimativa anual de incidência de 48.800 casos de Leishmaniose Tegumentar Americana e o Peru que apresentou no período de 2004 a 2008 uma estimativa anual de incidência de 17.900 casos.<sup>(10)</sup>

Segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde, a leishmaniose está presente em 88 países, mas a sua notificação é compulsória em apenas 30 deles. Ademais, do total de casos registrados de Leishmaniose Tegumentar Americana, 90% desses acontecem em seis países: Irã, Arábia Saudita, Síria e Afeganistão, Brasil e Peru, na América do Sul.<sup>(11)</sup>

Com relação ao Brasil, foi constatado que o maior número de casos foi nas regiões Norte e Nordeste. Segundo o Ministério da Saúde,<sup>(2)</sup> durante os anos de 2010 a 2012, foram notificados 68.855 casos de Leishmaniose Tegumentar Americana no Brasil. Essa doença ocorre em diversas áreas endêmicas, no qual 40% dos casos foram encontrados na região Norte, sendo considerada a área de maior endemicidade. Outro estudo corrobora com o que foi dito acima, afirmando que com relação à variabilidade na proporção de repetições por doença segundo macrorregiões, em relação à Leishmaniose Tegumentar Americana, as maiores proporções corresponderam ao Norte (46,4%).<sup>(12)</sup>

No ano de 2016, os Estados Membros da Organização Pan-Americana da Saúde aprovaram mediante a Resolução CD 55 R09 de 2016, o Plano de Ação de Leishmanioses das Américas 2017-2022, com o intuito de desenvolver metas, indicadores e linhas de ações, para assim, reduzir a morbimortalidade por leishmaniose, fortalecendo a vigilância e o controle das leishmanioses nas Américas.<sup>(13)</sup>

Com relação a sexo, constatou-se o destaque do sexo masculino, o que corrobora com os estudos realizados no Acre,<sup>(14)</sup> Mato Grosso do Sul,<sup>(15)</sup> Minas Gerais,<sup>(16)</sup> Mato Grosso,<sup>(17)</sup> Manaus<sup>(18)</sup> e Pernambuco,<sup>(19)</sup> no qual foi observado uma maior porcentagem do sexo masculino. A maior incidência no sexo masculino pode ser explicada, em parte, pela masculinização da Leishmaniose Tegumentar Americana. Os homens geralmente contraem mais problemas de saúde do que as mulheres e também morrem precocemente mais do que elas.<sup>(20)</sup>

Os homens são os mais acometidos pelo fato de estarem expostos a mais fatores de risco, principalmente relacionados ao tipo de atividade ocupacional, no qual há maior predominância de atividades rurais, como agricultura e pecuária.<sup>(21)</sup> Por outro lado, um estudo realizado na microrregião de Rio Branco, relatou um perfil epidemiológico diferente, no qual houve uma taxa maior de mulheres com Leishmaniose Tegumentar Americana do que homens.<sup>(22)</sup>

No que diz respeito à faixa etária, os dados constatados neste estudo demonstram que a maioria dos casos notificados ocorreu na fase adulta de 20 a 59 anos, tendo sido as crianças de 0 a 9 anos as que apresentaram o menor índice de casos. Segundo Lima,<sup>(19)</sup> indivíduos de todas as faixas etárias são atingidos, incluindo as crianças. Em estudo epidemiológico realizado em uma microrregião de Manaus, constatou-se que houve prevalência de Leishmaniose Tegumentar Americana na faixa etária de 20 a 29 anos.<sup>(18)</sup>



Em outro estudo, observou-se que a idade dos indivíduos infectados variou de 5 a 46 anos, com maior porcentagem em de jovens de 15 a 40 anos, sendo justificado devido ao fato de grande maioria viver em área rural, o que sugere que esses casos estão ligados a atividades em ambiente florestal.<sup>(16)</sup> Entretanto, Silva e Muniz<sup>(22)</sup> relataram um perfil diferente, no qual os indivíduos infectados vivem em áreas urbanas e com ocupações não rurais.

Nobre et al<sup>(23)</sup> constataram que indivíduos do sexo masculino, na faixa etária de 20 a 49 anos foram os mais acometidos pela Leishmaniose Tegumentar Americana. Esses dados demonstram que os mais acometidos estão em sua fase produtiva e possivelmente estão trabalhando em locais de veiculação da doença. O que corrobora com o estudo de Batista et al<sup>(24)</sup>, no qual foi constatado que a maior prevalência da Leishmaniose Tegumentar Americana acontece na fase adulta dos indivíduos, na faixa etária de 20 a 59 anos.

De acordo com o Ministério da Saúde,<sup>(6)</sup> isto acontece principalmente devido ao fato dos indivíduos nessa faixa etária estarem na sua fase produtiva, relacionando isso a ocupação profissional, as quais se relacionam muitas vezes com atividades que aumentam o contato com os vetores transmissores da patologia.

No que concerne à variável raça/cor, constatou-se que as pessoas pardas foram as mais acometidas pela Leishmaniose Tegumentar Americana. Estudos de perfil epidemiológico realizados no Maranhão, em Ilhéus na Bahia e em Barbalha no Ceará, concordam com os resultados encontrados, afirmando em seus estudos que houve predomínio dos indivíduos da cor parda.<sup>(23,24)</sup> Entretanto, os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística relatam que a raça predominante no Brasil é a branca. Porém, as regiões Norte e Nordeste do Brasil, que são as que mais apresentam casos de Leishmaniose Tegumentar Americana, possuem uma população em sua grande maioria parda.<sup>(25)</sup>

Por conseguinte, um estudo sobre a incidência de Leishmaniose Tegumentar Americana no Norte do Mato Grosso no período de 2001 a 2008, constatou que indivíduos com menor tempo de permanência escolar foram mais acometidos. Sendo essa, uma das características de regiões onde o setor do agronegócio contrata homens, principalmente de baixa escolaridade para desenvolver tais atividades.<sup>(23)</sup> O que corrobora com o que foi constatado neste estudo, no qual houve destaque para os indivíduos com a 1ª a 4ª série incompletas do ensino fundamental. Outros estudos relatam em seus resultados a mesma questão, no qual o maior número de casos ocorreu em pessoas que possuíam o ensino fundamental incompleto, notando-se a influência da baixa escolaridade.<sup>(26)</sup> Esses resultados indicam a

necessidade da educação em saúde dentro das comunidades, para conscientizar a população acerca da doença.<sup>(27)</sup>

Por fim, destaca-se que a Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016 define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados de todo território nacional. Nessa lista, a Leishmaniose Tegumentar Americana é classificada como uma doença de notificação semanal, devendo ser notificado em até uma semana casos suspeitos para as secretarias municipais e estaduais de saúde. Entretanto, nem sempre essa notificação é executada.<sup>(28)</sup>

Por ser um estudo que utiliza um banco de dados de domínio público tem-se como limitação o processo de análise de dados, visto que não é possível analisar mais variáveis, uma vez que só são disponibilizadas as variáveis disponíveis no presente estudo. Além disto, o valor total dos dados disponíveis pode ser questionado em virtude das subnotificações e de dados incompletos. É importante destacar que, por ser um estudo de acompanhamento, a elucidação e confirmação das conclusões realizadas podem haver modificações ao longo dos anos.

Diante disso, o estudo realizado é relevante para construção de novos dados, destacando a importância da notificação compulsória e da necessidade dos profissionais de enfermagem se capacitarem para melhorar a qualidade das informações, colaborando para o aperfeiçoamento dos padrões de qualidade do cuidado em saúde.

## CONCLUSÃO

Conclui-se que no que tange ao perfil epidemiológico dos casos de Leishmaniose Tegumentar Americana no Brasil, os maiores índices de casos confirmados triunfaram nas regiões Norte e Nordeste. Ao investigar a faixa etária, os casos confirmados predominaram na faixa de 20 a 59 anos. Em relação ao sexo, observou-se uma preponderância dos casos confirmados no sexo masculino e com baixa escolaridade. No que concerne à variável raça/cor, constatou-se que as pessoas pardas tiveram o maior número de casos notificados. Dessa maneira, demonstra-se que o estudo realizado é relevante para construção de novos dados, além de contribuir para o diagnóstico situacional, auxiliando os gestores da saúde e os profissionais no planejamento e na tomada de decisões, possibilitando o desenvolvimento de medidas oportunas para o controle Leishmaniose Tegumentar Americana no Brasil. Com o objetivo de melhorar a qualidade das informações, assim como reduzir o número de campos ignorados e/ou em branco, sugere-se que as instituições busquem estratégias para capacitar os profissionais de saúde, qualificando assim o processo de trabalho.

## Contribuições

Santos GRAC, Santos JJ, Silva BAT, Santos AS, Nogueira RS, Nascimento VAS contribuíram para: 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

- Morel CM. Inovação em saúde e doenças [editorial]. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(8):1522-3.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de Vigilância da Leishmaniose Tegumentar Americana. 2ª ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2007 [citado 2021 Jan 20]. Disponível em: [https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_vigilancia\\_leishmaniose\\_tegumentar.pdf](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/manual_vigilancia_leishmaniose_tegumentar.pdf)
- Farias HM, Gusmão JD, Aguilár RV, Barbosa SF. Perfil epidemiológico da leishmaniose visceral humana nas regiões de saúde do Norte de Minas Gerais. *Enferm Foco*. 2019;10(2):90-6.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. Guia de Vigilância em Saúde. 3a. ed. Brasília (DF): 2019 [citado 2021 Jan 20]. Disponível em: [https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_vigilancia\\_saude\\_3ed.pdf](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_3ed.pdf)
- Basano SD, Camargo LM. Leishmaniose tegumentar americana: histórico, epidemiologia e perspectivas de controle. *Rev Bras Epidemiol*. 2004;7(3):328-37.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Atlas de Leishmaniose Tegumentar Americana: diagnóstico clínico e diferencial. Brasília (DF): 2007 [citado 2021 Jan 20]. Disponível em: [https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/atlas\\_lta.pdf](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/atlas_lta.pdf)
- Carvalho MD, Fontes CJ, Hueb MG, Afonso AM, Melo LC. Leishmaniose tegumentar no Estado do Mato Grosso (Brasil): estudo clínico, laboratorial e terapêutico. *An Bras Dermatol*. 2002;77(1):45-56.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de consolidação no 4, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017 [citado 2021 Ago 10]. Disponível em: [http://portalsinan.sau.gov.br/images/documentos/Portarias/PORTARIA\\_DE\\_CONSOLIDACAO\\_N4\\_.pdf](http://portalsinan.sau.gov.br/images/documentos/Portarias/PORTARIA_DE_CONSOLIDACAO_N4_.pdf)
- Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Informações de Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2021 [citado 2020 Ago 10]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obt10uf.def>
- Alvar J, Vélez ID, Bern C, Herrero M, Desjeux P, Cano J, et al. Leishmaniasis Worldwide and Global Estimates of Its Incidence. *PLoS ONE*. 2012;7(5):e35671.
- Dedet JP. Epidémiologie mondiale de la leishmaniose viscérale. *Med Mal Infect*. 1994;24:562-5.
- Silva Júnior SH, Mota JC, Silva RS, Campos MR, Schramm JM. Descrição dos registros repetidos no Sistema de Informação de Agravos de Notificação, Brasil, 2008-2009. *Epidemiol Serv Saúde*. 2016;25(3):487-98.
- Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Leishmanioses: Informe Epidemiológico nas Américas. Washington (DC): Organização Pan-Americana da Saúde; 2017 [citado 2020 Ago 10]. Disponível em: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34113/informe\\_leishmanioses\\_5\\_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34113/informe_leishmanioses_5_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Teles CB, Medeiros JF, Santos AP, Freitas LA, Katsuragawa TH, Cantanhêde LM, et al. Molecular characterization of american cutaneous leishmaniasis in the tri-border area of Assis Brasil, Acre state, Brazil. *Rev Inst Med Trop*. 2015;57(4):343-7.
- Botelho AC, Natal D. Primeira descrição epidemiológica da leishmaniose visceral em Campo Grande, Estado de Mato Grosso do Sul. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2009;42(5):503-8.
- Silva ES, Gontijo CM, Pacheco RS, Fuiza VO, Brazil RP. Visceral leishmaniasis in the metropolitan region of Belo Horizonte, state of Minas Gerais, Brazil. *Mem Inst Oswaldo Cruz*. 2001;96(3):285-91.
- Mestre GL, Fontes CJ. A expansão da epidemia de leishmaniose visceral no estado do Mato Grosso, 1998-2005. *Rev Inst Med Trop*. 2007;40(1):42-8.
- Guerra JA, Ribeiro JA, Coelho LI, Barbosa MD, Paes MG. Epidemiologia da leishmaniose tegumentar na Comunidade São João, Manaus, Amazonas, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(11):2319-27.
- Lima BS. Perfil epidemiológico da leishmaniose tegumentar americana em São Vicente Férrer, Zona da Mata Norte do Estado de Pernambuco, Brasil [dissertação]. Recife: Fundação Oswaldo Cruz; 2007.
- Gomes R, Nascimento EF, Araújo FC. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(3):564-74.
- França EL, Mandadori MN, França JL, Botelho AC, Ferrari CK, Honório-França AC. Aspectos epidemiológicos da leishmaniose tegumentar americana no município de Juína, Mato Grosso, Brasil. *Sci Med*. 2009;19(3):103-7.
- Silva NS, Muniz VD. Epidemiologia da leishmaniose tegumentar americana no Estado do Acre, Amazônia brasileira. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(6):1325-36.
- Nobres ES, Souza LA, Rodrigues DJ. Incidência de leishmaniose tegumentar americana no norte de Mato Grosso entre 2001 e 2008. *Acta Amazon*. 2013;43(3):297-304.
- Batista FM, Machado FF, Silva JM, Mittmann J, Barja JM, Simioni AR. Leishmaniose: perfil epidemiológico dos casos notificados no estado do Piauí entre 2007 e 2011. *Rev Univap*. 2014;20(35):44-55.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Características étnico-raciais da população: um estudo das categorias de classificação de cor ou raça. Brasília (DF): IBGE; 2008 [citado 2020 Ago 10]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv49891.pdf>
- Alencar BF, Figueiredo IA. Perfil epidemiológico dos casos de Leishmaniose Tegumentar Americana no estado do Maranhão no período de 2015 a 2017. *Rev Investig Bioméd*. 2018;10(3):243-50.
- Campos SS, Campos FS, Gois GC, Silva TS. Perfil epidemiológico dos pacientes com leishmaniose tegumentar americana no município de Ilhéus - Bahia. *Semin Ciênc Exatas Tecnol*. 2017;38(2):155-64.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no 204, de 17 de fevereiro de 2016. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2016 [citado 2021 Ago 10]. Disponível em: [https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2016/prt0204\\_17\\_02\\_2016.html](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2016/prt0204_17_02_2016.html)











