



Enfermagem

ISSN 2357.707X

REVISTA OFICIAL DO CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM

em Foco



CONSELHEIROS EFETIVOS

PRESIDENTE:

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

VICE-PRESIDENTE:

Antônio Marcos Freire Gomes (Coren-PA nº 56.302)

PRIMEIRA-SECRETÁRIA:

Silvia Maria Neri Piedade (Coren-RO nº 92.597)

SEGUNDO-SECRETÁRIO:

Oswaldo Albuquerque Sousa Filho (Coren-CE nº 56.145)

PRIMEIRO-TESOUREIRO:

Gilney Guerra de Medeiros (Coren-DF nº 143.136)

SEGUNDO-TESOUREIRO:

Wilton José Patrício (Coren-ES nº 68.864)

Helga Regina Bresciani (Coren-SC nº 29.525)

Daniel Menezes de Souza (Coren-RS nº 105.771)

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

CONSELHEIROS SUPLENTE

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

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

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

Josias Neves Ribeiro (Coren-RR nº 142.834)

Ivone Amazonas Marques Abolnik (Coren-AM nº 82.356)

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

Lisandra Caixeta de Aquino (Coren-MG nº 118.636)

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

Tatiana Maria Melo Guimarães (Coren-PI nº 110.720)



CORPO DIRETOR DA REVISTA ENFERMAGEM EM FOCO 2021



Betânia Maria Pereira dos Santos

Diretora Presidente

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



Isabel Cristina Kowal Olm Cunha

Editora Chefe

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



Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto

Editor Associado

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



Carlos Leonardo Figueiredo Cunha

Editor Associado

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



Luciano Garcia Lourenção

Editor Associado

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



Jose Luis Guedes dos Santos

Editor Associado

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



Neyson Pinheiro Freire

Editor de Comunicação e Publicação

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



Aurilene Josefa Cartaxo de Arruda Cavalcanti

Editora Associada

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



Fernando Rocha Porto

Editor Associado

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



Ana Lucia Queiroz Bezerra

Editora Associada

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

Tecnologia da Informação: Leonardo Mangueira

Bibliotecário: Filipe Araujo Soares

Estagiário: Gabriel Mayrink Silva Moura

EDITORIAL

632

A LUTA CONTINUARÁ

Aurilene Cartaxo de Arruda Cavalcanti, Betânia Maria Pereira dos Santos

ARTIGOS ORIGINAIS

634

ATIVIDADES MUSICAIS COMO ESTRATÉGIA PARA O CONTROLE DE SINTOMAS DEPRESSIVOS E ANSIOSOS DE PACIENTES HEMODIALISADOS

Diana Gabriela Mendes dos Santos, Josiane Fernanda Covre, Marisa Silvana Zazzeta, Fabiana de Souza Orlandi

640

AValiação DAS CRENÇAS PARENTAIS NO CUIDADO DOMICILIAR DO RECÉM-NASCIDO PREMATURO

Paula Luísa Lima Melo de Barros, Jacqueline Andréia Bernardes Leão-Cordeiro, Rogério José de Almeida, Cesar Augusto Sam Tiago Vilanova-Costa, Antonio Márcio Teodoro Cordeiro Silva

646

EGRESSOS DE PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM: FORMAÇÃO, PRODUÇÃO CIENTÍFICA E INSERÇÃO PROFISSIONAL

Stelacelly Coelho Toscano Silveira, Jouhanna do Carmo Menegaz, Vânia Marli Schubert Backes, Thayza Mirela Oliveira Amaral, Eliã Pinheiro Botelho

652

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM AMBIENTE PRISIONAL E EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL À TUBERCULOSE E AO HIV

Natamne Carla Silva de Miranda, William Lagoia Lobato Kamada, Manoel Samuel da Cruz Neto, Marcandra Nogueira de Almeida Santos

659

PERCEPÇÕES DE ENFERMEIRAS SOBRE A ASSISTÊNCIA REALIZADA AO RECÉM-NASCIDO COM ICTERÍCIA NEONATAL

Milka dos Santos Iglesias, Alexandra Cordovil da Luz Mascarenhas, Alexandre Aguiar Pereira, Karine de Paula Martins da Cruz, Máira Nunes Quaresma, Marcia Helena Machado Nascimento, Manuela Furtado Veloso de Oliveira, Andressa Tavares Parente

667

GESTAÇÃO SECUNDÁRIA À VIOLÊNCIA SEXUAL INFANTOJUVENIL: PERCEPÇÕES DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Marimeire Moraes da Conceição, Lucas Amaral Martins, Larissa Pereira Ramos, Carolina de Jesus Santos, Raimundo Daltro Conceição Moraes, Ises Adriana Reis dos Santos, Maria Carolina Ortiz Whitaker, Climene Laura de Camargo

675

RASTREAMENTO DA DEPRESSÃO NAS PRÁTICAS DE CUIDADOS PRIMÁRIOS À SAÚDE DE INDIVÍDUOS ADOECIDOS DE TUBERCULOSE

Teresa Cristina Ferreira da Silva, Thiago Nascimento do Prado, Paula Pinheiro Gerszt, Isadora Bianchi Daré, Carolina Maia Martins Sales, Anne Caroline Barbosa Cerqueira Vieira, Ethel Leonor Noia Maciel

682

SOBREVIDA E FATORES ASSOCIADOS À MORTALIDADE DE PACIENTES COM INTERNAÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA

Magno Fernando de Paula, Marli Terezinha Oliveira Vannuchi, Mariana Angela Rossaneis, Maria do Carmo Fernandes Lourenço Haddad, Karen Barros Parron Fernandes, Paloma de Souza Cavalcante Pissinati

688

AUTOMUTILAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA: FRAGILIDADES DO CUIDADO NA PERSPECTIVA DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE MENTAL

Felipe Bruno Gualberto de Aragão, Johnatan Martins Sousa, Érika de Sene Moreira, Raquel Rosa Mendonça do Vale, Mário Henrique Cardoso Caixeta, Camila Cardoso Caixeta

695

COMPETÊNCIAS DOCENTES NO ENSINO TÉCNICO DE ENFERMAGEM: UM OLHAR DOS PROFESSORES DO CURSO

Sâmara Aline Brito Brainer, Isabel Cristina Kowal Olm Cunha, Maria Aparecida de Oliveira Freitas

702

HEMOVIGILÂNCIA: CONHECIMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM SOBRE REAÇÕES TRANSFUSIONAIS

Emanuela Batista Ferreira e Pereira, Vaneça Guilherme Da Silva Santos, Felicialle Pereira da Silva, Raphael Alves da Silva, Claudinalle Farias Queiroz De Souza, Vânia Chagas Da Costa, Fabia Maria De Lima, Tânia Maria Rocha Guimarães

710

FATORES ASSOCIADOS À INADEQUAÇÃO DO INÍCIO DO PRÉ-NATAL

Camila Rodrigues Barbosa Nemer, Ingrid Souza Reis Santos, Larissa Duarte Ferreira, Edcarlos Vasconcelos da Silva, Zilmar Augusto de Souza Filho, Eduardo Queiroz de Lima, Marluclena Pinheiro da Silva, Elizabeth Teixeira

718

CONSTRUÇÃO DE UMA CARTILHA EDUCATIVA PARA FAMILIARES CUIDADORES SOBRE CUIDADO DOMICILIAR AO IDOSO DEPENDENTE AMAZÔNICO

Esmael Marinho da Silva, Deyvylan Araujo Reis

727

ABORDAGEM DA ENFERMAGEM FORENSE NA GRADUAÇÃO: PERCEPÇÃO DE ESTUDANTES DE ENFERMAGEM

Igor de Oliveira Reis, Natália Rayanne Souza Castro, Mônica Chaves, Jhuliano Silva Ramos de Souza, Lilian de Oliveira Corrêa

732

POSIÇÃO PRONA: EFETIVIDADE DA INTERVENÇÃO EDUCATIVA NO PROCESSO ASSISTENCIAL INTENSIVO

Felipe Cássio Silva, Ana Carla Silva Alexandre, Cláudia Germânia Alencar Castro

739

INTEGRIDADE PERINEAL EM PARTOS VAGINAIS: FATORES MATERNOs, NEONATAIS E RELACIONADOS À ASSISTÊNCIA

Larissa Amaral Alípio, Lélia Maria Madeira, Flávia Aparecida Felipe de Lima Silva

746

PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA EM PACIENTES GRAVES DE UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA
Luciana Maria Bernardo Nóbrega, Josilene de Melo Burity Vasconcelos, Jéssica Lorena Palmeira de Moraes, Cindy Campelo de Araújo, José Melquiades Ramalho Neto, Adriana Coutinho Leite

753

CONSTRUÇÃO DE CARTILHA EDUCATIVA PARA ORIENTAÇÕES NO CUIDADO NA DOENÇA DO ENXERTO CONTRA O HOSPEDEIRO
Arieli Cancelier Niero, Jéssica Alline Pereira Rodrigues, Simone Martins Nascimento Piubello

760

AVALIAÇÃO DO RISCO DA DOENÇA DE ALZHEIMER NOS IDOSOS COM DIABETES MELLITUS
Kênnia Stephanie Moraes Oliveira, Francisca Patrícia Barreto de Carvalho, Lucídio Clebeson de Oliveira, Francisca Adriana Barreto, Raira Kirly Cavalcante Bezerra, Priscilla Ferreira Lemos

767

RECORRÊNCIA DA INTERNAÇÃO POR INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO EM IDOSOS
Milena Bizo, Rita de Cássia Helú Mendonça Ribeiro, Priscila Buck de Oliveira Ruiz, Sílvia Maria Albertini, Nádia Antônia Aparecida Poletti, Alexandre Lins Werneck, Renato Mendonça Ribeiro, Jaqueline Lopes Gouveia

773

ENFERMEIROS DA ÁREA PERIOPERATÓRIA NO PERÍODO DA PANDEMIA: ASPECTOS INSTITUCIONAIS E ATITUDINAIS
Gisele dos Santos Rocha, Elizabeth Teixeira, Eidie Souza de Queiroz, Cinthia Mara de Oliveira Lobato Schuengu, Alex Mariano Rosa da Silva, Mailma Costa de Almeida, Aderlaine da Silva Sabino

780

PREVALÊNCIA DE SINTOMAS ANSIOSOS E DEPRESSIVOS EM UNIVERSITÁRIOS DA ÁREA DA SAÚDE
Julya Thereza dos Santos Paixão, Amanda Cavalcante de Macêdo, Géssyca Cavalcante de Melo, Yhasmin Santos Silva, Maria Andreza Marques da Silva, Natália dos Santos Rezende, Thyara Maia Brandão

787

SIGNIFICADO DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA PARA OS PROFISSIONAIS QUE ATUAM NA ASSISTÊNCIA AO PARTO
Angélica de Cássia Bitencourt, Samanta Luzia de Oliveira, Giseli Mendes Rennó

794

CARACTERIZAÇÃO DE MEMBROS DE COMITÊS DE ÉTICA EM PESQUISA DE UMA CAPITAL DO NORDESTE BRASILEIRO
Rosinete Souza Barata, Karla Ferraz dos Anjos, Ednalva Alves Heliodoro, Kelly Cruz Pimentel Sampaio, Alciene Pereira da Silva, Darci de Oliveira Santa Rosa

801

PERFIL DOS ACIDENTES DE TRÂNSITO ATENDIDOS POR SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
Agnes Claudine Fontes de La Longuiniere, Ana Claudia Batista Silva, Deisiane Rodrigues de Araújo, Gabriel Cardoso da Silva, Mariana Oliveira Antunes Ferraz

806

ENVOLVIMENTO DO PACIENTE NA SEGURANÇA DO CUIDADO HOSPITALAR: PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE
Emannuela Sofia Dantas Ferraz, Pedro Rodrigues Carvalho, Cristiane Chagas Teixeira, Johnatan Martins Sousa, Ana Lúcia Queiroz Bezerra, Thatianny Tanferri de Brito Paranaguá

813

CARACTERIZAÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL AO PARTO E NASCIMENTO REALIZADO POR RESIDENTES DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICA
Stéphanie Marques Alves Vieira Angelim, Amanda Santos Fernandes Coelho, Ana Cláudia Andrade Cordeiro Pires, Aline Bueno Coelho, Leiliane Sabino Oliveira Ribeiro, Juliana Machado Schadosim, Fernanda Matos Cordeiro, Lídia Maria do Carmo

820

HEART QUIZ: PROTÓTIPO DE GAME PARA OS ESTUDOS EM CARDIOLOGIA
Débora Martins Werkema, Claudinalle Farias Queiroz de Souza, Helen Conceição dos Santos Elihimas, Carlos Eduardo Rodrigues Saraiva, Évelyn Cristina Moraes Pessôa Lima, Ronalberto Lopes de Araujo, Matheus Beltrão Silva

ARTIGO DE REFLEXÃO

826

O PAPEL DA ENFERMAGEM PARA A PROMOÇÃO DA SUSTENTABILIDADE EM POPULAÇÕES VULNERÁVEIS
Monaliza Ribeiro Mariano Grimaldi, Climene Laura de Camargo, Marimeire Moraes da Conceição, Maria Carolina Ortiz Whitaker, Paula Marciana Pinheiro de Oliveira

NOTA PRÉVIA

832

PRO-TRAUMA: PROTOCOLO PARA PROMOÇÃO DO CONFORTO ÀS VÍTIMAS DE TRAUMA IMOBILIZADAS
Mauro Mota, Madalena Cunha, Margarida Reis Santos

A LUTA CONTINUARÁ

Aurilene Cartaxo de Arruda Cavalcanti¹ (<https://orcid.org/0000-0003-2325-4647>)

Betânia Maria Pereira dos Santos¹ (<https://orcid.org/0000-0001-7768-7742>)

¹Conselho Federal de Enfermagem, Brasília, DF, Brasil.

Conflitos de interesse: nada a declarar.

Autor correspondente: Aurilene Cartaxo de Arruda Cavalcanti | E-mail: aurilene_cartaxo@hotmail.com

Como citar:

Cavalcanti AC, Santos BM. A luta continuará [Editorial]. *Enferm Foco*. 2021;12(4):632-3.

DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n4.5028>

Não seria nenhum exagero afirmar que, a Enfermagem Nightingaleana nasceu sob o signo da luta. Forjada nos horrores da guerra da Criméia, essa profissão pode ser considerada sinônimo de intrepidez, ousadia, bravura e coragem.

Seus primeiros passos ocorreram em outubro de 1854 quando trinta e oito mulheres, incluindo Florence Nightingale, iniciaram uma viagem de 295 milhas náuticas, navegando pelo perigoso Mar Negro, saindo de Balaklava - Criméia em direção à base britânica de operações de guerra em Scutari.

Ao chegarem no front, constataram que os suprimentos médicos eram escassos, a higiene era terrível e as infecções eram comuns entre os soldados feridos. Não havia equipamentos básicos para desenvolver qualquer tipo de atividade assistencial, o comando das tropas era indiferente a estes problemas e havia grande sobrecarga de trabalho daqueles que ali estavam para realizar qualquer tipo de cuidado. Algo que acompanharia o processo de trabalho dessa profissão que começava a se desenhar.

A constatação de que os soldados ingleses morriam muito mais por doenças como Febre Tifoide e Cólera do que por ferimentos em campo de batalha, levou Florence Nightingale a registrar estes fatos, utilizando-se de formas estatísticas, o que mais tarde lhe conferiria lugar de destaque nesta área do conhecimento. Todas as informações foram posteriormente apresentadas ao governo britânico, apenas seis meses após sua chegada a Scutari. Disso resultou a criação de uma comissão sanitária enviada ao front e a promoção de limpeza nas enfermarias, abertura de aterros para destinação de poluentes e sobretudo, melhoria da ventilação no acampamento, bem como, a adoção de medidas simples, mas muito importantes de limpeza e assepsia. A aceitação destas medidas fez despencar a mortalidade e aumentar o moral nas tropas.

Depois de seu retorno a Londres, Florence reuniu as evidências estatísticas que encaminhou para a Comissão Real de Saúde, defendendo a importância da melhoria e manutenção de boas práticas sanitárias em ambientes hospitalares, fato que contribuiu para a criação do Fundo Nightingale para a formação de enfermeiras. Em 09 de julho de 1860, Florence inaugurou uma Escola de Treinamento anexo ao Hospital Saint Thomas, hoje transformada em Escola de Enfermagem e Obstetrícia Florence Nightingale que é parte do King's College de Londres.⁽¹⁾

Da luta nos campos de batalha da guerra da Criméia, para a luta em todos os locais do mundo onde se vive os horrores da pandemia causado pelo SARS-Cov-2, a Enfermagem viveu apenas uma mudança de cenário, pois, a luta nunca parou de existir, só que agora em dimensões mundiais. Confirmando sua vocação para a luta e liderança nas ações de mudança.

Para a Organização Mundial de Saúde, nenhuma agenda global pode ser concretizada sem esforços articulados e sustentáveis para maximizar a contribuição da força de trabalho da Enfermagem e seu papel em equipes de Saúde multiprofissionais, afirmou o relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS), em parceria com o Conselho Internacional de Enfermagem (CIE) e a campanha global Nursing Now.⁽²⁾

Neste momento, particularmente no Brasil, a Enfermagem está vivenciando mais uma luta, dentre as tantas que já travou. De ponta a ponta deste país continente, Enfermeiros, Técnicos, Auxiliares e Parteiras se mobilizam para evidenciar o valor desta profissão em meio a pandemia que nos acomete. Grande parte da população brasileira reconhece essa luta e a maioria significativa dos quase dois milhões e meio de profissionais passou a assumir a posição de soldado nesta batalha.

Tramitam, neste exato momento no judiciário brasileiro, doze (12) Projetos de Lei que solicitam alteração na Lei 7.498 de 1986 que dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências, e sugerem *melhoria salarial* para os exercentes das quatro (4) categorias: PL 459/2015; PL 2982/2019; PL 1876/2019; PL 1268/2019; PL 10553/2018; PL 9961/2018; PL 1823/2015; PL 1477/2015; PL729/2015; PL 597/2015; PL 2564/2020 e PL 2997/2020.⁽²⁾

Há também seis (06) projetos de lei que abordam mudanças na Jornada de Trabalho, buscando fixar em trinta (30) horas semanais o período de trabalho das categorias: PL 2295/2000 e apensados PL 6091/2016; PL 1607/2019; PL 1313/2019; PL 1384/2019; PLS 3739/2020. Além do PL 4998/2016 que sugere mudanças em relação ao repouso digno para esses profissionais.⁽²⁾

Como é possível se verificar, a luta da Enfermagem não é travada apenas nas enfermarias lotadas onde cada enfermeiro um vira dez, desafiando a própria matemática e em extenuantes plantões, eivados de acontecimentos que alteram, sensivelmente, o sentimento daqueles que, arriscando sua própria vida, tenta salvar a vida de outros.

Por tudo isso, também não se constitui nenhum exagero dizer: *A Enfermagem, é importante e reconhecida, mas, ainda não*. Essa frase parece contraditória e, portanto, necessita de alguns esclarecimentos. O grande desafio da Enfermagem nos dias atuais é, exatamente, assumir sua importância e reconhecimento no âmbito das demais profissões da área da saúde.

Entre ser e assumir ser, existe uma grande distância. Para tentar explicar essa inquietante afirmativa, recorremos aos conhecimentos da Filosofia e ao legado de Aristóteles, que nos deu conhecimento de duas importantes categorias explicativas que certamente iluminarão essa aparente contradição.

Ao tratar da realidade em si mesma, Aristóteles estabeleceu as categorias *Ato* e *Potência*. De certa forma, elas explicam dia-

leticamente, o motor da história e, a processualidade do tempo, pois, "o movimento da vida parte sempre da Potência ao Ato, do seu sucesso ou do seu insucesso". Vale lembrar que, ambas as categorias (Ato e Potência) estão em articulação contínua. Em certas situações, Potência é Ato e em outras, Ato é Potência, sendo exatamente essa condição aquilo que promove a circularidade do movimento da vida.⁽³⁾

Aristóteles nos explica que, Ato é aquilo que já é, enquanto Potência é aquilo que virar a ser. Na tentativa de ser mais explícita recorro ao

exemplo da passagem da madeira para a condição de móvel. A madeira vem das árvores, que Aristóteles, filosoficamente, considerou Ato e, em Potência, se tornam cadeiras, mesas, etc.

Retomando a frase proposta e sua aparente contradição "*A Enfermagem, é importante e reconhecida, mas, ainda não*", assumimos que, filosoficamente, ela é Ato, isto é, uma importante profissão dentre várias outras da área da saúde, mas lhe faltava a Potência para ser reconhecida como tal. Creio que, a estamos encontrando e, por isso, A LUTA DEVE CONTINUAR.

REFERÊNCIAS

1. Paixão W. História da Enfermagem 5a ed. Rio de Janeiro: Júlio C. Reis Liv; 1979.
2. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Relatório da OMS destaca papel da Enfermagem no mundo [Internet]. Conselho Federal de Enfermagem: Brasília (DF); 2020 [citado 2020 Abr 21]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/relatorio-da-oms-destaca-papel-da-enfermagem-no-mundo_78751.html
3. Melo F. Quem me roubou de mim? 19a ed. São Paulo: Editora Planeta do Brasil; 2020.

ATIVIDADES MUSICAIS COMO ESTRATÉGIA PARA O CONTROLE DE SINTOMAS DEPRESSIVOS E ANSIOSOS DE PACIENTES HEMODIALISADOS

MUSICAL ACTIVITIES AS A STRATEGY TO CONTROL DEPRESSIVE AND ANXIETY SYMPTOMS IN HEMODIALYSIS PATIENTS

ACTIVIDADES MUSICALES COMO ESTRATEGIA PARA EL CONTROL DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y DE ANSIEDAD EN PACIENTES EN HEMODIÁLISES

Diana Gabriela Mendes dos Santos¹

Josiane Fernanda Covre¹

Marisa Silvana Zazzeta¹

Fabiana de Souza Orlandi¹

(<https://orcid.org/0000-0003-1572-5322>)

(<https://orcid.org/0000-0002-9097-9501>)

(<https://orcid.org/0000-0001-6544-767X>)

(<https://orcid.org/0000-0002-5714-6890>)

Descritores

Insuficiência renal crônica; Diálise renal; Música; Depressão; Ansiedade

Descriptors

Renal insufficiency chronic; Renal dialysis; Music; Depression; Anxiety

Descriptores

Insuficiencia renal crónica; Diálisis renal; Música; Depresión; Ansiedad

Recebido

11 de Maio de 2020

Aceito

30 de Agosto de 2021

Conflitos de interesse:

nada a declarar.

Autor correspondente

Diana Gabriela Mendes dos Santos

E-mail: dimendsantos@gmail.com

RESUMO

Objetivo: Verificar se as atividades musicais influenciam os níveis de sintomas depressivos e ansiosos dos pacientes com Doença Renal Crônica em Hemodiálise.

Métodos: Estudo quase-experimental realizado com 30 pacientes em hemodiálise, os quais foram divididos segundo critérios pré-estabelecidos em dois grupos, sendo um grupo de intervenção e um grupo controle. Os grupos foram avaliados antes e depois das atividades musicais.

Resultados: Houve o predomínio do sexo masculino (Grupo Intervenção: 66,7% e Grupo Controle: 60%), com parceria fixa (Grupo Intervenção: 80% e Grupo Controle: 66,7%) e aposentado (Grupo Intervenção: 93,3% e Grupo Controle: 66,7%). Em relação aos sintomas depressivos e ansiosos, os grupos apresentaram diferenças estatísticas significativas quanto a ansiedade ($p=0,001$) e depressão ($p=0,002$), onde o grupo de intervenção obteve médias menores, indicando melhora e o grupo controle, médias maiores, indicando piora. **Conclusão:** As atividades musicais contribuíram para a redução dos sintomas depressivos e ansiosos dos pacientes com doença renal crônica, em hemodiálise.

ABSTRACT

Objective: Verify whether musical activities influence the levels of depressive and anxious symptoms of patients with CKD undergoing HD.

Methods: Quasi-experimental study carried out with 30 hemodialysis patients, who were divided according to pre-selected criteria in two groups, being an intervention group and a control group. The groups were taken before and after the musical activities.

Results: There was a predominance of males (Intervention Group: 66.7% and Control Group: 60%), with a fixed partnership (Intervention Group: 80% and Control Group: 66.7%) and retired (Intervention Group: 93.3% and Control Group: 66.7%). Regarding depressive and anxiety symptoms, the groups showed statistically significant differences regarding anxiety ($p=0.001$) and depression ($p=0.002$), where the intervention group had lower means, indicating improvement, and the control group, higher means, indicating gets worse.

Conclusion: We conclude that musical activities contributed to the reduction of depressive and anxious symptoms of patients with chronic kidney disease on hemodialysis.

RESUMEN

Objetivo: Verificar si las actividades musicales influyen en los niveles de síntomas depresivos y ansiosos de pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis.

Métodos: Estudio cuasiexperimental realizado con 30 pacientes en hemodiálisis, que se dividieron según criterios preestablecidos en dos grupos, siendo un grupo de intervención y un grupo de control. Los grupos fueron evaluados antes y después de las actividades musicales.

Resultados: Predominó el sexo masculino (Grupo de intervención: 66,7% y Grupo de control: 60%), con pareja fija (Grupo de intervención: 80% y Grupo de control: 66,7%) y jubilados (Grupo de intervención: 93,3% y Grupo de control: 66,7%). En cuanto a los síntomas depresivos y de ansiedad, los grupos mostraron diferencias estadísticamente significativas con respecto a la ansiedad ($p = 0,001$) y depresión ($p = 0,002$), donde el grupo de intervención tuvo medias más bajas, indicando mejoría, y el grupo control, medias más altas, indicando empeoramiento.

Conclusion: Llegamos a la conclusión de que las actividades musicales contribuyeron a la reducción de los síntomas depresivos y ansiosos en pacientes con enfermedad renal crónica sometidos a hemodiálisis.

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

Como citar:

Santos DG, Covre JF, Zazzeta MS, Orlandi FS. Atividades musicais como estratégia para o controle de sintomas depressivos e ansiosos de pacientes hemodialisados. *Enferm Foco*. 2021;12(4):834-9.

DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n4.3797>

INTRODUÇÃO

A transição epidemiológica e a inversão da pirâmide etária são o reflexo das transformações nutricionais, do crescimento social e econômico e da urbanização.⁽¹⁾ Esses fatores contribuem para o aparecimento e a prevalência de doenças crônicas, como a hipertensão e o diabetes mellitus que, por sua vez, são alguns dos principais fatores predisponentes da Doença Renal Crônica (DRC).⁽²⁾

A DRC consiste na presença de anormalidades na estrutura ou nas funções dos rins que, quando se apresentam por um período maior que três meses, geram complicações à saúde.⁽³⁾ Seu diagnóstico é feito a partir de marcadores de lesão renal, que podem ser: a albuminúria (relação albumina/creatinina > 30mg/24h); as anormalidades nos sedimentos urinários; os distúrbios eletrolíticos e outros decorrentes das lesões tubulares; as anormalidades detectadas por exame histológico; as anormalidades estruturais detectadas por exame de imagem; história de transplante renal e/ou a TFG diminuída: <60 ml/min./1,73m² (categorias de TFG G3a-G5).⁽⁴⁾

Atualmente existem três tipos de tratamentos disponíveis na clínica para DCR, sendo o Conservador, a Diálise e o Transplante. O tratamento Conservador possui caráter preventivo, onde são adotadas medidas que visam à prevenção da piora da função renal, diminuição dos sintomas e a prevenção de complicações, sendo essas medidas não medicamentosas, mudanças de estilo de vida e alimentação. A Diálise se subdivide entre Diálise Peritoneal (DP) e Hemodiálise (HD),⁽⁴⁾ sendo a hemodiálise o tratamento mais utilizado.⁽⁵⁾ Na hemodiálise a filtração do sangue do paciente é realizada por uma máquina de forma extracorpórea. Por fim, ainda existe o Transplante que depende da compatibilidade entre o paciente e o doador que pode ser vivo ou cadáver.⁽⁴⁾

O processo da DRC do diagnóstico até o tratamento com a hemodiálise acarreta em diversas alterações biopsicossociais na vida do paciente.⁽⁶⁾ Dentre os sintomas psicológicos, sentimentos relacionados à ansiedade e depressão, como tristeza, revolta e angústia são os mais citados.⁽⁷⁾ Além disso, em estágios mais avançados de DRC os sintomas de depressão e ansiedade, que se acentuam entre os pacientes submetidos à hemodiálise.⁽⁶⁾

A depressão é classificada como um transtorno de humor que altera a percepção do indivíduo sobre si mesmo, intensificando os sentimentos negativos sobre suas problemáticas.⁽⁸⁾ Esse quadro psiquiátrico apresenta taxa de 20 a 30% em pacientes hemodialisados e está associado à alta morbidade e mortalidade, redução na adesão ao tratamento e piora do estado.⁽⁶⁾

A ansiedade é um dos sintomas mais frequentes em pacientes com doenças crônicas, porém muito pouco estudada em pacientes com DRC.⁽⁹⁾ Um estudo realizado no Instituto do Rim de Natal (RN) identificou, por meio do Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE), que todos os pacientes da pesquisa (n=100) apresentavam ansiedade, sendo 66% de intensidade moderada e 34% alta.⁽¹⁰⁾

Dias et al. realizou um estudo de prevalência com 81 pacientes com DRC em tratamento hemodialítico. Dentre os resultados encontrados, a pontuação na "Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão" teve como média para depressão 5,4 (+-4,3), variando de 0 a 17 e para ansiedade a média foi de 5,4 (+-4), variando de 0 a 18. Dos 81 pacientes avaliados, 19 pacientes apresentaram pontuação na escala compatível com episódio depressivo provável (23,4%); 17 pacientes pontuaram para presença de provável transtorno ansioso (20,9%).⁽¹¹⁾

Diante desse cenário, vem sendo desenvolvidas e estudadas diferentes formas de intervenções no ambiente hemodialítico a fim de melhorar a qualidade de vida e reduzir a prevalência de sintomas depressivos e ansiosos de pacientes submetidos à HD.⁽¹²⁾ A intervenção através da música é um tema que vem se desenvolvendo no campo, mas que ainda possui pouca produção. Kim, Evangelista e Park⁽¹²⁾ analisaram em uma revisão sistemática e metanálise sete pesquisas, sendo que em todas houve uma queda significativa da ansiedade após as intervenções musicais.⁽¹³⁻¹⁸⁾

É importante lembrar que as atividades realizadas por outros profissionais no que tange a música consistem em música de fundo, em salas de espera ou outros ambientes hospitalares ou de tratamento ou ainda procedimentos como tocar para os pacientes, o que se difere da prática do profissional musicoterapeuta, que traça um plano terapêutico com base em uma ampla gama de experiências que serão utilizadas como a recreação, a improvisação, a receptividade (audição), a relação terapêutica e a música, servindo como componentes curativos, em um processo terapêutico e com a combinação de diversas atividades e artes distintas.⁽¹⁹⁾

Desta forma, esse estudo teve como objetivo verificar se atividades musicais influenciam a percepção dos sintomas depressivos e ansiosos dos pacientes com DRC em tratamento hemodialítico.

MÉTODOS

Este estudo possui caráter quantitativo e longitudinal, sendo caracterizado como um estudo quase experimental, na qual foram desenvolvidas intervenções (denominadas de Intervenção Musical ao Vivo com Interação), mas não

houve a randomização dos pacientes, pois foram realizadas em grupo no transcorrer das sessões de hemodiálise. Sendo assim, o desenho pode ser denominado como pré-teste e pós-teste.⁽²⁰⁾

Essa pesquisa foi realizada em uma unidade de terapia renal substitutiva do interior do estado de São Paulo, no período de dois anos (Agosto de 2017 a Agosto de 2019).

Os critérios de inclusão consistiram em: ter diagnóstico médico de Doença Renal Crônica, estar em tratamento hemodialítico e possuir comunicação oral preservada. Já como critério de exclusão teve-se: apresentar quadro demencial verificado em prontuário e apresentar comprometimento grave da audição, comprometendo assim a eficácia da intervenção proposta. Na Fase 1 de seleção da amostra dos 180 pacientes atendidos pela unidade, 60 não atendiam aos critérios de inclusão e foram excluídos do estudo. Na Fase 2 os 120 pacientes foram convidados a participar do estudo, sendo que 30 aceitaram. Desta forma, amostra foi composta por 30 pacientes com idade a partir de 18 anos, com diagnóstico médico de Doença Renal Crônica em tratamento hemodialítico que foram separados em dois grupos, intervenção (GI) e Controle (GC) (Figura 1).

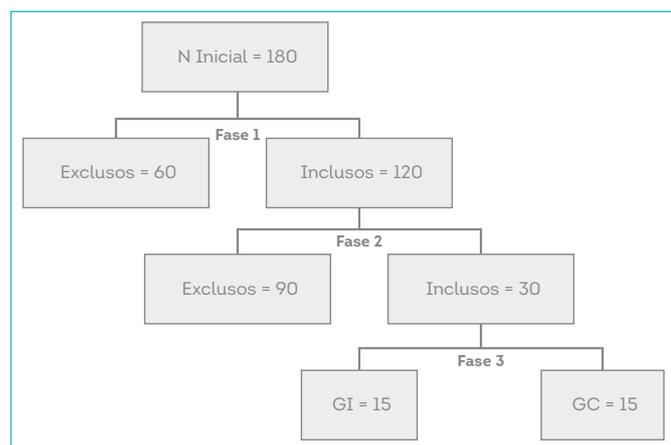


Figura 1. Fluxograma de seleção da amostra

O processo de coleta de dados se deu da seguinte forma: foi realizado contato com os pacientes que atendiam aos critérios de elegibilidade. Para os que aceitaram participar, solicitou-se a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, respeitando-se integralmente a Resolução 466/2012. Na sessão de hemodiálise subsequente iniciaram-se as avaliações de ambos os grupos (controle e intervenção) que realizavam o tratamento no mesmo período do dia, mas em dias diferentes.

As avaliações e as intervenções foram realizadas por uma estudante de graduação em Gerontologia que também é musicista. A avaliação se deu através dos instrumentos

Caracterização Sociodemográfica e Econômica (contendo informações sobre sexo, idade, situação conjugal e ocupação) e o Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), desenvolvido por Zigmond and Snaith⁽²¹⁾ e validada no Brasil por Botega.⁽²²⁾ Esse instrumento possui 14 seções (sintomas somáticos, fadiga, concentração, alterações do sono, irritabilidade, preocupações com o funcionamento corporal, depressão, ideias depressivas, preocupações, ansiedade, fobias, pânico, compulsões e obsessões), sendo sete voltadas para a avaliação da ansiedade (HADS-A) e sete voltadas para a avaliação da depressão (HADS-D).

Após o período de intervenção foi realizada a reavaliação dos grupos intervenção e controle com os mesmos instrumentos utilizados na avaliação inicial. Um dos participantes do grupo controle veio a óbito antes da reavaliação. Desta forma, foram avaliados 14 pacientes que compunham Grupo Controle, após o período de intervenção.

As atividades tiveram início após o período de avaliações e foram realizadas com o grupo intervenção. Apesar de terem sido conduzidas por uma musicista, as atividades foram elaboradas com o auxílio de uma musicoterapeuta, que orientou a adoção dos métodos principais apresentados por Bruscia⁽²³⁾ (Improvisação, Re-criação, creacional, Composição e Audição). Para que fossem atendidas as necessidades dos pacientes e os objetivos da pesquisa, optou-se pela elaboração de quatro atividades distintas descritas no quadro 1.

Quadro 1. Atividades de Intervenção Realizadas com o GI

Audição	
Atividade	Desenvolvimento
1. Atividade receptiva	Foram reproduzidas canções através de um rádio e ao fim os pacientes relatavam as sensações e sentimentos que elas despertavam, promovendo a receptividade, a evocação de estados e experiências afetivas e a evocação do imaginário e da fantasia.
Re-Criação	
Atividade	Desenvolvimento
2. Atividade Jogo - qual é a música?	Foram reproduzidas as melodias das canções selecionadas através de um rádio ou dos instrumentos pela aluna e os pacientes tentavam adivinhar quais eram as canções.
3. Re-criação instrumental e vocal	Foram trabalhadas atividades que possibilitavam o conhecimento dos sons que o corpo pode reproduzir e atividades que promoviam o conhecimento das possibilidades de sons reproduzidos pelo chocalho
Composição	
Atividade	Desenvolvimento
4. Transformação de canções	As canções foram interpretadas pelos pacientes através da voz, dos chocalhos e da percussão corporal.

As intervenções ocorreram especificamente nas duas primeiras horas (nas quais os pacientes apresentam menos alterações hemodinâmicas), com duração de 50 minutos, duas vezes por semana, no período de 4 meses, totalizando 35 encontros no GI. Em cada sessão, um método de atividade foi adotado. Lembrando que, cada atividade abordou

um repertório distinto, que respeitava a preferência dos pacientes.

Os instrumentos utilizados pela musicista foram violoncelo, violão, chocalho e em algumas sessões um rádio para reprodução das melodias. Os chocalhos foram feitos de plástico, lisos e transparentes, facilitando a higienização dos mesmos e dentro deles continham arroz em pouca quantidade para que o som tivesse menos volume.

Os dados coletados receberam tratamento estatístico com o apoio do software SPSS, versão 22.0. Foram realizadas análises descritivas (confecção de tabelas com informação de tendência central: média, mínima e máxima), medidas de dispersão (desvio padrão). Confirmou-se a não distribuição normal dos dados, utilizando-se então o teste de Teste de Mann-Whitney e Wilcoxon pareado para comparação das médias intergrupos e intragrupo. Adotou-se um nível de significância de 5% ($p \leq 0,05$).

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de São Carlos, sob CAAE nº. 79226917.0.0000.5504 e aprovado em dezembro de 2017.

RESULTADOS

Participaram do estudo 30 pacientes, sendo 15 do grupo intervenção (GI) e 15 do grupo controle (GC). Observa-se na tabela 1 que as características sociodemográficas e econômicas prevalentes foram sexo masculino, com parceiro, aposentado e idade média não ultrapassou 60 anos.

Tabela 1. Comparação das características sociodemográficas e econômicas entre o GI e GC

Variáveis	Grupo intervenção n(%)		Grupo controle n(%)		
Sexo					
Masculino	10(66,7)		9(60,0)		
Feminino	5(33,3)		6(40,0)		
Situação conjugal					
Com parceiro (a) fixo (a)	12(80,0)		10(66,7)		
Sem parceiro (a) fixo (a)	3(20,0)		5(33,3)		
Ocupação					
Aposentado	14(93,3)		10(66,7)		
Afastado	1(6,7)		3(20,0)		
Autônomo	0(0)		2(13,3)		
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	p-value*
Idade**	49,2	15,5	59,7	14,8	0,008

*Teste de Mann-Whitney; ** Em anos

Em relação aos sintomas de ansiedade e depressão na avaliação inicial, verifica-se na tabela 2 que não houve diferença entre os grupos. Na HAD total, a média foi de 11,9 para o GI e 12,1 para o GC ($p=0,908$).

Na análise dos sintomas ansiosos e depressivos depois do período de intervenção, nota-se uma relevante diferença estatística entre os valores dos grupos, sendo na HADS

total média 6,9 para o GI e 15,9 para o GC ($p=0,001$), na HAD Ansiedade 3,5 para o GI e 9,00 para o GC e na HAD Depressão 3,4 para GI e 6,9 para GC ($p=0,002$). Os valores encontrados não indicam sintomas de ansiedade e depressão (Tabela 2).

Tabela 2. Comparação do escore médio de sintomas depressivos e ansiosos, por meio da HADS, entre o GI (n=15) e GC (n=15) antes e depois do período de intervenção

Variáveis	GI Antes (n=15)		GC Antes (n=15)		p-value
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	
HADS total	11,9	5,9	12,1	5,3	0,908
HADS ansiedade	5,9	2,3	6,8	4,6	0,562
HADS depressão	5,9	4,2	5,3	2,0	0,665
Variáveis	GI Depois (n=15)		GC Depois (n=15)		p-value
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	
HADS total	6,9	4,4	15,9	2,9	0,001
HADS ansiedade	3,5	2,1	9,0	3,1	0,001
HADS depressão	3,4	2,7	6,9	1,4	0,002

*Teste de Wilcoxon Pareado

DISCUSSÃO

Ambos os grupos possuíam características sociodemográficas e econômicas, ao que se refere ao sexo, situação conjugal, sendo a maioria do sexo masculino, idade entre 49 a 59 anos, brancos, com parceiro fixo. Esse perfil é encontrado em outros estudos nacionais e internacionais realizados com pacientes com DRC.⁽²⁴⁻²⁸⁾ As médias encontradas para ansiedade (GI= 5,9 e GC= 6,8) e depressão (GI= 5,9 e GC=5,3) no início do presente estudo vão ao encontro das médias encontradas em uma pesquisa de prevalência de depressão e ansiedade em pacientes com DRC em HD, realizada por Dias e colaboradores⁽²⁹⁾ na Unidade de Terapia Renal Substitutiva da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, com 81 pacientes, verificando-se pontuação média para depressão de 5,4 e para ansiedade de 5,4 na HAD.

A redução estatisticamente relevante dos sintomas de ansiedade e depressão encontrados no presente estudo também foram verificadas em outras pesquisas.^(25,28,30) Melo e colaboradores,⁽²⁸⁾ realizaram um estudo clínico controlado e randomizado de intervenção musical com 60 pacientes com DRC em HD, realizado em três clínicas de terapia renal substitutiva localizadas no estado da Paraíba, Brasil. O objetivo foi avaliar o efeito da intervenção musical sobre a ansiedade e parâmetros vitais em doentes renais crônicos em comparação ao cuidado convencional de clínicas de hemodiálise. A ansiedade-estado foi avaliada em ambos os grupos pelo State-Trait Anxiety Inventory. Os principais achados estatisticamente relevantes foram a redução

significativa do escore de ansiedade após a audição musical ($p = 0,03$), bem como a pressão arterial sistólica ($p < 0,002$), a pressão arterial diastólica ($p < 0,002$), frequência cardíaca ($p < 0,01$) e a frequência respiratória ($p < 0,006$). Esses resultados corroboram com os achados da presente pesquisa.

A redução de sintomas depressivos dos pacientes que passaram pela intervenção, encontradas no presente estudo pode ser notada em outras pesquisas como a de Hagemann e colaboradores⁽³⁰⁾ que realizaram um estudo com o objetivo de avaliar o efeito da musicoterapia na qualidade de vida e nos sintomas de depressão de pacientes com DRC submetidos a hemodiálise. Foram avaliados 23 pacientes em duas fases: pré e pós-intervenção. Foram utilizados os instrumentos Beck Depression Inventory, segunda edição para avaliação da depressão e o Kidney Disease and Quality of Life - Short Form para avaliação da qualidade de vida. Os pacientes apresentaram redução significativa dos sintomas depressivos ($p=0,001$) e melhor qualidade de vida de forma geral sendo que os domínios capacidade funcional ($p=0,011$), dor ($p=0,036$), estado geral de saúde ($p=0,01$), vitalidade ($p=0,004$), saúde mental ($p=0,012$), lista de sintomas e problemas ($p=0,01$) e saúde global ($p=0,01$) com redução estatisticamente significativa.

Ainda se encontra na literatura outras investigações qualitativas que avaliaram de forma subjetiva aspectos relacionados a ansiedade e depressão após intervenções musicais com pacientes com DRC.^(31,32)

Innocencio, Carraro e Innocencio⁽³³⁾ publicaram um estudo que objetivou avaliar mudanças nos aspectos emocionais de pacientes submetidos à hemodiálise após cinco sessões musicais. A amostra foi composta por 30 pacientes de uma clínica de hemodiálise do Hospital Universitário Sul Fluminense (HUSF) de Vassouras, Rio de Janeiro. Foram entrevistados 10 pacientes, sendo que essas entrevistas passaram por análise de conteúdo que foram direcionadas pela aplicação do pós-teste Psy. Cap. Questionnaire (PCQ-12) adaptado para as situações emocionais dos doentes analisados, que mede otimismo, esperança e resiliência. Notou-se através das análises das entrevistas que a

intervenção musical teve efeito positivo nos aspectos de relaxamento, nas lembranças da história de vida, como força espiritual para enfrentar as dificuldades, como forma de recreação, mudanças na percepção do tempo, na resiliência e na esperança.

Outros estudos que abordam intervenções musicais em diferentes países com pacientes com DRC, com variáveis distintas as deste estudo são encontrados na literatura.^(34,35)

Esse estudo apresenta como limitação a seleção da amostra por conveniência, impossibilitando a generalização dos dados.

CONCLUSÃO

Conclui-se que as intervenções com atividades musicais reduziram os sintomas depressivos e ansiosos dos pacientes com DRC em HD. Tem-se como perspectivas para novos estudos a randomização dos grupos. É importante que a produção na área seja incentivada, visto que vários trabalhos têm mostrado potencial da utilização de atividades musicais na melhoria de sintomas depressivos e ansiosos de pacientes com DRC em HD.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos ao Serviço de Nefrologia de São Carlos, em especial aos pacientes. Financiado pelo Conselho Nacional de Pesquisa (CNPq), através de bolsa IC PIBIC.

CONTRIBUIÇÕES

Diana Gabriela Mendes dos Santos : concepção e desenho do estudo, coleta, análise e interpretação dos dados, redação do manuscrito, aprovação da versão final a ser publicada; Josiane Fernanda Covre: desenho do estudo, revisão crítica do manuscrito e aprovação da versão final a ser publicada; Marisa Silvana Zazzeta: concepção e desenho do estudo, análise e interpretação dos dados e aprovação da versão final a ser publicada; Fabiana de Souza Orlandi : concepção e desenho do estudo, coleta, análise e interpretação dos dados, redação do manuscrito, aprovação da versão final a ser publicada.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Síntese de Indicadores Sociais. Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira. Rio de Janeiro (RJ); 2017 [citado 2021 10 Dez]. Disponível em: https://drive.google.com/file/d/1dGfhWk9E_D46CbNDZgRJuPDxussRbew/view
2. Ministério da Saúde (BR). Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao com Doença Renal Crônica - DRC no Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
3. Crews DC, Bello AK, Saadi G. Dia Mundial do Rim 2019 - Impacto, Acesso e Disparidade na Doença Renal [editorial]. Braz J Nephrol. 41;(1):1-9.
4. Kidney International Supplements. KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. Kidney Int. 2013;3(1):1-150.
5. Sesso RC, Lopes AA, Thomé FS, Lugon JR, Martins CT. Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica 2016. J Bras de Nefrol. 2016;39(3):261-6.

6. Yeh CY, Chen CK, Hsu HJ, Wu IW, Sun CY, Chou CC, et al. Prescription of psychotropic drugs in patients with chronic renal failure on hemodialysis. *Ren Fail.* 2014;36(10):1545-9.
7. Lira AL, Fernandes MI, Medeiros AB, Tinôco JD, Feijão AR, Enders BC. Características psicológicas e cognitivas relacionadas aos aspectos clínicos e socioeconômicos dos pacientes em hemodiálise. *Rev Cuba Enferm.* 2017;33(3):10-3.
8. Esteves FC, Galvan AL. Depressão numa contextualização contemporânea. *Alethei.* 2006;24:127-35.
9. Valle LS, Fernandes VS, Ribeiro AM. Estresse e ansiedade em pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise. *Estud Psicol (Campinas).* 2013;30(1):131-8.
10. Moura Junior JA, Souza CA, Oliveira IR, Miranda RO. Prevalence of psychiatric disorders in patients in hemodialysis in the state of Bahia. *J Bras Psiquiatr.* 2006;55(3):178-83.
11. Dias DR, Shiozowa P, Miorin LA, Cordeiro O. Prevalência de sintomas depressivos e ansiosos em pacientes com doença renal crônica em programa de hemodiálise: um estudo transversal. *Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo.* 2015;60:65-71.
12. Kim Y, Evangelista LS, Park Y. Anxiolytic Effects of Music Interventions in Patients Receiving Incenter Hemodialysis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Nephrol Nurs J.* 2015;42(4):339-47.
13. Choi J. Effect of music therapy on anxiety and depression for hemodialysis patient [dissertation]. Seoul, Korea: Korea University; 1996.
14. Lim SM. The influence of music therapy on depression and anxiety in patients undergoing hemodialysis [dissertation]. Daejeon, Korea: Daejeon University; 2004.
15. Chung Y. The effects of music therapy on stress, anxiety, depression, and immune function in the hemodialysis patients [dissertation]. Seoul, Korea: Catholic University; 2004.
16. Kim KB, Lee MH, Sok SR. The effect of music therapy on anxiety and depression in patients undergoing hemodialysis. *Journal of Korean Academy of Nursing.* 2006; 36: 321-29.
17. Pyo SJ. The effect of music therapy on anxiety, depression and boredom in patients undergoing hemodialysis [dissertation]. Gwangju, Korea: Chonnam National University; 2011.
18. Cantekin I, Tan M. The influence of music therapy on perceived stressors and anxiety levels of hemodialysis patients. *Renal Failure.* 2013;35(1):105-9.
19. Barcellos LR. Musicoterapia em medicina: uma tecnologia leve na promoção da saúde - a dança nas poltronas. *Música Hodie.* 2015;15(2):33-47.
20. Sousa VD, Driessnack M, Mendes IAC. Revisão dos Desenhos de Pesquisa Relevantes para Enfermagem. Parte I: Desenhos de Pesquisa Quantitativa. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2007;15(3):2-6.
21. Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand.* 1983;67(6):361-70.
22. Botega JN, Bio RM, Zomignani MA, Garcia Jr C, Pereira WA. Transtornos do humor em enfermagem de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Rev Saúde Pública.* 1995;29(5):355-63.
23. Bruscia KE. Definindo musicoterapia. 2a ed. Rio de Janeiro (RJ): Enelivros; 2000.
24. Silva MC, Silva KL, Silva PA, Silva LB, Vaz FM. A Sala de Espera como Espaço de Educação e Promoção de Saúde à Pessoa com Insuficiência Renal Crônica em Hemodiálise. *J Res: Fundam Care Online.* 2013;5:253-63.
25. Kutlu AK, Eren AG. Effects of music on complications during hemodialysis for chronic renal failure patients. *Hemodial Int.* 2014;18(4):777-84.
26. Salehi B, Salehi M, Nisrnia K, Soltani P, Adalatnaghad M, Kalantari N, et al. The Effects of Selected Relaxing Music on Anxiety and Depression During Hemodialysis: A Randomized Crossover Controlled Clinical Trial Study. *Arts Psychother.* 2016;48:76-80.
27. Babamohamadi H, Sotodehasl N, Koening HG, Al Zaben F, Jahani C, Ghornanl R. The Effect of Holy Qur'an Recitation on Depressive Symptoms in Hemodialysis Patients: A Randomized Clinical Trial. *J Relig Health.* 2017;56(1):345-54.
28. Melo GA, Rodrigues AB, Firmeza MA, Grangeiro AS, Oliveira PP, Caetano JA. Musical intervention on anxiety and vital parameters of chronic renal patients: a randomized clinical trial. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2018;26:e2978.
29. Dias DR, Shiozawa P, Miorin LA, Cordeiro O. Prevalência de sintomas depressivos e ansiosos em pacientes com doença renal crônica em programa de hemodiálise: um estudo transversal. *Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo.* 2015;60(2):65-71.
30. Hagemann PM, Martin LC, Neme CM. O Efeito da Musicoterapia na Qualidade de Vida e nos Sintomas de Depressão de Pacientes em Hemodiálise. *Braz J Nephrol.* 2019;41(1):74-82.
31. Silva AS, Fava SM, Nascimento MC, Ferreira CS, Marques NR, Alves SM. Efeito Terapêutico da Música em Portador de Insuficiência Renal Crônica em Hemodiálise. *Rev Enferm UERJ.* 2008;16(3):382-7.
32. Caminha LB, Silva MJ, Leão ER. A influência de ritmos musicais sobre a percepção dos estados subjetivos de pacientes adultos em hemodiálise. *Rev Esc Enferm USP.* 2009;43(4):923-9.
33. Innocencio MF, Carraro VM, Innocencio GT. Resposta Emocional de Pacientes à Terapia com Música na Hemodiálise: uma Ferramenta de Humanização. *Arte Méd Ampl.* 2017;37:5-11.
34. Lin YJ, Lu KC, Chen CM, Chang CC. The Effects of Music as Therapy on the Overall Well-Being of Elderly Patients on Maintenance Hemodialysis. *Biol Res Nurs.* 2012;14(3):277-85.
35. Burrai F, Micheluzzi V, Zito MP, Pietro G, Sisti D. Effects of Live Saxophone Music on Physiological Parameters, Pain, Mood and Itching Levels in Patients Undergoing Haemodialysis. *J Ren Care.* 2014;40(4):249-56.

AVALIAÇÃO DAS CRENÇAS PARENTAIS NO CUIDADO DOMICILIAR DO RECÉM-NASCIDO PREMATURO

EVALUATION OF PARENTAL BELIEFS IN THE HOME CARE OF PREMATURE NEWBORN

EVALUACIÓN DE LAS CREENCIAS DE LOS PADRES EN EL CUIDADO DOMICILIARIA DEL RECIÉN NACIDO PREMATURO

Paula Luisa Lima Melo de Barros¹

(<https://orcid.org/0000-0003-0514-7485>)

Jacqueline Andréia Bernardes Leão-Cordeiro²

(<https://orcid.org/0000-0003-0703-3609>)

Rogério José de Almeida³

(<https://orcid.org/0000-0002-2150-6057>)

Cesar Augusto Sam Tiago Vilanova-Costa⁴

(<https://orcid.org/0000-0003-2704-2166>)

Antonio Márcio Teodoro Cordeiro Silva⁵

(<https://orcid.org/0000-0003-0645-3599>)

Descritores

Parto; Recém-nascido prematuro;
Comportamento Materno; Mães

Descriptors

Parturition; Infant, premature;
Maternal behavior; Mothers

Descriptores

Parto; Recien nacido prematuro;
Conducta materna; Madres

Recebido

11 de Maio de 2020

Aceito

5 de Setembro de 2021

Conflitos de interesse:

nada a declarar.

Autor correspondente

Antonio Márcio Teodoro Cordeiro
Silva
E-mail: marciocmed@gmail.com

RESUMO

Objetivo: Avaliar as crenças que norteiam o cuidar do recém-nascido prematuro em domicílio, na perspectiva da mãe cuidadora.

Métodos: Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa. Foram realizadas 30 entrevistas semiestruturadas com mães que tiveram filhos prematuros. Para a análise dos discursos apreendidos nas entrevistas foi utilizada a Teoria Fundamentada nos Dados.

Resultados: As mães de recém-nascidos prematuros apresentaram baixa renda, pouco acesso ao sistema de saúde e eram moradoras de áreas consideradas geográfica e economicamente menos favorecidas. Evidenciou-se que as mães apresentaram medo e insegurança ao cuidar dos seus filhos e não receberam apoio da Estratégia Saúde da Família.

Conclusão: As mães do estudo relataram grande interferência na adoção das práticas parentais no domicílio, principalmente da avó e não se sentem preparadas para cuidar do filho prematuro, em casa, por sentirem medo de realizar os cuidados.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the beliefs that guide the care of the premature newborn at home from the perspective of the caregiving mother.

Methods: This is a descriptive study with a qualitative approach. 30 semi-structured interviewees were carried out with mothers who had premature children. The Grounded Theory was used to analyze the speeches seized in the interviews.

Results: It was evidenced that the mothers of premature newborns had low income, little access to the health system and lived in areas considered geographically and economically less favored. It was evident that mothers were afraid and insecure when taking care of their children and did not receive support from the Family Health Strategy.

Conclusion: The mothers of the study reported great interference in the adoption of parenting practices at home, especially the grandmother and they do not feel prepared to take care of the premature child at home, because they are afraid to perform the care.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar las creencias que guían el cuidado del recién nacido prematuro en el hogar desde la perspectiva de la madre que cuida.

Métodos: Este es un estudio transversal con un enfoque cualitativo. Se realizaron 30 entrevistados semiestructurados con madres que tuvieron hijos prematuros. The Grounded Theory se utilizó para analizar los discursos incautados en las entrevistas.

Resultados: Se evidenció que las madres de recién nacidos prematuros tenían bajos ingresos, poco acceso al sistema de salud y vivían en áreas consideradas geográficamente y económicamente menos favorecidas. Era evidente que las madres tenían miedo e inseguridad al cuidar a sus hijos y no recibían apoyo de la Estrategia Salud Familiar.

Conclusión: Las madres del estudio informaron una gran interferencia en la adopción de prácticas parentales en el hogar, especialmente la abuela, y no se sienten preparadas para cuidar al niño prematuro en casa, porque tienen miedo de realizar el cuidado.

¹Centro Universitário UniFG, Guanambi, BA, Brasil.

²Universidade Federal de Goiás, Goiânia, GO, Brasil.

³Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, GO, Brasil.

⁴Associação de Combate ao Câncer em Goiás, Goiânia, GO, Brasil.

Como citar:

Barros PL, Leão-Cordeiro JA, Almeida RJ, Vilanova-Costa CA, Silva AM. Avaliação das crenças parentais no cuidado domiciliar do recém-nascido prematuro. *Enferm Foco*. 2021;12(4):840-5.

DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n4.3799>

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas têm se notado a redução da mortalidade infantil no mundo e, com ela, a redução nas taxas da mortalidade neonatal, que passaram de 37% para 33%, sendo que a cada 1.000 nascidos vivos, 21 neonatos evoluem para o óbito. A Organização Mundial da Saúde (OMS), por meio do Programa *Every Newborn*, estima que, até 2035, ocorrerá diminuição para 10 óbitos por cada 1.000 nascidos vivos. Entretanto, para alcançar esses números, torna-se necessária a tomada de medidas e intervenções efetivas, para minimizar as causas dos óbitos, especialmente em situação de prematuridade.⁽¹⁾

Embora a gestação seja vista como um processo natural da fisiologia da mulher, sabe-se que esse é um período exclusivo, pois cada gestante percorre esse processo de maneira distinta e única. Cada experiência vivida nesse processo é singular e gera mudanças repentinas em nível físico, familiar, emocional, conjugal e social.⁽²⁾

O avanço tecnológico, que ocorreu nas últimas décadas, favoreceu, de maneira positiva, a segurança no diagnóstico e a definição de cuidados, na busca de ações mais eficazes e seguras, em relação à gestão. Porém, isso, por si só, não é suficiente para solucionar as questões que vão além da preservação da vida da paciente.⁽³⁾ Todavia, o avanço tecnológico promoveu, de certa forma, o afastamento da genitora e da família, nos cuidados promovidos a esse recém-nascido prematuro (RNP).⁽⁴⁾

É necessário ressaltar que o cuidado precisa estar pautado na solidificação da família e que esta seja envolvida, como parceira, na assistência aos RNP.⁽⁵⁾ A mulher não engravida sozinha, todos os integrantes da família, também, participam, diretamente, desse processo. Assim, vale destacar a cultura, na qual, cada mulher vive e, sobretudo, que esta pode recair de maneira positiva quanto à verbalização das necessidades, crenças, valores, saberes e visão sobre a gestação, o parto e o bebê.^(5,6)

O estabelecimento de relação, entre o profissional de saúde e a família, possibilita uma visão abrangente das dificuldades, compreensão das necessidades e prioridades, que essa família experimenta. Tal fato proporciona melhor planejamento dos cuidados essenciais para o bem-estar do RNP, ao receber alta do ambiente hospitalar.⁽⁷⁾

Pode-se afirmar que os costumes parentais, vivenciados no processo de interação entre os pais e o prematuro, podem interferir, de maneira positiva ou negativa, no processo de desenvolvimento do ser.⁽⁸⁾ Nesse sentido, o presente estudo teve por objetivo avaliar as crenças que norteiam o cuidar do recém-nascido prematuro em domicílio, na perspectiva da mãe cuidadora.

MÉTODOS

A presente pesquisa se caracteriza como um estudo descritivo com abordagem qualitativa. Esse tipo de abordagem pode ser utilizado em situações complexas ou restritas; busca analisar e descrever a interação entre certas variáveis e compreender o dinamismo de grupos, a fim de contribuir para a mudança de determinados grupos.⁽⁹⁾

Como cenário, foram consideradas as unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF), de bairros periféricos, do município de Guanambi, Bahia, Brasil. Essas unidades são compostas por equipe multidisciplinar, constituída por: médico, enfermeiro, odontólogo, técnico de enfermagem, técnico de saúde bucal, recepcionista, auxiliar de serviços gerais e agentes comunitários de saúde. O município de Guanambi/BA está localizado a 796 quilômetros, a sudoeste, de Salvador, e está interligado à capital, pela BR-030. Sua população fora estimada, em 2017, em 86.808 habitantes.⁽¹⁰⁾

Foram entrevistadas, 30 mães que já tiveram filhos prematuros. A ferramenta para coleta de dados foi aplicada por meio de entrevistas semiestruturadas, com as mães que se encontravam na unidade de ESF, de Guanambi/BA, para atendimento, no período da coleta de dados, onde foram informadas sobre a pesquisa e convidadas a participar. Foram incluídas: mães que tiveram bebês prematuros; cujas crianças já estavam há mais de três meses sobre os cuidados dos familiares; com idade superior a 18 anos; que foram atendidas na ESF de Guanambi/BA, no período da coleta dos dados; e que aceitaram participar do estudo de modo espontâneo e voluntária.

Os dados foram coletados de junho a outubro de 2017. Foram utilizados dois instrumentos para coleta dos dados. Um para traçar o perfil sociodemográfico da família e um roteiro de temas para a entrevista, composto por quatro questões norteadoras, que estavam relacionadas: aos sentimentos sobre os cuidados com seu filho, em casa; as contribuições da ESF após a alta hospitalar; à pessoa que realizou os cuidados ao RNP, em casa; e o sentimento sobre a interferência nos cuidados ao RNP. Foi utilizada a letra "E", seguida de um número arábico em sequência, para identificação e descrição *ipsis litteris* da fala das entrevistadas, para, assim, promover maior compreensão da magnitude das observações relatadas.

Para a análise dos discursos, apreendidos nas entrevistas, foi utilizada a Teoria Fundamentada nos Dados (TFD ou *Grounded Theory*). Após a transcrição das entrevistas, foram executadas as etapas de codificação dos discursos.

⁽¹¹⁾ Na primeira, chamada de *codificação aberta*, as narrativas estabelecidas nas entrevistas foram lidas de forma rigorosa, pelos pesquisadores, com a seleção dos núcleos

de sentido mais relevantes, criando-se, assim, as categorias de análise. A segunda etapa consistiu na *codificação axial*, em que foram destacadas as principais categorias explicativas do fenômeno e criadas as subcategorias que se relacionavam com os fatos e ajudavam a explicá-los. Na terceira e última etapa, foi realizada a *codificação seletiva*, que consistiu na organização de uma narrativa descritiva, sobre o fenômeno central do estudo, selecionando o que realmente importa no desenvolvimento do modelo teórico representativo do fenômeno pesquisado.⁽¹¹⁾

O projeto desta pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC Goiás) e, após parecer devidamente aprovado, com o parecer nº. 2223738, deu-se início ao processo de coleta dos dados.

RESULTADOS

A pesquisa possibilitou observar que os sentimentos relatados pelas mães foram representados de forma negativa, sendo apenas os sentimentos, amor e felicidade, relatados positivamente, quanto à experiência vivenciada no domicílio. Tal fato pode ser observado nos seguintes relatos:

Foi muito emocionante. Não acreditava. Senti medo por ser prematuro, devido perda anterior. Tinha medo de perder novamente. (E18)

Senti muito medo de perder meu bebê. Fiquei muito ansiosa, nervosa e sobrecarregada! (E16)

Achei muito difícil. Fiquei confusa. Parecia não sentir o mesmo amor como do primeiro. Me senti insegura e com medo! (E10)

Fiquei feliz por estar em casa, é um turbilhão de emoções, mas com medo, por ser pequeno. Medo dele engasgar. Por isso, não dormia. Minha mama rachou e ficou muito dolorida. Foi muito difícil! (E05)

Me senti totalmente perdida, sem saber o que fazer. Agi por instinto! As crianças não mamaram por falta de informação! (E19)

Foi muito difícil. Não fiquei feliz por ser gêmeas, fiquei nervosa, com raiva. (E01)

Senti preocupação por não ter o apoio do pai. (E06)

Senti felicidade. Foi gostoso. Senti muito amor, mas depois senti insegurança, medo de estar fazendo errado! (E14)

A falta de contribuição da ESF e a ausência de visita domiciliar foram evidenciadas nos relatos a seguir:

Não tive nenhuma contribuição, nem visita domiciliar. Apenas a ACS veio uma vez. (E18)

Foi feita uma visita que não foi de grande ajuda. Tive pouca contribuição. (E19)

Não tive contribuição. Só tive visita da ACS. Mas também não fui lá informar nada! (E28)

Não tive contribuição, pois não realizaram visita domiciliar! (E06)

Tive contribuição das vacinas, peso feito pelo ACS, sem visita domiciliar! (E08)

Não tive nenhuma ajuda. Eu que tive que me deslocar até a unidade. (E11)

Observou-se que as mães passaram a responsabilidade do cuidado ao RNP, em domicílio, para as avós, por: medo, insegurança e desconhecimento. Como pode ser percebido nos seguintes relatos:

Eu não cuidei. Tinha medo de segurar, pois era muito pequeno. (E05)

Minha mãe cuidou no início. Eu tinha medo de deixar ele cair. Depois eu dei banho e realizei outros cuidados. (E12)

Tive muito medo de dar banho. Só dei banho depois de um tempo. Quando ele ficou maiorzinho! (E13)

No que se refere à participação do pai, no cuidado em domicílio, as mães relataram que estes raramente auxiliam no cuidado ao recém-nascido. Tal fato ficou evidente nos relatos a seguir:

Meu marido não ajudou em nada. Ele disse que tinha medo. Então eu e minha mãe tivemos que cuidar! (E25)

O pai não pegava no bebê. Achava pequeno! Eu fazia tudo sozinha! (E02)

Meu marido nunca fez nada! Eu, mesmo com dores e cansada, tinha que fazer tudo! Ele falava que tinha medo! (E17)

Eu tive muito medo de deixar cair, então, meus familiares e marido cuidaram e me entregavam para dar o peito. Só depois de quinze dias, eu consegui cuidar. Ele era muito pequeno! (E18)

Meu marido ajudou pouco, quase nada. Só algumas vezes para trocar a fralda! (E19)

Nos primeiros dias, eu tive a ajuda de minha cunhada e depois a minha mãe assumiu. Meu marido ajudou, mas nunca assumiu sozinho! (E11)

Quanto ao sentimento relacionado à interferência do cuidado do recém-nascido em domicílio, a falas das mães evidenciaram sentimentos variados e que, embora, grande

parte achasse positivo, estas, muitas vezes, vieram associadas a sentimentos negativos.

Acho ruim. Fico com raiva, mas depois vejo que é para o bem. (E24)

Era positivo. Achei bom, mas às vezes ficava nervosa! (E28)

Às vezes aceitava, outras questionava. Às vezes, vejo positivamente, outras não! (E11)

Senti segurança. Achei positivo a interferência da minha avó. Pois sempre que ela saía, eu ficava insegura! (E10)

Não ajuda e me deixa confusa com tanto palpite, pois são de pessoas que não são profissionais e isso causa insegurança. (E19)

Senti raiva, pois queria o melhor para meu filho! (E18)

Achei que minha mãe estava certa e que era bom! (E25)

Me senti chateada por algumas interferências, pois ninguém ajudava e ficava falando! (E16)

Achava bom, pois não sabia cuidar, e ela já tinha cuidado de três. Ela sabe! (E06)

Acho ruim, pois, como mãe, queria cuidar e outra pessoa fica falando! (E14)

Acho ótimo não ter interferência. Senti autonomia no cuidado, pois estava mais preparada que os outros. (E08)

O medo relacionado ao cuidar ao RNP em domicílio, por parte das mães, aparece representado nas falas como indicativo de pouco conhecimento ou nenhuma orientação para execução das tarefas necessárias para o cuidado. Tal fato pode acarretar outras sensações, como: insegurança, confusão e nervosismo, observadas nas falas da maioria das mães que reportaram tal sentimento.

O medo aparece relacionado à falta de informação e de apoio, por parte da equipe multiprofissional, e, sobretudo, pela ausência de visitas domiciliares, evidenciado nas falas das mães cuidadoras. Destarte, as mães, que não se sentem preparadas para cuidar dos seus filhos, transferem esse cuidado às avós, por representarem, para elas, um suporte de conhecimento e confiança no contexto em que vivem. Adicionalmente, percebeu-se também que: as mães cuidadoras não contavam com o apoio dos seus maridos; e veem a interferência do cuidado ao recém-nascido, por parte das avós, como algo positivo, como demonstra as falas da maioria das mães cuidadoras deste estudo.

DISCUSSÃO

No que se refere às variáveis sociodemográficas e sua relação com a prematuridade, percebeu-se que as mães de recém-nascidos prematuros, que participaram deste estudo,

apresentaram baixa renda, pouco acesso ao sistema de saúde e eram moradoras de áreas consideradas, geográfica e economicamente, menos favorecidas. O Brasil possui índices de nascimentos prematuros equivalentes a países de baixa renda.⁽¹²⁾ Para tanto, a literatura destaca, como fatores de risco para a prematuridade, as mesmas condições por nós encontradas.⁽¹³⁾

Um estudo demonstrou que fatores, como: grau de escolaridade, estados físico e mental, ocupação e crenças dos pais, possuem estreita relação com o modo de cuidar dos filhos, refletidos nas práticas parentais.⁽¹⁴⁾ Outros estudos evidenciaram que ambientes sociodemográficos específicos resultam em modelos culturais que influenciam o *self* da criança, de modos subjetivos e particulares.^(15,16) Em cada um desses modelos, os cuidadores ressaltaram distintas formas de autonomia e interação com a criança, de forma a sensibilizar, por meio de elementos específicos do ambiente social e não social.⁽¹⁷⁾

Quanto às falas das mães, sobre o sentimento ao ter o RNP em domicílio, observou-se que a maioria delas sentiu medo e insegurança ao cuidar dos seus filhos. O estudo permitiu observar que, embora as mães tenham realizado consultas de pré-natal, o tipo de informação recebida não as empoderaram para o cuidado dos seus bebês, em domicílio. Todavia, observou-se que estas, em grande parte, não participaram de grupos de gestantes para a troca de experiências e orientações pertinentes ao processo de gestação e cuidados com o recém-nascido. Além disso, as orientações recebidas, constatadas no nosso estudo, se referiram, principalmente, a temas, como: vacinas e aleitamento materno.

O cuidado ao RNP é vivenciado por diferentes percepções, por apresentar imaturidades tanto anatômicas, quanto fisiológicas, e por apresentar necessidades de cuidados especiais. Por isso, a sua chegada, em domicílio, representa uma dicotomia do mundo, que, por sua vez, pode influenciar no surgimento de sentimentos distintos, como: alegria e medo, relacionados ao cuidado de um ser frágil e vulnerável a intercorrências.⁽¹⁸⁾

O presente estudo constatou que a metade das mães não teve nenhum profissional que promovesse o elo entre os cuidadores e a ESF, e que o ACS representa, ainda, entre os profissionais da unidade, a principal categoria que realiza essa busca ativa, sendo, o enfermeiro mencionado apenas uma única vez. Embora, seja preconizada, pelo Ministério da Saúde, que na primeira semana de saúde integral, a equipe multidisciplinar deva realizar a visita domiciliar, para a primeira consulta, após o nascimento, este fato não foi observado no nosso estudo. Isso porque, as falas

das mães reforçaram a ausência da visita domiciliar, por parte dos profissionais de nível superior, localizados nas referidas unidades, tendo apenas a visita por parte de alguns ACS; todavia, sem grandes contribuições. Adicionalmente, a pesquisa demonstrou que a maioria das entrevistadas está insatisfeita, quanto aos serviços prestados pela ESF, e que não teve nenhuma contribuição da equipe referente aos cuidados com o recém-nascido. E, por conseguinte, estas mães não se sentiram preparadas para cuidar dos seus filhos, em casa.

Cabe à equipe multidisciplinar realizar a visita domiciliar, para promoção da saúde, e prevenção de riscos à mãe e ao filho, logo na primeira semana de vida, preferencialmente, respeitando sempre suas crenças e valores, no contexto dos cuidados prestados aos seus filhos, em domicílio.⁽¹⁹⁾ Isso se justifica pelo fato da chegada de um bebê prematuro desencadear uma amplitude de sentimentos distintos, que podem interferir no modo de cuidar.⁽⁴⁾

Observou-se, no nosso estudo, que o sentimento das mães, com a chegada do RNP, na grande maioria, é o medo, por não saber cuidar do bebê, devido ao tamanho, a inexperiência ou o conhecimento. Elas relataram, ainda, que se sentiam inseguras quanto à forma certa de cuidar, o que demonstra falta de preparação e orientação, durante o pré-natal. Constatou-se que mesmo a mãe, que sente a chegada do RNP, com amor e felicidade, experienciou, também, sentimentos negativos, como: raiva, angústia, chateação, indecisão e incômodo; ora por não saber cuidar, ora pela frustração de não vivenciar as expectativas sonhadas.⁽¹²⁾

As mães do estudo relataram grande interferência na adoção das práticas parentais no domicílio e que as principais interferências estavam relacionadas à alimentação, vestimentas e banho. Partindo dessa premissa, as mães demonstraram sentimentos variados quanto a esta interferência. Todavia, na maioria das vezes, mesmo sentido, positivamente, essas interferências, ressaltaram certo incômodo em vivenciá-las, seja por medo de cuidar de um ser tão frágil, seja pelo simples fato de não ter conhecimento de como fazê-lo. Tais achados não condizem com um estudo que demonstrou que, apesar da emancipação feminina, o cuidar dos filhos, historicamente, representou questão de gênero configurada no modelo patriarcal.⁽²⁰⁾

A maternidade continua sendo, na contemporaneidade, um elemento forte da cultura feminina, transmitido de geração para geração. O nascimento de um bebê representa um rito de passagem dos conhecimentos dos cuidados de mãe para filha. Destarte, as avós assumem ações de pleno significado, que auxiliam a nova mãe a assimilar conhecimentos que atestam valores familiares imersos na matriz

sócio-histórica de cada indivíduo, transmitidos diante de contextos familiares. Assim, mães e pais consideram importante a atuação dos avós, no apoio psicológico, além da contribuição, com suas experiências de vida, para resolver situações difíceis.⁽²⁰⁾

As principais limitações observadas foram: a carência de estudos publicados sobre crenças e práticas parentais, no contexto da prematuridade, no Brasil; dificuldade de colaboração das equipes da Estratégia de Saúde da Família, no fornecimento de informações referente às mães de RNP do bairro; dificuldade de acesso e aceitação da pesquisa, por parte das mães das áreas de risco. Outro fator relevante esteve relacionado à dificuldade de realizar a pesquisa, no domicílio, devido a interferências da família, ruídos, manutenção da privacidade, além das demandas da mãe, relacionadas aos afazeres domésticos e cuidados com a criança, o que dificulta na manutenção de um ambiente propício para melhor interação com o pesquisador.

Quando este estudo foi inicialmente idealizado, havia o interesse em estudar acerca do cuidado da genitora para com o recém-nascido prematuro, em domicílio, após alta hospitalar. Nessa perspectiva, buscou-se maior compreensão das dificuldades vivenciadas, conhecimentos básicos do cuidado, além dos sentimentos da mãe diante do cenário da prematuridade. Após revisão cuidadosa da literatura, observou-se que vários estudos abordavam os cuidados dos RNP, em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), e os sentimentos das genitoras frente à prematuridade, mas poucos exploravam as crenças e cuidados parenterais, em domicílio, com o RNP.

Assim, uma das contribuições deste trabalho consistiu em estudar aspectos importantes acerca das crenças e sentimentos que envolvem o cuidado do recém-nascido prematuro, em domicílio, sua relação na adoção das medidas de cuidado, e ampliar o conhecimento do processo de adaptação desse indivíduo ao meio familiar.

CONCLUSÃO

O principal cuidador do RNP, em domicílio, foi a mãe, e a avó aparece, no estudo, com grande representatividade. Este fato revela que o cuidado, ainda nos tempos atuais, representa uma questão de gênero, com a identidade feminina de provedora do ato de cuidar, inserida em uma sociedade patriarcal. Atrélada a responsabilidade do cuidado ao RNP, a pesquisa evidenciou que as mães experienciam vários sentimentos, como medo e insegurança, relacionados à chegada do bebê e a sua responsabilidade de prover esse cuidado, e que tais sentimentos foram determinantes para a transferência das práticas de cuidar para outras pessoas da família, especialmente a avó. Os cuidados ao

RNP refletem, no seio familiar, momentos de apreensões e fragilidade, e são associados à falta de conhecimento das mães sobre o cuidado com seus filhos, podendo sofrer interferência da família, sobre os estilos parentais. O estudo permitiu observar que o significado do cuidado do RNP, para as mães, está relacionado com o meio em que ela vive, suas crenças, costumes, expectativas e anseios, bem como com o suporte e o apoio recebidos da família e equipe multiprofissional da ESF. Finalmente, observou-se, nesse estudo, a necessidade da elaboração de políticas públicas mais efetivas, com a valorização dos sujeitos e adequação das ações de saúde, relacionadas aos contextos sociais, vivenciados para uma maior compreensão e participação desses no processo de decisão da prática do cuidar.

CONTRIBUIÇÕES

Paula Luísa Lima Melo de Barros contribuiu com a concepção e/ou desenho do estudo, a coleta, análise e interpretação dos dados e a redação e/ou revisão crítica do manuscrito. Jacqueline Andréia Bernardes Leão-Cordeiro contribuiu com a redação e/ou revisão crítica do manuscrito. Rogério José de Almeida contribuiu com a redação e/ou revisão crítica do manuscrito. Cesar Augusto Sam Tiago Vilanova-Costa contribuiu com a redação e/ou revisão crítica do manuscrito. Antonio Márcio Teodoro Cordeiro Silva contribuiu com a concepção e/ou desenho do estudo, a coleta, análise e interpretação dos dados, a redação e/ou revisão crítica do manuscrito e aprovação da versão final a ser publicada.

REFERÊNCIAS

1. Lawn JE, Gravett MG, Nunes TM, Rubens CE, Stanton C. Global report on preterm birth and stillbirth (1 of 7): definitions, description of the burden and opportunities to improve data. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014;10(suppl 1):1-22.
2. Corrêa AR, Andrade AC, Manzo BF, Couto DL, Duarte ED. As práticas do cuidado centrado na família na perspectiva do enfermeiro da unidade neonatal. *Esc Anna Nery*. 2015;19(4):629-34.
3. Pacheco ST, Rodrigues BM, Dionísio MC, Machado AC, Coutinho KA, Gomes AP. Cuidado centrado na família: aplicação pela enfermagem no contexto da criança hospitalizada. *Rev Enferm UERJ*. 2013;21(1):106-12.
4. Souza KM, Ferreira SD. Assistência humanizada em UTI neonatal: os sentidos e as limitações identificadas pelos profissionais de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010;15(2):471-80.
5. Baraldi NG, Praça NS. Práticas de cuidado do recém-nascido baseadas no contexto de vida da puérpera. *Cienc Cuid Saude*. 2013;12(2):282-9.
6. Melo MC, Gomes LM, Mistura C, Cruz DD, Ferreira AC, Fernandes CX. Saberes populares e produção de saúde: repensando práticas no cuidado materno-infantil. *Rev APS*. 2015;18(4):492-9.
7. Cunha AL, Souza NL, Rêgo RM, Santos AC, Miranda JM. Visita aberta em uma unidade de terapia intensiva neonatal: percepção dos visitantes. *Rev Rene*. 2014;15(1):45-51.
8. Soares RL, Christofell MM, Rodrigues EC, Machado ME, Cunha AL. Ser pai de recém-nascido prematuro na unidade de terapia intensiva neonatal: da idade a paternidade. *Esc Anna Nery*. 2015;19(3):409-16.
9. Richardson RJ. Pesquisa social: métodos e técnicas. 3a ed. São Paulo: Editora Atlas; 2007.
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Perfil demográfico de Guanambi-BA [Internet]. Brasília (DF): IBGE; 2017 [citado 2021 Jan 30]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/>
11. Gasque KC. Teoria fundamentada: nova perspectiva à pesquisa exploratória. In: Mueller SPM (orgs.). Métodos para a pesquisa em ciência da informação. Brasília (DF): Thesaurus; 2007. p. 83-118.
12. Baseggio DB, Dias MP, Brusque SR, Donelli TM, Mendes P. Vivências de mães e bebês prematuros durante a internação neonatal. *Temas Psicol*. 2017;25(1):153-67.
13. Dantas MM, Araújo PC, Revorêdo LS, Pereira HG, Maia EM. Mães de recém-nascidos prematuros e a termo hospitalizados: avaliação do apoio social e da sintomatologia ansiogênica. *Acta Colomb Psicol*. 2015;18(2):129-38.
14. Nunes VH, Pedrosa GB. Cárie dentária em crianças de 5 anos: fatores sociodemográficos, locus de controle e atitudes parentais. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2017;22(1):191-200.
15. Keller H. Autonomy and relatedness revisited: cultural manifestations of universal human needs. *Child Dev Perspect*. 2012;6(1):12-8.
16. Keller H, Kartner J. Development: the cultural solution of universal developmental tasks. In: Chiu GCY, Hong YY (orgs.). *Advances in culture and psychology*. New York: Oxford University; 2013. p. 63-116.
17. Macarini SM, Crepaldi MA, Vieira ML. A questão da parentalidade: contribuições para o trabalho do psicólogo na terapia de famílias com filhos pequenos. *Pensando Fam*. 2016;20(2):27-42.
18. Frota MA, Silva PF, Moraes SR, Martins EM, Chaves EM, Silva CA. Alta hospitalar e o cuidado do recém-nascido prematuro no domicílio: vivência materna. *Esc Anna Nery*. 2013;17(2):277-83.
19. Zani AV, Tonete VL, Parada CM. Cuidados a recém-nascidos de baixo peso por equipes de saúde da família: revisão integrativa. *Rev Enferm UFPE online*. 2014;8(5):1347-56.
20. Melca FM. Ser uma avó cuidadora-um estudo de casos [tese]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2013.

EGRESSOS DE PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM: FORMAÇÃO, PRODUÇÃO CIENTÍFICA E INSERÇÃO PROFISSIONAL

POST-GRADUATES FROM NURSING PROGRAMS: TRAINING, SCIENTIFIC PRODUCTION AND PROFESSIONAL INSERTION
GRADUADOS DE PROGRAMAS DE POSGRADO EM ENFERMERÍA: CAPACITACIÓN, PRODUCCIÓN CIENTÍFICA E INSERCIÓN PROFESIONAL

Stelacelly Coelho Toscano Silveira¹
Jouhanna do Carmo Menegaz²
Vânia Marli Schubert Backes³
Thayza Mirela Oliveira Amaral¹
Elia Pinheiro Botelho¹

(<https://orcid.org/0000-0003-2006-7686>)
(<https://orcid.org/0000-0002-7655-9826>)
(<https://orcid.org/0000-0002-8898-8625>)
(<https://orcid.org/0000-0002-6423-4055>)
(<https://orcid.org/0000-0002-9682-6530>)

Descritores

Formação; Pós-graduação; Egresso

Descriptors

Training; Postgraduate studies;
Egress

Descriptores

Capacitación; Posgraduación;
Salida

Recenido

18 de Maio de 2020

Aceito

5 de Setembro de 2021

Conflitos de interesse:

nada a declarar.

Autor correspondente

Stelacelly Coelho Toscano Silveira
E-mail: stelacellytoscano@yahoo.com.br

RESUMO

Objetivo: Analisar a formação, produção científica e inserção profissional de egressos de programas de pós-graduação em enfermagem da Região Norte do Brasil.

Métodos: Estudo descritivo, de base documental, realizado nas Plataformas Sucupira e Lattes, de abril a maio de 2019. Os dados de 125 egressos de dois programas de pós-graduação *stricto sensu*, turmas de 2010 a 2018, foram coletados e analisados por estatística descritiva.

Resultados: Quanto à formação, 94,4% se graduaram na Região Norte, majoritariamente em universidades públicas; 13,6% estavam em processo de doutoramento e 8,8% eram doutores. Quanto à produção científica, 29,6% não declararam publicação de artigos científicos. Em relação à inserção profissional, 87,2% já possuíam vínculo empregatício antes de ingressar no mestrado e, após a titulação, as atividades se concentraram prioritariamente no ensino em graduação e pós-graduação de instituições públicas.

Conclusão: Há baixa continuidade na formação e contribuição dos egressos para a produção e socialização de conhecimentos em Enfermagem, nas formas medidas pelas agências de fomento. Os egressos têm conseguido colocar-se no mercado de trabalho, especialmente em instituições privadas de ensino superior da região.

ABSTRACT

Objective: To analyze the training, scientific production and professional insertion of master graduates from postgraduate nursing programs in the North of Brazil.

Methods: Descriptive study carried out on Sucupira and Lattes platforms from April to May 2019. Data from 125 master graduates from two *stricto sensu* postgraduate programs from 2010 to 2018 were collected and analyzed by descriptive statistics.

Results: About training, 82% graduated in the North region, mostly in public universities, 13,6% are in the process of doctoring and 8,8% are doctors. As for production, 29,6% do not declare publication of scientific articles. As for insertion, 87,2% already had an employment contract before entering the master's program. After masters graduation, the activities are concentrated primarily on undergraduate and postgraduate education of public institutions.

Conclusion: There is low continuity in the training and contribution of master graduates to the production and socialization of knowledge in Nursing in the forms measured by the funding agencies. They have been able to place themselves in the labor market, especially in private higher education institutions in the region.

RESUMEN

Objetivo: Analizar la formación, la producción científica y la inserción profesional de los graduados de los programas de posgrado en enfermería de la región norte de Brasil.

Métodos: Estudio descriptivo basado en documentos realizado en las plataformas Sucupira y Lattes, de abril a mayo de 2019. Los datos de 125 graduados de dos programas de posgrado de 2010 a 2018 fueron recopilados y analizados por estadísticas descriptivo simple.

Resultados: En cuanto a la capacitación, el 82% se graduó en la región Norte, principalmente en universidades públicas, el 13,6% está en doctoramiento y el 8,8% son doctores. En cuanto a la producción, el 29,6% no declara la publicación de artículos científicos. En cuanto a la inserción, el 87,2% ya tenía un contrato de trabajo antes de ingresar a la maestría. Después de la graduación, las actividades se concentran principalmente en la educación de pregrado y posgrado de instituciones privadas.

Conclusión: Hay poca continuidad en la formación y contribución de los graduados a la producción y socialización del conocimiento en Enfermería en las formas medidas por las agencias de financiación. Los graduados han podido colocarse en el mercado laboral, especialmente en instituciones privadas de educación superior en la región.

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

²Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.

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

Como citar:

Silveira SC, Menegaz JC, Backes VM, Amaral TM, Botelho EP. Egressos de programas de pós-graduação em enfermagem: formação, produção científica e inserção profissional. *Enferm Foco*. 2021;12(4):646-51.

DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n4.3848>

INTRODUÇÃO

Até o final do ano de 2019, constavam 78 programas de pós-graduação na área de Enfermagem, sendo 54 (69,2%) programas acadêmicos e 24 (30,8%) profissionais. Esses programas ofertam 116 cursos de mestrado e doutorado, que representam 11,8% dos cursos oferecidos pelos programas da grande área de Ciências da Saúde. Há assimetria regional na distribuição dos cursos, com a Região Sudeste apresentando maior concentração (40,5%), sendo o grande centro formador de mestres e de doutores em Enfermagem. A Região Nordeste tem a segunda maior concentração (25,8%), seguida das Regiões Sul (21,6%), Centro-Oeste (8,6%) e Norte (3,5%).⁽¹⁾

O Programa Nacional de Pós-Graduação (PNPG) tem primado pelo estímulo à formação de recursos humanos em áreas estratégicas, dentre elas, Ciências da Saúde.^(2,3) Logo, o PNPG sinaliza diretrizes para o desenvolvimento da pós-graduação no Brasil em áreas como a Enfermagem, o que vem sendo correspondido.

É notável o crescimento dos Programas de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENFs) no Brasil, refletido no aumento e qualificação dos cursos, egressos e produtividade científica com relevante impacto,⁽³⁾ sendo manifestado através de produções científicas em caráter mundial, por meio do elo de trabalho qualificado entre docentes permanentes e alunos. Com a inserção e o impacto político e social refletindo em recursos humanos mais qualificados, com melhores rendas e posições estratégicas de liderança dos egressos, bem como o consumo de produtos advindos de conhecimentos dos quais a sociedade faz uso.

Contudo, esse crescimento apresenta-se distribuído de forma desigualitária entre as regiões do país, sendo a Região Norte a que possui menor número de programas, estes com conceito 3, ofertando somente cursos de mestrado. Na modalidade de mestrado acadêmico existem dois programas, um vinculado à Universidade Federal do Pará (UFPA), com início em 2011, e o outro vinculado à Universidade Estadual do Pará em associação com a Universidade Federal do Amazonas (UEPA-UFAM), com início em 2010. Recentemente, em 2019, iniciou-se o mestrado profissional UEPA-UFAM. Até o ano de 2019, na Região Norte, são 131 egressos: 58 da UFPA, 38 da UEPA e 35 da UFAM, todos dos programas acadêmicos.⁽⁴⁾

O PNPG objetiva a formação de egressos com competências e habilidades para alavancar o crescimento tecnológico e intelectual, bem como gerar contribuição em âmbito social, econômico e científico ao Brasil.⁽²⁾ O egresso tem um valor primordial na avaliação dos programas, de forma direta ou indireta, através de suas relações de trabalho e

produção de conhecimento que sugerem a relevância dos programas para a sociedade.

Não são recorrentes pesquisas que primem pelo acompanhamento dos egressos, ou, quando presentes, em sua maioria estão focadas somente em produtividade científica. Sendo necessário, assim, intensificar pesquisas que proporcionem um olhar aos impactos da formação de pós-graduação em suas carreiras nas mais variadas relações pessoais, institucionais e sociais.^(5,6)

Diante do exposto, este artigo tem o objetivo de analisar a formação, produção científica e inserção profissional de egressos de programas de pós-graduação em enfermagem da Região Norte do Brasil.

MÉTODOS

Estudo descritivo de base documental.⁽⁷⁾

Realizado em dois programas de pós-graduação *stricto sensu* em Enfermagem da Região Norte do Brasil: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPA, localizado na cidade de Belém; e Programa Pós-Graduação em Enfermagem em Rede UEPA-UFAM, com sede em Belém e Manaus.

A Região Norte do Brasil é composta por seis estados: Pará, Amazonas, Amapá, Roraima, Acre e Tocantins. Apresenta dimensão territorial de 3.853.676.948 km², tendo o segundo menor IDH do Brasil, 0,638.⁽⁸⁾

Foram considerados critérios de inclusão: ser egresso do programa da UFPA ou UEPA-UFAM identificado na plataforma Sucupira de janeiro de 2010 a dezembro de 2018 e possuir currículo Lattes; e critérios de exclusão: ter currículo Lattes desatualizado por 5 anos ou mais ou não declarar vínculo com um dos programas no Lattes.

Inicialmente o levantamento dos dados para identificação da amostra realizou-se na Plataforma Sucupira, de onde foi retirada uma lista nominal de egressos por programa. Foram identificados 131 egressos, 58 vinculados ao programa da UFPA e 73 ao programa UEPA-UFAM.

A partir da relação nominal, os respectivos currículos foram buscados na Plataforma Lattes. Seis egressos foram excluídos, quatro por terem currículos desatualizados por mais de cinco anos e dois por não declararem vínculo ao respectivo PPGENF, sendo a amostra final constituída por 125 egressos. A partir dos currículos salvos, os dados foram extraídos a partir de questionário construído na plataforma eletrônica *Survey Monkey*.

O questionário englobou as variáveis de interesse: sexo, formação na pós-graduação (modalidade, ano e nome), atuação profissional (assistencial ou na docência, antes e depois do mestrado), programa vinculado, dissertação

(título, tempo para defesa, aderência a linha de pesquisa e impacto amazônico, produção bibliográfica (artigos, resumos e apresentação de trabalhos no total e após o mestrado), participações em eventos, orientações e participação em bancas.

A coleta de dados ocorreu de abril a junho de 2019 nas plataformas Sucupira e Lattes. Com relação à primeira, a escolha se justifica por ser utilizada para a compilação e publicação de informações relacionadas aos programas, possibilitando a identificação dos egressos, e a segunda por compilar informações de trajetória, produção e atuação profissional fornecidas pelo usuário.

Ao final da extração dos dados as variáveis foram compiladas no programa Excel e analisadas em conjunto, a partir de frequência absoluta (n) e relativa (%).

Por se tratar de pesquisa em dados secundários, dispensa-se a aprovação por comitê de ética em pesquisa.

RESULTADOS

Dos 125 egressos, 44,0% (n=55) eram da Universidade Federal do Pará (UFPA); 29,6% (n=37), da Universidade Estadual do Pará (UEPA); e 26,4% (n=33), da Universidade Federal do Amazonas UFAM. Eram do sexo feminino 82,4% (n=103) e 72,8% (n=91) tinham currículos Lattes atualizados em até 6 meses, 14,4% (n=18) em até 1 ano, 8,8% (n=11) em até 2 anos, 2,4% (n=3) havia mais de três anos e 1,6% (n=2) em até 3 anos. Quanto à trajetória, 64,0% (n=80) haviam ingressado no curso de graduação em Enfermagem de 2001 a 2010. Dos egressos, 94,4% (n=118) cursaram em instituição de ensino superior (IES) da Região Norte; 1,6% (n=2), da Região Sul; 3,2% (n=4), da Região Nordeste; e 0,8% (n=1), da Região Sudeste (Tabela 1).

Tabela 1. Egressos que cursaram graduação na Região Norte de acordo com a natureza jurídica da instituição de ensino superior

Natureza da IES	Egressos (n=118) n(%)
Universidades Estaduais	49(41,5)
Universidades Federais	55(46,6)
Faculdades Particulares	14(11,9)

Dentre os egressos, 88,8% (n=111) possuíam título de especialista. Desenvolveram suas dissertações em aderências às linhas de pesquisa dos programas 52,0% (n=65); e 30,4% (n=38) com objetos de estudo de potencial impacto no contexto amazônico. Consideram-se como de impacto estudos alinhados aos problemas e necessidades de saúde e Enfermagem da região. São exemplos as investigações com ribeirinhos, quilombolas, indígenas e doenças endêmicas como tuberculose e doença de Chagas. Quanto ao

tempo para defesa, 72,0% (n=90) defenderam em até 24 meses; 21,6%, em até 36 meses (n=27); 3,2% (n=4), acima de 36 meses; e 3,2% (n=4), em 12 meses. Após a defesa, 40,8% (n=51), registraram no Lattes a manutenção de vínculo aos grupos de pesquisa. Importante destacar que 47,2% (n=59) dos egressos não registraram a vinculação a linha ou grupo de pesquisa do programa em nenhum momento de sua trajetória. Quanto às áreas de conhecimento de Enfermagem a que as dissertações estavam vinculadas: 28,8% (n=36) à Enfermagem na Saúde do Adulto e Idoso, 20,0% (n=25) à Enfermagem nas doenças emergentes e reemergentes, 12,0% (n=15) à Enfermagem em Saúde coletiva, 5,6% (n=7) à Enfermagem na Gestão e Gerenciamento e 4,0% (n=5) à Enfermagem em Saúde Mental. Ainda, 14,4% (n=18) estavam vinculadas a outras áreas, como ciências básicas e formação/ensino. Dos egressos, estavam em doutoramento 13,6% (n=17), e 8,8% (n=11) eram doutores. Dentre os egressos em doutoramento ou doutores, 39,3% (n=11) eram de programas na Região Norte, com 35,7% (n=10) na Região Sudeste, 17,9% (n=5) Região Sul, 3,5% (n=1) na Região Nordeste e para 3,5% (n=1) não foi possível identificar. Quanto à produção científica observa-se a produção total dos egressos, bem como sinalizam-se as produções após a titulação como mestre, demonstradas na tabela 2. Quanto à participação em eventos, 88,0% (n=110) declararam ter participado de eventos científicos durante o mestrado, percentual que reduz para 69,8% (n=86) após a titulação.

Tabela 2. Distribuição dos egressos de acordo com a produção de total de artigos e resumos expandidos e após a titulação de mestres

Artigos	Total de artigos n(%)	Publicação após titulação n(%)
Sem publicação	37(29,6)	57(45,6)
Até 5	69(55,2)	59(47,2)
Até 10	8(6,4)	6(4,8)
Até 15	9(7,2)	3(2,4)
Até 25	2(1,6)	-(-)
Resumos expandidos	n(%)	n(%)
Sem publicação	51(40,8)	90(72,0)
Até 5	36(28,8)	20(16,0)
Até 10	13(10,4)	8(6,4)
Até 15	9(7,2)	1(0,8)
Até 20	15(12,0)	3(2,4)
Mais de 20	11(8,8)	3(2,4)

Quanto à inserção social, 87,2% (n=109) declararam atuação profissional antes de ingressar no mestrado e 95,2% (n=119) declararam após a titulação, distribuídas na tabela 3.

Quanto à participação em bancas de atividades de formação científica ou de comissões julgadoras após a

titulação, do total de egressos, 66,4% (n=83) informaram participação. Destas, 54,4% (n=68) eram participações em bancas de trabalhos de conclusão de curso; 25,6% (n=32) participaram de bancas de programas *lato sensu*; 17,6% (n=22), em bancas de comissão julgadora; 4,0% (n=5), na modalidade residência; 2,4% (n=3), em bancas de pós-graduação *stricto sensu*. Quanto a orientações de trabalho, 53,6% (n=67) desenvolveram essas atividades depois do mestrado. 48,0% (n=60) orientaram trabalhos de conclusão de curso de graduação e 23,3% (n=29), trabalhos de conclusão de curso de pós-graduação *lato sensu*. Há ainda declarações de 3,2% (n=4) de orientações de monitoria, 4,8% (n=6) de extensão e 14,4% (n=18) de projetos de pesquisa.

Tabela 3. Distribuição dos egressos de acordo com as atividades relacionadas ao exercício da docência antes e depois da titulação de mestres

Docência	Antes da titulação n(%)	Depois da titulação n(%)
Assistência	80(64,0)	51(40,8)
Gerência	36(28,8)	36(28,8)
Cursos Técnicos	42(33,6)	20(16,0)
Preceptorial	17(13,6)	16(12,8)
Graduação	85(68,0)	86(68,8)
Pós-Graduação <i>Lato Sensu</i>	8(6,4)	24(19,2)
Coordenação de Cursos	17(13,6)	26(20,8)

DISCUSSÃO

Estudos sobre egressos representam importante contribuição para a avaliação dos programas de pós-graduação e o impacto que eles geram na trajetória profissional e na produção de novos conhecimentos, bem como coparticipação na saúde e sociedade.^(3,9)

O estudo nacional de perfil da formação em Enfermagem mostrou que 80% dos enfermeiros buscam qualificação por meio da especialização.⁽¹⁰⁾ Sendo congruente ao observado nos egressos de programas de pós-graduação da Região Norte a continuidade de formação e qualificação, possivelmente conectados à busca por melhores empregos, corroborando com os dados de um estudo sobre o perfil do aluno de pós-graduação *stricto sensu* do Brasil.⁽⁶⁾ No que diz respeito à inserção profissional, a atuação no ensino técnico, cuja hora-atividade é menor remunerada do que a hora na graduação, diminuiu após a titulação, bem como aumentou a declaração de inserção em atividades de pós-graduação *lato sensu* e atividades de coordenação de curso.

Um caminhar formativo e competente pedagogicamente instiga uma visão de progressão na carreira e qualificação profissional desde a graduação.⁽¹¹⁾ Este progresso está de mãos dadas à formação *lato sensu* e *stricto sensu*, de forma que os egressos demonstram alinhamento a esta

perspectiva. Estudos^(5,9) evidenciam o interesse dos profissionais pela busca da pós-graduação como forma de aprimoramento profissional. Os programas parecem estar preparando os egressos a desempenhar cargos mais qualificados, capacitados nas mais diversas funções, seja em nível assistencial ou ensino acadêmico, gerando a integração de ensino e consumo da ciência pela sociedade.^(12,13)

Todavia, a busca pela progressão parece se restringir ao mestrado. Quanto à continuidade da formação *stricto sensu*, embora se observe que uma parcela já se titulou como doutor ou está em processo de doutoramento, os números ainda são pequenos. A busca pela formação de doutorado seria compatível com a observada inserção profissional destes egressos e qualificaria sua atuação profissional. O fato de estarem inseridos em cursos de graduação de instituições privadas, possivelmente como segundo emprego, pode fazer com que esta não seja uma condição mandatória ou percebida como necessidade para a inserção profissional, bem como o baixo número de programas na região e a ausência de programas de Enfermagem podem ser fatores dificultadores da continuidade.

Quanto à produção científica dos egressos, um aspecto que permite o avanço de conhecimento na área tem relação com a aderência e permanência do egresso na linha de investigação. Neste estudo, a metade dos egressos revelou aderência na produção científica e, neste contingente, grande parte dos estudos tiveram repercussão no contexto amazônico, ou seja, estudos alinhados aos problemas e necessidades de saúde da Região Norte. Pesquisadores⁽⁹⁾ destacam a relevância de alinhamento das produções científicas com as necessidades da comunidade, sistemas de saúde e qualificação docente e assistencial do egresso.

O índice de produção científica apontou que a maioria dos egressos não apresentou nenhuma publicação, enquanto que, dentre a maioria que publicou, houve até cinco artigos publicados, revelando a pouca visibilidade do conhecimento produzido e baixo comprometimento com a avaliação do programa. São esperados bons índices de produção científica como quesitos de avaliação dos programas, comprometendo o conceito, financiamento de projetos, bolsas e manutenção da existência dos mesmos, ou seja, o egresso contribuiu para o sucesso ou insucesso do programa.^(13,14)

Os egressos também informam participação em eventos, orientação de TCC e participação em bancas que poderiam reverter em produção científica, pois são atividades correlatas à sua inserção profissional, contudo, parecem não fazer parte a publicação e socialização de conhecimentos gerados nessas atividades.

Apesar dos indicadores avaliativos da CAPES, é responsabilidade local a qualificação dos programas, de suas bases teóricas até seu “produto” de trabalho, tornando-se um desafio a programas como da Região Norte, que ainda se encontram em processo de consolidação. Para alguns estudiosos,⁽¹⁴⁾ baixa produtividade e qualificação da produção têm sido um comum e recorrente desafio em programas de enfermagem, não só a respeito da quantidade de material produzido, mas também pela qualidade, representatividade e impacto do mesmo.

Nesse sentido, se fazem necessárias estratégias de qualificação e relevância, como articulação de parcerias, internacionalização e produtividade direcionada, com Qualis de referência e citações de impacto, somando não apenas ao programa em nível avaliativo CAPES, mas também ao crescimento de conhecimento na área e a um perfil de egressos mais qualificados.^(13,15)

O estudo analisa apenas os egressos dos programas de pós-graduação. Não analisa os próprios programas e os docentes que colaboram para a formação *stricto sensu*.

A partir da caracterização dos egressos, é possível refletir a respeito das políticas de ensino e das estratégias para o fortalecimento e consolidação dos programas de pós-graduação da Região Norte.

CONCLUSÃO

A partir do objetivo de analisar a formação, produção científica e inserção profissional de egressos de programas de pós-graduação em enfermagem da Região Norte do Brasil, conclui-se que os egressos de PPGENF da Região Norte do Brasil são em sua maioria enfermeiros especialistas, graduados na vigência das diretrizes curriculares nacionais, em IES públicas da própria região. Cerca de um quinto buscou continuidade na formação *stricto sensu*, a maioria

mantendo-se na própria região, todavia, não em programas de Enfermagem, tendo em vista que a região não possui curso de doutorado. Estão colocados no mercado de trabalho, sinalizando com o término do mestrado uma transição para o ensino superior, com manutenção de posições na assistência e gerência, sugerindo a presença de duplo vínculo, o que pode justificar a diminuição na produção científica. Para a continuidade do desenvolvimento da Enfermagem como ciência há a necessidade do desenvolvimento da pós-graduação na Região Norte, estudando-se não somente a abertura de cursos de doutorado, mas a abertura de cursos de mestrado em outros estados da região, tendo em vista a endogenia dos programas. Questiona-se, ainda, tendo em vista a inserção profissional dos egressos, se programas profissionais poderiam ser mais compatíveis do que os acadêmicos. Recomenda-se o acompanhamento dos ingressantes e egressos pelos programas, com vistas à proposição de políticas de formação compatíveis com as diferenças regionais observadas no Brasil.

CONTRIBUIÇÕES

Stelacelly Coelho Toscano Silveira a) concepção e desenho do estudo b) coleta, análise e interpretação dos dados c) redação e revisão crítica do manuscrito d) aprovação da versão final a ser publicada. Joughanna do Carmo Menegaz a) concepção e desenho do estudo b) interpretação dos dados c) redação e revisão crítica do manuscrito; d) aprovação da versão final a ser publicada. Vânia Marli Schubert Backes b) interpretação dos dados c) redação e revisão crítica do manuscrito; d) aprovação da versão final a ser publicada. Thayza Mirela Oliveira Amaral a) Coleta de dados b) Redação do manuscrito c) Aprovação da versão final a ser publicada. Eliã Pinheiro Botelho b) interpretação dos dados c) revisão crítica do manuscrito; d) aprovação da versão final a ser publicada.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Educação. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. Diretoria de Avaliação. Documento de área. Área 20: enfermagem. Brasília (DF); 2019 [citado 2020 Maio 10]. Disponível em: https://www.capes.gov.br/images/Documento_de_%C3%A1rea_2019/ENFERMAGEM.pdf
2. Brasil. Ministério da Educação. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. Plano Nacional de Pós-Graduação 2011-2020. Brasília (DF): Ministério da Educação; 2010 [citado 2020 Maio 10]. Disponível em: https://www.capes.gov.br/images/stories/download/PNPG_Miolo_V2.pdf
3. Brasil. Ministério da Educação. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. Egressos Da Pós-Graduação: Áreas Estratégicas. Brasília (DF): Ministério da Educação; 2017 [citado 2020 Maio 10]. Disponível em: https://www.capes.gov.br/images/stories/download/avaliacao/19122018_Cartilha-DAV-Egressos.pdf
4. Brasil. Ministério da Educação. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. Plataforma Sucupira. Brasília (DF): Ministério da Educação; 2019 [citado 2020 Maio 10]. Disponível em: <https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/>
5. Hortale VA, Moreira CO, Bochner R, Leal MC. Professional paths of alumni from doctorate programs in health and biological sciences. Rev Saúde Pública. 2014;48(1):1-9.
6. Silva TC, Bardagi MP. The Graduate student (stricto sensu) in Brazil: literature review from the last 20 years. RBPG. 2016;12(29):683-714.
7. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 5a ed. São Paulo: Atlas; 2010.

8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo demográfico: resultados preliminares - Pará. Brasília (DF): IBGE; 2020 [citado 2020 Abr 15]. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html?utm_source=portal&utm_medium=popclock&utm_campaign=novo_popclock
9. Abreu AB, Guilam MC. Career paths of master's degree graduates in Structural Cooperation in Health. *RBPG*. 2017;14(6):1-15.
10. Machado MH, Wermelinger M, Vieira M, Oliveira E, Lemos W, Aguiar Filho W, et al. Aspectos gerais da formação da enfermagem: o perfil da formação dos enfermeiros técnicos e auxiliares. *Enferm Foco*. 2016;7(Esp):15-34.
11. Nogueira V, Cunha IC. Coordenação de cursos de graduação em enfermagem à luz das tendências de métodos de cenários. *Enferm Foco*. 2018;9(4):23-7.
12. Santos LF, Moimaz SA, Garbin CA, Saliba TA, Saliba NA, Saliba O. The professional activities of the former students of the graduate in dentistry in the area of collective health. *Rev Abeno*. 2017;17(3):56-66.
13. Parada CG, Kantorski LP, Nichiata LY. New paths for the assessment of Brazilian post-graduation and challenges in the Nursing area. *Rev Gaúcha Enferm*. 2020;41(spe):e20190359.
14. Gutiérrez MG, Barros AL, Barbieri M. Follow-up of former postgraduate students of a postgraduate nursing program. *Acta Paul Enferm*. 2019;32(2):129-38.
15. Pozza DL, Ferreira RC, Domingues MJ. Perfil e trajetória profissional dos egressos do curso de mestrado em administração de uma instituição de ensino superior. In: 3th Simpósio Avaliação da Educação Superior [Internet]. 2017 set. 05-06; Florianópolis (SC); 2017 [citado 2020 Maio 10]. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/179345?show=full>

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM AMBIENTE PRISIONAL E EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL À TUBERCULOSE E AO HIV

NURSING ASSISTANCE IN PRISON ENVIRONMENT AND OCCUPATIONAL EXPOSURE TO TUBERCULOSIS AND HIV
ASISTENCIA DE ENFERMERÍA EN AMBIENTES PRISIONEROS Y EXPOSICIÓN OCUPACIONAL A TUBERCULOSIS Y VIH

Natanne Carla Silva de Miranda¹

William Lagoia Lobato Kamada¹

Manoel Samuel da Cruz Neto¹

Marcandra Nogueira de Almeida Santos^{1,2}

(<https://orcid.org/0000-0001-6647-5592>)

(<https://orcid.org/0000-0003-3399-565X>)

(<https://orcid.org/0000-0002-0217-7497>)

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

Descritores

Cuidados de enfermagem;
Prisões; Exposição ocupacional;
Tuberculose; HIV

Descriptors

Nursing care; Prisons; Occupational
exposure; Tuberculosis; HIV

Descriptores

Atención de enfermería;
Prisiones; Exposición profesional;
Tuberculosis; VIH

Recebido

13 de Setembro de 2020

Aceito

1 de Setembro de 2021

Conflitos de interesse:

nada a declarar.

Autor correspondente

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

RESUMO

Objetivo: Descrever medidas de prevenção e entraves à redução da exposição ocupacional a infecções por tuberculose e pelo vírus da imunodeficiência humana em unidades de saúde prisionais, na perspectiva de profissionais de enfermagem.

Métodos: Estudo descritivo de abordagem qualitativa, realizado em cinco unidades prisionais no estado do Pará, por meio de entrevistas semiestruturadas com 15 profissionais de enfermagem. Os dados foram analisados por meio da técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin.

Resultados: As temáticas identificadas foram medidas de prevenção relacionadas a recursos materiais, educação em saúde e cuidado às pessoas privadas de liberdade e entraves à redução da exposição ocupacional a tuberculose e ao vírus da imunodeficiência humana no ambiente prisional.

Conclusão: Na perspectiva dos profissionais de enfermagem, a prevenção de infecções ocupacionais por tuberculose e pelo vírus da imunodeficiência humana perpassa pela necessidade de melhorias estruturais e organizacionais às suas condições de trabalho, as quais influenciariam positivamente para a prestação de assistência qualificada e resolutive a toda a comunidade prisional.

ABSTRACT

Objective: To describe preventive measures and barriers to reducing occupational exposure to infections by tuberculosis and human immunodeficiency virus in prison health units, from the perspective of nursing professionals.

Methods: A descriptive study with a qualitative approach, carried out in five prison units in the state of Pará, through semi-structured interviews with 15 nursing professionals. The data were analyzed using the content analysis technique proposed by Bardin.

Results: The themes identified were preventive measures related to material resources, health education and care for people deprived of their liberty and barriers to reducing occupational exposure to tuberculosis and the human immunodeficiency virus in the prison environment.

Conclusion: From the perspective of nursing professionals, the prevention of occupational infections by tuberculosis and the human immunodeficiency virus runs through the need for structural and organizational improvements to their working conditions, which would positively influence the provision of qualified and resolving assistance to all the prison community.

RESUMEN

Objetivo: Describir las medidas preventivas y barreras para reducir la exposición ocupacional a infecciones por tuberculosis y virus de inmunodeficiencia humana en unidades de salud penitenciarias, desde la perspectiva de los profesionales de enfermería.

Métodos: Estudio descriptivo con abordaje cualitativo, realizado en cinco unidades penitenciarias del estado de Pará, mediante entrevistas semiestructuradas a 15 profesionales de enfermería. Los datos se analizaron mediante la técnica de análisis de contenido propuesta por Bardin.

Resultados: Los temas identificados fueron medidas preventivas relacionadas con los recursos materiales, educación en salud y atención a las personas privadas de libertad y barreras para reducir la exposición ocupacional a la tuberculosis y al virus de la inmunodeficiencia humana en el ámbito penitenciario.

Conclusión: Desde la perspectiva de los profesionales de enfermería, la prevención de las infecciones ocupacionales por tuberculosis y el virus de la inmunodeficiencia humana pasa por la necesidad de mejoras estructurales y organizativas de sus condiciones laborales, lo que incidiría positivamente en la prestación de asistencia calificada y resolutive a todos. la comunidad carcelaria.

¹Faculdade Integrada Brasil Amazônia, Belém, PA, Brasil.

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

Como citar:

Miranda NC, Kamada WL, Cruz Neto MS, Santos MN. Assistência de enfermagem em ambiente prisional e exposição ocupacional à tuberculose e ao HIV. *Enferm Foco*. 2021;12(4):652-8.

DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n4.4416>

INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) e a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) estão entre as condições que mais afetam a saúde da população prisional brasileira.⁽¹⁻³⁾ Contribuem para essa realidade as más condições de vida dentro e fora das prisões e fatores de risco como baixa escolaridade, uso de drogas ilícitas injetáveis, relações sexuais desprotegidas e outros.⁽⁴⁾

Em se tratando de doenças transmissíveis, é certo que a ocorrência da TB e do HIV em prisões representa perigo não apenas para as pessoas privadas de liberdade, mas para outros membros da comunidade prisional como familiares, profissionais de segurança e profissionais de saúde, com destaque para os profissionais de enfermagem, que são trabalhadores de saúde fundamentais nas prisões brasileiras que, pela natureza do cuidado prestado, estão mais expostos aos riscos ocupacionais específicos existentes nesses espaços.⁽⁵⁾

A prática cotidiana do cuidado de enfermagem nas prisões implica na realização de consultas, orientações e procedimentos técnicos como administração de medicamentos, aplicação de vacinas e coleta de amostras biológicas para exames laboratoriais, que somados às deficiências estruturais do ambiente prisional elevam a exposição de enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem à ocorrência de infecções ocupacionais por TB e HIV.⁽⁶⁻⁸⁾

As prisões são ambientes ainda pouco conhecidos, onde os serviços de enfermagem ocorrem de modo singular. A maioria dos estudos disponíveis trata sobre a assistência à saúde da população prisional sem, no entanto, aprofundar o conhecimento sobre a exposição ocupacional dos profissionais de enfermagem a agravos infecciosos como a TB e o HIV.^(9,10) Nessa perspectiva, questionamos: quais medidas de prevenção à infecção ocupacional por TB e HIV são adotadas por profissionais de enfermagem em unidades de saúde prisionais? Quais entraves a essa prevenção são identificados nesses espaços?

Objetivou-se com este estudo descrever medidas de prevenção e entraves à redução da exposição ocupacional a infecções por TB e HIV em unidades de saúde prisionais, na perspectiva de profissionais de enfermagem.

MÉTODOS

Trata-se de estudo exploratório descritivo de abordagem qualitativa. Para a sua realização foram considerados os itens e critérios consolidados no *checklist* COREQ (*Consolidated criteria for reporting qualitative research*).⁽¹¹⁾

Realizado em cinco unidades prisionais vinculadas à Secretaria de Estado de Administração Penitenciária

do Pará (SEAP), nos municípios de Ananindeua, Belém e Marituba. As unidades possuem equipes de atenção primária à saúde prisional compostas minimamente por enfermeiro, técnico de enfermagem e assistente social.

Participaram do estudo 15 profissionais de enfermagem, que representaram aproximadamente 80% do total de elegíveis à pesquisa. Os participantes foram selecionados de modo intencional, a partir de cinco unidades de saúde prisional que notificam casos de TB e HIV na população carcerária. Os critérios de inclusão foram profissionais de ambos os sexos, de qualquer faixa etária, das categorias enfermeiro e técnico de enfermagem e com vínculo de trabalho efetivo ou temporário na unidade prisional há pelo menos seis meses. Excluíram-se os profissionais que estavam em gozo de férias, licenças médicas e outros afastamentos no período de coleta de dados.

Os dados foram coletados por meio de entrevista presencial, no período de outubro a novembro de 2019. As entrevistas foram realizadas por dois pesquisadores principais, de ambos os sexos, devidamente capacitados no método e sem nenhum tipo de relacionamento prévio com os participantes do estudo. Para acesso aos profissionais participantes houve contato prévio por meio telefônico, após a devida autorização institucional, para apresentar o objetivo do estudo e realizar o convite à participação voluntária na pesquisa. Nenhum profissional convidado recusou-se a participar do estudo.

Todas as entrevistas foram agendadas em horário de acordo com a preferência dos profissionais. As entrevistas foram realizadas em salas reservadas nas cinco unidades prisionais, nos turnos matutino e vespertino, com duração média 20 minutos. Um roteiro semiestruturado com perguntas sobre o perfil dos participantes e sobre medidas de prevenção de infecções ocupacionais por TB e HIV foi elaborado pelos autores, com base em literatura nacional sobre o tema.⁽¹²⁻¹⁴⁾ As entrevistas foram registradas em gravador digital de voz, mediante autorização dos participantes. Quatro profissionais optaram por ter suas falas apenas manuscritas. Todas as falas foram transcritas e organizadas em arquivos de texto no *Microsoft Word*.

Os dados foram analisados por meio da técnica de Análise de Conteúdo temática proposta por Bardin, a partir do cumprimento das etapas de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados e interpretação.^(15,16) Os dados foram codificados por dois pesquisadores de modo independente e submetidos à avaliação dos demais pesquisadores⁽¹¹⁾ para a identificação de pontos convergentes e divergentes, a fim de conferir maior credibilidade ao processo de análise e

intepretação. Os resultados foram organizados em duas categorias temáticas, nomeadas a partir do processo analítico dos depoimentos, a saber: medidas de prevenção relacionadas a recursos materiais, educação em saúde e cuidado às pessoas privadas de liberdade e entaves à redução da exposição ocupacional a TB e ao HIV no ambiente prisional.

Os participantes foram tornados anônimos mediante codificação de suas falas, que considerou a categoria profissional e a ordem de realização das entrevistas. Nessa perspectiva, enfermeiros foram identificados com a letra "E" e técnicos de enfermagem com a letra "T", seguidas de sequência alfanumérica.

Em todas as suas fases este estudo cumpriu os termos da Resolução n. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que normatiza o desenvolvimento de pesquisas com seres humanos no Brasil. O estudo foi aprovado por Comitê de Ética em pesquisa da Faculdade Integrada Brasil Amazônia (Fibra), sob o parecer n. 3.567.534/2019 e Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) n. 18841419.0.0000.8187.

RESULTADOS

O perfil dos 15 profissionais participantes no estudo foi o seguinte: seis enfermeiros e nove técnicos de enfermagem, com idade entre 41 a 51 anos (60%), sexo feminino (93%); tempo de serviço de 10 a 15 anos (47%), vínculos de trabalho não efetivos (67%) e turno de trabalho matutino (73%). Os depoimentos dos profissionais representaram o entendimento sobre a realidade vivenciada no cotidiano da assistência de enfermagem no ambiente prisional.

Medidas de prevenção relacionadas a recursos materiais, educação em saúde e cuidado às pessoas privadas de liberdade

Por meio de suas falas, os participantes citaram as medidas de prevenção para evitar a infecção ocupacional por TB e HIV, disponíveis dentro das prisões onde atuam, considerando o cotidiano do exercício profissional da enfermagem junto às pessoas privadas de liberdade. As principais medidas identificadas foram o uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), a prática de educação em saúde, com orientações específicas para sensibilização dos diversos membros da comunidade prisional, incluindo os agentes penitenciários, e o cuidado de enfermagem cotidiano à população carcerária, representado principalmente por medidas de identificação precoce de casos de TB e distribuição de preservativos. No que concerne ao uso de EPI muitos profissionais expressaram a necessidade de

adequações e de disponibilidade de equipamentos específicos, como a máscara facial com filtro, para o desempenho do trabalho diário com a devida proteção e segurança. Um profissional, no entanto, verbalizou que dispõe desse EPI no serviço onde atua, contudo por falta de hábito não o utiliza. Apesar disso, há uma preocupação geral com o déficit de medidas para a redução de riscos de infecções ocupacionais por TB e HIV nas unidades prisionais, que não se restringe às equipes de assistência em saúde. Para os profissionais de enfermagem as equipes de segurança estão sob riscos ocupacionais importantes, mas não recebem o mínimo necessário à prevenção de agravos infecciosos, e por isso, há casos em que o profissional de enfermagem compartilha os poucos recursos que possui, na perspectiva de tornar possível alguma proteção para os agentes penitenciários com os quais convivem na rotina do trabalho em prisões.

As medidas de prevenção que nós temos são a utilização dos EPI (...) e a questão de prevenção para o público (...) distribuição de preservativo e orientações. (E1)

No caso de máscaras... só tem as máscaras cirúrgicas e aí é contar com a sorte mesmo, infelizmente, porque pra pegar tuberculose só basta estar respirando; só tem as máscaras cirúrgicas que não é o caso para a prevenção. (E3)

Mesmo se tivermos a N95 só vem duas, então é praticamente para a equipe (equipe de saúde)... teria que ter o suficiente para todos, até para os agentes (agentes penitenciários), pois o maior risco está para os agentes e para a equipe (...) para HIV só luvas. (E4)

É a busca ativa! Nossa forma de prevenção é fazer essa busca ativa todo dia, principalmente nas triagens que a gente faz (a triagem é o primeiro atendimento de saúde à pessoa privada de liberdade, que inclui entrevista para a identificação de agravos preexistentes) e também sensibilizar os profissionais, os agentes penitenciários. Há uma carência de material, mas no caso de realização de exames eu deixo a luva para usar. (E5)

Eu uso máscara as vezes sim, as vezes não; sempre uso luvas. As máscaras são as descartáveis disponibilizadas (máscaras cirúrgicas), não temos a N95. (T4)

Para HIV agente usa luva (...) a gente não é acostumado aqui a estar usando máscara; temos a máscara N95, mas não usamos (...) tem palestra, distribuição de preservativo e orientações. (T5)

Não uso nenhuma medida de prevenção. Não posuo EPI suficiente e adequado, apenas luvas e máscaras comuns, mas são poucas. Ainda cedemos para os

agentes (agentes penitenciários) porque eles não têm nada pra se proteger. (T8)

Entraves à redução da exposição ocupacional a TB e ao HIV no ambiente prisional

Ao falar sobre a necessidade de medidas de prevenção de infecções ocupacionais por TB e HIV no ambiente prisional, os profissionais de enfermagem apontaram outros problemas que contribuem para o insucesso do controle desses agravos e, conseqüentemente, elevam os riscos ocupacionais aos quais estão expostos. Alguns profissionais expressaram um conceito ampliado de prevenção, discutindo sobre a necessidade de quantidade adequada de insumos, de realização de exames para diagnóstico precoce e monitoramento de casos, de isolamento de casos de TB e de garantia de tratamento adequado às pessoas privadas de liberdade doentes para a contenção de transmissão dos agravos:

Não tem maca, não tem oxigênio, não tem armário, não tem frasco de escarro, não tem seringa, não tem antibiótico (...) de HIV realmente só a questão da distribuição de preservativos, que eu afirmo que é insuficiente para a demanda; uma caixa tem 144 unidades, a gente pede seis caixas, só vem uma, e se vier (...) trabalho de prevenção não existe no sistema penal; para tuberculose prevenção também não existe, infelizmente o paciente já vem sintomático respiratório, faz escarro, diagnostica e faz tratamento. Aqui eles tentaram fazer um isolamento de casos suspeitos, mas infelizmente eu não vejo resultado. (E2)

A prevenção também é feita com teste rápido, quando é solicitado, quando o preso pede, ou então eu sugiro quando entendo que ele entrou em algum contato, atividade de risco. (E4)

Falta de medicação também (é um problema), falta de insumos para a gente trabalhar. (T1)

Notificamos, pedimos para o posto de saúde a medicação, pesamos, pedimos a transferência para outra casa penal [...] porque não tem uma cela específica para ficar aqui isolado. (T2)

Não tem uma ala fixa, que possamos separar eles (doentes de TB) dos outros. (T5)

A inadequação da estrutura dos serviços de saúde nas prisões, as tensões, os sentimentos de insegurança e a insalubridade do ambiente prisional, o déficit de profissionais nas equipes e a necessidade de uma efetiva assistência à saúde do trabalhador são apontados como problemas à

prevenção de doenças e à promoção da saúde dos profissionais de enfermagem no desenvolvimento de suas funções laborais:

É um ambiente tenso, a gente tem que manter a atenção durante todo período que nós trabalhamos; qualquer descuido pode gerar um problema maior (...) é um ambiente pesado. (E1)

A situação não melhora, a gente não tem condições de trabalho, equipe multiprofissional reduzida (...) não consegue fazer um trabalho sistemático, seguro (...) não tem estrutura e o ambiente de trabalho dos profissionais também não é adequado. Todos os profissionais infelizmente trabalham assoberbados, com medo (...) é um ambiente inóspito e inseguro, complicado. (E2)

Até hoje a gente não tem uma estrutura boa para trabalhar (...) a gente trabalha no setor onde funciona médico, nutricionista, todos em um só local (...) não existe saúde do trabalhador, não existe! Nunca me pediram para fazer periódico nenhum. A saúde do trabalhador (setor institucional) não é voltada para saúde do trabalhador, só quando o trabalhador está doente. A gente que tem que ir atrás e buscar. (E3)

Temos condições de trabalho que não são comuns; você tem que adaptar aquilo que você aprendeu às normas do atendimento interno (...) tem que ter cuidado! (E4)

As celas são insalubres, o ambiente é insalubre, o próprio cárcere já é insalubre! (E5)

Nunca pediram nenhum exame periódico, só na admissão mesmo (...) todo o cuidado que você tome, mas os acidentes podem acontecer! (E6)

Falta no caso uma área, um local mais arejado (...) isso nós não temos; é muito fechado esse local (espaço de atendimento/enfermaria). (T1)

Todos são atendidos no mesmo lugar, junto com outros profissionais da área da saúde nutricionista, psicólogo, médico quando vem, e nós. (T6)

Nunca realizei periódico nem dentro do sistema e nem por conta própria. (T7)

DISCUSSÃO

O crescimento da população prisional em todo o Brasil nos últimos anos não tem sido acompanhado pela necessária estruturação dos ambientes e serviços de saúde existentes nas prisões. Historicamente, há maior preocupação com fatores vinculados às normas de encarceramento e de segurança, em detrimento da necessidade de proteção

à saúde dos membros da comunidade prisional, sejam as pessoas privadas de liberdade e seus familiares, os agentes penitenciários ou os profissionais de saúde.⁽¹⁷⁻²⁰⁾

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), estabelecida por meio da Portaria Interministerial MS/MJ n.01/2014 e posteriores normas de operacionalização, prevê a necessidade de obediência aos regulamentos sanitários nacionais e aos padrões de arquitetura penal, para garantir estrutura adequada às unidades de saúde prisionais, assim como funcionamento dos serviços de acordo com o perfil da população prisional e das equipes multiprofissionais de saúde.⁽²¹⁾

Contudo, a realidade vivenciada pela maioria dos participantes deste estudo se mostra adversa, tendo em vista a carência de condições mínimas de trabalho para prestação do cuidado e para a adoção de medidas de proteção à sua própria saúde, situação que os prejudica em seu desempenho profissional e, por vezes, inviabiliza o cumprimento das práticas de enfermagem de acordo com os padrões de qualidade, segurança e eficiência exigidos.

Além de problemas estruturais e organizacionais há entraves relacionados às tensões do ambiente prisional e ao sentimento de insegurança dos profissionais de enfermagem, os quais influenciam diretamente sobre a saúde do trabalhador. De modo geral, condições desfavoráveis à saúde do trabalhador são descritas em diversas investigações brasileiras sobre unidades e serviços de saúde prisionais. A maioria dos estudos indica a inexistência de estrutura física e organizacional compatível com as demandas da população carcerária e dos profissionais que prestam assistência à saúde em prisões.^(2,7,9,10,18,20,22-24)

Para os participantes deste estudo, uma importante medida de biossegurança para reduzir a exposição ocupacional à TB e ao HIV no ambiente prisional é o uso de EPI, porém a sua disponibilidade às equipes de saúde e de segurança foi descrita como insuficiente. Apesar disso, um participante relatou que mesmo quando existem EPI falta hábito a alguns profissionais de enfermagem para o seu devido uso na rotina do trabalho em prisões, algo que sugere a necessidade e a importância de atividades de educação continuada às equipes de saúde prisional.

O uso de EPI por profissionais de saúde para evitar doenças infecciosas tem sido destaque em recentes discussões e estudos no contexto da pandemia pelo novo coronavírus, responsável por provocar a Covid-19 em milhares de pessoas no Brasil e no mundo. Intensificação de atividades educativas, organização de rotinas assistenciais específicas e criação de protocolos de colocação e retirada de

EPI estão entre as principais medidas sugeridas e praticadas para a redução de riscos ocupacionais e proteção dos profissionais de saúde e equipes de apoio em diferentes contextos e instituições de assistência à saúde, inclusive no sistema prisional.⁽²⁵⁻³²⁾

Os achados do presente estudo sugerem ainda que, assim como a população prisional, os agentes penitenciários são um público que, de algum modo, necessita de atenção e de cuidados por parte dos profissionais de enfermagem, por serem grupo de risco para doenças infecciosas nas prisões e por igualmente não possuírem os equipamentos de proteção necessários à prevenção da TB e do HIV. Os profissionais de enfermagem demonstram preocupação e interesse em proteger também a saúde dos agentes penitenciários.

Esse é um achado importante, pois a concretização dos processos de trabalho das equipes de enfermagem em unidades de saúde prisionais só é possível em conjunto e por intermédio do trabalho das equipes de segurança. Em alguns cenários, inclusive, a prestação de bons serviços de enfermagem possui relação direta com o nível de sensibilização dos agentes penitenciários às necessidades de saúde das pessoas privadas de liberdade e com a existência de vínculos de apoio entre as diferentes equipes de saúde e segurança, algo que contribui para a promoção e proteção da saúde de todos da comunidade prisional.^(2,5,7,9,18,20)

Nesse sentido, obstáculos como superpopulação carcerária, déficit de pessoal nas equipes de saúde e de segurança, necessidade de treinamentos e capacitações e insuficiência de equipamentos, materiais ou outros recursos à prevenção, diagnóstico, tratamento e monitoramento de casos de TB e HIV no ambiente prisional, são problemas de interesse de todos, que exigem dos trabalhadores de enfermagem condutas individuais e coletivas de autoproteção no cotidiano assistencial.

Por outro lado, cabe aos gestores prisionais possibilitarem melhores condições de trabalho para os profissionais de enfermagem, para que se sintam suficientemente seguros e acolhidos em suas necessidades cotidianas, inclusive aquelas que envolvem aspectos relacionados à saúde de cada trabalhador. Sobre isso, entende-se que os relatos dos participantes, acerca da necessidade de um efetivo serviço de saúde do trabalhador do sistema prisional, indicam a carência de políticas públicas de saúde ocupacional mais abrangentes, capazes de superar os programas de saúde do trabalhador já existentes em algumas instituições brasileiras.

Os achados deste estudo estão limitados às unidades prisionais onde atuam os profissionais de enfermagem participantes da pesquisa e, por isso, não podem ser

generalizados. No entanto, as semelhanças com outras realidades e serviços de atenção à saúde prisional, nas diferentes regiões do país, justificam a realização de outros estudos sobre o tema.

O estudo traz importante contribuição para a assistência de enfermagem e para a saúde do trabalhador no âmbito prisional, por expor suas necessidades e dificuldades e por estimular à reflexão sobre a importância de medidas institucionais e individuais para a promoção da saúde ocupacional e prevenção da transmissão de agravos como a TB e o HIV nas prisões. Além disso, o estudo evidencia uma realidade ainda pouco conhecida pela enfermagem brasileira e expõe os diferentes contextos em que ocorre o exercício profissional em nosso país.

CONCLUSÃO

Por meio deste estudo descreveram-se as medidas adotadas pelos profissionais de enfermagem e os entraves à prevenção de infecções ocupacionais por TB e HIV em cinco unidades de saúde prisionais no estado do Pará. As principais medidas apontadas foram o uso de EPI, educação em saúde para as pessoas privadas de liberdade e agentes penitenciários e o cuidado cotidiano de enfermagem voltado principalmente à identificação e monitoramento de casos de TB e distribuição de preservativos. Os principais entraves identificados foram a inadequação da estrutura física e organizacional das unidades de saúde prisionais, a carência de insumos, o déficit de pessoal de saúde e de segurança e a necessidade de efetiva assistência à saúde

do trabalhador que atua em prisões. Na perspectiva dos profissionais de enfermagem, a prevenção de infecções ocupacionais por TB e HIV perpassa pela necessidade de melhorias estruturais e organizacionais às suas condições de trabalho, as quais influenciariam positivamente para a prestação de assistência qualificada e resolutiva a toda a comunidade prisional.

AGRADECIMENTOS

Aos profissionais de enfermagem participantes e à Secretaria de Estado de Administração Penitenciária do Pará. À enfermeira docente Thayse Moraes de Moraes por seu apoio acadêmico.

CONTRIBUIÇÕES

Natanne Carla Silva de Miranda: concepção e/ou desenho do estudo; coleta, análise e interpretação dos dados; redação e/ou revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final do manuscrito. William Lagoia Lobato Kamada: concepção e/ou desenho do estudo; coleta, análise e interpretação dos dados; redação e/ou revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final do manuscrito. Manoel Samuel da Cruz Neto: análise e interpretação dos dados; redação e/ou revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final do manuscrito. Marcandra Nogueira de Almeida Santos: concepção e/ou desenho do estudo; análise e interpretação dos dados; redação e/ou revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final do manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Navarro PD, Almeida IN, Kritski AL, Ceccato MG, Maciel MM, Carvalho WS, et al. Prevalence of latent Mycobacterium tuberculosis infection in prisoners. *J Bras Pneumol*. 2016 ;42(5):348-55.
2. Bossonario PA, Saita NM, Andrade RL, Santos GP, Nemes MI, Monroe AA. Care to incarcerated people with Hiv/Aids: literature review. *Texto Contexto Enferm*. 2020;29:e20180324.
3. Cordeiro EL, Silva TM, Liniker SR, Pereira CE, Patricio FB, Silva CM. Perfil epidemiológico dos detentos: patologias notificáveis. *Av Enferm*. 2018;36(2):170-8.
4. Santana JC, Reis FC. Percepção da equipe de enfermagem acerca da assistência à saúde no sistema prisional. *Rev Fund Care Online*. 2019;11(5):1142-7.
5. Barbosa ML, Medeiros SG, Chiavone FB, Atanásio LL, Costa GM, Santos VE. Nursing actions for liberty deprived people: a scoping review. *Esc Anna Nery*. 2019;23(3):e20190098.
6. Allgayer MF, Ely KZ, Freitas GH, Valim AR, Gonzales RI, Krug SB, et al. Tuberculosis: health care and surveillance in prisons. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(5):1304-10.
7. Soares AA, Castro GM, Almeida IE, Monteiro LA, Torres LM. Vivências da equipe de enfermagem no cotidiano do sistema penal. *Rev Baiana Enferm*. 2020;34:e34815.
8. Grenzel ML, Grande AJ, Paniago AM, Pompilio MA, Oliveira SM, Trajman A. Tuberculosis among correctional facility workers: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2018;13(11):e0207400.
9. Barbosa ML, Menezes TN, Santos SR, Olinda RA, Costa GM. Qualidade de vida no trabalho dos profissionais de saúde no sistema prisional. *Ciência Saúde Colet*. 2018;23(4):1293-1302.
10. Jesus LO, Scarparo HB. O trabalho em saúde nas prisões: produção de sujeitos e territórios. *Gerias Rev Interinst Psicol*. 2015;8(1):78-93.
11. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007;19(6):349-57.
12. Beltrame V, Engel R, Comandulli VT, Steffani JA. Cuidado à saúde de quem cuida da saúde: acidentes ocupacionais com exposição à material biológico ocorridos em municípios da região sul do Brasil e notificados no Sinan nos anos de 2010 a 2012. *Rev Bras Med*. 2015;72(8):1-10.

13. Santos Junior AG, Santos FR, Furlan MC, Araújo JC, Arantes MB, Barbosa TS. Norma regulamentadora 32 no Brasil: revisão integrativa de literatura. *R Enferm Cent O Min.* 2015;5(1):1528-34.
14. Marins CM, Valente LR, Chrizostimo MM, Gomes EC. Riscos ocupacionais e utilização de equipamento de proteção individual para prevenção da tuberculose: revisão integrativa. *Rev Prev Infec Saúde.* 2017;3(1):50-6.
15. Timóteo AV, Silva JV, Gomes LC, Alves AS, Barbosa VM, Brandão TM. Caracterização do trabalho e ações desenvolvidas pelas equipes do Consultório na Rua de Maceió - AL. *Enferm Foco.* 2019;11(1):126-30.
16. Moll MF, Boff NN, Silva PS, Siqueira TV, Ventura CA. O enfermeiro na saúde da família e a promoção de saúde e prevenção de doenças. *Enferm Foco.* 2019;10(3):134-40.
17. Lermen HS, Gil BL, Cúnico SD, Jesus LO. Health in prison: analysis of health social policies targeting the Brazilian prison population. *Physis.* 2015;25(3):905-24.
18. Brito LJ, Murofuse NT, Leal LA, Camelo SH. Cotidiano e organização laboral de trabalhadores de saúde em presídio federal brasileiro. *Rev Baiana Enferm.* 2017;31(3):e21834.
19. Minayo MC, Ribeiro AP. Condições de saúde dos presos do estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciênc Saúde Colet.* 2016;21(7):2031-40.
20. Barbosa ML, Menezes TN, Santos SR, Olinda RA, Costa GM. Qualidade de vida no trabalho dos profissionais de saúde no sistema prisional. *Ciênc Saúde Colet.* 2018;23(4):1293-1302.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de consolidação nº 2 de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Regulamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional no âmbito do SUS (PNAISP). Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017 [citado 2019 Dez 15]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html
22. Nogueira DM, Rouberte ES, Ferreira AC, Maia RS, Santos BL, Sousa FP, et al. Avaliação de estrutura prisional para assistência de enfermagem à saúde materno-infantil. *Braz J Develop.* 2020;6(7):44760-75.
23. Araújo MM, Moreira AS, Cavalcante EG, Damasceno SS, Oliveira DR, Cruz RS. Health care for incarcerated women: analysis based on the Theory of Basic Human Needs. *Esc Anna Nery.* 2020;24(3):e20190303.
24. Ferreira AC, Santos FS, Monteiro AR, Coelho MM. The cell does not open at the moment of pain: nursing care in prisons for men. *Rev Enferm UFPE online.* 2015;9(10):9507-15.
25. Yuan L, Chen S, Xu Y. Donning and doffing of personal protective equipment protocol and key points of nursing care for patients with COVID-19 in ICU. *Stroke Vasc Neurol.* 2020;5:e000456.
26. Díaz-Guio DA, Ricardo-Zapata A, Ospina-Velez J, Gómez-Candamil G, Mora-Martinez S, Rodriguez-Morales AJ. Cognitive load and performance of health care professionals in donning and doffing PPE before and after a simulation-based educational intervention and its implications during the COVID-19 pandemic for biosafety. *Infez Med.* 2020;28(suppl1):111-7.
27. Piché-Renaud PP, Groves HE, Kitano T, Arnold C, Thomas A, Streitenberger L, et al. Healthcare worker perception of a global outbreak of novel coronavirus (COVID-19) and personal protective equipment: Survey of a pediatric tertiary-care hospital. *Infec Control Hosp Epidemiol.* 2021;42(1):261-7.
28. Oliveira HC, Souza LC, Leite TC, Campos JF. Personal Protective Equipment in the coronavirus pandemic: training with Rapid Cycle Deliberate Practice. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(Suppl2):e20200303.
29. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Procedimento Operacional Padronizado-equipamento de proteção individual e segurança no trabalho para profissionais de saúde da APS no atendimento às pessoas com suspeita ou infecção pelo novo coronavírus (Covid-19). Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2020 [citado 2020 Jul 15]. Disponível em: <http://fi-admin.bvsalud.org/document/view/8emrd>
30. Souza CD. Brazilian Justice response to protect the prison population from Covid-19. *Rev Assoc Med Bras.* 2020;66(5):577-9.
31. Sánchez A, Simas L, Diuana V, Larouze B. COVID-19 in prisons: an impossible challenge for public health? *Cad Saúde Pública.* 2020;36(5):e00083520.
32. Silva CP, Silva VC, Britto PF, Jesus D, Wermelinger V, Vilella RR. Atividades educativas para uso adequado de equipamentos de proteção individual em hospital federal de referência. *Enferm Foco.* 2020;11(Esp 1):228-33.

PERCEPÇÕES DE ENFERMEIRAS SOBRE A ASSISTÊNCIA REALIZADA AO RECÉM-NASCIDO COM ICTERÍCIA NEONATAL

NURSES PERCEPTIONS ON ASSISTANCE PERFORMED TO NEWBORNS WITH NEONATAL JAUNDICE

PERCEPCIONES DE ENFERMERAS EN LA ASISTENCIA REALIZADA AL RECIÉN NACIDO CON ICTERÍCIA NEONATAL

Milka dos Santos Iglezias¹

Alexandra Cordovil da Luz Mascarenhas¹

Alexandre Aguiar Pereira²

Karine de Paula Martins da Cruz¹

Maira Nunes Quaresma¹

Marcia Helena Machado Nascimento²

Manuela Furtado Veloso de Oliveira²

Andressa Tavares Parente¹

(<https://orcid.org/0000-0002-1995-2138>)

(<https://orcid.org/0000-0002-8224-0483>)

(<https://orcid.org/0000-0003-0761-5836>)

(<https://orcid.org/0000-0002-4637-2235>)

(<https://orcid.org/0000-0001-5842-439X>)

(<https://orcid.org/0000-0003-1573-8991>)

(<https://orcid.org/0000-0003-1382-0430>)

(<https://orcid.org/0000-0001-9364-4574>)

Descritores

Icterícia neonatal; Recém-nascido; Cuidados de enfermagem; Percepção

Descriptors

Neonatal jaundice; Newborn; Nursing care; Perception

Descriptores

Ictericia neonatal; Recién nacido; Cuidado de enfermera; Percepción

Recibido

14 de Setembro de 2020

Aceito

1 de Setembro de 2021

Conflitos de interesse:

artigo extraído do Trabalho de Conclusão de Residência intitulado: "Influência do conhecimento do enfermeiro na prevenção de formas graves de icterícia neonatal em um Hospital Amigo da Criança do Pará", Programa de Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde da Mulher e da Criança, Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, 2018.

Autor correspondente

Milka dos Santos Iglezias

E-mail: milkasantos@hotmail.com

RESUMO

Objetivo: Descrever as percepções de enfermeiras sobre a assistência realizada ao recém-nascido com icterícia neonatal.

Métodos: Estudo descritivo, qualitativo, desenvolvido com 18 enfermeiras de uma Maternidade Pública de alta complexidade localizada na cidade de Belém, Pará. Os dados foram produzidos por meio de entrevista individual, utilizando-se roteiro semiestruturado, posteriormente submetidos à análise de conteúdo temática. **Resultados:** Assim, a análise propiciou a organização de três categorias temáticas, denominadas: "O conhecimento de enfermeiras sobre icterícia neonatal", "A importância da educação continuada sobre icterícia neonatal" e "A necessidade de elaboração de protocolo assistencial sobre icterícia neonatal".

Conclusão: Por meio do estudo, identificou-se as percepções de enfermeiras sobre a icterícia neonatal, demonstrando que possuíam conhecimento sobre o distúrbio, suas complicações, assistência adequada e importância de orientação da família, porém também mostraram a ausência de atividades de educação permanente, visando a atualização dos enfermeiros, e de um protocolo assistencial que pudesse subsidiar a assistência prestada.

ABSTRACT

Objective: To describe nurses' perceptions of care provided to newborns with neonatal jaundice.

Methods: A descriptive, qualitative study, developed with 18 nurses from a highly complex Public Maternity Hospital located at Belém, Pará. The data were produced through individual interviews, using a semi-structured script, later submitted to thematic content analysis.

Results: Thus, the analysis led to the organization of three thematic categories, called: "Nurses' knowledge about neonatal jaundice", "The importance of continuing education on neonatal jaundice" and "The need to elaborate a care protocol on neonatal jaundice".

Conclusion: Through the study, nurses' perceptions of neonatal jaundice were identified, demonstrating that they had knowledge about the disorder, its complications, adequate assistance and the importance of family guidance, but also showed the absence of permanent education activities, aimed at updating nurses, and a care protocol that could subsidize the care provided.

RESUMEN

Objetivo: Describir las percepciones de las enfermeras sobre la atención brindada a los recién nacidos con ictericia neonatal.

Método: Estudio descriptivo, cualitativo, desarrollado con 18 enfermeras de un Hospital de maternidad público alta complejidad ubicado en la ciudad de Belém, Pará. Los datos fueron producidos a través de entrevistas individuales, utilizando un guión semiestructurado, luego sometido a análisis de contenido temático.

Resultados: Por lo tanto, el análisis condujo a la organización de tres categorías temáticas, llamadas: "Conocimiento de las enfermeras sobre la ictericia neonatal", "La importancia de la educación continua sobre la ictericia neonatal" y "La necesidad de elaborar un protocolo de atención sobre la ictericia neonatal".

Conclusión: A través del estudio, se identificaron las percepciones de las enfermeras sobre la ictericia neonatal, demostrando que tenían conocimiento sobre el trastorno, sus complicaciones, asistencia adecuada y la importancia de la orientación familiar, pero también mostraron la ausencia de actividades de educación permanente, destinado a actualizar a las enfermeras y un protocolo de atención que podría subsidiar la atención brindada.

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

²Escola de Enfermagem "Magalhães Barata", Universidade do Estado do Pará, Belém, PA, Brasil.

Como citar:

Iglezias MS, Mascarenhas AC, Pereira AA, Cruz KP, Quaresma MN, Nascimento MH, et al. Percepções de enfermeiras sobre a assistência realizada ao recém-nascido com icterícia neonatal. *Enferm Foco*. 2021;12(4):659-66.

DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n4.4424>

INTRODUÇÃO

O nascimento é tido como um processo fisiológico e natural, sendo um momento único, com significado importante para o binômio mãe e bebê, bem como para toda família, que juntos aguardam a chegada do recém-nascido (RN).⁽¹⁾

No entanto, devido a algumas condições clínicas, alguns RNs precisarão de assistência especializada, necessitando de ambiente apropriado, com recursos tecnológicos e cuidados adequados para garantir seu tratamento e restabelecimento,⁽²⁾ a exemplo da icterícia neonatal, caracterizada pelo aumento na concentração de bilirrubina plasmática, pela cor amarelo alaranjada da pele e perfusão sanguínea anormal.⁽³⁾

Na maioria dos bebês, a icterícia precoce é fisiológica e inofensiva, mas alguns podem desenvolver icterícia grave, que é prejudicial se não tratada. Níveis altos de bilirrubina podem levar a danos cerebrais, resultando em comprometimento do desenvolvimento neurológico, como paralisia cerebral e perda visual e auditiva. Portanto, a detecção precoce, o encaminhamento oportuno e tratamento adequado da icterícia neonatal são imprescindíveis.⁽⁴⁾

A icterícia é uma das alterações mais frequentes do período neonatal, clinicamente manifestada quando os níveis séricos de bilirrubina total encontram-se acima de 5 mg/dL, aproximadamente em 60% a 70% dos RNs a termo e 80% a 90% dos prematuros na primeira semana de vida. Estima-se que 1,5 milhão de RNs apresentam icterícia nos primeiros dias de vida por ano e cerca de 250 mil encontram-se em estado crítico e com maior risco de neurotoxicidade.⁽⁵⁾

A fototerapia é a modalidade terapêutica não invasiva mais utilizada, em que o RN é exposto a uma luz de alta intensidade, capaz de transformar a bilirrubina indireta (molécula lipossolúvel) em uma molécula mais hidrossolúvel, possibilitando, assim, sua eliminação do organismo. Esta terapêutica tem como objetivo reduzir os níveis de bilirrubina indireta e, dessa forma, impedir sua passagem ao Sistema Nervoso Central.⁽³⁾

Nesse contexto, o enfermeiro é o profissional responsável pelos cuidados de enfermagem a serem prestados durante a terapêutica prescrita dentro das unidades hospitalares, assim como faz parte de suas atribuições o correto acondicionamento e manutenção de equipamentos utilizados, incluindo o aparelho de fototerapia, portanto possui um papel fundamental no tratamento dos RNs com icterícia neonatal.⁽⁶⁾

A assistência de enfermagem ao neonato com icterícia é de suma importância, pois acarreta em um menor tempo de internação, além de evitar possíveis sequelas irreversíveis. Torna-se necessário conscientizar-se quanto a

identificação precoce dos fatores de risco para o RN, melhorando a condição de ajuda no tratamento.⁽⁷⁾

Desta forma, entendendo a importância dos cuidados de enfermagem na assistência realizada junto ao neonato com icterícia é que definiu-se o seguinte objetivo: descrever as percepções de enfermeiras sobre a assistência realizada ao recém-nascido com icterícia neonatal.

MÉTODOS

Estudo qualitativo e descritivo, fundamentado nos critérios consolidados para relato de estudos qualitativos - COREQ.⁽⁸⁾

A pesquisa foi desenvolvida na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, localizado na cidade de Belém, Pará. Trata-se da maior referência materno-infantil da região Norte, contando com 110 leitos de maternidade, 60 leitos de Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTINs), 67 leitos de Unidades de Cuidados Intermediários (UCIs) convencionais e 16 leitos de UCIs Cangurus.

Participaram do estudo 18 enfermeiras que atuavam no Alojamento Conjunto (ALCON) e nas UTINs e UCIs convencionais e Cangurus, considerando-se o critério de saturação de dados.⁽⁹⁾ Foram incluídos enfermeiros, presentes nas unidades selecionadas, com no mínimo seis meses de atuação em serviço. Excluíram-se aqueles que estivessem afastados de suas atividades profissionais, por qualquer motivo, no período da coleta de dados.

A coleta de dados ocorreu no período de junho a agosto de 2018, por meio de entrevista individual de aproximadamente 45 minutos, utilizando-se roteiro semiestruturado, dividido em duas partes: a primeira, que buscou a caracterização das participantes e a segunda, com questões que exploraram o objeto de estudo.

Inicialmente, o projeto foi apresentado a todos os enfermeiros das unidades e realizado convite para participação. Com as enfermeiras que aceitaram participar no momento da abordagem, solicitou-se que a entrevista ocorresse em um espaço reservado no próprio setor, mantendo o sigilo das respostas, respeitando o momento que julgassem oportuno para realizá-la, a fim de não interferir em suas rotinas de trabalho. Com as que solicitaram que a entrevista ocorresse em outro momento, realizou-se agendamento prévio.

Utilizou-se a técnica de análise de conteúdo temática,⁽¹⁰⁾ na qual as entrevistas foram transcritas na íntegra, constituindo um *corpus* organizado, submetido a leituras repetitivas, identificação de situações significativas e da regularidade com que apareceram nas entrevistas, análise dos significados, elaboração e discussão das temáticas, o que propiciou a organização de três categorias temáticas,

denominadas: "O conhecimento de enfermeiras sobre icterícia neonatal", "A importância da educação continuada sobre icterícia neonatal" e "A necessidade de elaboração de protocolo assistencial sobre icterícia neonatal". Em todo processo, não se utilizou programas informatizados para gerenciar os dados.

A pesquisa respeitou os princípios da Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, recebendo Autorização Institucional e aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa, sob o parecer nº 2.929.552 e CAAE nº 97690818.7.0000.5171. A todas as participantes foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para assinatura e o sigilo da identidade foi assegurado com o uso de código alfanumérico, com a letra "E" de enfermeira, seguida de numeração sequencial de realização das entrevistas (E1, E2... E18).

RESULTADOS

Caracterização das participantes

As 18 entrevistadas do estudo eram, em sua totalidade, do sexo feminino, predominando a faixa etária de 30 a 40 anos em 12 (66,7%). 10 (55,6%) atuavam na UTIN, cinco (27,8%) nas UCIs convencionais e Cangurus e três (16,7%) no ALCON. Em relação ao nível escolaridade, 16 (88,9%) possuíam especialização em neonatologia, uma possuía mestrado (5,6%) e outra doutorado (5,6%), sendo que o tempo de formação variou entre seis e 20 anos, média de 13 anos. O tempo de atuação profissional nos setores variou entre 10 meses e 28 anos, média de 19 anos. Oito (44,4%) afirmaram que possuíam mais de um vínculo empregatício. A análise dos dados permitiu a organização de três categorias temáticas, que atenderam o objetivo do estudo, as quais serão apresentadas e discutidas a seguir.

Categoria 1: O conhecimento de enfermeiras sobre icterícia neonatal

Nesta categoria, discute-se o conhecimento das enfermeiras sobre icterícia neonatal, abordando seus entendimentos sobre os sinais e sintomas, tratamento, prevenção das complicações, cuidados fundamentais, além de como orientar correntemente a família sobre esse distúrbio. Evidenciou-se que as entrevistadas possuíam conhecimento sobre o tema, uma vez que para todas elas (100%) a icterícia neonatal é uma condição fisiológica ou patológica que acomete o RN, ocorrendo aumento da bilirrubina no sangue e consequente alteração na cor da pele e mucosas, podendo surgir complicações severas em sua forma mais grave, como demonstrado nas falas:

É um aumento na concentração da bilirrubina indireta, com manifestações clínicas na pele e mucosas, que ocorre nos primeiros 5 dias de vida, alterando o BTF [bilirrubina total e frações] (E18).

É uma doença que se caracteriza pelo aumento dos níveis de bilirrubina no sangue, geralmente caracterizado pela hemólise, que ocorre quando há a incompatibilidade sanguínea entre mãe-bebê, e também pela prematuridade (E08).

É uma doença causada pelo aumento de bilirrubina no sangue, esse aumento pode ser causado pela incompatibilidade do sangue mãe e filho, podendo ou não aparecer nos primeiros 3 dias de vida do RN (E07).

Ao conceituarem o que seriam as complicações da icterícia e o que elas poderiam acarretar, ficou evidenciado que as entrevistadas também possuíam compreensão sobre o assunto. Nesse sentido, 12 (66,7%) entrevistadas mencionaram que as complicações da doença resultam do aumento da bilirrubina indireta, causando encefalopatia e/ou kernicterus, convulsão, letargia, hipertermia, retardo no desenvolvimento, entre outros.

As complicações podem levar a um comprometimento cerebral, causando dificuldade em sentar, engatinhar, andar, retardo no desenvolvimento neurológico, na audição e visão (E17).

Kernicterus, retardo mental, distúrbio comportamental, retardo no desenvolvimento motor (E09).

Encefalopatia e anemia falciforme, além de comprometimento neuromotor da criança, erupções cutâneas e eritematosa da pele, letargia, plaquetopenia e danos retinianos (E07).

Em relação à maneira com a qual a assistência ao RN icterício é prestada, 17 (94,4%) entrevistadas mostraram que conhecem os cuidados indispensáveis, considerando fundamentais a observação diária de sua evolução clínica, dos exames realizados e o estímulo ao aleitamento materno. Também mencionaram, de maneira unânime, a fototerapia como a principal medida terapêutica realizada nesses RNs, devendo esta ser realizada de forma segura e adequada.

Acompanhamento de valores laboratoriais e evolução clínica do RN, e através do exame físico diário. Atentar para sinais de desidratação, não uso de pomadas ou loções sobre a pele, estimular o aleitamento materno e monitorar eliminações [fezes e diurese] (E18).

Retirar toda roupa da criança, proteger os olhos com óculos negro, verificar temperatura, observar hidratação, cor das fezes e urina e instalar aparelho de fototerapia com distância adequada. Mudar decúbito de 4 em 4 horas (E17).

Instalando a fototerapia no RN e mantendo os cuidados necessários com a proteção dos olhos, hidratação, mudança de decúbito, verificar temperatura a cada 3h, estimular o aleitamento materno, assim como supervisionar o aparelho, as lâmpadas e seu tempo de uso (E05).

Também questionou-se como os profissionais de enfermagem poderiam orientar os pais e a família para reconhecerem os sinais de icterícia neonatal e de suas complicações, seja durante a internação ou após alta hospitalar. Nesse sentido, 100 % das entrevistas afirmaram que ensinavam os pais a avaliarem seus bebês, atentando para mudança de seu estado geral, da coloração da pele e importância da amamentação, além da necessidade da fototerapia para recuperação do neonato icterício, quando indicado.

Sempre ensino para a realização do exame físico primeiramente, para saber identificar o bebê pletórico ou icterício [...]. E quando esse RN já está icterício, oriento os pais sobre a necessidade de fototerapia constante e amamentação (E08).

Reforçar as informações sobre os sinais de alerta, banho de sol e retorno imediato para avaliação caso necessário. Durante a internação conversar com a mãe sobre a importância da fototerapia e deixar o bebê o tempo máximo possível no bilibêrço e retirá-lo somente para amamentação (E16).

Além de possuir conhecimento científico acerca da icterícia neonatal, sempre deve-se implementar medidas educativas para orientar o familiar para se realizar um tratamento eficaz (E07).

Categoria 2: A importância da educação continuada sobre icterícia neonatal

Esta categoria apresenta a importância da educação continuada ofertada aos profissionais de saúde pela Instituição sobre a icterícia neonatal e da existência de um programa, atividade ou grupo voltado para capacitação, aprimoramento e incentivo a pesquisas de enfermeiros sobre o tema, visando melhoria da assistência ao neonato.

Em relação as atividades de educação continuada, 13 (72,2%) entrevistadas referiram que estas eram escassas, porém relataram que atividades de preceptoria em programas de ensino e/ou especialização e participação em

cursos ofertados permitiam o aprimoramento dos enfermeiros no próprio campo de atuação, mesmo que esses não tratassem especificamente sobre a icterícia neonatal, como observado nas falas:

A preceptoria dos residentes de enfermagem tem facilitado na constante capacitação (E01).

Voltado especificamente para a icterícia, não! Temos voltado ao aleitamento e Método Canguru (E18).

Sim! Alguns cursos são ofertados, como do Método Canguru (E10).

Nesse sentido, também buscou-se saber sobre a existência de algum programa, atividade ou grupo voltado para capacitação, aprimoramento e incentivo a pesquisas de enfermeiros sobre icterícia neonatal dentro da Instituição, obtendo a resposta de todas (100%) entrevistas que não existia ou desconheciam a existência.

Não existe nenhum programa de incentivo à pesquisa sobre icterícia neonatal (E17).

Infelizmente, não observei! Os protocolos precisam ser revistos e inseridos novos assuntos (E01).

Não! Se há, desconheço (E18).

Quando questionadas sobre a necessidade da educação continuada para a melhoria da assistência prestada, 14 (77,8%) das participantes relataram que a oferta de cursos de capacitação voltados para esse tema facilitaria para a realização de uma assistência de enfermagem mais qualificada, uma vez que manteria o profissional sempre atualizado e é tão necessário na Instituição, que lidava rotineiramente com neonatos icterícios.

Ajudaria na melhoria da assistência, pois haveria uma padronização da assistência, além da implementação de técnicas e abordagens mais atuais (E08).

A fim de melhorar o conhecimento científico e técnico da assistência prestada, permitindo a realização de estudos de casos e artigos científicos atuais, para ser aplicado na assistência (E01).

Se houvesse nesse enfoque da icterícia, seria interessante para atualizações no cuidado de forma efetiva, científica e mais atual (E18).

Categoria 3: A necessidade de elaboração de protocolo assistencial sobre icterícia neonatal

Nesta categoria, discute-se sobre a necessidade de criação de protocolo assistencial sobre icterícia neonatal, que

possibilitasse a padronização da assistência prestada ao neonato icterico.

Nesse contexto, ao serem questionadas sobre o uso de algum tipo de protocolo para assistência ao neonato com icterícia, 10 (55,6%) participantes responderam que não utilizam por não existir nos seus setores, reconhecido como necessário, uma vez que nortearia e padronizaria os cuidados realizados.

Não! Por não existir na UTI Neonatal (E17).

Não! Infelizmente a Instituição não dispõe deste no ALCON (E12).

Não, não conheço protocolo assistencial! Baseio no que é recomendado pelo Ministério da Saúde (E18).

Entendendo, assim, que a implementação de um protocolo assistencial seria primordial para a melhoria da assistência de enfermagem, 15 (83,3%) participantes responderam que a elaboração dessa tecnologia assistencial facilitaria o atendimento diariamente realizado, tornando-o sistemático e eficaz.

Seria importantíssimo, uma vez que teria uma assistência com qualidade, que é o nosso principal objetivo (E17).

Bastante relevante! Pois iria contribuir muito e somar na melhoria da assistência, assim como organizar os procedimentos e contribuir no fluxo do atendimento (E05).

Muito importante! Pois é um tema rotineiro e frequente no público neonatal, já que uma média de 75% evolui com icterícia na 1ª semana de vida, e ainda encontramos profissionais com dúvidas nas condutas a serem tomadas. A tecnologia qualificaria a assistência da equipe, nortearia as condutas e tornaria uniforme a assistência prestada (E18).

DISCUSSÃO

A pesquisa evidenciou que as enfermeiras possuíam conhecimento sobre a assistência realizada ao RN com icterícia neonatal, porém também mostraram a ausência de atividades de educação permanente e de um protocolo assistencial. Nesse sentido, o planejamento do cuidado ao neonato pré-termo é vital para a sua sobrevivência e a atenção ao RN deve caracterizar-se pela segurança técnica da atuação profissional e por condições hospitalares adequadas.⁽¹¹⁾

Estudo realizado na Nigéria⁽¹²⁾ evidenciou que a hiperbilirrubinemia leva a sérios problemas quando não é tratada adequadamente e muitas das complicações poderão ser

permanentes, provocando, conseqüentemente, o óbito em estágios mais graves. Por essas razões, a presença de icterícia neonatal requer diagnósticos precoces e tratamentos imediatos de profissionais de saúde com conhecimento e experiência.

Com vistas a prevenir complicações e aumentar a eficácia do tratamento, a equipe de enfermagem deve conhecer e estar atenta aos sinais e sintomas da hiperbilirrubinemia, uma vez que, diante da necessidade de se prestar uma assistência baseada em conhecimento científico ao RN, torna-se importante identificar se existem lacunas no conhecimento desses profissionais.⁽¹³⁾

Compreendendo-se, portanto, que as intervenções e/ou cuidados de enfermagem são práticas baseadas em evidências realizadas pelos enfermeiros e sua equipe, os quais devem ser desenvolvidos diariamente, garantindo, dentro de sua condição clínica, que o RN tenha um tratamento eficaz.⁽¹⁴⁾

Nesse contexto, revisão de literatura⁽¹⁵⁾ apontou que deve-se analisar os níveis de bilirrubinas séricas no sangue para melhor diagnóstico, pois o exame físico para identificação da icterícia não é um sinal clínico totalmente confiável. Por isso, um diagnóstico impreciso conduz a um tratamento incorreto ou tardio, podendo levar a complicações, dando origem ao *kernicterus* ou encefalopatia bilirrubínica, complicações essas que podem levar à lesão neurológica irreversível,⁽¹⁶⁾ entendimento verificado na fala das participantes desse estudo.

Quanto ao tratamento para a icterícia neonatal, as entrevistadas mencionaram a fototerapia como principal medida terapêutica, que tem apontado o tratamento fototerápico dos RNs como um desafio constante para equipe de enfermagem, exigindo conhecimento, capacitação, vigilância, respeito e sensibilidade, visto que trata-se de um paciente com grande vulnerabilidade e dependência. Quando esses cuidados são realizados por profissionais capacitados e preparados, melhores resultados são alcançados no manejo dessa comorbidade.⁽¹⁷⁾

Estudo realizado no ALCON de um hospital escola da Zona Norte de São Paulo/SP, que verificou os conhecimentos da equipe de enfermagem sobre fototerapia, evidenciou que mesmo com conhecimento aprofundado sobre o assunto, os profissionais de enfermagem necessitavam de treinamentos contínuos para tornar ainda mais eficaz a assistência prestada ao RN.⁽¹³⁾ Esse achado condiz com os resultados desse estudo.

Outro estudo realizado no ALCON de uma maternidade de um Hospital Público do estado de São Paulo/SP⁽¹⁸⁾ afirmou que durante o processo de fototerapia o bebê deve permanecer o maior tempo possível despido em bercinho,

apenas com proteção genital e ocular, sob foco de luz contínuo. Assim, a bilirrubina presente no tecido subcutâneo é irradiada e pode ser reduzida e transformada em molécula solúvel em água, para ser rapidamente excretada pelo sistema biliar e urinário, protegendo o RN da neurotoxicidade.

O profissional de saúde precisa atentar quanto a distância do aparelho de fototerapia e o RN, o que requer que as lâmpadas sejam examinadas periodicamente, para constatar se estão acesas e também se a proteção ocular está apropriadamente colocada, com intenção de impedir as lesões do nariz e olhos.⁽³⁾

Quanto a orientação das famílias, as participantes afirmaram que a realizavam com frequência, postura de suma importância, pois o acolhimento melhora o diálogo e promove a interação entre o profissional de saúde e a família, constituindo uma assistência humanizada, não limitada aos procedimentos técnicos, mas a inclusão das relações humanas e a comunicação, com respeito as individualidades.⁽¹⁹⁾

Estudo⁽²⁰⁾ realizado com prontuários de sete crianças atendidas em um Centro de Referência em Reabilitação de Belo Horizonte/MG, evidenciou que as famílias, muitas vezes, não estão preparadas para identificar a piora do quadro de icterícia apresentado pela criança após a alta, acrescentando que muitas crianças com diagnóstico de paralisia cerebral discinética, secundária ao *kernicterus*, apresentaram icterícia fisiológica após a alta hospitalar.

Por esta razão, a família deve ser muito bem esclarecida pela equipe de saúde quanto a icterícia neonatal, desde a internação à alta hospitalar. Para essa possibilidade, os enfermeiros podem utilizar-se instrumentos facilitadores que dinamizam as atividades promotoras de educação em saúde, a exemplo das tecnologias educativas.⁽²¹⁾

Ressalta-se também a importância da educação continuada, apontada como ausentes nos setores pelas as entrevistadas, o que pode propiciar a ocorrência de falhas no decorrer da assistência.⁽³⁾ Pesquisa⁽²²⁾ realizada no Irã evidenciou que a participação dos enfermeiros em programas de educação continuada afeta diretamente o desempenho e leva ao aumento da produtividade, reduzindo os riscos e erros ocupacionais e melhorando o clima organizacional, aumentando a satisfação dos enfermeiros e até dos pacientes. Portanto, a participação do enfermeiro no programa de educação permanente é essencial para aumentar a qualidade da assistência ofertada.

Outro estudo⁽²³⁾ mostrou que a ocorrência de hiperbilirrubinemia grave era alta e continuava sendo uma causa evitável de mortalidade e complicações a longo prazo entre neonatos no sudeste da Nigéria, portanto havia necessidade urgente de educação continuada para profissionais de

saúde sobre o perigo que os RNs com icterícia poderiam enfrentar se não fossem diagnosticados precocemente e tratados oportunamente.

Quanto a falta de atividades e/ou grupos que proporcionassem a realização de pesquisas sobre icterícia neonatal, salienta-se que o aprimoramento e incentivo a pesquisas de enfermeiros sobre o assunto dentro da Instituição poderia ser um instrumento muito útil para a educação continuada desses profissionais. Nesse contexto, revisão de escopo sobre a capacidade de pesquisa da enfermagem⁽²⁴⁾ mostrou que o conhecimento da profissão e o desenvolvimento de sua ciência devem primar por evidências confiáveis para a prática de enfermagem baseada em evidências, principalmente embasadas em estudos e pesquisas de alta qualidade, pois tais evidências só podem ser levantadas se houver excelente capacidade de pesquisa nos campos de atuação da enfermagem.

O enfermeiro tem papel indispensável no tratamento da hiperbilirrubinemia, podendo utilizar-se de ferramentas para maximizar e garantir a eficiência e eficácia no manejo do tratamento, garantindo o sucesso da terapêutica.⁽³⁾ Dentre as muitas ferramentas possíveis, destacam-se os protocolos assistenciais, que de acordo com estudo⁽²⁵⁾ descrevem detalhadamente as ações operacionais e especificações sobre o modo de execução e profissional executor.

Pesquisa⁽²⁶⁾ realizada em um serviço aeromédico de Florianópolis/SC referiu que os protocolos assistenciais preveem a definição de uma situação específica da assistência ou dos cuidados, descrevendo detalhes sobre as ações operacionais e especificações sobre o modo de execução e o profissional executor. Daí a necessidade de elaboração de um protocolo assistencial sobre icterícia neonatal, como apontado pelas entrevistadas desse estudo.

Por esta razão, a condutas preconizadas nos protocolos assistenciais devem ser claras e precisas quanto aos resultados esperados, para facilitar a orientação de uso e compreensão, além de revisadas periodicamente, considerando a realidade local ou Instituição de aplicação, sendo construídos com base em evidências científicas, segundo seus níveis de recomendação, fundamentados nos elementos de qualidade, quantidade e consistência dos estudos revisados.⁽²⁵⁾

O impacto positivo da implementação de protocolo assistencial de enfermagem voltado para a icterícia, foi verificado em estudo⁽²⁷⁾ realizado em um Hospital Infantil do Leste de Ontário, Ottawa, Canadá, que avaliou a eficácia de um protocolo de gerenciamento de icterícia neonatal iniciado por enfermeiros. Os resultados associaram sua utilização com tempo reduzido para hemograma,

fototerapia, tempo de internação e melhor documentação de enfermagem, demonstrando a eficácia dos tratamentos iniciados por enfermeiros, da padronização do atendimento e a adesão aprimorada às diretrizes da prática com a implementação do protocolo para o manejo da icterícia.

Portanto, a identificação de RNs de risco durante a internação e antes da alta deve contar com a intensificação dos esforços entre os profissionais de saúde e cuidadores, no reconhecimento precoce e gerenciamento oportuno, o que pode ajudar a reduzir o fardo da icterícia neonatal nas famílias e no sistema de saúde.⁽²³⁾

Neste cenário, os profissionais de enfermagem trazem para o ambiente clínico múltiplas qualidades, como competência, liderança, caráter educativo, comprometimento e cuidado, sendo considerados fundamentais nas unidades neonatais, necessitando de conhecimentos, treinamento e experiência para atuarem e apoiarem as famílias, principalmente para a assistência adequada ao RN icterício.⁽²⁸⁾

Entende-se como limitações do estudo que parte dos conhecimentos e inferências aqui relatadas podem não ser passíveis de generalização, uma vez que a pesquisa foi desenvolvida com profissionais inseridas em uma realidade de características específicas. Além disso, o estudo teve apenas a participação de enfermeiras, sendo necessário ampliar a abordagem do tema investigado com outras categorias profissionais.

Compreende-se que o presente estudo contribui para fomentar debates e reflexões sobre os cuidados ofertados ao RN com icterícia, bem como para a prática da enfermagem, especialmente neonatal, que lida diariamente com esse distúrbio e participa do processo de tratamento e recuperação de RNs icterícios.

CONCLUSÃO

Por meio do estudo, identificou-se as percepções de enfermeiras sobre a icterícia neonatal, demonstrando que possuíam conhecimentos sobre os sinais e sintomas, tratamento, prevenção de complicações e cuidados fundamentais ao neonato icterício, além de como orientar corretamente a família e a necessidade de realização de atividades de educação continuada e elaboração de protocolo assistencial. Desse modo, a partir das percepções das participantes, tornou-se evidente que os profissionais de saúde precisam estar capacitados e preparados para o diagnóstico correto e tratamento oportuno do neonato com icterícia. Espera-se que os achados desta pesquisa suscitem reflexões acerca dos cuidados de RNs icterícios, partindo do princípio que a assistência prestada torna-se fundamental para a recuperação do neonato, evitando que ele evolua para as formas mais graves, agregando, assim, aprimoramento às práticas de profissionais de enfermagem que lidam diariamente com esse público.

AGRADECIMENTOS

Ao Ministério da Saúde.

CONTRIBUIÇÕES

Milka dos Santos Iglezias e Alexandra Cordovil da Luz Mascarenhas: concepção e desenho do estudo, coleta, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica do manuscrito e aprovação da versão final a ser publicada; Alexandre Aguiar Pereira, Karine de Paula Martins da Cruz, Maíra Nunes Quaresma, Marcia Helena Machado Nascimento, Manuela Furtado Veloso de Oliveira e Andressa Tavares Parente: redação e revisão crítica do manuscrito e aprovação da versão final a ser publicada.

REFERÊNCIAS

- Zani AV, Jarussi L. Maternal representations before the birth and hospitalization of the premature child in Neonatal ICU. *Rev Enferm UFPE on line*. 2015;9(6):8214-21.
- Ribeiro JF, Silva LL, Santos IL, Luz VL, Coêlho DM. The premature newborn in neonatal intensive care unit: the nurse's care. *Rev Enferm UFPE on line*. 2016;10(10):3833-41.
- Sena DT, Reis RP, Cavalcante JB. A importância da atuação do enfermeiro no tratamento da icterícia neonatal. *Rev Elet Estácio Saúde*. 2015;4(2):160-70.
- Wan AS, Mat Daud S, Teh SH, Choo YM, Kutty FM. Management of neonatal jaundice in primary care. *Malays Fam Physician*. 2016;11(2-3):16-9.
- Burns DA, Campos Júnior DC, Silva LR, Borges WG. *Tratado de pediatria*. 4a. ed. Barueri (SP): Manole; 2017.
- Lopes LC, Paes IA. Possíveis diagnósticos e intervenções da enfermagem a neonatos em fototerapia. *Rev Cient FHO/Uniararas*. 2015;3(2):57-67.
- Gutierrez NS. Assistência de enfermagem em cuidados com neonatos portadores de icterícia: revisão integrativa. *Rev Cient Multi Núc Conhec*. 2019;7(1):130-52.
- Souza VR, Marziale MH, Silva GT, Nascimento PL. Translation and validation into Brazilian Portuguese and assessment of the COREQ checklist. *Acta Paul Enferm*. 2021;34:eAPE02631.
- Hennink MM, Kaiser BN, Weber MB. What Influences Saturation? Estimating Sample Sizes in Focus Group Research. *Qual Health Res*. 2019;29(10):1483-96.
- Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2016.

11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método canguru [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017 [citado 2019 Jun 07]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_metodo_canguru_manual_3ed.pdf
12. Orimadegun AE, Ojebiyi AO. Primary health workers' knowledge and practices relating to neonatal jaundice in Ibadan, Nigeria. *Afr J Prim Health Care Fam Med.* 2017;9(1):e1-e7.
13. Silva AM, Palumbo IC, Almada CB. Conhecimentos da equipe de enfermagem sobre fototerapia no setor de alojamento conjunto de um Hospital Escola da Zona Norte de SP. *J Health Sci Inst.* 2019;37(3):213-7.
14. Pinto MM, Sousa NR, Maranhão TS, Rolim MC, Magalhães FJ, Vasconcelos SP, et al. Intervenções de enfermagem na prevenção de extubação não programada em recém-nascidos: bundle de boas práticas. *Enferm Foco.* 2019;10(7):115-20.
15. Nóbrega Júnior GS, Vieira WL, Guedes Júnior JA. Icterícia: uma doença comum entre os recém-nascidos. *Braz J Hea Rev.* 2019;2(4):2343-50.
16. Sari S, Yavuz A, Batur A, Bora A, Caksen H. Brain magnetic resonance imaging and magnetic resonance spectroscopy findings of children with kernicterus. *Pol J Radiol.* 2015;80:72-80.
17. Ivo RS, Ribeiro LM, Leon CG, Schardosim JM, Guarda LD, Beleza LO. Maternal perception and construction of an educational material on phototherapy. *Rev Enferm UFPE on line.* 2017;11(3):1207-15.
18. Nascimento TF, Avila MA, Bocchi SC. From suffering to resignation: Grounded Theory approach to maternal experience with newborn in phototherapy. *Rev Bras Saude Mater Infant.* 2018;18(1):143-51.
19. Fernandes JI, Reis AT, Silva CV, Silva AP. Motherly challenges when facing neonatal phototherapy treatment: a descriptive study. *Online Braz J Nurs.* 2016;15(2):188-95.
20. Filgueiras S, Oliveira Netto AL, Pereira FF, Alvarenga LV, Quaresma MS, Gonçalves RV. Atenção à evolução da icterícia fisiológica para prevenção de kernicterus. *Rev Interdisc Ciênc Méd.* 2017;1(2):36-45.
21. Santos MS, Rolim KM, Albuquerque MF, Pinheiro CW, Magalhães FJ, Fernandes HI, et al. Relação familiar na unidade de terapia intensiva neonatal: revisão integrativa. *Enferm Foco.* 2018;9(1):54-60.
22. Galehdar N, Ehsani M, Irajpour A, Jafari-Mianaei S. Evaluation of in-person continuing education programs from the perspective of ward nurses. *J Educ Health Promot.* 2020;9:258.
23. Osuorah CD, Ekwochi U, Asinobi IN. Clinical evaluation of severe neonatal Hyperbilirubinaemia in a resource-limited setting: a 4-year longitudinal study in south-East Nigeria. *BMC Pediatr.* 2018;18(1):202.
24. Chen Q, Sun M, Tang S, Castro AR. Research capacity in nursing: a concept analysis based on a scoping review. *BMJ Open.* 2019;9(11):e032356.
25. Lemos CS, Poveda VB, Peniche AC. Construction and validation of a nursing care protocol in anesthesia. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2017;25:e2952.
26. Schweitzer G, Nascimento ER, Malfussi LB, Hermida PM, Nascimento KC, Moreira AR. Implementation of the protocol of nursing care in trauma in aeromedical service. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(3):e20180516.
27. Long M, Farion KJ, Zemek R, Voskamp D, Barrowman N, Akiki S, et al. A nurse-initiated jaundice management protocol improves quality of care in the paediatric emergency department. *Paediatr Child Health.* 2017;22(5):259-63.
28. Hallowell SG, Rogowski JA, Lake ET. How nurse work environments relate to the presence of parents in Neonatal Intensive Care. *Adv Neonatal Care.* 2019;19(1):65-72.

GESTAÇÃO SECUNDÁRIA À VIOLÊNCIA SEXUAL INFANTOJUVENIL: PERCEPÇÕES DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE

PREGNANCY SECONDARY TO CHILD SEXUAL VIOLENCE: PERCEPTIONS OF HEALTH PROFESSIONALS
EMBARAZO SECUNDARIO A VIOLENCIA SEXUAL INFANTIL: PERCEPCIONES DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

Marimeire Morais da Conceição¹

Lucas Amaral Martins^{1,2}

Larissa Pereira Ramos¹

Carolina de Jesus Santos¹

Raimundo Daltro Conceição Morais³

Ises Adriana Reis dos Santos¹

Maria Carolina Ortiz Whitaker¹

Climene Laura de Camargo¹

(<https://orcid.org/0000-0002-9568-6468>)

(<https://orcid.org/0000-0002-8718-4783>)

(<https://orcid.org/0000-0002-4850-0210>)

(<https://orcid.org/0000-0001-8058-500X>)

(<https://orcid.org/0000-0001-8528-971X>)

(<https://orcid.org/0000-0002-5858-5537>)

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

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

Descritores

Criança; Adolescente; Gravidez;
Delitos sexuais; Interacionismo
simbólico

Descriptors

Child; Adolescent; Pregnancy;
Sexual offenses; Symbolic
interactionism

Descriptores

Niño; Adolescente; El embarazo;
Delitos sexuales; Interaccionismo
simbólico

Recebido

14 de Janeiro de 2021

Aceito

21 de Março de 2021

Conflitos de interesse:

extraído da dissertação intitulada
"Violência sexual infantojuvenil:
percepções de profissionais de
saúde", defendida em 10/06/2020,
como requisito ao título de Mestre
da Pós-Graduação em Enfermagem
e Saúde da Escola de Enfermagem
da Universidade Federal da Bahia.

Autor correspondente

Marimeire Morais da Conceição
E-mail: enfufba2002@yahoo.com.br

RESUMO

Objetivo: Descrever a percepção de profissionais de saúde sobre a gestação secundária à violência sexual infantojuvenil.
Métodos: Este é um recorte de estudo exploratório, qualitativo, realizado no período entre junho e julho de 2019 com cinco mulheres da equipe multiprofissional de um hospital da Bahia. As entrevistas foram gravadas, transcritas, analisadas e categorizadas de acordo com os pressupostos de Badin e interpretadas à luz do Interacionismo Simbólico.

Resultados: A gestação secundária à violência sexual decorre da iniciação sexual precoce por imposição/indução de abusos sexuais incestuosos ou do casamento infantil com homens adultos. A manutenção da gestação proveniente desses abusos, muitas vezes é imposta pela persuasão à vítima em manter a gravidez, pela chegada tardia ao serviço de saúde e pela procrastinação na realização da interrupção da gestação, que são formas de cercear a autonomia de crianças/adolescentes que buscam a realização do Aborto Legal. Por conta dessas injunções, as vítimas sofrerem sobreposições de agravos como a violência psicológica, violência por parceiro íntimo e a violência institucional.

Conclusão: A gestação proveniente da violência sexual infantojuvenil pode estar conjugada a outros tipos de violência que cerceam os direitos sexuais e reprodutivos de crianças e adolescentes.

ABSTRACT

Objective: To describe the perception of health professionals about pregnancy secondary to sexual violence against children and adolescents.

Methods: This is an excerpt from an exploratory, qualitative study carried out between June and July 2019 with five women from the multidisciplinary team of a hospital in Bahia. The interviews were recorded, transcribed, analyzed and categorized according to Badin's assumptions and interpreted in the light of Symbolic Interactionism.

Results: Pregnancy secondary to sexual violence results from early sexual initiation by imposition/induction of incestuous sexual abuse or child marriage with adult men. The maintenance of pregnancy resulting from these abuses is often imposed by persuading the victim to maintain the pregnancy, by late arrival at the health service and by procrastination in carrying out the termination of pregnancy, which are ways of restricting the autonomy of children/adolescents who seek legal abortion. Because of these injunctions, the victims suffer overlaps from injuries such as psychological violence, intimate partner violence and institutional violence.

Conclusion: Pregnancy resulting from sexual violence against children and adolescents may be combined with other types of violence that restrict the sexual and reproductive rights of children and adolescents.

RESUMEN

Objetivo: Describir la percepción de los profesionales de la salud sobre el embarazo secundario a violencia sexual contra niñas y adolescentes.

Métodos: Este es un extracto de un estudio cualitativo exploratorio realizado entre junio y julio de 2019 con cinco mujeres del equipo multidisciplinario de un hospital de Bahía. Las entrevistas fueron grabadas, transcritas, analizadas y categorizadas según los supuestos de Badin e interpretadas a la luz del Interaccionismo Simbólico.

Resultados: El embarazo secundario a violencia sexual es el resultado de la iniciación sexual temprana por imposición/inducción de abuso sexual incestuoso o matrimonio infantil con hombres adultos. El mantenimiento del embarazo derivado de estos abusos, muchas veces se impone persuadiendo a la víctima para que mantenga el embarazo, por la llegada tardía al servicio de salud y por la postergación en la realización de la interrupción del embarazo, que son formas de restringir la autonomía de las niñas/adolescentes que buscar un aborto legal. Debido a estas medidas cautelares, las víctimas sufren superposiciones de lesiones como violencia psicológica, violencia de pareja y violencia institucional.

Conclusión: El embarazo resultante de violencia sexual contra niñas y adolescentes puede combinarse con otros tipos de violencia que restrinjan los derechos sexuales y reproductivos de niñas y adolescentes.

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

²Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Cruz das Almas, BA, Brasil.

³Escola Municipal Nossa Senhora da Conceição, Secretaria Municipal de Educação, Prefeitura de Salvador, Salvador, BA, Brasil.

Como citar:

Conceição MM, Martins LA, Ramos LP, Santos CJ, Morais RD, Santos IA, et al. Gestação secundária à violência sexual infantojuvenil: percepções de profissionais de saúde. *Enferm Foco*. 2021;12(4):667-74.

DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n4.4427>

INTRODUÇÃO

A violência sexual (VS) é um problema de saúde pública mundial. Seu conceito abrange o intercurso sexual forçado ou consentido por alguém que não tenha condições emocionais, físicas ou cognitiva de fazê-lo.⁽¹⁻³⁾

Estima-se que, a cada cinco mulheres no mundo, uma sofreu VS na infância.⁽²⁾ Talvez, devido a esta realidade, o início da vida sexual do público infantojuvenil é um fenômeno que ocorre cada vez mais cedo em diversos países, sobretudo onde há baixo índice de desenvolvimento humano.⁽⁴⁻⁶⁾ No entanto, o Brasil tem apresentado redução das taxas da iniciação sexual precoce (ISP),⁽⁷⁾ a qual pode estar relacionado ao fato de que a relação sexual, com pessoas com idade inferior a 14 anos, é considerada estupro de vulnerável, um grave delito, segundo o Código Penal Brasileiro.^(1,8)

De fato, a iniciação sexual na infância/adolescência repercute negativamente na saúde física, emocional e cognitiva do indivíduo, justificando a preocupação entidades governamentais e não governamentais em todo o mundo.^(2,4-5,7-10) Estudo⁽⁷⁾ nacional realizado com 165.483 mulheres e adolescentes, ratifica que houve redução de 3% na prevalência da iniciação sexual neste público, comparando os anos de 2009 e 2015. Revela também redução de 9,7% do uso de preservativo na última relação. Corroborando, pesquisa⁽¹¹⁾ com 7.486 adolescentes brasileiras, com idade média 14,9 anos, aponta para prevalência de 9,1% de gravidez e 30,6% não fez uso de preservativo na primeira relação sexual. Contudo, tais resultados não elucidam se estas relações sexuais ocorreram de forma imposta.

Salienta-se que a VS infantojuvenil pode ser acobertada pelo casamento informal, aceito pela família e estimulado como forma de sustentação econômica.^(9,12,13) Tal cenário é inquietante, pois, devido à vulnerabilidade natural da idade, crianças e adolescentes são ameaçadas enquanto sofrem VS, o que dificulta a revelação e a busca por serviços de atendimento à saúde,^(3,14,15) podendo ser este fator determinante para o desenvolvimento de uma gestação sem atendimento pré-natal adequado.

Uma vez que a vítima de VS pode estar sendo alvejada por coações e ameaças, vivenciando agressões físicas e psicológicas, comuns às investidas de autores da VS,^(2,15) há necessidade do aprofundamento nas investigações pré-natais de adolescentes na tentativa de desvelar como ocorreu a gravidez¹² e se esta é fruto de abusos, situação passível de intervenção, garantida pela lei nº 12.845/2013, através do Aborto Legal (AL).^(8,16)

Estudo⁽¹⁷⁾ revela um número reduzido de vítimas que realizam o AL após a VS, pois, so total de 112 adolescentes, apenas 15,2% interrompem a gravidez. Em outro grupo, de 31.611 brasileiras, com idade até 13 anos, vitimizadas sexualmente,

todas tiveram seus filhos, destacando o Nordeste com 40% desses nascimentos.⁽¹²⁾ Pressupõem-se que a efetivação do AL pode esbarrar em situações de estigmas, tabus, desconhecimento acerca da lei, preconceitos e crenças populares, que abarcam não só as vítimas, seus familiares, mas também os profissionais da saúde, como revelam pesquisas,^(18,19) havendo urgente necessidade de intervenção.⁽¹⁶⁾

Esta realidade chama a atenção visto que crenças e valores pessoais podem interferir e comprometer o atendimento às vítimas de VS, especialmente nos casos de interrupção da gestação. Neste sentido, a Teoria do Interacionismo Simbólico (IS)⁽²⁰⁾ afirma: que a interação e a comunicação entre os indivíduos ocorrem mediante símbolos; que tais interações são originárias de concepções conscientes que podem sofrer transformações individuais de acordo com interpretações particulares; e que os indivíduos desenvolvem suas ações ao passo que interagem com outros.

Assim, diante da carência de estudos que apresentem a perspectiva de profissionais que cuidaram de vítimas infantojuvenis de VS que engravidaram, questionamos: qual a percepção da equipe multiprofissional sobre a gestação secundária à violência sexual infantojuvenil? Objetivamos descrever a percepção da equipe multiprofissional sobre a gestação secundária à violência sexual infantojuvenil.

MÉTODOS

Estudo qualitativo, exploratório, desenvolvido em um hospital escola, público e de grande porte, localizado na Bahia, Brasil. Esta unidade presta serviços médico-hospitalares para as faixas etárias, a diversas demandas clínicas, cirúrgicas, ambulatoriais e de urgência/emergência. A aproximação com o campo deu-se à partir da atuação de uma das autoras como enfermeira assistencial. Trata-se de um recorte orientado pelo *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ), extraído da dissertação intitulada "Violência sexual infantojuvenil: percepções de profissionais de saúde", cujo estudo matriz participaram 30 profissionais de saúde. Assim, selecionou-se aqueles que atenderam aos critérios: ser profissional de saúde; atuar por, no mínimo, um ano na instituição em estudo e ter prestado cuidados a crianças/adolescentes vítimas de VS que tiveram como repercussão a gestação. Foram excluídos: profissionais ausentes no período da coleta e que laboravam nos setores de apoio diagnóstico. Portanto, somente cinco profissionais mencionaram ter cuidado de crianças/adolescentes que engravidaram em decorrência da VS, possibilitando avançar durante a entrevista nos questionamentos relacionados a estes temas e serem incluídas no presente manuscrito. Não houveram recusas quanto à participação na pesquisa, nem

desistências das entrevistadas. Na figura 1 segue a ilustração do recorte a que se propõe este estudo.

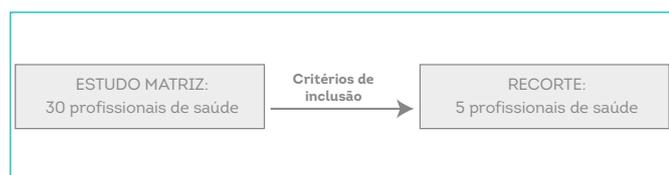


Figura 1. Seleção de profissionais que integram recorte do projeto matriz

As entrevistas duraram entre oito e 40 minutos, foram realizadas entre junho e julho de 2019, em salas reservadas no local da pesquisa, conduzidas por membros de um grupo de pesquisa capacitados, guiados por questionário semiestruturado norteado pela seguinte locução: *Relate casos de crianças e/ou adolescentes vítimas de violência sexual que você prestou atendimento nesta unidade hospitalar. E interperlações: Como ocorreu a gravidez desta adolescente? Por que o aborto legal não foi realizado?*

Após a coleta de dados, as entrevistas e o diário de campo foram transcritos, procedeu-se a leitura flutuante e aprofundadas. Surgiram os códigos: gestação; estupro; família; iniciação sexual e rejeição, discutidos entre autores. Em seguida, realizou-se a organização e análise do conteúdo em categorias, segundo Bardin,⁽²¹⁾ a interpretação dos dados foi ancorada na Teoria do Insteracionismo Simbólico.⁽²⁰⁾

As cinco participantes tinham idade entre 25 e 47 anos, declararam identidade de gênero mulher cis e heterossexual, 80% auto referidas da raça/cor negra, duas solteiras, duas casadas e três não tinham filhos. No que diz respeito a atuação profissional, média de 14 anos de formação, uma atuava na Emergência Pediátrica, uma no Centro Obstétrico e três nas enfermarias de internamento ginecológico.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa e, conforme a resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, todas as participantes leram, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e tiveram direitos salvaguardados. Para tanto, seus nomes foram substituídos pela letra "P" acrescida de números de um à cinco, conforme ordem que foram entrevistadas.

RESULTADOS

As percepções das entrevistadas acerca da gravidez secundária a VS foram dispostas em três categorias:

Iniciação sexual precoce e gravidez ocultadas pela violência infantojuvenil

Uma das participantes relata que a equipe de saúde se defronta com situações nas quais adolescentes precoces

(entre 10 e 14 anos) iniciaram a vida sexual com homens adultos (o que é considerado estupro de vulnerável) e muitas engravidaram e tiveram filhos, como demonstra a fala:

[...] recebemos, constantemente, muitas adolescentes de 11 anos que se relacionam com adultos de 30, que é considerado estupro. [...] adolescentes 14 anos vêm ao serviço com filhos, quando perguntamos a idade do pai da criança, elas dizem que tem 30, 40 anos. (P5, Psicóloga).

As entrevistadas descreveram que a gravidez proveniente de VS é uma consequência impactante que, muitas vezes, simboliza o fim das agressões sexuais. Assim, as participantes denunciaram casos de incestos prolongados que culminaram em gravidez.

Ela era abusada por um irmão desde os 8 anos de idade, mas ninguém sabia, de repente, apareceu grávida [...] se internou para parir com 12 anos, a família vivia muito constrangida e cheia de sigilos. (P1, Técnica de Enfermagem)

Essa adolescente estava gestante pois foi estuprada por alguém da família, coisa que já vinha acontecendo há muito tempo. Como foi incesto, a família não queria que se comentasse. (P4, Técnica de Enfermagem)

Uma profissional revela a violência por parceiro íntimo (VPI) sofrida por uma adolescente. Este tipo de violência engloba a violência física, emocional e sexual perpetrada entre de um companheiro contra o outro ao longo das relações, como relatado:

Atendi uma adolescente que tinha 11 anos com sangramento estomacal recorrente. Ela já tinha iniciado a vida sexual com um rapaz de 30 anos e descobrimos que ele dava medicações abortivas para ela porque ele achava que ela podia engravidar [...] não é perceptível para a vítima que ali está havendo uma violência. (P5, Psicóloga)

Na percepção das entrevistadas, as vítimas adolescentes tiveram dificuldades em relatar a violência vivida, optar por métodos contraceptivos seguros e definir por procedimentos terapêuticos. Para as profissionais tais situações simbolizam que a autonomia das vítimas de VS é negligenciada, por vezes manipulada, pelos agressores e pelos profissionais, como observado abaixo:

O irmão estuprou ela, só depois ela percebeu que estava gestante, mas, para ela, ela era virgem ainda!

Ela não contava o estupro porque não foi uma coisa consentida! (P3, Enfermeira).

Os profissionais não fizeram a interrupção legal e ela teve que levar a gestação adiante, mesmo contra a vontade dela (P4, Técnica de Enfermagem).

Gestação na adolescência decorrente de

VS: falhas no acesso ao Aborto Legal

As participantes apontam casos em que o AL foi impossibilitado por motivos tais quais: persuasão para a vítima não realizar o procedimento; chegada tardia da vítima ao serviço de saúde; e desconhecimento de profissionais sobre a legislação. A persuasão pode ser identificada à seguir:

Ela chegou a falar em alguns momentos que foi convencida a ficar com o bebê. (P4, Técnica de Enfermagem).

Duas integrantes da pesquisa mencionaram a vivência de abuso sexual incestuoso e a chegada tardia das vítimas ao serviço de saúde, simbolizando possíveis falhas relativas à ES de crianças/adolescentes, pois, possivelmente as vítimas desconheciam seus direitos tangente ao AL.

[...] o irmão mais velho molestou ela e ela escondeu da família. Quando ela foi internada com uma complicação, tinha 22 semanas de gestação, se não me enganar, então, ela não poderia mais fazer o aborto terapêutico. (P2, Enfermeira)

Atendi uma adolescente que tinha 16 anos. Ela engravidou após ser estuprada pelo irmão, quando procurou os termos legais pra fazer o aborto, já não era possível [...] (P3, Enfermeira)

Outras profissionais denunciam casos cuja gravidez tinha potencial para ser interrompida, porém, não foi efetivado por procrastinação do procedimento, evidenciam a ineficácia dos profissionais em garantir o AL, mesmo em casos de abusos sexuais. Permite inferir que os profissionais, talvez, desconhecem as prerrogativas legais da intervenção nestes casos, infração ética e penal, como revelam as narrativas:

Teve uma adolescente que foi violentada em casa, tinha 17 anos. Ela entrou aqui com 16 semanas de gestação por complicações, só saiu quando pariu com 36 semanas. No início, ela estava naquele período de análise pra ver se ia fazer uma intervenção ou não.

Mas, por causa da burocracia, demorou e passou o tempo da idade gestacional pra interromper e ela teve que levar a gestação à frente [...] (P1, Técnica de Enfermagem).

E, com o tempo, foi-se protelando a realização da intervenção legal, chegou um momento que não tinha mais como intervir (P4, Técnica de Enfermagem).

Consequências negativas da gravidez secundária ao estupro

As profissionais alertam para consequências negativas de origem psicológica e clínica que a gestação secundária ao estupro pode ocasionar. Uma delas sinalizou o momento do parto e as peculiaridades deste episódio como sendo algo sofrido para a adolescente vitimizada. À luz do IS²⁰, ao solicitar à equipe de médicos que fizesse o parto cesáreo, ela faz uso da empatia ao colocar-se no lugar da adolescente que atendia e considerar o sofrimento que a mesma vivia, como pode ser observado abaixo:

Essa adolescente não estava preparada para um parto normal, porque ela entrou em trabalho de parto antes do tempo ... no trabalho de parto era como se ela estivesse revivendo o que passou durante a agressão sexual. Foi uma revitimização! Os médicos deixaram ela em trabalho de parto, eu implorava para ser cesáreo [...] como era o primeiro filho, sabia-se que o trabalho de parto podia ser demorado [...] depois, a equipe da noite fez a cesárea. (P3, Enfermeira).

Por fim, as profissionais revelam que algumas adolescentes rejeitam a gestação secundária à VS, o que à luz do IS⁽²⁰⁾ pode ser compreendido como a expressão do que as adolescentes vitimizadas sentiam, gerando nestas comportamentos e atitudes que o afastamento da criança simbolizavam manter-se distante de uma criança cuja gestação não planejada/desejada e fruto de um ato violento, como descrevem as narrativas:

Quando perguntava se o bebê estava se movendo, se manifestava agressiva, xingava o bebê e dizia que ele não está mexendo e que não queria que ele mexesse. Ela rejeitou a gestação. (P1, Técnica de Enfermagem)

[...] ela falava coisas ruins com relação aquela criança [...] ficou certo, desde o início, que esse bebê ia sair daqui para uma instituição, ela o rejeitou. (P2, Enfermeira)

DISCUSSÃO

Este estudo revela que, a gravidez resultante da VS, em alguns casos, encontram-se ocultas pela ISP consentida, pelo matrimônio infantil, ou mesmo pelo incesto. A VS é responsável pela anulação da autonomia da vítima e pela gestação não planejada/desejada. Alerta ainda para falhas existentes na efetivação do AL e na ES de crianças/adolescentes, além de expor a prática de outros tipos de violência.

As profissionais relataram casos atendidos de adolescentes cuja iniciação sexual ocorreu de forma precoce com adultos. Esta é uma condição que ocorre comumente com meninas e, em muitos casos, está disfarçado de união matrimonial consentida. Estudo⁽¹²⁾ com 31.611 meninas vítimas de estupro, indicou que, 26.831(84,9%) tinham 13 anos, destas, 6.199(19,6%) estão em uma união estável e 617(2%) são casadas.

Para as participantes, a ISP e o estupro de vulnerável estão simbolizados pela disparidade de idade entre as adolescentes e seus companheiros. Esta situação, recorrente entre as clientes que frequentam o serviço, denota que relações matrimoniais teoricamente consentidas entre adolescentes e adultos são rotineiras, apesar de pessoas com idade inferior a 14 anos serem inaptas a discernir e optar por tais relações.^(1,3,20) Tal cenário compõe parte dos dados alarmantes e, por vezes ocultos, acerca do casamento infantil no Brasil, porém não destoam da realidade encontrada em pesquisas^(2,4-6,9,13,22) internacionais anteriores, onde fica destacado que, o limitado acesso à serviços de educação/saúde e o baixo poder econômico são fatores corresponsáveis pela vivência de VS e exposição ao casamento infantil.

Decerto, meninas que vivenciam esta modalidade de matrimônio podem estar sendo percebidas equivocadamente como apenas mais um caso de gravidez na adolescência. Naturalização resultante da simbologia reconhecida de que a ISP e a gestação na infância/adolescência atingem elevadas taxas em diversas sociedades, como descrito na literatura^(4-6,9,11,13,22) e presente no cotidiano dos profissionais.

Por outro lado, no discurso das entrevistadas fica evidente que a ISP e a gestação de algumas adolescentes se dão mediante o incesto, um tipo de VS cercado de tabus, simbolizados pelo constrangimento e silêncio das familiares em torno da situação, modificando inclusive a interação com outros.⁽²⁰⁾ Tais posturas ocorrem, pois o incesto deixa em evidência uma dinâmica familiar reprovada socialmente. Nestes casos, a gravidez simboliza o fim do segredo do incesto e desvela a identidade familiar corrompida no seu aspecto moral e legal, motivos que justificam e influenciam as atitudes das famílias.

Assim, as falas dão ênfase a três problemas de saúde pública que estão imbricados: o casamento infantil, o estupro de vulnerável e a gravidez na adolescência, fenômenos passíveis de intervenção, posto que infantes e jovens vêm sofrendo violação dos seus direitos sem saber.

Assim, na percepção da profissional, a adolescente não tinha identificado que vivenciava VPI conjugada a VS, duas formas de negligenciar a autonomia da vítima, com raízes na violência de gênero e no condicionamento de mulheres ao domínio masculino.^(9,22) Estudo⁽¹⁴⁾ africano demonstrou que mulheres adultas têm mais poder em solicitar ao parceiro o uso de preservativo, suscitando a possibilidade de adolescentes terem dificuldades para negociar o uso de proteção durante o sexo. A VPI está relacionada ao casamento infantil e, neste estudo, é simbolizada pela dificuldade de que a vítima tinha em optar por métodos contraceptivos seguros, fato que pode ter relação com a carência de informações fornecidas mediante Educação Sexual (ES) como contracepção e planejamento familiar.

Por esta carência, a chegada tardia de adolescentes grávidas por VS ao serviço é percebido pelas participantes. Confirmando, pesquisa⁽²³⁾ realizada no IML de Salvador identificou que, em 38,7% dos 828 casos, as vítimas infantojuvenis demoraram mais de três dias para realizar o exame forense. E, no Ceará, entre 2010 e 2013, estudo⁽¹⁷⁾ alertou que 40,7%(n=112) das adolescentes compareceram para atendimento hospitalar mais de um mês após sofrer VS. Tal demora pode ser impeditiva nos cuidados como anticoncepção de emergência e da coleta de material biológico, como apontam os estudos.^(8,23,24)

Concernente à possível carência de conhecimento das adolescentes acerca dos direitos relativos ao AL proveniente de estupro, estudiosos⁽¹⁸⁾ apontam que, a maioria das usuárias de serviços de saúde que prestam atendimento de AL são mulheres entre 15 e 39 anos e escolarizadas. Assim, crianças/adolescentes podem encontrar dificuldades tanto na identificação dos sinais de gravidez, quanto no acesso a serviços, uma possível falha da ES ou mesmo da Educação em Saúde.^(12,25) Para além destes, a abordagem sobre VS, AL e ES ainda encontram barreiras para serem discutidas, mesmo sendo problemas latentes na sociedade.

Estas deficiências são responsabilidade de todos que cuidam de crianças/adolescentes e culminam como fatores que ampliam a vulnerabilidade dessas vítimas à VS e suas repercussões negativas. Tal incremento pode privar a vítima da proteção legitimada,^(1,8,16,18) como fora denunciado de formas distintas pelas entrevistadas.

Não obstante, neste e em outro estudo,⁽¹⁸⁾ casos de AL ainda são alvo de procrastinação, o pode ter relação com

questões culturais e morais. Além disso, estudos^(4,5,12,25) apontam que meninas que sofrem VS e/ou engravidam na infância/adolescência têm menos acesso a serviços. Sinais de que as leis não estão sendo implementadas, neutralizando mecanismos protetivos à saúde de vítimas de VS, pois, são direitos reconhecidos no Estatuto da Criança e do Adolescente, na Lei Maria da Penha, na Lei do Minuto Seguinte e no Código Penal Brasileiro.

Segundo participantes deste estudo, a gestação por VS ocasionou sensações negativas às vítimas. Semelhantemente, estudiosos⁽²⁶⁾ registram a rejeição da criança advinda de VS pela mãe e outros⁽²⁷⁾ detectam que, mulheres vitimizadas relacionam a sensação percebida a partir das contrações durante o parto normal às sensações negativas do ato sexual forçado. Contudo, estudo⁽¹²⁾ identifica que, de 31.611 meninas estupradas no Brasil, 58,8% (17.782) tiveram parto vaginal, denunciando a configuração institucional da violência obstétrica e consequente nulidade da autonomia de jovens parturientes, tal qual ocorreu neste estudo.

Conforme esclarecem pesquisas,⁽²⁸⁻³⁰⁾ a violência obstétrica é resultante da negligência de profissionais às sensações/demandas da mulher, tem ligação com a depressão pós-parto. Portanto, evidencia-se que, assim como a VS infantojuvenil, precisa ser temática debatida, fornecendo subsídios na identificação de casos ainda na formação profissional.⁽³⁰⁻³²⁾ Isto porque, este tipo de violência institucional, quando vivenciada por crianças/adolescentes gestantes por VS, constitui-se uma sobreposição de agravos perpetrados por pessoas que deveriam protegê-las e garantir seus direitos.

É factível que a confluência de VS e outras violências são prejudiciais às vítimas. Diante dessa realidade, há interesse de organismos nacionais e internacionais em reduzir, ou mesmo extinguir, o casamento infantil e outras violências contra a mulher, apesar dos obstáculos existentes e da dependência de complexa articulação multisetorial, como salientam estudiosos.^(1,13,22,33) Concomitantemente, medidas devem ser tomadas em prol da identificação e da denúncia dos casos de VS infantojuvenil, da efetivação do AL e da responsabilização profissional, tangente aos cuidados às vítimas, como apontam estudos.^(8,16,23,24,32-33)

Recomenda-se a criação de estratégias para identificação de ISP e gestação na infância/adolescência advindas da VS, favorecendo a implementação da lei. Assim, estaremos colaborando com o combate ao casamento infantil e demais agravos advindos destes problemas. Finalmente, educadores e profissionais de saúde devem estar aptos a abordar a temática da VS por meio da ES e da Educação em

Saúde, bem como fomentar discussões com a sociedade utilizando-se recursos como: consultas, oficinas, cursos, palestras e eventos.

O estudo limita-se por ser realizado em um único hospital, no nordeste brasileiro e com participantes mulheres, não podendo ser generalizado. Apesar disso, os resultados possibilitam a reflexão sobre VS e fenômenos interacionais, como propõe o IS.

CONCLUSÃO

A gestação secundária à VS pode ser resultante da vivência de abusos sexuais incestuosos, da ISP por imposição/indução de agressores sexuais e do casamento infantil. A chegada tardia ao serviço de saúde foi um dos motivos de dificultou a realização do AL e impôs às vítimas a manutenção da gravidez, essas e outras formas de cerceamento da autonomia de crianças/adolescentes foram observadas, além da sobreposição violências. Os resultados corroboram com achados na literatura científica e alertam para a necessidade de maior aprofundamento nas abordagens direcionadas à saúde sexual infantojuvenil em consultas, oficinas de planejamento familiar e entrevistas a crianças/adolescentes e seus familiares. Em âmbito nacional, abre precedente para a inserção de campos destinados a dados paternos em formulários institucionais, objetivando levantar indícios e dados mais concretos, para descrever a real situação da gestação decorrente de VS e do casamento infantil no país.

AGRADECIMENTOS

Ao grupo de Estudos sobre Atenção à Saúde de Crianças e Adolescentes (CRESCER), da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. À Fundação Baiana de Ensino e Pesquisa (FAPESB) e Pró-Reitoria de Ações Afirmativas e Assistência Estudantil (PROAE) através do Programa SANKOFA da Universidade Federal da Bahia UFBA.

CONTRIBUIÇÕES

Marimeire Morais da Conceição, Larissa Pereira Ramos, Carolina de Jesus Santos, Lucas Amaral Martins e Climene Laura de Camargo foram responsáveis pela concepção e desenho do estudo; Marimeire Morais da Conceição, Carolina de Jesus Santos, Larissa Pereira Ramos foram responsáveis pela coleta e/ou tratamento de dados; Marimeire Morais da Conceição, Lucas Amaral Martins, Larissa Pereira Ramos, Carolina de Jesus Santos, Raimundo Daltro Conceição Morais, Ises Adriana Reis dos Santos, Maria Carolina Ortiz Whitaker e Climene Laura de Camargo foram responsáveis pela análise e interpretação

dos dados; Marimeire Moraes da Conceição, Lucas Amaral Martins, Larissa Pereira Ramos, Carolina de Jesus Santos, Raimundo Daltro Conceição Moraes, Ises Adriana Reis dos Santos, Maria Carolina Ortiz Whitaker e Climene Laura de Camargo foram responsáveis pela redação do manuscrito e contribuições científicas; Marimeire Moraes da Conceição, Lucas Amaral Martins, Larissa Pereira Ramos, Carolina de Jesus Santos, Raimundo Daltro Conceição Moraes, Ises

Adriana Reis dos Santos, Maria Carolina Ortiz Whitaker e Climene Laura de Camargo foram responsáveis pela revisão/análise crítica; Marimeire Moraes da Conceição, Lucas Amaral Martins, Larissa Pereira Ramos, Carolina de Jesus Santos, Raimundo Daltro Conceição Moraes, Ises Adriana Reis dos Santos, Maria Carolina Ortiz Whitaker e Climene Laura de Camargo foram responsáveis pela aprovação da versão final a ser publicada.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Lei nº 12.015, de 7 de Agosto de 2009. Altera o Código Penal de 1940, e o artigo 1º da Lei nº 8.072, de 1990 [Internet]. Brasília (DF): Presidência da República; 2009 [citado 2021 Jan 06]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/l12015.htm
2. World Health Organization (WHO). Global status report on violence prevention 2014 [Internet]. Genève: WHO; 2014 [cited 2020 Jul 06]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/145087/WHO_NMH_NVI_14.2_eng.pdf?sequence=3
3. Mathews B, Collin-Vézina D. Child Sexual Abuse: Toward a Conceptual Model and Definition. *Trauma Violence Abuse*. 2019;20(2):131-48.
4. Ahonsi B, Fuseini K, Nai D, Goldson E, Owusu S, Ndifuna I, et al. Child marriage in Ghana: evidence from a multi-method study. *BMC Women's Health*. 2019;19(1):126.
5. Sekine K, Carter DJ. The effect of child marriage on the utilization of maternal health care in Nepal: A cross-sectional analysis of Demographic and Health Survey 2016. *PLoS One*. 2019;14(9):e0222643.
6. Kohno A, Dahlui M, Nik Farid ND, Ali SH, Nakayama T. In-depth examination of issues surrounding the reasons for child marriage in Kelantan, Malaysia: a qualitative study. *BMJ Open*. 2019;9(9):e027377.
7. Felisbino-Mendes MS, Paula TF, Machado ÍE, Oliveira-Campos M, Malta DC. Analysis of sexual and reproductive health indicators of Brazilian adolescents, 2009, 2012 and 2015. *Rev Bras Epidemiol*. 2018;21(Suppl 1):e180013.
8. Pinto LS, Oliveira IM, Pinto ES, Leite CB, Melo AN, Deus MC. Women's protection public policies: evaluation of health care for victims of sexual violence. *Ciênc Saúde Colet*. 2017;22(5):1501-8.
9. Taylor AY, Lauro G, Segundo M, Greene ME. "Ela vai no meu barco." Casamento na infância e adolescência no Brasil. Resultados de Pesquisa de Método Misto. Rio de Janeiro e Washington DC: Instituto Promundo & Promundo-US [Internet]. Washington (DC): Promundo-US; 2015 [cited 2021 Jan 10]. Available from: https://promundoglobal.org/wp-content/uploads/2015/07/SheGoesWithMeInMyBoat_ChildAdolescentMarriageBrazil_PT_web.pdf
10. Santos RM, Gomes NP, Mota RS, Gomes NP, Couto TM, Araújo GS. School failure and health and social aspects: a cross-sectional study with adolescents. *Rev Baiana Enferm*. 2018;2(32):e21827.
11. Nery CL, Conceição MM, Nery FS, Lopes TH, Reis RB, Felzemburgh RD. Spatial analysis and characterization of sexual violence against children and adolescents in Bahia. *Res Soc Dev*. 2020;9(7):1-19.
12. Souto RM, Porto DL, Pinto IV, Vidotti CC, Barufaldi LA, Freitas MG, et al. Rape and pregnancy of girls aged up to 13 years in Brazil: characteristics and implications in health during gestation, delivery and childbirth. *Ciênc Saúde Colet*. 2017;22(9):2909-18.
13. Lo Forte C, Plesons M, Branson M, Chandra-Mouli V. What can the global movement to end child marriage learn from the implementation of other multi-sectoral initiatives? *BMJ Glob Health*. 2019;4:e001739.
14. Wandera SO, Kwagala B, Odimegwu C. Intimate partner violence and current modern contraceptive use among married women in Uganda: a cross-sectional study. *Pan Afr Med J*. 2018;30:85.
15. Adinew YM, Mekete BT, Adinew YM. Testimony of an Ethiopian girl sexually assaulted by her stepfather: a case report. *J Med Case Reports*. 2018;12(1):231.
16. Mudjalieb AA. Report of an experience to expand access to legal abortion for rape victims in the city of Rio de Janeiro, Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2020;36(Suppl 1):e00181219.
17. Nunes MC, Lima RF, Moraes NA. Violência Sexual contra mulheres: um Estudo Comparativo entre Vítimas Adolescentes e Adultas. *Psicol Ciênc Prof*. 2017;37(4):956-69.
18. Madeiro AP, Diniz D. Legal abortion services in Brazil – a national study. *Ciênc Saúde Colet*. 2016;21(2):563-72.
19. Fonseca SC, Domingues RM, Leal MC, Aquino EM, Menezes GM. Legal abortion in Brazil: systematic review of the scientific production, 2008-2018. *Cad Saúde Pública*. 2020;36(Supl. 1):e00189718.
20. Charon JM. Symbolic interactionism: an introduction, an interpretation, an integration. Englewood Cliffs: Prentice Hall; 2004.
21. Bardin L. Análise de Conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2016.
22. Espinar-Ruiz E, López-Monsalve B. Children Exposed to Intimate Partner Violence Against Women in Spain. A quantitative analysis. *J Gend Stud*. 2014;3(3):509-29.
23. Silva WS, Ribeiro FM, Guimarães GK, Santos MS, Almeida VPS, Barroso-Junior UO. Factors associated with child sexual abuse confirmation at forensic examinations. *Ciênc Saúde Colet*. 2018;23(2):599-606.
24. Crawford-Jakubiak JE, Alderman EM, Leventhal JM. Care of the Adolescent After an Acute Sexual Assault. *Pediatrics*. 2017;139(3):e20164243.
25. Broseguini G, Iglesias A. An integrative review of care networks for adolescents who have experienced sexual violence. *Ciênc Saúde Colet*. 2020;25(12):4991-5002.
26. Denov M, Lakor AA. When war is better than peace: the post-conflict realities of children born of wartime rape in northern Uganda. *Child Abuse Negl*. 2017;65:255-265.
27. Halvorsen L, Nerum H, Oian P, Sørli T. Giving Birth with Rape in One's Past: A Qualitative Study. *Birth*. 2013;40(3):182-91.

28. Miltenburg AS, Miltenburg S, van Pelt TM, Johanne S. Disrespect and abuse in maternity care: individual consequences of structural violence. *Reprod Health Matters*. 2018;26(53):88-106.

29. Castro AT, Rocha SP. Violência obstétrica e os cuidados de enfermagem: reflexões a partir da literatura. *Enferm Foco*. 2020;11(1):176-81.

30. Souza KJ, Rattner D, Gubert MB. Institutional violence and quality of service in obstetrics are associated with postpartum depression. *Rev Saúde Pública*. 2017;51:69.

31. Vieira SN, Vidigal BA, Sousa AM, Reis LN, Teixeira E, Vasconcelos MN. Violência Obstétrica: convergências e divergências entre acadêmicos de enfermagem e medicina. *Enferm Foco*. 2020;10(6):21-8.

32. Adams JA, Farst KJ, Kellogg ND. Interpretation of Medical Findings in Suspected Child Sexual Abuse: An Update for 2018. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2018;31(3):225-31.

33. Schelb M, Oliveira ML, Gottems LB, Chariglione IP. O processo de construção de material educativo para mulheres vítimas de violência. *Enferm Foco*. 2020;10(6):50-6.

RASTREAMENTO DA DEPRESSÃO NAS PRÁTICAS DE CUIDADOS PRIMÁRIOS À SAÚDE DE INDIVÍDUOS ADOECIDOS DE TUBERCULOSE

TRACKING DEPRESSION IN PRIMARY HEALTH CARE PRACTICES FOR INDIVIDUALS SICK WITH TUBERCULOSIS

SEGUIMIENTO DE LA DEPRESIÓN EN LAS PRÁCTICAS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD DE LAS PERSONAS ENFERMAS DE TUBERCULOSIS

Teresa Cristina Ferreira da Silva¹

Thiago Nascimento do Prado¹

Paula Pinheiro Gerszt¹

Isadora Bianchi Daré¹

Carolina Maia Martins Sales¹

Anne Caroline Barbosa Cerqueira Vieira¹

Ethel Leonor Noia Maciel¹

(<https://orcid.org/0000-0003-2722-0364>)

(<https://orcid.org/0000-0001-8132-6288>)

(<https://orcid.org/0000-0002-2398-7130>)

(<https://orcid.org/0000-0002-7507-6507>)

(<https://orcid.org/0000-0002-2879-5621>)

(<https://orcid.org/0000-0003-2464-6423>)

(<https://orcid.org/0000-0003-4826-3355>)

Descritores

Atenção primária à saúde;

Questionário de saúde do paciente;

Sintomas depressivos; Tuberculose

Descriptors

Primary health care; Patient

health questionnaire; Depressive

symptoms; Tuberculosis

Descriptores

Atención primaria de salud;

Cuestionario de salud del paciente;

Sintomas depresivos; Tuberculosis

Recebido

22 de Janeiro de 2021

Aceito

18 de Abril de 2021

Conflitos de interesse:

manuscrito extraído de
dissertação de mestrado, intitulada

Sintomatologia depressiva em

pacientes com tuberculose na

região metropolitana do Espírito

Santo, defendida em 2020, no

Programa de Pós-Graduação

em Saúde Coletiva (PPGSC) da

Universidade Federal do Espírito

Santo, Vitória (ES) Brasil.

Autor correspondente

Teresa Cristina Ferreira da Silva

E-mail: teresacristina.fafia@gmail.com

RESUMO

Objetivo: Descrever a sintomatologia depressiva entre pessoas em tratamento da tuberculose em unidades básicas de saúde.

Métodos: Estudo descritivo, de corte transversal realizado entre agosto de 2019 e março de 2020 em municípios metropolitanos do estado do Espírito Santo. Foram coletados dados socioeconômicos, comportamentais e clínicos em entrevista, e rastreados os sintomas depressivos pelo questionário de saúde do paciente.

Resultados: Da amostra de 92 pacientes, predominou o sexo masculino (67%), pretos/pardos (85%), idade média 41,5 anos, (50%) solteiros, sem concluir o ensino fundamental (43%), desempregados (63%), das classes socioeconômicas C, D e E (89%), desamparados por programa de transferência de renda (86%). Rastreados 48% (44) da amostra com sintomatologia depressiva, 81% (74) com gravidade leve a grave, predomínio do sintoma fadiga (84%), presença do humor deprimido e anedonia em 58% (53).

Conclusão: A sintomatologia depressiva na população estudada apresentou frequência relevante e potencial para prejudicar a vida pessoal, social e estado de saúde das pessoas em tratamento da tuberculose. Assim, na perspectiva do Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose, o rastreamento da depressão e das suas manifestações pode expandir as ações de cuidado e prevenção centradas no paciente com tuberculose e reduzir os efeitos combinados da tuberculose e da depressão.

ABSTRACT

Objective: To describe depressive symptoms among people undergoing tuberculosis treatment in basic health units.

Methods: Descriptive, cross-sectional study conducted between August 2019 and March 2020 in metropolitan municipalities in the state of Espírito Santo. Socioeconomic, behavioral and clinical data were collected in an interview, and depressive symptoms were tracked using the patient's health questionnaire.

Results: From the sample of 92 patients, male (67%), black / brown (85%), average age 41.5 years, (50%) were single, without completing elementary school (43%), unemployed (63%), from socioeconomic classes C, D and E (89%), abandoned by the cash transfer program (86%). 48% (44) of the sample were screened with depressive symptoms, 81% (74) with mild to severe severity, predominance of the fatigue symptom (84%), presence of depressed mood and anhedonia in 58% (53).

Conclusion: Depressive symptoms in the studied population showed a relevant and potential frequency to harm the personal, social and health status of people undergoing tuberculosis treatment. Thus, in the perspective of the National Plan for the End of Tuberculosis, the screening of depression and its manifestations can expand the care and prevention actions focused on the patient with tuberculosis and reduce the combined effects of tuberculosis and depression.

RESUMEN

Objetivo: Describir síntomas depresivos en personas en tratamiento antituberculoso en unidades básicas de salud.

Métodos: Estudio descriptivo, transversal, realizado entre agosto de 2019 y marzo de 2020 en municipios metropolitanos del estado de Espírito Santo. Los datos socioeconómicos, conductuales y clínicos se recopilaron en una entrevista y los síntomas depresivos se rastrearon mediante el cuestionario de salud del paciente.

Resultados: De la muestra de 92 pacientes, hombres (67%), negros / pardos (85%), edad promedio 41,5 años, (50%) eran solteros, sin completar la escuela primaria (43%), desempleados (63%), de las clases socioeconómicas C, D y E (89%), abandonadas por el programa de transferencias monetarias (86%). El 48% (44) de la muestra fueron cribados con síntomas depresivos, 81% (74) con gravedad leve a severa, predominio del síntoma de fatiga (84%), presencia de estado de ánimo depresivo y anhedonia en 58% (53).

Conclusión: Los síntomas depresivos en la población estudiada mostraron una frecuencia relevante y potencial para dañar el estado personal, social y de salud de las personas en tratamiento antituberculoso. Así, en la perspectiva del Plan Nacional para el Fin de la Tuberculosis, el seguimiento de la depresión y sus manifestaciones puede ampliar las acciones de atención y prevención enfocadas al paciente con tuberculosis y reducir los efectos combinados de la tuberculosis y la depresión.

¹Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil.

Como citar:

Silva TC, Prado TN, Gerszt PP, Daré IB, Sales CM, Vieira AC, et al. Rastreamento da depressão nas práticas de cuidados primários à saúde de indivíduos adoecidos de tuberculose. *Enferm Foco*. 2021;12(4):675-81.

DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n4.4469>

INTRODUÇÃO

O estado de sofrimento psíquico dado pela depressão afeta significativamente a capacidade funcional do indivíduo, através de sintomas que englobam a variação do humor, anedonia, alteração do apetite e sono, agitação ou retardo psicomotor, fadiga, sentimento de inutilidade, dificuldade de concentração e ideação suicida.⁽¹⁾ Tal quadro psicopatológico pode afetar negativamente o desfecho da tuberculose (TB) com abandono do tratamento, resistência medicamentosa, propagação da transmissão e morte.⁽²⁾

Isoladamente, a depressão é encontrada em 4,4% da população mundial,⁽³⁾ em 9,7% brasileiros adultos⁽⁴⁾ e pode alcançar 50% entre pacientes em tratamento de TB.⁽²⁾ Como doença transmissível global, a TB está entre as 10 principais causas de morte, com disseminação e controle preocupante, devido a padrões invariavelmente ligados às condições socioeconômicas e à estrutura do sistema de saúde.⁽⁵⁾ O Brasil está entre países de alta carga da doença tendo 2,2 óbitos/100 mil habitantes e coeficiente de incidência 37,4 casos/100 mil habitantes em 2019, com queda para 31,6 casos/100 mil habitantes em 2020. No estado do Espírito Santo (ES) foram registrados 1.129 casos novos e 1,8 óbitos/100 mil habitantes em 2019.⁽⁶⁾

Neste cenário acrescenta-se o impacto da atual pandemia de COVID 19, iniciada em 2020, mesmo ano do primeiro marco para alcance da meta da Organização Mundial de Saúde de eliminação da TB, possivelmente afetada por implicações sobre o diagnóstico e tratamento oportuno.⁽⁷⁾ Conduto, permanece a meta do Plano Nacional pelo Fim da TB, de reduzir para menos de 10 casos de TB e menos de 1 óbito/100 mil habitantes até 2035.⁽⁸⁾ Para tanto, é fundamental a intervenção baseada nos cuidados e prevenção, integrados e centrados no paciente adoecido por TB,⁽⁵⁾ explorando dimensões subjetivas do adoecer, considerando o indivíduo como único, fragilizado por aspectos psicossociais e emocionais envolvidos no processo de adoecer e no cotidiano assistencial do tratamento.⁽⁹⁾ Assim, é importante ampliar o escopo das práticas realizadas na Atenção Primária à Saúde (APS),⁽¹⁰⁾ durante a terapia antituberculosa, visando identificação e intervenção precoce para diminuir a sobrecarga da depressão.⁽²⁾

Entretanto, a relação sindêmica entre TB e depressão, além de potencializar estes sérios problemas de saúde pública⁽²⁾ é pouco explorada no Brasil,⁽¹¹⁾ a despeito da magnitude no campo da saúde global e agenda 2030, visando acabar com a epidemia de TB e promover a saúde mental e bem-estar.⁽¹²⁾ Este contexto exige melhores práticas para efetivar os atributos primordiais da APS, em cuidado holístico aos usuários do Sistema Único de Saúde.⁽¹³⁾

Portanto, é relevante entender melhor a sobrecarga da depressão em pessoas com TB, especialmente em municípios de mesma região, de alta carga da doença, conhecendo elementos característicos que possam embasar as práticas de cuidados primários no controle da TB e na integralidade do cuidado a pessoa. Desta forma, este estudo tem o objetivo de descrever a sintomatologia depressiva entre pessoas em tratamento da tuberculose em unidades básicas de saúde (UBS).

MÉTODOS

Trata-se de estudo descritivo, de corte transversal.

A pesquisa foi realizada nas UBS que desenvolvem o Programa de Controle da Tuberculose (PCTB) em quatro municípios da região metropolitana do ES. Este conglomerado urbano compõe-se de 44% da população do estado⁽¹⁴⁾ e reuniu 56% dos casos novos de TB em 2018,⁽¹⁵⁾ além de compor o subcenário epidemiológico 1.3 do Plano Nacional pelo Fim da TB como Problema de Saúde Pública, caracterizado por melhores condições socioeconômicas e possuir populações vulneráveis.⁽⁸⁾

A população estudada foi constituída por 92 pacientes em tratamento de TB ativa. A amostra foi definida utilizando a modalidade de amostragem não probabilística por conveniência, sendo incluídos indivíduos em tratamento de TB ativa há pelo menos duas semanas, de todas formas clínicas, notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), com idade a partir de 18 anos e de ambos os sexos. Foram excluídas as pessoas em situação de rua, as privadas de liberdade e aquelas sem habilidades mínimas para ler e entender as perguntas dos instrumentos empregados na coleta de dados.

Os dados foram coletados no período de agosto de 2019 a março de 2020, precedido de treinamento dos entrevistadores e estudo piloto com testagem dos instrumentos propostos.

O convite para participar do estudo ocorreu a medida que compareciam ao PCTB local e após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), os instrumentos foram aplicados em sala reservada, sem outras pessoas presentes, mediante entrevista, com doze minutos de duração, em média, realizada em momento anterior ou posterior ao atendimento pretendido pelo paciente na UBS.

As variáveis independentes foram obtidas empregando formulário elaborado pelos pesquisadores, semiestruturado com questões abertas e fechadas, dispostas em blocos abrangendo características demográficas, socioeconômicas, incluindo classificação (classes: A, B, C, D ou E) da

Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa,⁽¹⁶⁾ hábitos de consumo de tabaco, segundo teste *Fagerström Test For Nicotine Dependence*,⁽¹⁷⁾ abuso de drogas, consumo de álcool, conforme versão resumida do *Alcohol Use Disorder Identification Test* (AUDIT C),⁽¹⁸⁾ histórico de saúde geral e dados clínicos epidemiológicos da TB em tratamento, sendo estes últimos obtidos por consulta ao prontuário.

Para as variáveis dependentes solicitou-se autopreenchimento do *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9), por tradução, questionário de saúde do paciente, instrumento validado no Brasil em 2013,⁽¹⁹⁾ largamente empregado na triagem da depressão no âmbito da APS,⁽²⁰⁾ com sensibilidade entre 77% e 98% e especificidade de 75% a 80% demonstrada em diversos estudos.⁽²¹⁾

O PHQ-9, emprega nove perguntas com quatro opções de respostas, pontuadas de zero a três conforme duração do sintoma peculiar da depressão, ponderando “nenhum dia”, “vários dias”, “mais da metade dos dias” e “quase todos os dias”, originando escore de zero a 27 pontos.⁽²²⁾ O desfecho estudado foi presença ou não de sintomas depressivos, considerando escore igual ou superior a 10 pontos no PHQ-9.⁽²⁰⁾ A sintomatologia depressiva foi rastreada avaliando o auto relato a cada pergunta. As pontuações 1, 2 ou 3 determinaram a presença de cada sintoma, enquanto a ausência foi endossada pela pontuação zero.

Para avaliar a gravidade da sintomatologia depressiva foram considerados os escores do PHQ-9 em quatro níveis, distinguindo sintomatologia depressiva leve para pontuação 5 a 9, moderada para 10 a 14 pontos, moderadamente grave 15 a 19 pontos e sintomatologia depressiva grave para os indivíduos com pontuação 20 a 27.⁽²⁰⁾

Para o processamento dos dados, foi realizada dupla entrada no programa Microsoft Office Excel 2016. As informações foram analisadas através do programa estatístico Jamovi, versão 1.1.9.0.⁽²³⁾ A análise descritiva caracterizou a população estudada de acordo com frequências e proporções. Foram utilizadas as estatísticas de valores mínimo, máximo, média, desvio padrão e mediana das variáveis quantitativas.

Foram respeitados os preceitos éticos da pesquisa com seres humanos, inclusive o projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), sob parecer número 3.235.293.

RESULTADOS

A maioria da amostra se distribuiu entre Vila Velha (37%) e Cariacica (35%). O sexo masculino predominou (67%), a idade mínima e máxima foi 18 e 85 anos, com média de

41,5 anos ($\pm 16,7$), 85% autodeclarados pretos/pardos, 50% solteiro, 43% tinham menos de 8 anos de estudo, 63% não estavam empregados. A renda individual e a familiar foi menor ou igual a 3 salários mínimos para 94% e 73%, respectivamente. As classes C, D e E reuniram 89% da amostra e 14% recebia benefícios de programas governamentais de transferência de renda (Tabela 1).

Tabela 1. Características sócio-demográficas das pessoas em tratamento de tuberculose (n = 92)

Variáveis	Distribuição da amostra n(%)
Município	
Cariacica	32(35)
Serra	14(15)
Vila Velha	34(37)
Vitória	12(13)
Sexo	
Masculino	62(67)
Feminino	30(33)
Faixa etária em anos	
18 - 19	4(4)
20 - 59	74(81)
60 - 87	14(15)
Raça/cor	
Brancos	14(15)
Pretos/Pardos	78(85)
Situação conjugal	
Solteiro	46(50)
Casado/União Estável	34(37)
Viúvo/Separado/Divorciado	12(13)
Anos de estudo	
< 8 anos	40(43)
≥ 8 anos	52(57)
Religião	
Sim	67(73)
Não	25(27)
Empregado	
Sim	34(37)
Não	58(63)
Renda individual (em salário mínimo)*	
0	21(23)
> 0 ≤ 3	65(71)
>3	6(6)
Renda familiar (em salário mínimo)*	
0	1(1)
> 0 ≤ 3	66(72)
>3	19(21)
Não informou	6(6)
Residentes no domicílio	
1 pessoa	11(12)
≥ 2 pessoas	81(88)
Classe socioeconômica	
A-B	10(11)
C	50(54)
D-E	32(35)
Recebendo transferência de renda	
Sim	13(14)
Não	79(86)

*Salário mínimo em 2019 = R\$ 998,00

Sobre dados comportamentais dos entrevistados (Tabela 2), dos 25% de fumantes a maioria era de muito

baixo risco de dependência (11%). O uso de drogas ilícitas foi referido por 21% e o consumo de álcool por 42%, sendo 31% classificados no padrão de risco moderado a severo. Dados do histórico de saúde indicaram 34% com pelo menos uma comorbidade, incluindo 10% de pessoas vivendo com HIV/AIDS, 9% diabéticos, 3% hipertensos. O uso de medicamentos além dos tuberculostáticos não foi verificado em 59%.

Tabela 2. Hábitos de vida e histórico de saúde das pessoas em tratamento de tuberculose (n = 92)

Variáveis	Distribuição da amostra n(%)
Risco de dependência da nicotina	
Não fuma	69(75)
Muito baixo	10(11)
Baixo	5(6)
Médio	4(4)
Elevado	2(2)
Muito elevado	2(2)
Uso de drogas ilícitas	
Sim	19(21)
Não	72(78)
Não informado	1(1)
Padrão de consumo alcoólico	
Não consome	53(58)
Baixo risco	10(11)
Risco moderado, alto e severo	29(31)
Comorbidades	
HIV	9(10)
Diabetes	8(9)
Hipertensão	3(3)
Outras	11(12)
Sem comorbidades	61(66)
Medicamentos em uso	
Não usa	54(59)
Anti-hipertensivo	5(5)
Antirretroviral	6(7)
Hipoglicemiante	6(7)
Psicofármaco	5(5)
Outros	11(12)
Não informado	5(5)

Quanto aos achados clínicos e epidemiológicos (Tabela 3), 72% casos novos, 84% com TB pulmonar, 8% apresentaram TB anteriormente. Tosse (67%) e febre (42%) primeiros sintomas mais citados. Na avaliação diagnóstica, 79% radiografia sugestiva de TB, 74% baciloscopia positiva, 19% cultura positiva, 100% em esquema básico de tratamento, distribuídos 39% na fase intensiva (2 primeiros meses), 61% na fase de manutenção (4 meses subsequentes), 55% referiu efeito adverso, 97% sem Tratamento Diretamente Observado (TDO).

Entre a população amostral, 48% foram rastreados com indícios de depressão, com escore ≥ 10 pontos. Quanto à gravidade dos sintomas depressivos, 81% apresentou depressão em nível variando do leve ao grave, sendo 33% leve e 19% sintomas sem gravidade. Vale destacar que os níveis

Tabela 3. Características clínico epidemiológicas dos pacientes em tratamento de tuberculose (n = 92)

Variáveis	Distribuição da amostra n(%)	
Tipo de entrada		
Caso novo	66(72)	
Recidiva	5(5)	
Reingresso	5(5)	
Transferência	16(18)	
Forma da TB		
Pulmonar	77(84)	
Extrapulmonar	11(12)	
Pulmonar e extrapulmonar	4(4)	
Histórico de TB		
Sim	7(8)	
Não	85(92)	
Primeiros sintomas (Citados)*		
Tosse	62(67)	
Febre	39(42)	
Sudorese	14(15)	
Dor torácica	20(22)	
Emagrecimento	16(17)	
Fraqueza	15(16)	
Dispneia	4(4)	
Outros	61(66)	
Contato prévio com TB		
Convívio extradomiciliar ou de trabalho	8(9)	
Convívio intradomiciliar ou familiar	23(25)	
Presídio	8(9)	
Sem contato	39(42)	
Não sabe	14(15)	
RX no diagnóstico		
Suspeito	72(79)	
Normal	4(4)	
Não realizado/ Não informado	16(17)	
Baciloscopia diagnóstica		
Positiva	68(74)	
Negativa	13(14)	
Não realizada/Não se aplica	11(12)	
Cultura diagnóstica		
Positiva	17(19)	
Negativa	1(1)	
Não realizada	29(31)	
Em andamento	45(49)	
Histopatológico diagnóstica		
BAAR positivo	6(7)	
Sugestivo de TB	10(11)	
Não sugestivo de TB	1(1)	
Não realizado	75(81)	
Baciloscopia atual		
Positiva	11(12)	
Negativa	41(45)	
Não realizada	31(34)	
Não se aplica	5(5)	
Não informado	4(4)	
Fase/mês do tratamento		
Intensiva	1º	14(15)
	2º	22(24)
	3º	14(15)
Manutenção	4º	15(16)
	5º	9(10)
	6º	18(20)

Continua...

Continuação.

Variáveis	Distribuição da amostra n(%)
Efeitos adversos ^{(citados)*}	
Intolerância gástrica	31(34)
Manifestações cutâneas	13(14)
Mudança de comportamento	7(8)
Outros	16(17)
Sem efeitos adversos	40(44)
Hospitalização por TB	
Sim	19(21)
Não	73(79)
TDO	
Sim	2(2)
Não	89(97)
Não informado	1(1)

*Facultado uma ou mais citações por entrevistado

de gravidade moderada, moderadamente grave e grave são indicativos de transtorno depressivo maior, seus percentuais somados representaram 48% (44) da amostra, conforme os dados apresentados na tabela 4.

Tabela 4. Sintomatologia depressiva rastreada pelo PHQ-9 em pessoas em tratamento de tuberculose (n = 92)

Escore do PHQ-9	Distribuição da amostra n(%)
< 10	48(52)
≥ 10	44(48)
Gravidade/Escore	n(%)
Nenhuma (0-4)	18(19)
Leve (5-9)	30(33)
Moderada (10-14)	19(21)
Moderadamente grave (15-19)	15(16)
Grave (20-27)	10(11)

Os dados na tabela 5, apontam a frequência dos sintomas depressivos por item do PHQ-9, sendo considerado presente o sintoma, quando manifestado em pelo menos uma parte do tempo (pontuações 1, 2 ou 3 no item do PHQ-9). A pontuação zero definiu a ausência do sintoma. O humor deprimido e anedonia estiveram presentes em 58% da amostra. A fadiga foi evidenciada em 84% e o segundo sintoma de maior predominância foi alteração do apetite, 63%. Ideação suicida foi relatado por 17% e o sentimento de inutilidade e decepção por 39% (Tabela 5). A respeito da questão adicional, ao final dos itens do PHQ-9 e não incluída no escore, inferindo sobre o impacto dos sintomas depressivos sobre o desempenho nas atividades de vida diária e relacionamento com as pessoas, 59% dos participantes do estudo referiu enfrentar dificuldades de magnitude variando até ao extremo e 41% não referiu dificuldades causadas pelos sintomas.

DISCUSSÃO

Entre os pesquisados, a sintomatologia depressiva foi identificada em 48%, percentual notadamente superior ao

Tabela 5. Sintomas depressivos por item do PHQ-9, em pessoas em tratamento de tuberculose (n = 92)

ITEM DO PHQ-9	Distribuição da amostra n(%)
1. Pouco interesse ou prazer	
Presente	53(58)
Ausente	39(42)
2. Sentir-se deprimido(a), sem perspectiva	
Presente	53(58)
Ausente	39(42)
3. Dificuldade para dormir, manter sono ou excesso	
Presente	57(62)
Ausente	35(38)
4. Sentir-se cansado(a), com pouca energia	
Presente	77(84)
Ausente	15(16)
5. Falta de apetite ou excesso	
Presente	58(63)
Ausente	34(37)
6. Sentimento de inutilidade, que decepcionou família ou a si	
Presente	36(39)
Ausente	56(61)
7. Dificuldade de concentração, como ler, ver TV	
Presente	37(40)
Ausente	55(60)
8. Lentidão de movimento, de fala, agitação	
Presente	49(53)
Ausente	43(47)
9. Pensar ser melhor estar morto(a)	
Presente	16(17)
Ausente	76(83)

observado na população adulta brasileira de residentes em região urbana.⁽²⁴⁾ Verifica-se grande heterogeneidade entre estudos de prevalência de depressão em pessoas acometidas pela TB, como em unidade de saúde de município metropolitano do Rio de Janeiro, encontraram 60,2%,⁽¹¹⁾ percentual maior que em nosso estudo. A alternância de percentuais é mostrada em estudos internacionais semelhantes ao nosso, com menores percentuais, a exemplo da Índia (23,6%)⁽²⁵⁾ e Filipinas (16,8%).⁽²⁶⁾ Em contrapartida, a prevalência é superior, como verificado na Etiópia (51,9%)⁽²⁷⁾ e Camarões (61,1%),⁽²⁸⁾ quando consideram o ponto de corte menor que 10 do PHQ-9.

Menor parte dos sujeitos estudados (11%) apresentaram sintomas correspondentes à forma grave da depressão, como ocorreu na Etiópia em percentual mais restrito (2,7%), reforçando a recomendação da identificação e tratamento das manifestações mais graves da depressão para favorecer a adesão ao tratamento e melhorar a qualidade de vida das pessoas com TB.⁽²⁷⁾ Na Índia, a depressão foi mais prevalente entre pacientes nos primeiros quatro meses de tratamento antituberculose, mas considerando a potencialidade, negativa, dessa interação de patologias, foi recomendada a realização regular, de triagem da depressão durante toda terapia.⁽²⁹⁾

Verificamos em nosso estudo, maior frequência do sintoma fadiga, dentre os nove sintomas que o PHQ-9 avalia, o que pode estar relacionado à sobreposição de sintomas de ambas as condições patológicas. Os participantes deste estudo, com perfil de condições precárias de vida, incluindo o uso de drogas e o perfil clínico da TB se enquadram entre os mecanismos sociais, comportamentais e biológicos que conferem a sobrecarga da doença.^(2,30) Vale destacar que a depressão pode ser desencadeada por efeitos colaterais dos tuberculostáticos⁽³¹⁾ e pelo efeito de repetidas experiências estigmatizantes relacionadas à TB. E, nem todas manifestações da TB derivam de sua própria patogênese e os fatores de risco comportamental, biológico ou social a que se expõe o indivíduo podem desencadear ambas patologias.⁽³⁰⁾

O perfil da população estudada retrata o quadro típico da TB como doença multicausal, que acomete principalmente grupos populacionais vulnerabilizados, especialmente em centros urbanos, característicos do subcenário epidemiológico da TB no Brasil⁸. No perfil de vulnerabilidade social, foram incluídas pessoas sem concluir o ensino fundamental, desempregados, sem renda própria, pertencentes à classe socioeconômica C, D ou E, não contemplados por programa de transferência de renda, além dos autodeclarados pretos/pardos e o sexo masculino. A literatura internacional tem demonstrado o estado depressivo entre pessoas com TB cursando com pobreza, desnutrição, estigma e imunossupressão.^(26,30)

Uma revisão sistemática realizada no Brasil sugeriu que o estigma pode estar relacionado à raça/cor, considerando os transtornos mentais mais presentes entre negros do que em brancos.⁽³²⁾ Podemos sugerir que parte da discriminação sofrida pode estar implícita no auto relato de dificuldade de relacionamento com as pessoas, referido pela maioria dos pesquisados, em resposta ao item adicional do PHQ-9.

A TB afeta mais a homens, dado confirmado em relatório global de 2020,⁽⁵⁾ mas, na depressão, a situação se inverte, sendo mulheres mais afetadas, frequentemente, além de mais impactadas por precárias condições socioeconômicas e de baixa escolaridade.⁽³³⁾

Em comparação com a população geral, pacientes com TB têm um risco significativamente maior de desenvolver depressão como apontou alta prevalência em estudo internacional, mas não verificou associação com religião, sexo, estado civil, comorbidade diabetes ou à fase do tratamento.⁽²⁵⁾

Observamos quase todos entrevistados sem acompanhamento por TDO, fato que compromete o potencial para minimizar o abandono do tratamento e morte, quando não é adequadamente efetivada na APS.^(10,34)

Resguardando a relevância dos resultados, as limitações do estudo são inerentes à natureza descritiva e delineamento transversal, inviabilizando o estabelecimento de relação de temporalidade entre TB e sintomatologia depressiva. Além disso, a precisão dos resultados pode ter sido comprometida pelo tamanho de amostra apresentada.

O conhecimento do fenômeno da sobrecarga da depressão em pessoas durante tratamento antituberculose, mediante triagem da sintomatologia depressiva, pode suscitar consequências práticas no controle da doença, representa tendência inovadora no contexto da APS, fomentando ações intersetoriais, efetivando a integralidade do cuidado holístico no PCTB.

Pelo melhor de nosso conhecimento, este é o primeiro estudo transversal no ES a investigar sintomatologia depressiva exclusivamente, entre pacientes tratando de TB ativa, com o PHQ-9, ponderando tratar-se de instrumento apropriado para aplicação na APS, validado no Brasil para população urbana de porte médio,⁽¹⁹⁾ como os municípios pesquisados.

CONCLUSÃO

A triagem com PHQ-9 observou percentual relevante de indivíduos com TB e sintomatologia depressiva, de gravidade variável e vultosa, predomínio do sintoma fadiga, junto aos sintomas clássicos, humor deprimido e anedonia. Tais achados indicam que a população estudada precisa, de fato, ser identificada e apoiada em suas vulnerabilidades, por ações adicionais na APS. Assim, na perspectiva de eliminação da TB como problema de saúde pública, o rastreamento da depressão e suas manifestações com o PHQ-9 pode expandir ações de cuidado e prevenção centrados no paciente com TB e reduzir efeitos combinados de ambas doenças.

AGRADECIMENTOS

Aos programas de tuberculose das unidades básicas de saúde e pacientes voluntários da pesquisa por acolher os entrevistadores durante a coleta de dados. Ao Laboratório de Epidemiologia (*LabEpi*) da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) por ser espaço de conhecimento, reflexão crítica, e afetividade.

CONTRIBUIÇÕES

TCFS: contribuiu com a concepção e desenho do estudo; coleta, análise e interpretação dos dados; redação do manuscrito. TNP e ELNM: contribuíram com a concepção e desenho do estudo; revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final a ser publicada. PPG e IBD: contribuíram com a coleta, análise e interpretação dos dados. CMMS e ACBCV: contribuíram na aprovação da versão final a ser publicada.

REFERÊNCIAS

1. American Psychiatry Association (APS). Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders - DSM-5 [Internet]. Washington (DC): American Psychiatric Association; 2013 [cited 2020 July 13]. Available from: <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
2. Sweetland AC, Kritski A, Oquendo MA, Sublette ME, Pala AN, Silva LR, et al. Addressing the tuberculosis-depression syndemic to end the tuberculosis epidemic. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2017;21(8):852-61.
3. World Health Organization (WHO). Depression and other common mental disorders: Global Health estimates [Internet]. Genève: WHO; 2017 [cited 2020 July 13]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>
4. Barros MB, Lima MG, Azevedo RC, Medina LB, Lopes CS, Menezes PR, et al. Depressão e comportamentos de saúde em adultos brasileiros - PNS 2013. *Rev Saúde Publica.* 2017;51(Supl 1):8s.
5. World Health Organization (WHO). Global Tuberculosis Report 2020 [Internet]. Genève: WHO; 2020 [cited 2021 April 10]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240013131>
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2020 [citado 2021 Abril 10]. Available from: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2020/boletim-epidemiologico-de-tuberculose-2020>
7. Maciel LN, Silva PE. Fighting tuberculosis: from 1993 to 2035 during the COVID-19 era. *J Bras Pneumol.* 2021;47(2):e20210033.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Brasil Livre da Tuberculose: Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017 [citado 2020 Jul 13]. Available from: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/brasil_livre_tuberculose_plano_nacional.pdf
9. Paz EP, Cunha CL, Menezes EA, Santos GL, Ramalho NM, Werner RC. Práticas avançadas em enfermagem: Rediscutindo a valorização do enfermeiro na atenção primária à saúde. *Enferm Foco.* 2018;9(1):41-3.
10. Linhares SR, Paz EP. Tratamento da tuberculose na estratégia saúde da família: olhar do profissional. *Enferm Foco.* 2019;10(5):179-84.
11. Castro-Silva KM, Carvalho AC, Cavalcanti MT, Martins OS, França JR, Oquendo M, et al. Prevalence of depression among patients with presumptive pulmonary tuberculosis in Rio de Janeiro, Brazil. *Braz J Psychiatry.* 2019;41(4):316-23.
12. Trajman A, Saraceni V, Durovni B. Os objetivos do desenvolvimento sustentável e a tuberculose no Brasil: desafios e potencialidades. *Cad Saúde Pública.* 2018;34(6):e00030318.
13. Weber ML, Vendruscolo C, Adamy EK, Silva CB. Melhores práticas na perspectiva de enfermeiros da rede de atenção à saúde. *Enferm Foco.* 2020;11(3):87-92.
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). IBGE cidades [Internet]. Brasília (DF): IBGE; 2020 [citado 2020 Jun 16]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/>
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde [citado 2020 Jun 25]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinanet/cnv/tubercos.def>
16. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). Critério de classificação econômica - Brasil. [citado 2018 Ago 20]. Disponível em: <https://www.abep.org/criterio-brasil>
17. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Programa Nacional de Controle do Tabagismo. Teste de Fargestrom [Internet]. Brasília (DF): INCA; 2019 [citado 2019 Nov 23]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/programa-nacional-de-controle-do-tabagismo/teste-fargestrom>
18. Bush K, Kivlahan DR, McDonnell MB, Fihn SD, Bradley KA. The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C) an effective brief screening test for problem drinking. *Arch Intern Med.* 1998;158(14):1789-95.
19. Santos IS, Tavares BF, Munhoz TN, Almeida LS, Silva NT, Tams BD, et al. Sensitivity and specificity of the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) among adults from the general population. *Cad Saude Publica.* 2013;29(8):1533-43.
20. Levis B, Benedetti A, Thombs BD. Accuracy of Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) for screening to detect major depression: individual participant data meta-analysis. *BMJ.* 2019;365(1476):1-10.
21. Manea L, Gilbody S, McMillan D. A diagnostic meta-analysis of the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) algorithm scoring method as a screen for depression. *Gen Hosp Psychiatry.* 2015;37(1):67-75.
22. Kroenke K, Spitzer RL. The PHQ-9: A New Depression Diagnostic and Severity Measure. *Psychiatric Annals.* 2002;32(9):509-15.
23. The jamovi project. jamovi. Versão 1.1.9.0. [Computer Software]. Sydney, Australia. [Internet]. [cited 2020 Jun 01]. Available from: <https://www.jamovi.org>
24. Stopa SR, Malta DC, Oliveira MM, Lopes CS, Menezes PR, Kinoshita RT. Prevalência do autorrelato de depressão no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Rev Bras Epidemiol.* 2015;18:170-80.
25. Salodia UP, Sethi S, Khokhar A. Depression among tuberculosis patients attending a DOTS centre in a rural area of Delhi: a cross-sectional study. *Indian J Public Health.* 2019;63(1):39-43.
26. Masumoto S, Yamamoto T, Ohkado A, Yoshimatsu S, Ouerri AG, Kamiya Y. Prevalence and associated factors of depressive state among pulmonary tuberculosis patients in Manila, The Philippines. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2014;18(2):174-9.
27. Dasa TT, Roba AA, Weldegebreal F, Mesfin F, Asfaw A, Mitiku H, et al. Prevalence and associated factors of depression among tuberculosis patients in Eastern Ethiopia. *BMC Psychiatry.* 2019;19(82):1-7.
28. Kehbila J, Ekabe CJ, Aminde LN, Noubiap JJJ, Fon PN, Monekoso GL. Prevalence and correlates of depressive symptoms in adult patients with pulmonary tuberculosis in the Southwest Region of Cameroon. *Infect Dis Poverty.* 2016;5(51):1-8.
29. Shyamala KK, Naveen RS, Khatri B. Depression: a neglected comorbidity in patients with tuberculosis. *J Assoc Physicians India.* 2018;66(12):18-21.
30. Zhang K, Wang X, Tu J, Rong H, Werz O, Chen X. The interplay between depression and tuberculosis. *J Leukoc Biol.* 2019;106(3):1-9.
31. Rabahi MF, Silva Júnior JL, Ferreira AC, Tannus-Silva DG, Conde MB. Tratamento da tuberculose. *J Bras Pneumol.* 2017;43(5):472-86.
32. Smolen JR, Araújo EM. Raça/cor da pele e transtornos mentais no Brasil: uma revisão sistemática. *Ciênc Saúde Colet.* 2017;22(12):4021-30.
33. World Health Organization (WHO). Depression: Key facts [Internet]. Genève: WHO; 2018 [cited 2019 Nov 18]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
34. Reis-Santos B, Pellacani-Posses I, Macedo LR, Golub JE, Riley LW, Maciel EL. Directly observed therapy of tuberculosis in Brazil: associated determinants and impact on treatment outcome. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2015;19(10):1188-93.

SOBREVIDA E FATORES ASSOCIADOS À MORTALIDADE DE PACIENTES COM INTERNAÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA

SURVIVAL AND MORTALITY TIME OF PATIENTS WITH LONG-STAY HOSPITALIZATIONS IN A HOSPITAL OF HIGH COMPLEXITY
SUPERVIVENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LA MORTALIDAD EN PACIENTES CON HOSPITALIZACIONES DE LARGA DURACIÓN

Magno Fernando de Paula¹

(<https://orcid.org/0000-0001-7529-278X>)

Marli Terezinha Oliveira Vannuchi¹

(<https://orcid.org/0000-0003-2421-4532>)

Mariana Angela Rossaneis¹

(<https://orcid.org/0000-0002-8607-0020>)

Maria do Carmo Fernandes Lourenço Haddad¹

(<https://orcid.org/0000-0001-7564-8563>)

Karen Barros Parron Fernandes²

(<https://orcid.org/0000-0002-1276-4900>)

Paloma de Souza Cavalcante Pissinati¹

(<https://orcid.org/0000-0001-9050-4330>)

Descritores

Mortalidade hospitalar; Tempo de internação; Unidade de Terapia Intensiva

Keywords

Hospital mortality; Length of stay; Intensive Care Units

Descriptores

Mortalidad hospitalaria; Tiempo de internación; Unidades de Cuidados Intensivos

Recebido

19 de Janeiro de 2021

Aceito

13 de Abril de 2021

Conflitos de interesse:

nada a declarar.

Autor correspondente

Mariana Angela Rossaneis

E-mail marianarossaneis@gmail.com

RESUMO

Objetivo: Analisar a sobrevida e os fatores associados à mortalidade de pacientes com internações de longa permanência. **Métodos:** Estudo transversal, a partir de registros dos pacientes que tiveram internação de longa permanência, em hospital de alta complexidade, pelo Sistema Único de Saúde, de 2014 a 2017, com exclusão das reinternações. Utilizou-se a Regressão de Cox para identificação dos fatores associados à mortalidade. Dentre os pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva aplicou-se a curva Roc para determinar o ponto de corte do dia de maior risco de óbito.

Resultados: Foram identificadas 1.209 internações de longa permanência resultando em prevalência de 7,3%. Do total de pacientes de longa permanência, 50,3% foram a óbito, a maioria com idade superior a 60 anos, com doenças do aparelho circulatório (40%). Os fatores associados à mortalidade dos pacientes com internação de longa permanência foram: ser idoso (HR=2,31;IC95%:1,89-2,81); internação clínica (HR=1,82;IC95%:1,54-2,15) e internação em UTI (HR=12,41;IC95%:6,74-22,8). A mortalidade dos pacientes que foram internados na Unidade de Terapia Intensiva foi maior a partir do nono dia (p=0,036).

Conclusão: Verificou-se uma alta taxa de mortalidade em pacientes com internação de longa permanência, principalmente, entre idosos com doenças crônico-degenerativas e em cuidados paliativos.

ABSTRACT

Objective: To analyze the survival time and factors associated with the mortality of patients with long-stay hospitalizations in a hospital of high complexity.

Methods: Cross-sectional study. We included records of patients who had long-term hospitalization for the Unified Health System between 2014 and 2017, excluding rehospitalizations. Cox Regression was used to identify the factors associated with mortality. Still, among the patients who were admitted to the intensive care unit, the Roc curve was used to determine the cutoff point to identify the day on which the patients had a higher risk of death.

Results: 1,209 long-stay hospitalizations were identified, resulting in a prevalence of 7.3%. Of the total long-stay patients, 50.3% died. The majority were over 60 years old, with diseases of the circulatory system (40%). The factors associated with the mortality of patients with long-term hospitalization were: elderly (HR = 2.31; 95% CI: 1.89-2.81); clinical hospitalization (HR = 1.82, 95% CI: 1.54-2.15); ICU admission (HR = 12.41, 95% CI: 6.74-22.8). Mortality of patients admitted to the intensive care unit was significantly higher after the ninth day (p = 0.036).

Conclusion: There was a high mortality rate in patients with long-term hospitalization, mainly among elderly people with chronic degenerative diseases and in palliative care.

RESUMEN

Objetivo: Analizar la supervivencia y los factores asociados a la mortalidad en pacientes con hospitalizaciones de larga duración.

Métodos: Estudio transversal, basado en registros de pacientes que tuvieron hospitalización de larga duración en un hospital de alta complejidad, a través del Sistema Único de Salud, de 2014 a 2017, excluyendo reingresos. Se utilizó la regresión de Cox para identificar los factores asociados con la mortalidad. Entre los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos se aplicó la curva de Roc para determinar el punto de corte del día con mayor riesgo de muerte.

Resultados: Se identificaron 1.209 hospitalizaciones de larga duración, lo que resultó en una prevalencia del 7,3%. Del total de pacientes de larga evolución falleció el 50,3%, la mayoría mayores de 60 años, con enfermedades del sistema circulatorio (40%). Los factores asociados a la mortalidad de los pacientes con hospitalización de larga duración fueron: anciano (HR=2,31; IC95%:1,89-2,81); hospitalización clínica (HR=1,82; IC95%: 1,54-2,15) e ingreso a una unidad de cuidados intensivos (HR=12,41; IC95%: 6,74-22,8).

Conclusión: La mortalidad de los pacientes que ingresaron en la Unidad de Cuidados Intensivos fue mayor a partir del noveno día (p=0,036). Se identificó una alta tasa de mortalidad en pacientes con hospitalización de larga duración, especialmente entre personas mayores con enfermedades crónico-degenerativas y en cuidados paliativos.

¹Universidade Estadual de Londrina, Londrina, PR, Brasil.

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

Como citar:

Paula MF, Vannuchi MT, Rossaneis MA, Haddad MC, Fernandes KB, Pissinati PS. Sobrevida e fatores associados à mortalidade de pacientes com internações de longa permanência. *Enferm Foco*. 2021;12(4):682-7.

DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n4.4472>

INTRODUÇÃO

A internação hospitalar é um recurso utilizado na tentativa de recuperar a saúde do paciente, entretanto, o aumento no tempo de internação causa preocupação, pois desencadeia complicações ao paciente e acréscimo nos custos da internação.⁽¹⁾

A internação de Longa Permanência compreende o período superior há 30 dias em que um paciente permanece em um leito hospitalar.⁽²⁾ Trata-se de uma variável importante a ser considerada no planejamento em saúde, visto que envolve prejuízos tanto para o paciente quanto para as instituições hospitalares e pode estar associada ao aumento da mortalidade. Os pacientes que têm um tempo prolongado de internação estão propensos à aquisição de infecções nosocomiais e alteração do estado cognitivo e dependência funcional.^(1,3)

Dentre os fatores associados às internações de longa permanência está o sexo, a idade, o diagnóstico, a existência de comorbidades, qualidade da assistência prestada, recursos da instituição, gravidade do quadro clínico, estado nutricional, além de outras características sociodemográficas.⁽⁴⁾ O aumento do envelhecimento da população com altas taxas de mortalidade em idosos também tem se relacionado a essa variável.⁽⁵⁾

Estudos evidenciam que pacientes com internação de longa permanência são, em geral, de alta complexidade assistencial, apresentam agravamento dos problemas crônicos, estão frequentemente internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e possuem elevada taxa de mortalidade hospitalar.^(3,5)

Além disso, internações de longa permanência podem indicar a existência de fragilidades nos pontos na rede de atenção para o cuidado de pacientes com doenças crônicas e terminais. Portanto, torna-se relevante analisar aspectos relacionados à mortalidade de pacientes submetidos às internações de longa permanência, a fim instrumentalizar o planejamento de estratégias de intervenção precoces com vistas a minimizar a ocorrência de óbitos. Este estudo objetivou analisar a sobrevida e os fatores associados à mortalidade de pacientes com internações de longa permanência.

MÉTODOS

Estudo transversal, quantitativo, realizado em um hospital filantrópico de alta complexidade do estado do Paraná.

O hospital em estudo possui 200 leitos, sendo 45 de UTI e 155 leitos de outras unidades de internação.

Utilizaram-se dados secundários obtidos a partir de banco de dados de prontuário eletrônico da instituição em estudo. Foram incluídas todas as internações de longa

permanência, sendo aquelas com mais de 30 dias de duração, de pacientes adultos, ocorridas via Sistema Único de Saúde no período de 1º de janeiro de 2014 a 31 de dezembro de 2017.

Pacientes com histórico de mais de uma internação, optou-se por selecionar a internação com maior número de dias. Porém, se dentre as internações o usuário apresentasse óbito, esta foi a selecionada. Como critérios de exclusão, foram consideradas as internações de outros convênios ou particulares, as reinternações ocorridas no período do estudo e dados duplicados ou incompletos.

Para coleta de dados foi construído uma planilha no programa Excel® 2011, com as variáveis de interesse, preenchida pelo pesquisador principal desse estudo. Foi considerada como variável dependente a mortalidade, sendo esta dicotômica. As variáveis independentes foram relacionadas às características sociodemográficas (sexo e idade) e clínicas (tipo de internação, via de internação, classificação de risco, internação em UTI, tempo de internação em outras unidades, infecção hospitalar, especialidade de internação e Classificação Internacional de Doenças (CID-10).

As variáveis coletadas foram: mortalidade (sim e não); sexo (feminino e masculino); idade (≤ 59 anos e ≥ 60 anos ou mais); tipo de internação (internação cirúrgica e internação clínica); via de internação (internação eletiva e internação de urgência); classificação de risco em três categorias (sem gravidade compreendendo as cores verde e azul; moderada gravidade compreendendo a cor amarela e alta gravidade compreendendo as cores vermelho e laranja); internação em UTI (com internação em UTI e sem internação em UTI); Infecção hospitalar (com infecção e sem infecção); especialidade de internação em cinco categorias (clínica médica, cardiologia, neurologia, nefrologia e outros); classificação internacional de doenças CID-10 em seis categorias (capítulo IX - doenças do aparelho circulatório, capítulo X - doenças do aparelho respiratório, capítulo XI - doenças do aparelho digestivo, capítulo XIV - doenças do aparelho geniturinário, capítulo XIX - lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas e outros).

Os dados foram analisados pelo programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20.0.

Utilizou-se a Regressão de Cox para identificação dos fatores associados a mortalidade com apresentação do HazardRatio e Intervalo de Confiança de 95%. As variáveis independentes que apresentaram valor de $p < 0,20$ na análise bivariada foram selecionadas para compor o modelo de regressão. Consideraram-se variáveis associadas à mortalidade no modelo ajustado aquelas que apresentaram $p < 0,05$.

Tabela 1. Fatores associados à mortalidade de pacientes com internação de longa permanência identificada por Regressão de Cox

Variáveis	n	Óbito		HRaj*	IC95%	p-value
		Sim n(%)	Não n(%)			
Sexo masculino	765	372(48,6)	393(51,4)	0,96	0,81-1,13	0,655
Sexo feminino	444	237(53,3)	207(46,7)	-	1	-
Idoso	733	449(61,2)	284(32,8)	2,31	1,89-2,81	<0,001
Não idoso	476	160(33,6)	316(66,4)	-	1	-
Internação clínica	484	319(65,9)	165(34,1)	1,82	1,54-2,15	<0,001
Internação cirúrgica	725	290(40)	435(60)	-	1	-
Internação em UTI	1076	594(55,2)	482(44,8)	12,41	6,74-22,8	<0,001
Internação em outra Unidade	133	14(10,5)	119(89,5)	-	1	-

*Modelo ajustado por sexo, idoso, internação, internação clínica, internação em UTI

Também foi realizada uma análise de sobrevida do período entre a internação dos pacientes nas UTIs até o desfecho do óbito. Para isso, utilizou-se a curva Roc para identificação do período em que os pacientes internados em UTI apresentavam maior risco de mortalidade.

Esta pesquisa consiste em um recorte de uma pesquisa maior intitulada “Internações de longa permanência em instituição Hospitalar de alta complexidade”, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo seres Humanos da instituição de estudo com parecer nº 51/2016 e pelo Comitê de Ética Envolvendo Seres Humanos da instituição proponente, com parecer 084264/2016.

RESULTADOS

No período de estudo ocorreram 16.504 internações, destas, 1.209 (7,3%) foram de longa permanência. Do total de pacientes com longa permanência, a maioria era do sexo masculino (61,0%) e a faixa etária concentrava-se, principalmente, acima dos 60 anos (74,0%), 50,3% evoluíram a óbito, sendo que mais da metade foram idosos, com média de 61 anos. Os pacientes que deram entrada no hospital foram atendidos inicialmente no pronto-socorro, sendo 94,1% encaminhados por meio da central de leitos ou pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência (SIATE). De acordo com o tipo de internação, os óbitos foram maiores em pacientes clínicos (52,4%). Conforme a classificação do CID-10, o motivo de óbito mais frequente relacionado à entrada do paciente foi constituído por doenças do aparelho circulatório (40%). Os pacientes internados em UTI apresentaram maior mortalidade (97,5%). Em relação à infecção hospitalar, mais da metade dos pacientes com internação de LP desenvolveram processo infeccioso (58,4%) e, destes, 72,7% faleceram. Na análise bivariada para identificar fatores associados a mortalidade, as variáveis que apresentaram p<0,20 foram sexo (p=0,16), idoso/não idoso (p<0,001), tipo de internação clínica ou cirúrgica (p<0,001) e internação ou não em UTI

(p<0,001). Estas variáveis foram selecionadas para compor o modelo multivariado na Regressão de Cox apresentados na tabela 1.

Considerando que no modelo multivariado a internação em UTI permaneceu associada estatisticamente, optou-se por analisar o tempo de permanência nesse setor até a ocorrência do evento óbito, em vista de se utilizar esse indicador como um possível sinalizador de risco para mortalidade. Para isso realizou-se a curva Roc para determinar um ponto de corte que identificaria o maior risco de óbito (Figura 1). A área sob curva foi de 0,813 e p<0,001. O nono dia de internação em UTI foi selecionado como valor de corte uma vez que apresentou melhor relação positiva de sensibilidade (0,85) e especificidade (0,40) e p = 0,036. Assim, 14,7% pacientes evoluíram a óbito até o nono dia de internação na UTI.

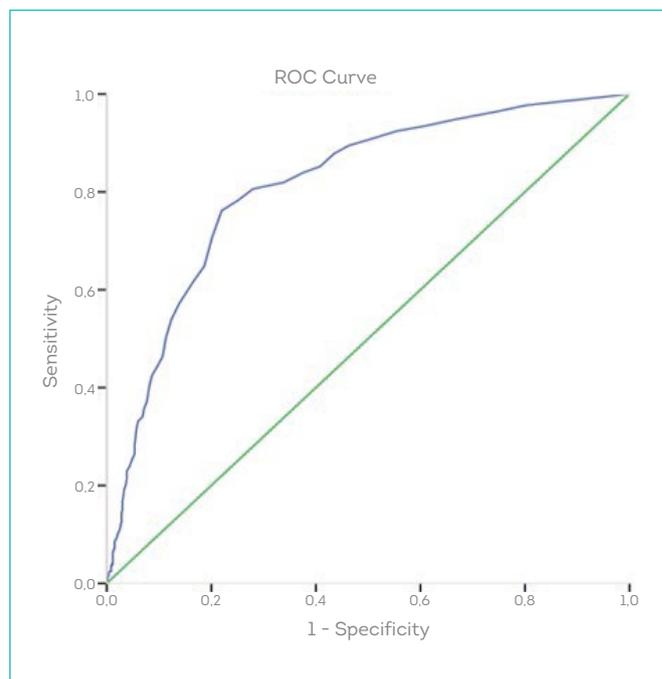


Figura 1. Curva Roc para risco de óbito para pacientes com internação de longa permanência internados na Unidade de Terapia Intensiva

Na figura 2 foi representada graficamente a diferença entre a curva de sobrevivência de pacientes com até nove dias de internação e pacientes com nove dias ou mais.

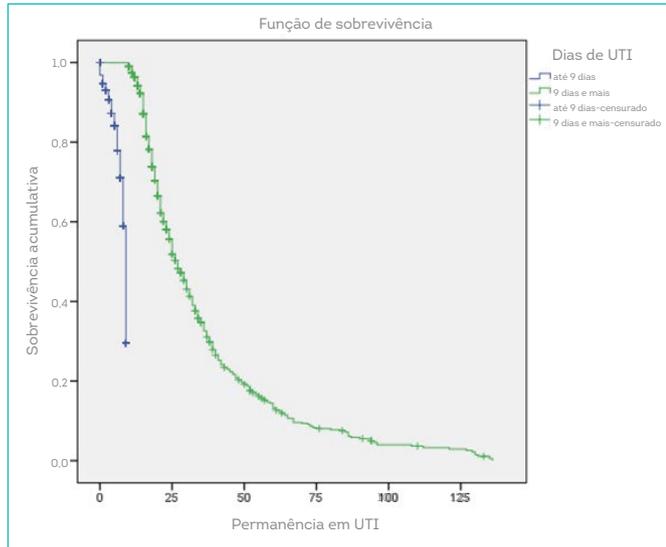


Figura 2. Curva de sobrevida de pacientes com internação de Longa Permanência em hospital de alta complexidade internados em UTI

DISCUSSÃO

No Brasil, as internações em hospitais de alta complexidade pelo SUS corresponderam a 19.021.263, entre os anos de 2014 e 2017, com média de permanência geral de seis dias.⁽⁶⁾ A prevalência de internações hospitalares de pacientes com necessidade de Longa Permanência encontrada neste estudo (7,3%) foi inferior ao estudo realizado em Minas Gerais, que mostrou uma prevalência de 56,8%.⁽⁷⁾

A prevalência de internação de LP é um indicador importante que deve ser mensurado e avaliado em todas as instituições, uma vez que implica em aumento do custo hospitalar e também pode estar relacionado à resolutividade do serviço.⁽⁴⁾

Neste estudo, os resultados indicaram uma mortalidade na internação de LP elevada (50,3%), o que se assemelha a estudo que apontou que o aumento dos dias de internação contribui para o aumento da mortalidade.⁽⁸⁾ Nas internações de LP é comum encontrar pacientes em fase terminal em cuidados paliativos que consequentemente podem estar associados ao aumento da mortalidade hospitalar, mesmo em países que organizam a assistência de longa permanência com unidades e cuidados específicos.

Outro fator que aumenta a mortalidade hospitalar é a transferência de pacientes crônicos que deixam de ser alta dependência, mas ainda são encaminhados para um hospital de alta complexidade quando a doença se torna aguda, o que ocasiona sobrecarga à unidade de pronto-socorro.⁽⁹⁾

Sabe-se que a taxa elevada de pacientes na emergência e o prolongamento do tempo de espera, neste setor, aumenta consideravelmente a probabilidade de internação de LP e óbito. Isto pode ocorrer devido à possibilidade do ambiente hospitalar afetar o processo terapêutico de qualquer paciente independente da sua idade.⁽¹⁰⁾

Em relação à classificação risco, não houve associação estatística com mortalidade, entretanto, foi identificado que os pacientes classificados como sem gravidade apresentaram 15% de mortalidade e 59% tiveram infecção. Resultado semelhante foi encontrado em estudo de corte realizado em Porto Alegre com 2.056 pacientes portadores de insuficiência cardíaca. Esse estudo constatou que pacientes internados sem gravidade apresentaram aproximadamente 60% de óbito relacionado à infecção hospitalar.⁽¹¹⁾

A demora na intervenção efetiva no quadro clínico do paciente pode agravar a patologia e aumentar a ocorrência de óbito entre aqueles classificados inicialmente com menor grau de risco. Além disso, estar internado em ambiente hospitalar predispõe à infecção relacionada à assistência da saúde (IRAS), sendo esta uma das principais causas de morte na internação de LP.^(12,13)

Neste estudo, 58,4% dos pacientes de internação de LP apresentaram infecção e, deste percentual, 72,7% evoluíram a óbito, porém não houve associação estatística entre infecção hospitalar e óbito. A principal causa de morte em pacientes com infecção está relacionada à Sepses, que se trata de uma complicação desta infecção causando disfunção orgânica, choque circulatório e óbito.⁽¹⁴⁾

Estudo realizado no interior do estado do Paraná, com 11.177 pacientes internados em um Hospital Universitário, identificou que 87% dos casos de óbitos estavam associados à IRAS e a principal complicação desta infecção foi a Sepses (67%), a qual ampliou em seis vezes o risco de morte entre pacientes com esta complicação.⁽¹⁵⁾

Na correlação entre sexo e mortalidade, os estudos atribuem maior probabilidade de óbito ao sexo masculino, podendo estar relacionado à maior suscetibilidade a doenças, ao comportamento de risco mais frequentes, como imprudências no trânsito e violência; e por procurarem menos os serviços de saúde resultando em agravamento do quadro clínico.⁽¹⁶⁾

Entretanto, neste estudo, observou-se não existir relação significativa entre o sexo e a mortalidade na internação de LP, mesmo o sexo masculino sendo em maior número. Esse dado evidencia que a mortalidade na internação de LP é um agravamento clínico, independente do sexo. Estudo realizado em pacientes com insuficiência coronariana, no Ceará, apresentou o mesmo resultado deste estudo,

apontando que o sexo não esteve associado à mortalidade, mesmo tendo alta prevalência do sexo masculino.⁽¹⁶⁾

Em relação à idade, estudos evidenciam que pacientes acima de 60 anos apresentam maior mortalidade hospitalar. No presente estudo, os dados não foram diferentes da literatura, mais da metade dos óbitos (74%) refere-se a pacientes idosos. Isto pode estar associado às comorbidades e à maior prevalência de doenças crônicas devido ao aumento da expectativa de vida, como o Diabetes Mellitus e a Hipertensão Arterial Sistêmica. A partir dessa idade é mais frequente a ocorrência de complicações cardiovasculares, como o acidente vascular encefálico e o infarto agudo do miocárdio, sendo estas algumas das principais causas relacionadas aos óbitos na população adulta brasileira. Além disso, idosos tendem a ter internações mais frequentes e prolongadas, ampliando o risco de óbito.⁽¹⁷⁾

Estudo realizado na região Sudoeste do Brasil, que abrangeu um contingente de 385.784 idosos, observou maior chance de morrer nas idades mais avançadas, nas internações de urgência, por doenças cerebrovasculares, com registro de comorbidades, nas internações para cuidado clínico e com internação em unidades de terapia intensiva.⁽⁸⁾

A chance de óbito aumenta 1% para cada dia de internação e se o paciente utiliza a UTI, esta chance de óbito aumenta para 4%, contudo, são resultados esperados, uma vez que os pacientes admitidos em UTI apresentam estado mais grave, permanecem mais tempo internados na unidade e, em sua maioria, são pacientes clínicos.⁽⁸⁾

A necessidade de internação em UTI registrada neste estudo foi elevada (97,5%), demonstrando que o paciente com internação de LP apresenta alta complexidade. Isto pode estar associado a dificuldade de oferta de assistência ao paciente com alta dependência na atenção primária, causando internações frequentes e sobrecarga em hospitais. Estudo realizado com 133.958 pacientes, por um período de cinco anos, identificou que a atenção primária não tem infraestrutura especializada para atender pacientes crônicos. Essa situação resulta em aumento da hospitalização para qualquer agravo de saúde em hospitais de média e alta complexidade.⁽¹⁷⁾

Estes tipos de internações sobrecarregam o hospital e ocupam os leitos causando maior permanência no setor de emergência e conseqüentemente aumento da mortalidade, como já evidenciado. O leito ocupado por uma pessoa que não necessita de cuidados agudos impossibilita a entrada de pacientes novos e aumenta os custos hospitalares.⁽¹⁸⁾

Outro fator que pode estar associado ao aumento da internação em UTI é que o Brasil vivencia uma mudança no perfil epidemiológico que compreende, em sua maioria,

enfermidades crônico-degenerativas, as quais necessitam de cuidados por um período mais prolongado, além do aumento da expectativa de vida, com a necessidade cada vez mais intensa de recursos tecnológicos³. A UTI tornou-se um valioso recurso no processo de internação hospitalar, pois os pacientes são de alto grau de complexidade assistencial e, por isso, necessitam de tecnologias mais complexas, demandando maior tempo e uso prolongado da unidade.⁽³⁾

Este estudo revelou, ainda, que pacientes com mais de nove dias de permanência na UTI tiveram risco maior de óbito. Resultado semelhante foi encontrado em pesquisa realizada sobre mortalidade e fatores associados em uma UTI de cirurgia torácica, na qual se identificou que a mortalidade em UTI avançou à medida que o tempo de permanência na unidade aumentou.⁽¹⁹⁾ Diante disso, observou-se uma maior taxa de utilização dos leitos da UTI, ocupados por pacientes clínicos, idosos, com alta taxa de mortalidade permanecendo por mais de nove dias internados.

Destaca-se a importância da estruturação de uma Política para a criação de unidade de cuidados paliativos, que consiste em uma abordagem multidisciplinar para melhorar a qualidade de vida dos pacientes e seus familiares perante uma doença que ameace a continuidade da vida. Além disso, a criação de protocolos clínicos que diminuíssem o tempo de resposta no tratamento do paciente com quadro clínico agudo para redução das complicações das doenças e, ainda, o estabelecimento de fluxos em redes de assistência à saúde para o atendimento às pessoas em cuidados paliativos.

Ressalta-se que o estudo foi realizado a partir de dados secundários de prontuários eletrônicos, que apresentam limitações de preenchimento e de exploração para outras possíveis variáveis associadas à mortalidade nas internações de longa permanência. Contudo, os resultados demonstram importantes fatores associados à sobrevida e mortalidade que podem direcionar o trabalho dos gestores e equipe para minimizar os riscos aos pacientes internados.

Os resultados desse estudo apontam a necessidade de instalação de leitos de longa permanência nos hospitais de média complexidade, a fim de reduzir a transferência de pacientes crônicos estáveis inadequadamente para hospitais de alta complexidade e, conseqüentemente, minimizar a probabilidade de internações de LP e óbitos.

CONCLUSÃO

A mortalidade na internação de Longa Permanência apresentou forte associação com a idade acima de 60 anos, ser paciente clínico e ter de internação em UTI por um período maior que nove dias. Assim, pode-se afirmar que quanto

menor o tempo de internação desses pacientes, maior será a sobrevida.

CONTRIBUIÇÕES

Magno Fernando de Paula, Marli Terezinha Oliveira Vannuchi e Mariana Angela Rossaneis contribuíram com

a concepção estudo; coleta, análise e interpretação dos dados e redação do manuscrito. Maria do Carmo Fernandes Lourenço Haddad, Karen Barros Parron Fernandes e Paloma de Souza Cavalcante Pissinati contribuíram na análise e interpretação dos dados e redação do manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Covre ER, Melo WA, Tostes MF, Fernandes CA. Permanência, custo e mortalidade relacionados às internações cirúrgicas pelo Sistema Único de Saúde. *Rev. Latino-Am Enfermagem*. 2019;27:e3136.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Padronização da Nomenclatura do Censo Hospitalar [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002 [citado 2021 Jan 20]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/padronizacao_censo.pdf
3. Bo M, Fonte G, Pivaro F, Bonetto M, Comi C, Giorgis V, et al. Prevalence of and factors associated with prolonged length of stay in older hospitalized medical patients. *Geriatr Gerontol*. 2016;16(3):314-21.
4. Silva AM, Souza EF, Barbosa TL, Silva CS, Gomes LM. Fatores que contribuem para o tempo de internação prolongada no ambiente hospitalar. *J Res: Fundam Care Online*. 2014;6(4):1590-1600.
5. Carter P, Reynolds J, Carter A, Potluri S, Uppal H, Chandran S, Potluri R. The impact of psychiatric comorbidities on the length of hospital stay in patients with heart failure. *Int J Cardiol*. 2016;207:292.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Melhor em Casa [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2019 [citado 2021 Jan 20]. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/melhor-em-casa-servico-de-atencao-domiciliar/melhor-em-casa>
7. Moraes DS, Cordeiro NM, Fonseca AD, Souza e Souza LP, Silva CS, Lopes JR. Fatores associados à internação prolongada nas admissões pela urgência e emergência. *Rev Iniciaç Cient Univ Vale Rio Verde*. 2017;15(2):680-9.
8. Cordeiro P, Martins M. Mortalidade hospitalar em pacientes idosos no Sistema Único de Saúde, região Sudeste. *Rev Saúde Pública*. 2018;52:69.
9. Aredes JS, Giacomini KC, Firmo JO. A práxis médica no pronto atendimento diante do paciente com sequelas crônicas: culpa, temor e compaixão. *Trab Educ Saúde*. 2018;16(3):1177-99.
10. Lages VA, Moita Neto JM, Mello PM, Mendes RF, Prado Júnior RR. O efeito do tempo de internação hospitalar sobre a saúde bucal. *Rev Bras Pesqui Saúde*. 2015;16(2):30-8.
11. Wajner A, Zuchinali P, Olsen V, Polanczyk CA, Rohde LE. Causas e Preditores de Mortalidade Intra-Hospitalar em Pacientes que Internam com ou por Insuficiência Cardíaca em Hospital Terciário no Brasil. *Arq Bras Cardiol*. 2017;109(4):321-30.
12. Khan H, Greene SJ, Fonarow GC, Kalogeropoulos AP, Ambrosy AP, Maggioni AP, et al. Length of hospital stay and 30-day readmission following heart failure hospitalization: insights from the EVEREST trial. *Eur J Heart Fail*. 2015;17:1022-31.
13. Bergamim-Hespanhol LA, Ramos SC, Ribeiro Júnior OC, Araújo TS, Martins AB. Infección relacionada con la Asistencia a la Salud en Unidad de Cuidados Intensivos Adulto. *Enf Global [Internet]*. 2018;18(1):215-54.
14. Santos MR, Cunha CC, Ishitani LH, França EB. Mortes por sepse: causas básicas do óbito após investigação em 60 municípios do Brasil em 2017. *Rev Bras Epidemiol*. 2019;22(Suppl 3):e190012.
15. Souza ES, Belei RA, Carrilho CM, Matsuo T, Yamada-Ogatta SF, Andrade G, et al. Mortalidade e riscos associados a infecção relacionada à assistência à saúde. *Texto Contexto Enferm*. 2015;24(1):220-8.
16. Viana PA, Carneiro Neto JD, Novais CT, Guimarães IF, Furquim I, Lopes YS, et al. Perfil de pacientes internados para tratamento de insuficiência cardíaca descompensada. *SANARE*. 2018;17(1):15-23.
17. Santos BV, Lima DS, Fontes CJ. Internações por condições sensíveis à atenção primária no estado de Rondônia: estudo descritivo do período 2012-2016. *Epidemiol Serv Saúde*. 2019;28(1):e2017497.
18. Modas DA, Nunes EM, Charepe ZB. Causas de atraso na alta hospitalar no cliente adulto: scoping review. *Rev Gaúcha Enferm*. 2019;40:e20180130.
19. Senturk E, Senturk Z, Sen S, Ture M, Avkan N. Mortalidade e fatores associados em uma UTI de cirurgia torácica / Mortality and associated factors in a thoracic surgery ICU. *J Bras Pneumol*. 2011;37(3):367-74.

AUTOMUTILAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA: FRAGILIDADES DO CUIDADO NA PERSPECTIVA DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE MENTAL

SELF-MUTILATION IN ADOLESCENCE: FRAILTIES OF CARE FROM THE PERSPECTIVE OF MENTAL HEALTH PROFESSIONALS
AUTOMUTILACIÓN EN LA ADOLESCENCIA: FRAGILIDADES DE LA ATENCIÓN DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS PROFESIONALES DE SALUD MENTAL

Felipe Bruno Gualberto de Aragão¹

Johnatan Martins Sousa¹

Érika de Sene Moreira¹

Raquel Rosa Mendonça do Vale¹

Mário Henrique Cardoso Caixeta²

Camila Cardoso Caixeta¹

(<https://orcid.org/0000-0002-4905-0493>)

(<https://orcid.org/0000-0002-1152-0795>)

(<https://orcid.org/0000-0001-7744-9293>)

(<https://orcid.org/0000-0003-2089-8842>)

(<https://orcid.org/0000-0002-5584-5030>)

(<https://orcid.org/0000-0003-2479-408X>)

Descritores

Automutilação; Comportamento do adolescente; Saúde mental; Pessoal de saúde; Serviços comunitários de saúde mental

Keywords

Self-mutilation; Adolescent behavior; Mental health; Health personnel; Community mental health services

Descriptores

Automutilación; Comportamiento adolescente; Salud mental; Personal sanitario; Servicios comunitarios de salud mental

Recebido

21 de Janeiro de 2021

Aceito

20 de Abril de 2021

Conflitos de interesse:

extraído da dissertação "A automutilação em adolescentes: um olhar sobre a concepção do sujeito, da família e do profissional de saúde", apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Goiás.

Autor correspondente

Bruno Gualberto de Aragão
E-mail: fbgaragao@gmail.com

RESUMO

Objetivo: Analisar os aspectos que dificultam a consolidação do cuidado prestado a adolescentes que praticam automutilação assistidos por um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil da região central do Brasil, sob a ótica dos profissionais de saúde.

Métodos: Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa. Participaram seis profissionais de saúde. Para a coleta de dados, foi utilizada a técnica da entrevista individual semiestruturada e os dados foram submetidos à análise de conteúdo, modalidade temática.

Resultados: Após a análise dos dados, emergiu a categoria temática: Cuidados, que se desdobrou em três subcategorias: Fragilidades estruturais, Fragilidades técnicas e Fragilidades de gestão que revelam os fatores que prejudicam o cuidado psicossocial integral aos adolescentes que praticam automutilação.

Conclusão: Faz-se necessário aprimorar as instalações físicas do CAPSi, oferecer capacitação técnica permanente aos profissionais e gestores, além de desenvolver planos de cargos e salários mais sólidos.

ABSTRACT

Objective: To analyze the aspects that hinder the consolidation of care provided to adolescents who practice self-mutilation assisted by a Psychosocial Care Center for Children and adolescents in the central region of Brazil, from the perspective of professionals.

Methods: This is a descriptive, exploratory study with a qualitative approach. Six health professionals participated. For data collection, the semi-structured individual interview technique was used and the data were submitted to content analysis, thematic modality.

Results: After data analysis, the thematic category emerged: Care, which unfolded into three subcategories: Structural weaknesses; Technical and management weaknesses that reveal the factors that harm comprehensive psychosocial care to adolescents who practice self-mutilation.

Conclusion: It is necessary to improve CAPSi's physical facilities, offer permanent technical training to professionals and managers, and develop more solid job and salary plans.

RESUMEN

Objetivo: Analizar los aspectos que dificultan la consolidación de la atención brindada a los adolescentes que practican la automutilación asistida por un Centro de Atención Psicossocial Infantojuvenil en la región central de Brasil, desde la perspectiva de los profesionales de salud.

Métodos: Se trata de un estudio descriptivo y exploratorio con un enfoque cualitativo. Participaron seis profesionales de la salud. Para la recopilación de datos, se utilizó la técnica de entrevista individual semiestructurada y los datos se sometieron al análisis de contenido y modalidad temática.

Resultados: Después del análisis de datos, surgió la categoría temática: Cuidado, que se desarrolló en tres subcategorias: Debilidades estructurales, Debilidades técnicas y de Debilidades de gestión que revelan los factores que dañan la atención psicossocial integral a los adolescentes que practican la automutilación.

Conclusión: Es necesario mejorar las instalaciones físicas de CAPSi, ofrecer formación técnica permanente a profesionales y gerentes, además de desarrollar planes laborales y salariales más sólidos.

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

²Ministério Público do Estado de Goiás, Goiânia, GO, Brasil.

Como citar:

Aragão FB, Sousa JM, Moreira ES, Vale RR, Caixeta MH, Caixeta CC. Automutilação na adolescência: fragilidades do cuidado na perspectiva de profissionais de saúde mental. *Enferm Foco*. 2021;12(4):688-94.

DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n4.4477>

INTRODUÇÃO

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são serviços comunitários cujo objetivo é reformular o modelo de cuidado baseado no paradigma manicomial.⁽¹⁾ Esses serviços são norteados pelo modelo de atenção psicossocial⁽²⁾ que interpreta o processo de saúde-doença de maneira complexa, como um fenômeno social que demanda atuação intersetorial e interdisciplinar, com o objetivo de estimular a autonomia e o exercício da cidadania dos sujeitos.⁽³⁾ Isso, por meio de estratégias como os atendimentos grupais⁽⁴⁾ e individuais, oficinas terapêuticas, atividades lúdicas, desportivas, tratamento medicamentoso, visitas domiciliares e atendimento familiar.^(5,6)

Os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis prestam assistência para crianças e adolescentes entre 3 e 18 anos que apresentam intenso sofrimento psíquico ocasionado por transtornos mentais severos e persistentes, inclusive os ligados à drogadição e demais questões clínicas, prejudiciais para o desenvolvimento adequado das capacidades e habilidades desses indivíduos. Depressão grave, psicoses e quadros ansiosos severos são aspectos que os sujeitos atendidos podem apresentar, possivelmente combinados com os transtornos de conduta e comportamentos de automutilação.^(6,7)

A automutilação é considerada um problema de saúde pública a nível mundial.⁽⁸⁾ Na atualidade, o conceito de automutilação se divide em dois grupos que levam em consideração a intencionalidade do ato. Para este estudo, adotamos o conceito de *Deliberate self harm* que inclui todos os métodos de autolesão sem distinguir se o comportamento é ou não uma tentativa de suicídio,⁽⁹⁾ praticados na ausência de psicoses e/ou incapacidade intelectual organicamente determinada.

Sabe-se que a prática de automutilação começa de modo geral no período da adolescência, especificamente em torno dos 13 e 14 anos e pode se estender por um longo tempo, cerca de 10 a 15 anos. Esse fenômeno é complexo e pode ser ocasionado por inúmeros fatores que tem como finalidade eliminar ou minimizar sentimentos que estejam acarretando sofrimento para proporcionar um momento emocional desejado.⁽¹⁰⁾

Mesmo com o aumento da ocorrência de números de automutilação no público adolescente, são escassas as investigações científicas realizadas sobre essa temática no cenário brasileiro que abordam tanto os aspectos clínicos, quanto psicossociais para possibilitar um entendimento amplo deste fenômeno que possa subsidiar ações em saúde para este grupo.⁽¹¹⁻¹³⁾ Dessa forma, pesquisas que se voltem para as questões comportamentais dos adolescentes são extremamente

importantes para a construção de estratégias de prevenção e promoção da saúde deste grupo populacional.⁽¹⁴⁾

Portanto, se faz necessário problematizar como os serviços de atenção psicossocial têm atuado junto ao público infantojuvenil no cenário brasileiro e sobre as barreiras enfrentadas para a concretização dessas práticas assistenciais.⁽²⁾ Isso posto, o presente trabalho tem por objetivo analisar os aspectos que dificultam a consolidação do cuidado prestado a adolescentes que praticam automutilação assistidos por um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil da região central do Brasil, sob a ótica dos profissionais.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório de abordagem qualitativa,⁽¹⁵⁾ sustentado pelo referencial teórico da Atenção Psicossocial. Também foram utilizados os critérios consolidados para a divulgação de estudos qualitativos (COREQ).⁽¹⁶⁾

Participaram da pesquisa seis profissionais de saúde tendo como critérios de inclusão: idade igual ou superior a 18 anos; possuir nível superior completo; no mínimo um ano de trabalho no serviço; estar na assistência direta aos adolescentes que praticavam automutilação. Foram excluídos os profissionais que estavam de férias ou de licença no período da coleta de dados.

A coleta foi realizada em um CAPSi da região central do Brasil, de junho a outubro de 2017.

Foi realizada uma reunião de apresentação da pesquisa para os gestores e profissionais do CAPSi. Os profissionais, que concordaram com a participação voluntária, assinaram o TCLE aceitando o uso dos relatos gravados e imagens no processamento de dados. Com datas e horários agendados, de acordo com a disponibilidade de cada participante, realizamos a entrevista individual semiestruturada com as seguintes questões norteadoras: 1. "Conte como acontece o cuidado dos adolescentes com automutilação no CAPSi". 2. "Considerando os aspectos pessoais, técnicos e estruturais, quais as potencialidades que você percebe nos cuidados dos adolescentes com automutilação?" 3. "Ainda considerando os três aspectos, pessoal, técnico e estrutural, quais as dificuldades percebidas por você no cuidado destes adolescentes?".

As entrevistas individuais foram gravadas por meio de um gravador digital e foram transcritas na íntegra posteriormente. Além disso, foram realizadas notas em diário de campo pela pesquisadora e os auxiliares de pesquisa.

Para assegurar o sigilo da identidade dos profissionais estes foram codificados pela letra P e números (P1 a P6).

Para análise dos dados foi utilizada a análise de conteúdo, modalidade temática segundo Bardin,⁽¹⁷⁾ contemplando as etapas de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Na primeira fase, pré-análise, foi realizada a leitura flutuante de todas as transcrições. Seguindo pelo agrupamento e identificação de categorias, subcategorias e unidades de sentido. Na terceira fase, foi realizado o tratamento e interpretação dos resultados para identificação das fragilidades para a consolidação do cuidado aos adolescentes que praticam automutilação e discussão com base na literatura científica e no arcabouço jurídico pertinentes ao tema com os pressupostos da atenção psicossocial.

A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Goiás, recebendo parecer favorável, nº 2.053.730. Os profissionais assinaram o termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

Do processo de análise dos dados emergiu a categoria temática Cuidados que contém as percepções dos profissionais sobre os pontos que dificultam a consolidação do cuidado prestado aos adolescentes. Além disso, três subcategorias assomaram, sendo elas: Fragilidades estruturais do cuidado, Fragilidades técnicas do cuidado e Fragilidades ligadas à gestão.

Dessa maneira, a subcategoria Fragilidades estruturais representa, entre os pontos que dificultam os cuidados, aqueles que estão relacionados às estruturas físicas e recursos materiais da instituição. A subcategoria Fragilidades técnicas retrata os aspectos técnicos e científicos que influenciam de forma negativa no cuidado prestado aos adolescentes. Por sua vez, a subcategoria Fragilidades ligadas à gestão aponta fatores de cunho administrativo e gerencial desfavoráveis à assistência prestada.

Fragilidades estruturais

Foi evidenciado que o CAPS apresenta limitações em relação à estrutura física e recursos materiais, o que traz prejuízos na assistência como revelam os depoimentos:

“Então, essa casa aqui, por exemplo, ela não permite isso, é tudo muito aberto, as pessoas chegam, elas entram quando precisa pegar alguma coisa nos armários... Tem a única salinha mais fechada que é a sala de vídeo, mas outros grupos acontecem ao mesmo tempo, então, não é sempre que a gente tem a oportunidade de ficar ali. Às vezes a gente ‘tá’ num espaço aberto e

isso intimida eles a falarem mais... Em questão [do...] da casa, a estrutura da casa dificulta muito porque acho que eles poderiam se abrir mais.” (P6)

“A gente não tem um carro que favoreça, a gente nunca tem motorista, nunca tem um carro disponível para fazer uma visita, para fazer um trabalho interdisciplinar, intersetorial com mais propriedade, com regularidade.” (P4)

Fragilidades técnicas

Foi identificado aspectos técnicos ligados à capacitação e atuação dos profissionais que precisam ser aperfeiçoados para uma abordagem efetiva aos adolescentes que praticam automutilação como expressam os relatos:

“Eu sinto uma falta de capacitação neste tema, eu vejo que nós temos muitos casos e eu mesma acho que não consigo contribuir. Eu vejo que a gente... eu, ‘né’? Vou falar por mim, a gente não está preparado para trabalhar com eles, tipo: Quantas sessões [há] melhora? Melhora, mas parece que a terapia não chega no foco, no ponto do problema.” (P1)

“Eu sinto que a gente precisa ter uma capacitação para isso, muitos profissionais às vezes não sabem como lidar, até mesmo a gente que está aqui há muito tempo não sabe lidar. Eu sou uma das mais antigas e não sei como chegar naquele adolescente que está ali com um quadro de automutilação, o que falar para ajudar, a gente não consegue. Por exemplo. Nós profissionais vamos fazer as palestras para as famílias, mas... Eu acho que primeiro a gente tinha que assistir palestras com pessoas que entendem do assunto. Acho difícil tocar no assunto de automutilação, de suicídio, como eu te falei (...). Há falta de capacitação, de um estudo, sei lá, de estarmos tirando uma ou duas vezes no mês e pegar um artigo sobre suicídio e ler, ver o que podemos aproveitar para o serviço. Eu vejo isso como uma grande dificuldade que nos impede de ajudar mais.” (P3)

“O grupo não é uma coisa voltada para aquele problema, vários problemas são tratados no grupo, perde o foco. Eu já propus um grupo específico, mas não aceitaram minha opinião e nem a de outros colegas. O ano passado eu tinha um grupo assim, dava muito certo, mas agora não tem um grupo só de adolescentes com automutilação, deveria, mas não é para fazer. O problema é que não dá para falar de automutilação junto com outros adolescentes que não vivem esse contexto.” (P1)

“Acho também que intervimos pouco com a família, talvez porque não saibamos o que fazer.” (P1)

Fragilidades ligadas à gestão

Dentre as fragilidades relacionadas à gestão do CAPS, foi salientado pelos participantes questões que interferem negativamente no cuidado integral aos adolescentes como recursos humanos insuficiente para atender a demanda, pouca divulgação na comunidade da proposta assistencial do CAPS, ausência de planejamento das ações e rotinas de trabalho e comunicação ineficaz entre a equipe multiprofissional:

“Recentemente, uma questão da unidade mesmo é que estamos sem funcionário. Já ‘tem’ mais de três meses que a gente não tem limpeza, que a gente não tem cozinheiro. Então, por exemplo, o atendimento ficou comprometido porque nós tivemos que tirar o acolhimento diurno, que é um atendimento principal para pacientes de automutilação. Eles se beneficiam com ele, mas não tem condição de um paciente ficar o dia inteiro em uma unidade que não tem limpeza, que não tem comida. Então assim, a gente tem muita dificuldade também.” (P4)

“E como a demanda por acolhimento é grande, cada profissional atende uma demanda diferente sozinho. Na maioria das vezes não dá tempo de fazer discussão dos casos.” (P1)

“O serviço não é divulgado, muita gente nem sabe o que é CAPS, aí eles chegam bem receosos por não conhecerem muito bem o sistema do CAPS e o funcionamento, acredito que até uma proposta nova, ‘né’? Então, eles já chegam assustados, achando que é um lugar de louco, achando que é um lugar de internação.” (P5)

“Não existe um planejamento das ações, uma definição de quem é responsável pelo o quê, então, fica muito solto, uns fazem, outros não, muita coisa a gente começa e não dá continuidade. Na verdade, eu queria alguma coisa assim, eu sei que cada caso é um caso, mas eu queria um direcionamento.” (P2)

“A gente é uma equipe, mas eu sinto falta de discussão.” (P1)

“[...] então o médico percebe que o adolescente já está bem, já tratou a patologia de base e dá alta e apenas comunica a equipe. O ideal seria que a alta fosse discutida em equipe, mas não é, geralmente a alta é médica.” (P2)

DISCUSSÃO

No que se refere às fragilidades estruturais, a fala do profissional demonstra a inadequação da estrutura física do

CAPSi que não possui salas com a privacidade necessária para o atendimento. A fragilidade inviabiliza o atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico e de orientação), afrontando as recomendações do Ministério da Saúde.⁽¹⁸⁾ Nesta direção, 17% de artigos analisados em uma revisão de literatura sobre dificuldades encontradas em CAPS, tratou da questão de estrutura física deficitária das unidades,⁽¹⁹⁾ o que revela que esta realidade não é um fato isolado.

Outro ponto apontado pela equipe foi que não há carros disponíveis para realizarem visitas e trabalhos intersetoriais, o que está em descompasso com a política de saúde mental, visto que o trabalho na unidade de saúde demanda visitas e atendimentos domiciliares, bem como interconexões com demais entes públicos a fim de garantir o cuidado dos adolescentes.⁽¹⁸⁾ Portanto, a situação verificada frustra o desenvolvimento de atividades centrais na atenção à saúde mental.

Uma investigação qualitativa realizada com a equipe multiprofissional de um CAPS da região norte do Brasil, identificou nos depoimentos dos profissionais que a ausência de recursos materiais também é um problema enfrentado por eles e que acarreta prejuízos na assistência,⁽²⁰⁾ o que dialoga com os achados do estudo.

Em relação às fragilidades técnicas, os profissionais do CAPS afirmaram que a falta de capacitação sobre a temática da automutilação é um dos fatores que limita a discussão do assunto no CAPSi, o que prejudica a assistência prestada aos adolescentes. Isso revela que apesar dos progressos no campo da saúde mental, vulnerabilidades são encontradas nas práticas das equipes que atuam nas instituições que compõem a Rede de Atenção Psicossocial.⁽²¹⁾

Outra fragilidade apontada foi a ausência de atividades específicas no CAPS voltadas para a temática da automutilação na adolescência. De acordo com a literatura,⁽²²⁾ a assistência direcionada ao público infantojuvenil deve contemplar todas as particularidades deste grupo para promover um cuidado resolutivo, porém, os serviços de saúde ainda possuem barreiras para a efetivação dessas práticas.

Algumas ações podem ser utilizadas para o cuidado de adolescentes que praticam automutilação como educação em saúde e orientação, atendimento por psicoterapia individual e a terapia de grupo por meio da abordagem do psicodrama pelo fato de proporcionarem a expressão da subjetividade e dos sentimentos.⁽¹²⁾

Na continuidade, a falta de habilidade para atender a família dos adolescentes foi um fator restritivo levantado pela equipe. A literatura revela que a inclusão da família de crianças e adolescentes que possuem demandas de saúde mental durante o processo terapêutico é um fator determinante

para o êxito do tratamento.⁽²³⁾ Uma estratégia potente que pode ser utilizada pelos profissionais para promover a integração entre os usuários, familiares e a equipe de saúde no contexto do CAPSi são as oficinas que criam um ambiente propício para o compartilhamento de vivências.⁽²⁴⁾

O vínculo afetivo da criança e do adolescente com a família é determinante para o desenvolvimento humano sadio e equilibrado.⁽²⁵⁾ Assim, o fortalecimento da interação com os familiares é requisito essencial para a produção de saúde desses indivíduos, sendo necessário considerar o contexto no qual o usuário vive com a família. Dessa maneira, deve-se garantir que a família participe de todo o processo de cuidado, empregando especial atenção a isso no planejamento da assistência.⁽²⁶⁾

Sobre as fragilidades gerenciais, neste estudo, os profissionais salientaram a escassez de recursos humanos no dispositivo de saúde. Relataram que a procura por atendimento é grande, e que, na contramão disso, o número de profissionais não é capaz de suprir toda a demanda, fato que influencia diretamente nos processos de trabalho da instituição.

Um estudo realizado em um CAPSi identificou que os profissionais da atenção psicossocial precisam atender a demandas de saúde com alto nível de desempenho, enquanto estão inseridos em equipes de trabalho com número reduzido e encarregados de um território com população acima do número máximo estabelecido pelo Ministério da Saúde. Diante disso, os profissionais sofrem com a sobrecarga de trabalho e, conseqüentemente, passam a esquivar-se de novos projetos para evitar patologias decorrentes da sobrecarga e preservar a própria saúde.⁽²⁷⁾

Situação semelhante também foi encontrada em um estudo feito em Alagoas para compreender a inserção dos profissionais ao trabalho nos CAPS. Nele, identificou-se que, de modo geral, as gestões municipais não investem de maneira apropriada em seu pessoal, o que resulta em equipes profissionais precarizadas, provocando alta rotatividade, pouco vínculo e a desmotivação no trabalho.⁽⁵⁾

Os profissionais denunciaram, também, que devido à grande demanda por atendimento no CAPSi, o trabalho interdisciplinar não acontece, não havendo a discussão dos casos pela equipe. Tendo em vista que a assistência prestada na unidade de saúde deve ser intersetorial e multifacetada, a circunstância apresentada impossibilita que o cuidado seja prestado conforme os preceitos norteadores do dispositivo de saúde mental.⁽²⁸⁾

A ausência de divulgação do CAPSi para a sociedade foi outro aspecto apontado como dificultador do cuidado, pois as pessoas chegam na unidade com medo e estereótipos.

Um estudo realizado com usuários e profissionais da saúde de CAPS e Estratégia da Saúde da Família de uma cidade do nordeste brasileiro, com o objetivo de apreender as representações sobre a reforma psiquiátrica, identificou que o CAPS é visto como um ambiente que preza pela reabilitação psicossocial, porém, constatou que o preconceito é um elemento que permeia o indivíduo que apresenta transtorno mental.⁽²⁹⁾

Por conseguinte, vislumbra-se a necessidade de ações integradas de divulgação do serviço de saúde à população em geral, o que pode ocorrer por meio de parcerias promovidas pelos órgãos da saúde junto aos conselhos municipais de direitos da criança, escolas da rede pública, conselhos tutelares, Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), Ministério Público e Defensoria Pública, envolvendo toda a rede de atenção dos direitos da criança e do adolescente.

Ademais, a equipe participante do presente estudo apontou para a questão do pouco investimento em planejamento das atividades realizadas no cotidiano do CAPSi e a falta de supervisão das ações. Os protocolos de cuidado representam uma iniciativa racionalizada para qualificar a assistência, que tem por escopo propiciar condições para o acompanhamento adequado, além de propiciar o controle dos processos de assistência. Também possuem importância subjetiva, pois proporcionam segurança e proteção psíquica aos profissionais e os auxiliam na mediação com o indivíduo atendido.⁽³⁰⁾

A comunicação deficiente entre a equipe multiprofissional foi outro empecilho levantado pelos profissionais no atendimento ao adolescente que pratica automutilação, na medida em que alguns deles não compartilham as ações de cuidado e tomam decisões individuais sem consultar os demais, o que fragiliza o trabalho em equipe interdisciplinar. De acordo com estudiosos,⁽³¹⁾ a comunicação é um elemento crucial no cuidado em saúde mental e deve ser baseada em relações pautadas no intercâmbio de saberes, respeito ao outro e escuta.

Uma investigação realizada em um CAPS do tipo II situado na região nordeste do Brasil que teve como objetivo conhecer a percepção dos profissionais sobre fatores que impulsionam e dificultam o trabalho multiprofissional, identificou que a atuação individual de alguns profissionais sem o consentimento da equipe e o não compartilhamento da assistência realizada com os demais técnicos são obstáculos para um efetivo trabalho em equipe.⁽³²⁾

A gestão do trabalho em saúde mental assume papel central no planejamento e na organização das ações e

processos de trabalho. Tem a missão de propiciar o diálogo e a reflexão das práticas profissionais, estimular a autonomia e a criatividade, bem como fortalecer o trabalho em equipe. Sendo assim, também é responsável por garantir o respeito às diretrizes e prerrogativas do SUS.⁽³³⁾ Nesses termos, o modo como a instituição organiza suas práticas impacta diretamente no cuidado prestado.

Como limitações do estudo, menciona-se a realização das entrevistas apenas com profissionais de nível superior, o que sinaliza a realização de estudos futuros com as demais categorias do CAPSi, como técnicos de nível médio, pessoal administrativo e colaboradores de serviços gerais uma vez que, na concepção de CAPS, esses membros da equipe multiprofissional desenvolvem vínculos importantes que favorecem substancialmente o cuidado.

O presente estudo contribui com demais serviços comunitários de saúde mental que também apresentam problemas semelhantes, uma vez que a socialização desses dados pode provocar reflexões em relação aos processos de trabalho e fatores intervenientes que podem interferir no cuidado psicossocial voltado aos adolescentes. A divulgação e discussão dos dados pode contribuir para que os entes responsáveis, sobretudo os municipais, ofereçam melhores condições estruturais no CAPSi, desenvolvam processos de qualificação permanente das equipes, principalmente das gestões, e ainda, que implementem planos de cargos e salários mais sólidos com vistas a consolidar o modelo de cuidado psicossocial aos adolescentes com comportamento de automutilação.

CONCLUSÃO

A orientação do cuidado no CAPSi aos adolescentes com comportamento de automutilação é baseada em ações que visam a sua reabilitação psicossocial na busca da autonomia e cidadania. Pressupostos dos quais são baseados na Atenção Psicossocial, de acordo com os preceitos da Reforma Psiquiátrica. Entretanto, este estudo possibilitou apreender, a partir das falas dos profissionais, fragilidades no cuidado que se impõem como verdadeiras travas ao pleno desenvolvimento do adolescente, pois impossibilitam a concretização de uma assistência integral e evidenciam dissonâncias com os princípios da atenção psicossocial. As fragilidades verificadas emergem nos aspectos estruturais, técnicos e de gestão. Verificamos no CAPSi uma situação que se repete em outras unidades de saúde do país, qual seja a deficiência estrutural. De igual modo, foram diagnosticadas fragilidades técnicas e de gestão, sobretudo relacionadas à ausência de capacitação, assim como à fragilidade dos vínculos trabalhistas

e sobrecarga dos profissionais, também constatadas em outras pesquisas. Identificamos que o atendimento infantojuvenil não deve possuir abordagem genérica, pelo contrário, requer intervenções específicas. Da mesma forma, se faz necessário considerar todas as peculiaridades possíveis no tocante ao cuidado do adolescente que se automutila. Com base nisso, a pesquisa delineou que urge a necessidade de um investimento nos CAPSi focado na Educação Permanente do corpo de colaboradores. Ao desvelar as fragilidades que os profissionais de saúde mental enfrentam no cuidado dos adolescentes que praticam a automutilação, a equipe, a gestão e o grupo de pesquisadores podem buscar alternativas de educação permanente sobre o tema e transformar os processos de trabalho no cotidiano da assistência, buscar junto à administração superior do município possibilidades de melhorias estruturais no serviço e vínculos empregatícios mais consistentes. É importante considerar que estudos dessa natureza devem ser replicados em outros CAPSi e demais serviços da rede de cuidado ao adolescente, incluindo a família e o ambiente escolar.

AGRADECIMENTOS

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Goiás (FAPEG).

CONTRIBUIÇÕES

(Informar a contribuição de cada autor, segundo critérios do *International Committee of Medical Journal Editors* (ICMJE) que recomenda as seguintes contribuições: a) concepção e/ou desenho do estudo; b) coleta, análise e interpretação dos dados; c) redação e/ou revisão crítica do manuscrito; d) aprovação da versão final a ser publicada). Autor 1: b) coleta, análise e interpretação dos dados; c) redação e/ou revisão crítica do manuscrito; d) aprovação da versão final a ser publicada. Autor 2: b) coleta, análise e interpretação dos dados; c) redação e/ou revisão crítica do manuscrito; d) aprovação da versão final a ser publicada. Autor 3: a) concepção e/ou desenho do estudo; b) coleta, análise e interpretação dos dados; c) redação e/ou revisão crítica do manuscrito; d) aprovação da versão final a ser publicada. Autor 4: b) coleta, análise e interpretação dos dados; c) redação e/ou revisão crítica do manuscrito; d) aprovação da versão final a ser publicada. Autor 5: c) redação e/ou revisão crítica do manuscrito. Autor 6: 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. Pereira DE, Onocko-Campos RT. Fluxos da rede de atenção psicossocial infantojuvenil: compreensão por meio da construção de itinerários. *Cad Bras Saúde Ment.* 2019;11(30):170-91.
2. Fernandes AD, Matsukura TS, Lussi IA, Ferigato SH, Morato GG. Reflexões sobre a atenção psicossocial no campo da saúde mental infantojuvenil. *Cad Bras Ter Ocup.* 2020;28(2):725-40.
3. Belotti M, Maia CC, Avellar LZ, Silva PO. Concepções de Profissionais de Saúde sobre as Atribuições de um Centro de Atenção Psicossocial Infante-Juvenil. *Psicol Teor Pesqui.* 2018;34:e34430.
4. Sousa JM, Vale RR, Pinho ES, Almeida DR, Nunes FC, Farinha MG, et al. Efetividade dos grupos terapêuticos na atenção psicossocial: análise à luz dos fatores terapêuticos. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(Suppl 1):e20200410.
5. Ribeiro MC. Trabalhadores dos Centros de Atenção Psicossocial de Alagoas, Brasil: interstícios de uma nova prática. *Interface Comun Saúde Educ.* 2015;19(52):95-107.
6. Cardoso CS, Coimbra VC, Andrade AP, Martins MF, Guedez AC, Pereira VR. Trajetórias terapêuticas das crianças que frequentam um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil. *Rev Gaúcha Enferm.* 2020;41:e20190166.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como Lugares de Atenção Psicossocial no Territórios: Orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2015 [citado 2021 Jan 10]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/centros_atencao_psicossocial_unidades_acolhimento.pdf
8. Moraes DX, Moreira ES, Sousa JM, Vale RR, Pinho ES, Dias PC, et al. "Caneta é a lâmina, minha pele o papel": fatores de risco da automutilação em adolescentes. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(Suppl 1):e20200578.
9. Skegg K. Self-harm. *Lancet.* 2005;366(9495):1471-83.
10. Freitas EO, Souza R. Automutilação na adolescência: prevenção e internação em psicologia escolar. *Rev Ciênc (In) Cena on line.* 2017;1(5):158-74.
11. Silva JK, Lima VH. A adolescência e as automutilações. *Cad Psicol.* 2019;1(2):7-25.
12. Batista MM, Cavalcante LE, Conceição PW. Manejos da psicologia no tratamento de adolescentes com comportamentos autolesivos com ênfase na automutilação. *Braz J Develop.* 2020;6(7):44598-611.
13. Moreira ES, Vale RR, Caixeta CC, Teixeira RA. Automutilação em adolescentes: revisão integrativa da literatura. *Ciênc Saúde Colet.* 2020;25(10):3945-54.
14. Silva SE, Padilha MI, Santos LM. A enfermagem estimulando o autocuidado de adolescentes a partir das representações sociais desses sobre as bebidas alcoólicas. *Enferm Foco.* 2011;2(3):160-3.
15. Polit DF, Beck CT. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 9a ed. Porto Alegre: Artmed; 2019.
16. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care.* 2007;19(6):349-57.
17. Bardin L. Análise de conteúdo: edição revista e ampliada. São Paulo: Edições 70; 2016.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002 [citado 2021 Jan 20]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html
19. Souto RS, Silva TV, Souza SA, Santos WL. As dificuldades enfrentadas pelo enfermeiro no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) - revisão de literatura. *Rev Inic Cient Ext.* 2018;1(Esp.2):226-36.
20. Batista EC, Ferreira DF, Batista LK. O cuidado em saúde mental na perspectiva de profissionais de um CAPS I da Amazônia. *Rev PsicofAE.* 2018;7(1):77-92.
21. Santos RC, Pessoa Júnior JM, Miranda FA. Rede de atenção psicossocial: adequação dos papéis e funções desempenhados pelos profissionais. *Rev Gaúcha Enferm.* 2018;39:e57448.
22. Duarte KL, Souza EM, Rodrigues L. Importância e desafios do trabalho em rede entre a escola e um serviço de saúde mental infantojuvenil brasileiro. *Rev Psicol Clín Niños Adolesc.* 2017;8(1):155-71.
23. Ziwick DJ, Aristides JL. Percepção de familiares quanto ao seu papel no cuidado à criança e ao adolescente usuários de um CAPS infantojuvenil. *Arq Ciênc Saúde UNIPAR.* 2019;23(3):181-7.
24. Camargo VP, Lena MS, Dias HZ, Roso AR. Costurando saúde: Possibilidades de integração por meio da confecção de bonecos(as) de pano em um CAPS infantil. *Psicol Argum.* 2011;29(64):101-8.
25. Paiva AC. A fragilidade na estrutura familiar e seus impactos no desenvolvimento psicossocial infanto-juvenil. *Pretextos: Rev Graduação Psicol PUC Minas.* 2019;4(7):237-49.
26. Oliveira NS, Lima AB, Alencar FS, Oliveira GL, Freitas LV, Alencar VT, et al. Vínculo familiar na atenção psicossocial a adolescentes do CAPSi. ID on line *Rev Psicol.* 2014;8(22):145-81.
27. Salvador DB, Pio DA. Apoio Matricial e Capsi: desafios do cenário na implantação do matriciamento em saúde mental. *Saúde Debate.* 2016;40(111):246-56.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional do Ministério Público. Atenção Psicossocial a Crianças e Adolescentes no SUS: Tecendo Redes para Garantir Direitos [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014 [citado 2021 Jan 10]. Disponível em: https://crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/cnmp/atencao_psicossocial_crianças_adolescentes_sus.pdf
29. Costa JP, Jorge MS, Coutinho MP, Costa EC, Holanda IT. A reforma psiquiátrica e seus desdobramentos: representações sociais dos profissionais e usuários da atenção psicossocial. *Psicol Saber Soc.* 2016;5(1):35-45.
30. Azevedo CS, Sá MC, Cunha M, Matta GC, Miranda L, Graboís V. Racionalização e Construção de Sentido na Gestão do Cuidado: uma experiência de mudança em um hospital do SUS. *Ciênc Saúde Colet.* 2017;22(6):1991-2002.
31. Kappel VB, Goulart BF, Pereira AR, Chaves LD, Iwamoto HH, Barbosa MH. Comunicação profissional-família em um Centro de Atenção Psicossocial infantojuvenil: facilidades e dificuldades. *Texto Contexto Enferm.* 2020;29:e20190025.
32. Anjos Filho NC, Souza AM. A percepção sobre o trabalho em equipe multiprofissional dos trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil. *Interface Comun Saúde Educ.* 2017;21(60):63-76.
33. Moreira RM, Rocha KB. O trabalho na gestão dos serviços substitutivos de saúde mental: aproximações entre Saúde Coletiva, Saúde Mental e Psicanálise. *Physis (Rio J).* 2019;29(2):1-20.

COMPETÊNCIAS DOCENTES NO ENSINO TÉCNICO DE ENFERMAGEM: UM OLHAR DOS PROFESSORES DO CURSO

TEACHING COMPETENCES IN NURSING TECHNICAL EDUCATION: THE VIEW OF THE COURSE TEACHERS

COMPETENCIA DOCENTE EN LA EDUCACIÓN TÉCNICA DE ENFERMERÍA: LA MIRADA DE LOS MAESTROS DEL CURSO

Sâmara Aline Brito Brainer¹

Isabel Cristina Kowal Olm Cunha²

Maria Aparecida de Oliveira Freitas²

(<https://orcid.org/0000-0001-6354-3385>)

(<https://orcid.org/0000-0001-6374-5665>)

(<https://orcid.org/0000-0001-9279-0465>)

Descritores

Competência docente;
Educação em enfermagem;
Enfermeiro docente; Educação
profissionalizante; Docência de
enfermagem

Descriptors

Teaching competence; Nursing
education; Teaching nurse;
Vocational education; Nursing
teaching

Descriptores

Competencia docente; Educación
en enfermería; Enfermera docente;
Educación vocacional; Docencia en
enfermería

Recebido

21 de Janeiro de 2021

Aceito

20 de Abril de 2021

Conflitos de interesse:

artigo extraído da dissertação de
mestrado intitulada Competências
docentes: o olhar dos professores
do ensino técnico de enfermagem,
apresentada ao Centro Acadêmico
do Agreste da Universidade Federal
de Pernambuco.

Autor correspondente

Sâmara Aline Brito Brainer

E-mail: Samara_aline06@hotmail.
com

RESUMO

Objetivo: Compreender a percepção dos professores de um curso técnico em enfermagem sobre as competências para o exercício da docência nesse nível de ensino.

Métodos: Estudo de natureza exploratória e descritiva, de corte transversal e abordagem qualitativa. Participaram 14 enfermeiros docentes que lecionam as disciplinas teóricas no curso técnico de enfermagem da instituição. Para obtenção dos dados, utilizou-se um questionário, contendo 13 perguntas fechadas, e um roteiro para realização de entrevista semiestruturada.

Resultados: Os resultados mostram que os enfermeiros docentes do curso Técnico de Enfermagem, são predominantemente do gênero feminino, todos são bacharéis em enfermagem e, o tempo de docência no ensino técnico, variou entre 12 a 24 meses. A análise qualitativa mostrou que quanto às competências docentes: da percepção àquelas necessárias ao exercício da docência, foram delimitadas as seguintes categorias - Atributos; Dominar Conteúdo Teórico e Prático; Buscar Aperfeiçoamento; Saberes Pedagógicos.

Conclusão: Este estudo permitiu apreender, na percepção dos professores, o que são competências, e quais, na percepção dos participantes, são necessárias para exercer a docência no ensino técnico de enfermagem. Espera-se ainda, que estudo contribua com reflexões sobre a necessidade de capacitação dos professores para que essas competências sejam aprimoradas e/ou desenvolvidas.

ABSTRACT

Objective: To understand the perception of teachers of a technical course in nursing about the skills for teaching at this level of education.

Methods: Exploratory and descriptive study, cross-sectional and qualitative approach. 14 nurses-teachers who teach the theoretical subjects in the institution's technical nursing course participated. To obtain the data, a questionnaire containing 13 closed questions and a script for conducting semi-structured interviews was used.

Results: The results show that the nurse-professors of the Nursing Technician course, are predominantly female, all have bachelor's degrees in nursing and, the teaching time in technical education, varied between 12 to 24 months. The qualitative analysis showed that regarding the teaching competences: from the perception to those necessary for the exercise of teaching, the following categories were defined - Attributes; Master Theoretical and Practical Content; Search for improvement; Pedagogical knowledge.

Conclusion: This study allowed to apprehend, in the perception of teachers, what are competencies, and which in their perception, are necessary to exercise teaching in technical nursing education. It is also expected that a study will contribute to reflections on the need for teacher training so that these skills can be improved or developed.

RESUMEN

Objetivo: Comprender la percepción de los docentes de un curso técnico en enfermería sobre las habilidades para la docencia en este nivel educativo.

Métodos: Estudio exploratorio y descriptivo, abordaje transversal y cualitativo. Participaron 14 enfermeras-docentes que imparten las asignaturas teóricas del curso técnico de enfermería de la institución. Para la obtención de los datos se utilizó un cuestionario que contenía 13 preguntas cerradas y un guión para la realización de entrevistas semiestructuradas.

Resultados: Los resultados muestran que las enfermeras profesoras del curso de Técnico en Enfermería, son predominantemente mujeres, todas tienen licenciaturas en enfermería y, el tiempo de docencia en educación técnica, varió entre 12 a 24 meses. El análisis cualitativo mostró que en cuanto a las competencias docentes: desde la percepción hasta las necesarias para el ejercicio de la docencia, se definieron las siguientes categorías - Atributos; Maestría en contenido teórico y práctico; Búsqueda de mejoras; Conocimientos pedagógicos.

Conclusión: Este estudio permitió aprehender, en la percepción de los docentes, qué son las competencias, y cuáles en su percepción, son necesarias para ejercer la docencia en la formación técnica en enfermería. También se espera que un estudio contribuya a reflexionar sobre la necesidad de la formación del profesorado para que estas habilidades puedan mejorarse o desarrollarse.

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

²Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Como citar:

Brainer AS, Cunha IC, Freitas MA. Competências docentes no ensino técnico de enfermagem: um olhar dos professores do curso. *Enferm Foco*. 2021;12(4):695-701.

DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n4.4478>

INTRODUÇÃO

O crescimento da formação no campo da saúde é visível no Brasil, haja vista a ampliação do número de instituições de ensino superior e técnico, e conseqüentemente, o elevado aumento da oportunização de trabalho para enfermeiros e técnicos de enfermagem.

A necessidade de um enfermeiro bem formado com capacidade crítica e reflexiva, além de dever possuir boa comunicação, e tomada de decisão, para atuar em equipe multidisciplinar é o que o campo da saúde tem demandado das instituições formadoras. Nesse sentido, os docentes que atuam na formação desses futuros profissionais, precisam apresentar um conjunto de habilidades para colaborar com as necessidades dos estudantes, não encarando a docência apenas como forma de ampliação de sua renda.⁽¹⁻³⁾

Um grande desafio da enfermagem é que as instituições, além de formar o bacharel, formem também o enfermeiro para docência, incluindo em seus cursos a licenciatura. Os enfermeiros bacharéis, em sua formação nos cursos de graduação, pouco ou quase nada ouvem falar em didática, ensino, planejamento e Projeto Político Pedagógico de Curso, uma vez que os bacharelados têm como foco preparar o profissional para a assistência em enfermagem.

As aulas de nível técnico na área da saúde, muitas vezes são ministradas por enfermeiros recém-formados sem nenhum conhecimento ou aprofundamento específico de práticas educativas, uma vez que os cursos de graduação em Enfermagem, pouco ou quase nunca abordam assuntos intrinsecamente ligados à educação.⁽²⁾

Assim como em qualquer outra profissão, a docência requer do profissional competência naquilo que faz. Nesse sentido, vivenciado levando em consideração que não tenha sido vivenciado durante a graduação aprendizagens de assuntos referentes à área da educação, o desenvolvimento de competências voltadas ao exercício da docência para esses enfermeiros recém-formados, torna-se algo difícil, levando-os a desenvolver as competências necessárias ao desempenho da função docente em tentativas de acertos e erros no exercício da docência.

Muitas instituições de ensino, durante o processo seletivo do enfermeiro docente, analisam como critério positivo o tempo de experiência assistencial que o indivíduo possua, e de fato, essa é uma importante competência, pois para poder ensinar, o professor precisa ter vivenciado a assistência. Todavia, o conhecimento prático não é sinônimo de 'boa docência', pois, esse aspecto isoladamente não indica que o enfermeiro bacharel está apto para ser docente.⁽⁴⁾

Nesse sentido, é importante que o docente compreenda e desenvolva competências que englobem teoria, prática e

experiências pedagógicas. Essa tríade de competências é fundamental *no* e *para* o ensino da enfermagem, seja nos cursos de nível técnico ou ensino superior⁵. Tomando com base as informações citadas, este artigo tem como objetivo compreender a percepção dos professores de um curso técnico em enfermagem acerca das competências para o exercício da docência nesse nível de ensino.

MÉTODOS

Estudo de abordagem qualitativa, corte transversal, de natureza exploratória e descritiva.

A pesquisa foi realizada no Centro de Ensino Grau Técnico, unidade de Caruaru - Pernambuco. Participaram desta pesquisa 14 enfermeiros docentes que lecionam as disciplinas dos módulos teóricos no curso técnico de enfermagem do Centro de Ensino Grau Técnico.

Como critérios de inclusão para participar da pesquisa consideramos os enfermeiros docentes que possuíam mais de 12 meses de atuação na docência em curso técnico de enfermagem, e que faziam parte do quadro efetivo de docentes da instituição à época da coleta de dados.

Foram excluídos os docentes que à época da pesquisa exerciam o papel de preceptores, bem como aqueles que se encontravam em férias, licença médica e/ou licença maternidade.

O questionário estruturado com 13 perguntas fechadas e a entrevista com roteiro semiestruturado foram os instrumentos para coleta de dados que ocorreu de dezembro de 2019 a janeiro de 2020, após a aprovação do Projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

Os dados oriundos do questionário foram tabulados em análises estatísticas simples, e os dados qualitativos, procedentes das entrevistas, foram analisados a partir do referencial da Análise de Conteúdo que compreendeu: pré-análise do material coletado quando se deu a leitura flutuante, constituição do *corpus* dos dados e leitura aprofundada para determinar as Unidades de Contexto (UC) e Unidades de Registro (UR). A exploração do material consistiu na apreensão e construção de categorias e subcategorias analíticas, na perspectiva da compreensão do objeto investigado.

Esta pesquisa foi realizada de acordo com os princípios científicos e aspectos éticos nas pesquisas que envolvem seres humanos, atendendo ao disposto nas Resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. O Projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Pernambuco, aprovado pelo Parecer nº 3.745.370 e Plataforma Brasil CAAE nº 24748819.6.0000.5208.

RESULTADOS

Os enfermeiros docentes participantes desta pesquisa são majoritariamente do sexo feminino 71,43%, na faixa etária entre 24 a 28 anos 71,43%, todos são bacharéis em enfermagem e nenhum deles possui licenciatura. A maioria tem entre 2 e 5 anos de formado 78,57% e com curso de pós-graduação *Lato Sensu* concluído 57,14%.

Para 71,43%, a docência no ensino técnico de enfermagem foi o primeiro vínculo de trabalho na enfermagem, 71,43% atua nesse nível de ensino há pelo menos 2 anos e 14,29% atua entre 3 a 4 anos.

Os motivos* que os levaram a exercer a docência são variados. 71,43% indicaram que escolheram a docência para continuar estudando e por acreditar ter perfil para essa função; 21,43%, indicou que escolheu a docência porque não tinha outro vínculo de trabalho; e 21,43% seguiu nessa carreira para complementar a renda.

A maioria dos docentes 85,71% não tinha formação pedagógica e 78,57% também não tinha experiência em outras instituições de ensino.

Com base nas respostas das entrevistas, e considerando o escopo deste artigo, são apresentados os dados e as análises empreendidas a partir do núcleo temático: competências docentes: da percepção àquelas necessárias ao exercício da docência, que deu origem a quatro categorias e a sete subcategorias de análise que foram delimitadas a partir da apreensão dos núcleos de sentido expressos nas respostas dos docentes.

Quadro 1. Categorias e Subcategorias do Núcleo Temático competências docentes: da percepção àquelas necessárias ao exercício da docência

Categorias	Subcategorias
Atributos	Atitudes Habilidades Conhecimento
Dominar Conteúdo Teórico e Prático	Relacionar teoria e prática
Buscar Aperfeiçoamento	
Saberes Pedagógicos	Avaliação da aprendizagem Planejar para organizar o ensino Diversificar metodologias

Para facilitar a identificação no texto, as **categorias** estão grifadas em **negrito** e as **subcategorias** estão **sublinhadas**. Quando perguntamos aos docentes participantes dessa pesquisa o que é competência docente, a maioria indicou um *rol* de atribuições para exercer esta profissão e que compreende saberes, fazeres e práticas, dando origem a categoria **atributos**.

[...] conjunto de algumas situações que são necessárias para um profissional docente ter como, por exemplo, o conhecimento, habilidades e atitudes que são esperadas pra que essa pessoa desenvolvesse tal função (P2).

Dentre os atributos indicados pelos participantes como sendo uma competência importante, destacam-se: respeitar o aluno, ter liderança e empatia, são atitudes que um docente deve ter, como demonstra a fala abaixo.

[...] respeito com seu aluno, capacidade de negociação e liderança (P11).

Dentre as habilidades destacadas pelos docentes, a comunicação oral e comunicação escrita são reconhecidas como importantes para a docência. É fato que, saber comunicar o conteúdo que se pretende ensinar, é um muito importante para um docente, pois aquele que não consegue comunicar de forma clara o que deseja, terá dificuldades para mediar a construção de conhecimento e para o próprio manejo de classe.

[...] precisa ter uma boa comunicação oral, clareza e comunicação escrita também (P11).

O conhecimento foi mencionado pelos docentes como o pilar para a construção do saber, pois ter domínio do que se vai ensinar é fundamental.

[...] tratar com respeito, os nossos alunos, trazer clareza nos nossos conteúdos e mostrar pra o aluno a importância do conteúdo teórico em sala (P3).

A categoria **dominar conteúdo teórico e prático** foi delimitada a partir do entendimento dos enfermeiros docentes de que esta é uma competência importante e que devem ter ao exercer a docência.

[...] muita teoria e ter muita associação com a prática, um teórico-prático muito apurado (P1).

A categoria **buscar aperfeiçoamento** foi delimitada a partir de inúmeros depoimentos que indicavam ser esta uma ação necessária aos profissionais de saúde.

[...] estar aberto a trocas e o incentivo a buscar o seu aperfeiçoamento, estar atualizado dos conteúdos e o seu incentivo em estar correndo atrás para sua

* Especificamente nesta questão os participantes puderam marcar mais de uma resposta.

melhoria e trazendo o que é de atual e novo para os alunos (P4).

Considerando o conhecimento prévio, especialmente na área da saúde, onde a todo o momento novas descobertas são anunciadas, essa categoria é importante e indica a preocupação dos docentes participantes dessa pesquisa, uma vez que pontuaram a necessidade de constante atualização, pois as mudanças na enfermagem são frequentes, e tal preocupação demonstra responsabilidade com o conhecimento que é passado aos alunos e que precisa ser sempre atualizado.

Dentre os **saberes pedagógicos** indicados pelos docentes desta pesquisa como sendo importante no processo de ensino e aprendizagem, está a avaliação da aprendizagem.

[...] fazer uma boa avaliação da aprendizagem e essa avaliação não só teórica, mas também precisa avaliar as habilidades técnicas que o alunado desenvolveu (P11).

A subcategoria planejar para organizar o ensino, indica ser este também um dos saberes pedagógicos necessários aos docentes de enfermagem, pois como no bacharelado não são desenvolvidas questões didáticas, o conhecimento sobre esses saberes, acaba sendo construído no decorrer do exercício da docência, em compartilhamento com os colegas de trabalho, e, em cursos de formação pedagógica.

[...] a elaboração de um plano de aula, pois é através desse plano de aula que nós, professores, conseguimos nos nortear (P3).

Diversificar metodologias também foi indicado pelos docentes como um saber pedagógico necessário ao exercício da profissão. A prática dos docentes que não tiveram capacitação para atuar na docência acaba sendo, na maioria das vezes, desenvolvida a partir de modelos que vivenciaram enquanto alunos durante a graduação, e que podem ter sido tanto modelos positivos como negativos.

[...] para chamar a atenção deles precisa de didáticas diferenciadas. Por exemplo: trazer como didática uma pessoa que tem vivência na área, levar o aluno para o campo, fazer correlações que facilitem mais a vida dele e entenda melhor (P6).

DISCUSSÃO

Em estudo realizado com enfermeiros-docentes, 92% eram do sexo feminino. Em outro estudo, desta vez realizado na região Sul do Brasil, com professores de enfermagem de instituições públicas e privadas, dos 18 entrevistados, 16 eram mulheres.⁽⁵⁻⁷⁾

A enfermagem é uma profissão de caráter predominantemente feminino, e desde a antiguidade, temos a mulher como protagonista nos cuidados aos mais velhos, crianças e pessoas no geral, o que se estende também à enfermagem. De forma sociocultural, a enfermagem esteve por anos vinculada às questões exclusivamente femininas, que partiam da submissão da mulher, ao serviço ao próximo, dentre dogmas patriarcais que relacionam o gênero à profissão da enfermagem. Contudo, a história nos mostra grandes contribuições masculinas à profissão, e que pouco são evidenciadas, mas é inegável a maciça presença de profissionais do sexo feminino atuando na enfermagem, tanto de nível médio bem como de nível superior.^(8,9)

A faixa etária dos participantes desta pesquisa variou de 24 a 40 anos, onde podemos destacar outras classes que estão relacionadas à faixa etária de enfermeiros-docentes jovens, como o tempo de docência no ensino técnico, docência como primeiro vínculo e o tempo de formação, dados estes que encontram respaldo em estudo onde os participantes tinham faixa etária variando entre 24 a 50 anos, com prevalência entre 25 a 35 anos e com tempo de serviço na docência de enfermagem há poucos anos.⁽¹⁰⁾

Estudo desenvolvido com enfermeiros bacharéis no Mato Grosso do Sul, revela os motivos pelos quais optaram pela docência, e que perpassam desde aqueles que se identificam com a profissão (gostar de ensinar), passando pelo incentivo de terceiros (dos professores da graduação), oportunidade de trabalho, possibilidade de continuar estudando (sanar dificuldades encontradas durante atuação assistencial), até àqueles que foram para a docência para complementar a renda familiar.⁽¹¹⁾

No exercício da docência, como também nas diversas profissões, busca-se do indivíduo características e qualidades elementares para o exercício profissional, que devem representar um conjunto de atributos que serão colocados em prática no desempenho de uma carreira. Esse conjunto de atributos, denominado por alguns estudiosos como competência, ganhou destaque nos últimos anos, apresentando-se como um somatório de conhecimentos, habilidades e atitudes a utilização destes em diferentes momentos.⁽¹²⁾

Acredita-se que para ser um bom professor, o profissional deve reunir competências que englobem saber, saber ser, saber fazer, saber viver e saber conviver, interligadas as competências pedagógicas das quais os professores não podem prescindir. Vale salientar que existe uma conexão indissociada entre competência e docência para o exercício da profissão.^(13,14)

O termo competência tem sido discutido mundialmente, seja voltado a educação ou ao trabalho. Ser competente representa a capacidade de desenvolver atividades com êxito e vale destacar que, atualmente, o mundo do trabalho exige que o profissional se reinvente constantemente e desenvolva dia após dia novas competências, por meio de aperfeiçoamentos, atualizações, domínio da área, relações interpessoais, profissionalismo e conduta ética.^(12,15,16)

Estudo realizado com professores universitários do estado da Bahia tiveram como objetivo conhecer a qualidade do ensino de graduação naquela instituição. Os resultados indicaram que os participantes mencionaram os atributos que consideravam fundamentais no e para o exercício da docência, sendo os mais mencionados: compromisso, responsabilidade, dedicação, domínio técnico, postura ética e domínio do conteúdo.⁽¹⁷⁾

Diversas são as atitudes necessárias à docência de nível médio em enfermagem, e dentre elas, podemos destacar o poder de negociação deste docente e a empatia, pois, em se tratando do contexto de sala de aula, são diversos os cenários que esse professor irá se deparar, cabendo a ele conquistar, compreender e negociar com os discentes, sendo estas competências atitudinais elementares no processo de ensino-aprendizagem.

Os participantes desta pesquisa também destacaram a liderança como um atributo atitudinal importante que um docente precisa ter. Sabemos que liderar os alunos, especialmente em sala de aula, é essencial para que o processo de ensino-aprendizagem transcorra com mais facilidade. Este atributo, essencialmente atitudinal, não se aprende na universidade – seja nos cursos de licenciatura ou no bacharelado, mas é algo que o docente constrói durante sua trajetória docente.

Ter boa comunicação em sala de aula, com autoridade e estimular o senso de responsabilidade, são papéis do docente quando do exercício de sua profissão.⁽¹⁸⁾ A comunicação e a linguagem são atributos essenciais para o ensino, pois a maneira como o docente apresenta um determinado conteúdo em sala de aula, fora a informação que está sendo difundida, o ato motivacional que ele expressa mediante a fala se faz elementar, pois trata-se de uma apresentação que motiva os discentes até mesmo com a expressão

corporal, o tom da fala, a empolgação, deixando um conteúdo mais atrativo e estimulador. O autor indica ainda, que a cordialidade, o nível de exigência, o relacionamento, o domínio do conteúdo, os valores pessoais, as questões didáticas pedagógicas, o conhecimento específico, a avaliação da aprendizagem são atributos relevantes na e para a docência.⁽¹⁹⁾

Dominar o conhecimento representa a essência em qualquer área profissional, pois, mediante os conhecimentos adquiridos seja na universidade, ou em cursos de formação técnica, o indivíduo terá sua inserção no mercado de trabalho e conseqüentemente poderá aplicar tudo que agregou em benefício da sociedade durante os anos de estudo.

Conhecer é saber sobre algo, e isso vai sendo construído durante toda nossa existência. Não é algo estático e imutável, pelo contrário, o conhecimento é fundamental e sua construção constante permeará o ser humano durante toda sua vida, merecendo destaque a compreensão e a abertura que esse profissional precisará ter sobre isso.

Quando tratamos especificamente do docente, ter conhecimento sobre algum assunto é fundamental, pois é parte essencial do seu trabalho, mas isso não significa que precise dominar todo o conhecimento, pois isso não é real, mas precisará estar aberto à novos desafios da área que domina para poder ser um agente educador. Em pesquisa realizada com acadêmicos do último ano do bacharelado em enfermagem, quando questionados sobre os principais atributos na docência, o mais relevante indicado por eles foi o conhecimento do docente.⁽²⁰⁾

Além do domínio de conhecimentos necessários para ensinar a profissão, o docente deverá também, deter conhecimento pedagógico que é tão importante quanto os outros saberes, e porque não dizer, fundamental, para que possa desenvolver uma docência que favoreça aos alunos o estabelecimento de relações entre teoria e prática, tendo em vista uma aprendizagem que seja significativa e duradoura.

No ensino técnico de enfermagem o aluno precisará se aproximar da prática profissional e cabe ao enfermeiro-docente, instruí-lo no processo de ensino-aprendizagem, favorecendo a articulação dos saberes teóricos ao conhecimento prático, que são necessários para o desempenho da profissão, colocando este aluno como protagonista de seu aprendizado desta forma é preciso tirar o protagonismo do docente e focar a aprendizagem centrada no aluno, fato esse muito desafiador, contudo necessário.^(21,22)

É importante o entendimento das diversas práticas e do conhecimento teórico que o enfermeiro precisa ter para o

exercício da sua profissão, bem como para o exercício da docência, visto que este profissional domina todas as práticas realizadas pela equipe técnica de enfermagem. Desta forma, o conhecimento teórico-científico do docente é fundamental.

Na enfermagem, por possuir múltiplas áreas, manter-se atualizado é primordial e desta forma, a busca por conhecimento é fundamental.⁽²³⁾ É importante que o docente reconheça ser ainda um sujeito incompleto e que precisa durante toda sua atuação, buscar por novos conhecimentos a fim de se qualificar e se atualizar em prol do aluno, realizando cursos, participando de palestras, congressos, oficinas, pesquisando em sites, dentre outras formas de aperfeiçoamento numa busca constante por atualização – inclusive pedagógica.

Sendo assim, necessitamos que os docentes reconheçam essas associações e busquem por aperfeiçoá-las ao longo de sua jornada, pois o desenvolvimento das competências profissionais está diretamente relacionado ao que o docente entende por crucial em sua carreira.^(4,24)

As limitações deste estudo estão relacionadas ao fato da pesquisa ter sido realizada em uma única instituição de ensino, de caráter privado, em uma cidade do interior de Pernambuco, sendo assim faz-se necessário a replicação em outras instituições de ensino técnico.

Esta pesquisa poderá contribuir para que a instituição, cenário da coleta de dados, possa refletir sobre as necessidades de planejar e implementar cursos de capacitação e educação continuada para os docentes com objetivo de proporcionar a estes a possibilidade de desenvolver competências para o ensino no curso técnico em enfermagem.

CONCLUSÃO

Ao encerrar este trabalho, partindo das inquietações que se constituíram como ponto principal para o início da pesquisa, é importante assinalar que muitas foram as aprendizagens proporcionadas por meio deste estudo, não só

acerca do que são competências e sua importância para o exercício da docência, mas para reflexões sobre como tem se dado o ensino técnico de enfermagem na Instituição que foi cenário desta pesquisa. O desenvolvimento deste estudo implicou em uma compreensão do que são competências, e quais - na percepção dos professores participantes, são necessárias para exercer a docência no ensino técnico de enfermagem. Dentre as competências indicadas pelos professores desta pesquisa, atitudes como respeito ao aluno, liderança e empatia são fundamentais para o exercício da docência em qualquer ambiente educativo, os profissionais interrogados nesta pesquisa indicaram serem estas também, importantes no curso técnico. Habilidades como comunicação oral e escrita também foram consideradas importantes, bem como o domínio do conhecimento do que se pretende ensinar. Na área da saúde, é importante que o professor domine o conteúdo teórico-prático para que possa ensinar ao estudante como relacionar o que lê, vê e ouve em sala de aula, com o que encontra no cenário de prática, estabelecendo a necessária relação entre teoria e prática. Contudo, a competência mais mencionada pelos participantes foi justamente o domínio do conteúdo teórico e prático, pautado inclusive no que estes bacharéis tiraram de experiência nas suas graduações, pois durante a formação acadêmica muito se cobra desse futuro enfermeiro no sentido de dominar a teoria para execução da prática por excelência.

CONTRIBUIÇÕES

(Sâmara Aline Brito Brainer foi responsável pela concepção e delineamento do projeto, coleta e análise dos dados, discussão dos resultados, redação do manuscrito. Isabel Cristina Kowal Olm Cunha foi responsável por redação do manuscrito e aprovação final do trabalho. Maria Aparecida de Oliveira Freitas responsabilizou-se pela supervisão na elaboração do projeto, redação do manuscrito, discussão dos resultados e aprovação da versão final do trabalho).

REFERÊNCIAS

1. Rodrigues MT, Mendes Sobrinho JA. Obstáculos didáticos no cotidiano da prática pedagógica do enfermeiro professor. *Rev Bras Enferm.* 2008;61(4):435-40.
2. Maissiat GS, Carreno I. Enfermeiros docentes do ensino técnico em enfermagem: uma revisão integrativa. *Rev Destaques Acadêmicos.* 2010;2(3):69-80.
3. Rondon LS, Cunha IC, Ximenes-Neto FR. Habilidade empática e seu aprendizado em graduandos de enfermagem. *Enferm Foco.* 2020;11(3):6-14.
4. Rodrigues MT, Mendes Sobrinho JA. Enfermeiro professor: um diálogo com a formação pedagógica. *Rev Bras Enferm.* 2006;60(4):456-9.
5. Machado MM, Sampaio CA, Macedo SM, Figueiredo MF, Rodrigues Neto JF, Lopes IG, et al. Reflexões e significados sobre competências docentes no ensino médico. *Avaliação (Campinas).* 2017;22(1):85-104.
6. Fontes FL, Santana RS, Soares JC, Pereira RI, Santos IM, Sousa MS, et al. Desafios e dificuldades enfrentadas pelo enfermeiro docente para o exercício da docência no ensino superior. *Rev Eletrônica Acervo Saúde.* 2019;24:e300.

7. Lazzari DD, Martini JG, Arruda SN, Silva NJ. Professores ainda que enfermeiros: processo identitário de docentes de enfermagem. *Rev Eletr Enferm.* 2019;21:57092.1-7.
8. Lopes MJ, Leal SM. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. *Cad Pagu.* 2005;24:105-25.
9. Padilha MI, Vaghetti HH, Brodersen G. Gênero e enfermagem: uma análise reflexiva. *Rev Enferm UERJ.* 2006;14(2):292-300.
10. Sgarbi AK, Missio L, Renovato RD, Hortelan MP. Enfermeiro docente no ensino técnico em enfermagem. *Laplage Rev.* 2018;4(1):254-73.
11. Silva ML, Spessoto MM, Real GC, Missio L. Docência: a vivência de bacharéis enfermeiros. *Rev Educ.* 2015;3(6):60-77.
12. Deffune D, Depresbiteris L. Competências, habilidades e currículos de educação profissional: crônicas e reflexões. 2a ed. São Paulo: Editora SENAC; 2002.
13. Delors J, Al-Mufti In'am, Amagi I, Carneiro R, Chung F, Geremek B, et al. Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI. Educação um tesouro a descobrir. 1996;6:9-287. Available from: http://files.beaescd.webnode.pt/2000003111533a17273/r_unesco_educ_ tesouro_descobrir.pdf
14. Nörnberg NE, Forster MM. Ensino superior: as competências docentes para ensinar no mundo contemporâneo. *Rev Docência Ens Sup.* 2016;6(1):187-210.
15. Domenico EB, Ide CA. As competências do graduado em enfermagem: percepções de enfermeiros e docentes. *Acta Paul Enferm.* 2006;19(4):394-401.
16. Pinhel I, Kurcgant P. Reflexões sobre competência docente no ensino de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP.* 2007;41(4):711-6.
17. Soares SR, Cunha MI. Qualidade do ensino de graduação: concepções de docentes pesquisadores. *Avaliação (Campinas).* 2017;22(2):316-31.
18. Perrenoud P. Dez novas competências para ensinar. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000.
19. Albuquerque C. Processo ensino aprendizagem: características do professor eficaz. *Millenium.* 2016;39: 55-71.
20. Silva LA, Soder RM, Schimdt AM, Noal HC, Arboit EL, Marco VR. Arquétipos docentes: percepções de discentes de enfermagem. *Texto Contexto Enferm.* 2016;25(2):e0180014.
21. Pereira LG, Cardoso AL. A formação profissional do enfermeiro docente, que atua no ensino técnico: e o saber formar profissionais capazes de pensar e gestar soluções. *Rev Uningá.* 2017;54(1):79-90.
22. Fernandes JD, Silva RM, Calhau LC. Educação em enfermagem no Brasil e na Bahia: o ontem, o hoje e o amanhã. *Enferm Foco.* 2011;2(supl):63-7.
23. Souza CJ, Valente GS. Formação pedagógica do enfermeiro docente baseada em competências: exigência ou necessidade? *European J Educ Studies.* 2017;3(3):241-51.
24. Severo JL. Formação e profissionalidade docente: a pedagogia como base de saberes e competências do professor. *Reflex Ação (Online).* 2016;24(2):261-79.

HEMOVIGILÂNCIA: CONHECIMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM SOBRE REAÇÕES TRANSFUSIONAIS

HEMOVIGILANCE: KNOWLEDGE OF THE NURSING TEAM ABOUT TRANSFUSION REACTIONS

HEMOVIGILANCIA: CONOCIMIENTO DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA SOBRE LAS REACCIONES TRANSFUSIONALES

Emanuela Batista Ferreira e Pereira¹
 Vaneça Guilherme Da Silva Santos¹
 Felicialle Pereira da Silva¹
 Raphael Alves da Silva²
 Claudinalle Farias Queiroz De Souza¹
 Vânia Chagas Da Costa¹
 Fabia Maria De Lima¹
 Tânia Maria Rocha Guimarães¹

(<https://orcid.org/0000-0003-4665-4379>)
 (<https://orcid.org/0000-0002-9012-6816>)
 (<https://orcid.org/0000-0002-2805-7506>)
 (<https://orcid.org/0000-0003-2555-909X>)
 (<https://orcid.org/0000-0003-1541-3089>)
 (<https://orcid.org/0000-0002-1992-2879>)
 (<https://orcid.org/0000-0001-9992-6556>)
 (<https://orcid.org/0000-0001-6950-2015>)

Descritores

Hemoterapia; Transfusão de sangue;
 Cuidados de enfermagem; Reação
 transfusional

Descriptors

Hemotherapy; Blood transfusion;
 Nursing care; Transfusion reaction

Descriptores

Hemoterapia; Transfusión de
 sangre; Cuidado de enfermera;
 Reacción de transfusión

Recebido

22 de Janeiro de 2021

Aceito

18 de Abril de 2021

Conflitos de interesse:

nada a declarar.

Autor correspondente

Raphael Alves da Silva
 E-mail: raphaelalves770@hotmail.com

RESUMO

Objetivo: Analisar o grau de conhecimento da equipe de enfermagem sobre hemoterapia e reação transfusional imediata.
Métodos: Estudo transversal, analítico, quantitativo, realizado com profissionais de enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva de um hospital de referência do Nordeste, por meio da aplicação de um instrumento semiestruturado, no período de março a abril de 2020. O escore de conhecimento foi obtido pela Análise de Correspondência Múltipla e pelo teste de comparação de medianas de Monte Carlo.
Resultados: Dos 32 participantes, oito eram enfermeiros e 24 técnicos de enfermagem. A maioria não recebeu treinamento sobre hemoterapia 24 (75%) e referiu não se sentir capacitada para atuar em reação transfusional imediata 22 (68,8%). Quanto ao grau de conhecimento, verificou-se que os enfermeiros apresentaram melhores escores em relação aos técnicos (mediana 77,7 vs. 33,8; p=0,04). Identificou-se, também, que a faixa etária 18 a 40 anos apresentou melhor resultado em relação a faixa de 40 anos ou mais (mediana 62,7 vs. 25,5; p=0,01).
Conclusão: Verificou-se a importância dos profissionais de enfermagem participarem de treinamento sobre administração de hemocomponentes e hemoderivados, visando melhorar a qualidade da assistência e manutenção do protocolo de segurança do paciente.

ABSTRACT

Objective: To analyze the degree of knowledge of the nursing team about hemotherapy and immediate transfusion reaction.
Methods: Cross-sectional, analytical, quantitative study carried out with nursing professionals from the Intensive Care Unit of a reference hospital in the Brazilian Northeast, through the application of a semi-structured instrument, from March to April 2020. The knowledge score was obtained by the Multiple Correspondence Analysis and the Monte Carlo median comparison test.
Results: Of the 32 participants, eight were nurses and 24 nursing technicians. Most did not receive training on hemotherapy 24 (75%) and did not feel qualified to act in an immediate transfusion reaction 22 (68.8%). As for the degree of knowledge, we found that nurses (median 77.7) had better scores compared to technicians (median 77.7 vs. 33.8; p=0,04). It was also identified that the age group 18 to 40 years old had a better result in relation to the age group 40 or older (median 62.7 vs. 25.5; p=0,01).
Conclusion: It was verified the importance of nursing professionals to participate in training on the administration of blood components and blood products, aiming to improve the quality of care and maintenance of the patient safety protocol.

RESUMEN

Objetivo: Analizar el grado de conocimiento del equipo de enfermería sobre hemoterapia y reacción transfusional inmediata.
Métodos: Estudio transversal, analítico, cuantitativo realizado con profesionales de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital de referencia del Nordeste brasileño, mediante la aplicación de un instrumento semiestruturado, de marzo a abril de 2020. El puntaje de conocimiento fue obtenido por el Análisis de Correspondencia Múltiple y la prueba de comparación de la mediana de Monte Carlo.
Resultados: De los 32 participantes, ocho eran enfermeros y 24 técnicos de enfermería. La mayoría no recibió capacitación en hemoterapia 24 (75%) y no se sintió capacitada para actuar en una reacción transfusional inmediata 22 (68,8%). En cuanto al grado de conocimiento, encontramos que las enfermeras obtuvieron mejores puntajes que los técnicos (mediana 77,7 vs. 33,8; p=0,04). También se identificó que el grupo de edad de 18 a 40 años (62,7) tuvo un mejor resultado en relación al grupo de 40 años o más (mediana 25,5; p=0,01).
Conclusión: Se verificó la importancia de que los profesionales de enfermería participen en capacitaciones sobre la administración de hemoderivados y hemoderivados, con el objetivo de mejorar la calidad de la atención y el mantenimiento del protocolo de seguridad del paciente.

¹Universidade de Pernambuco, Recife, PE, Brasil.

²Centro Universitário Maurício de Nassau, Recife, PE, Brasil.

Como citar:

Pereira EB, Santos VG, Silva FP, Silva RA, Souza CF, Costa VC, et al. Hemovigilância: conhecimento da equipe de enfermagem sobre reações transfusionais. *Enferm Foco*. 2021;12(4):702-9.

DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n4.4479>

INTRODUÇÃO

A hemoterapia é um recurso terapêutico executado por meio da transfusão sanguínea e de seus componentes, utilizado em casos graves de anemias, hemorragias, queimaduras, hemofílias, transplantes de medula ou de outros órgãos, ou ainda, em complicações de qualquer cirurgia. O sangue é um tecido vivo que circula pelo corpo, e por meio deste, doenças variadas podem ser transmitidas, o que torna a transfusão um tratamento de alta complexidade, com riscos e complicações associados a inúmeros eventos adversos.⁽¹⁾

Hemovigilância é definida como um conjunto de procedimentos de vigilância que abrange todo o ciclo do sangue, com o objetivo de obter e disponibilizar informações sobre os eventos adversos (reações transfusionais) ocorridos nas suas diferentes etapas, com o intuito de prevenir seu aparecimento ou recorrência, e aumentar a segurança do doador e do receptor.⁽²⁾

As reações transfusionais são conhecidas como resultados indesejados associados à administração de hemoderivados ou hemocomponentes, podendo ser resultado de um incidente do ciclo do sangue, ou da relação entre um receptor e o hemocomponente; são classificadas como imediatas, que acontecem no decorrer da transfusão, ou em até 24 horas após o processo, e as reações tardias ocorrem após 24 horas da transfusão.⁽³⁾

Pesquisa realizada no Banco de dados da Rede Internacional de Hemovigilância para Vigilância de Reações Adversas e Eventos em Doadores e Receptores de Componentes Sanguíneo, representando 25 países, verificou incidência geral de reações adversas transfusional de 77,5 por 100 mil componentes, dos quais 25% foram graves (19,1 por 100 mil). De 349 mortes (0,26 por 100 mil), 58% foram relacionadas ao sistema respiratório: sobrecarga circulatória associada à transfusão (TACO, 27%), lesão pulmonar aguda associada à transfusão (TRALI, 19%) e dispneia associada a transfusão (TAD, 12%).⁽⁴⁾

No Brasil, um estudo realizado na cidade de São Paulo no período de 2007 a 2019, identificou o total de 1.448 reações transfusionais imediatas. A média de incidência de reação transfusional foi de 4,4 por mil/ano. As reações moderadas e graves representam 13,5% do total dos eventos.⁽⁵⁾

Nesse contexto, a prevenção e/ou identificação precoce de reações associadas à transfusão baseiam-se na vigilância segura e em evidências, bem como na atenção e cuidado direto por enfermeiros, especialmente por aqueles que trabalham em cuidados intensivos, onde a hemotransfusão é uma prática frequente.⁽⁶⁾ O enfermeiro é o profissional que executa e/ou supervisiona a administração e

monitoração da infusão de hemocomponentes e hemoderivados, identificando possíveis reações adversas, registrando informações e dados estatísticos apropriados ao doador e ao receptor; sendo importante que o enfermeiro participe de programas de captação de doadores, além do desenvolvimento e participação em pesquisas relacionadas à hemoterapia e à hematologia.⁽⁷⁾

Neste contexto, a enfermagem hemoterápica deve assumir o compromisso social e de saúde com a qualidade de vida e o cuidado da população. Portanto, preconiza-se que a enfermagem exerce um papel fundamental na segurança transfusional e precisa estar adequadamente preparada para assumir esta responsabilidade, buscando a redução das distâncias entre a prática e o conhecimento científico disponível.^(8,9)

Diante dos avanços na área de hemoterapia e da problemática apresentada, o objetivo deste trabalho é analisar o grau de conhecimento da equipe de enfermagem sobre hemoterapia e reação transfusional imediata.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, analítico, com abordagem quantitativa, realizado na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) geral de adulto de um Hospital Universitário, localizado na cidade de Recife - PE. A população do estudo foi composta por enfermeiros e técnicos de enfermagem, que trabalhavam na UTI pesquisada. A amostra foi do tipo não probabilística por adesão, sendo constituída por 32 profissionais de enfermagem que estavam exercendo suas atividades durante o período da coleta de dados.

Estabeleceu-se como critério de inclusão: profissionais de enfermagem que se encontravam em efetivo exercício, que atuavam na UTI há pelo menos 10 meses; e como critério de exclusão: afastamento do profissional por motivo de licenças e férias. A coleta de dados foi realizada no período de março e abril do ano de 2020; utilizou-se como instrumento de coleta de dados, um questionário semiestruturado composto por 18 questões de múltipla escolha, dicotômicas e semiabertas, elaborado pelos autores.

As questões foram baseadas na Portaria nº158, de 4 de fevereiro de 2016, que redefine o regulamento técnico de procedimentos hemoterápicos no Brasil, e na Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº34, de 11 de junho de 2014, que dispõe sobre as boas práticas no ciclo do sangue e normatizam as práticas dos profissionais de saúde na administração dos hemocomponentes e hemoderivados.^(3,10)

A primeira parte do questionário propôs-se a caracterizar o perfil sociodemográfico dos participantes (sexo, idade, formação profissional e experiência profissional), e

a segunda parte um roteiro de perguntas sobre o conhecimento relacionado à hemoterapia e reação transfusional imediata.

As entrevistas individuais foram agendadas previamente, e realizadas em local reservado, durante o horário dos plantões. Os participantes foram orientados a respeito do objetivo do estudo e concordaram em participar da pesquisa mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A tabulação dos dados foi realizada no Microsoft Office Excel® 2017. Inicialmente, foram calculadas as frequências absolutas e relativas de todas as variáveis do estudo. Quatro variáveis (período de infusão, doador universal, receptor universal, tempo de reação transfusional imediata), foram agrupadas e categorizadas para medir o conhecimento sobre hemoterapia.

O escore foi obtido através da Análise de Correspondência Múltipla (ACM), que se trata de uma técnica de análise estatística multivariada que possibilita a redução de dimensionalidade para dados categóricos a partir da associação existente entre as categorias das variáveis analisadas. Tal redução gera novas variáveis (dimensões) que são combinações lineares de pesos atribuídos a cada categoria das variáveis inseridas. A aplicação da ACM para "p" variáveis resulta na geração de "p" dimensões, em que a variância total do sistema original é atribuída de forma ordinal para as "p" dimensões, fazendo com que a dimensão 1 possua o maior quantitativo de variância geral e a dimensão "p" o menor.⁽¹¹⁾

Para facilitar a interpretação do escore, a escala do mesmo foi alterada para uma que vai de 0 até 100, onde 0 indica baixo conhecimento e 100 alto. O escore na nova escala foi obtido pela seguinte fórmula:

$$Y^* = \frac{Y - \text{mín}(Y)}{\text{máx}(Y) - \text{mín}(Y)}$$

Após a obtenção do escore de conhecimento, investigou-se como este se comportava de acordo com as variáveis sociodemográficas. Para tal, utilizou-se o teste de comparação de medianas via permutação, com 10.000 réplicas de Monte Carlo. Na análise dos dados foram utilizadas as medidas descritivas de centralidade (média, mediana) e de dispersão (desvio-padrão, valor mínimo e valor máximo). Todos os cálculos foram realizados utilizando a linguagem R versão 3.6.1 com destaque para o *FactoMineR* versão 2.0 para realização da ACM.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Complexo Hospitalar do Hospital Universitário Oswaldo Cruz (HUOC), sob parecer nº 3.847.882, e seguiu

as orientações do Conselho Nacional de Saúde, de acordo com a resolução 466/12, que trata das pesquisas envolvendo seres humanos.

RESULTADOS

Participaram do estudo 32 profissionais, sendo 8 (25%) enfermeiros e 24 (75%) técnicos de enfermagem. A maioria era do sexo feminino (75%), faixas etárias entre 18 a 39 anos, (56,3%) e de 40 e mais (43,8%); apresentava tempo de atuação na UTI de menos de 1ano (40,6%), 1 a 5 anos (31,3%) e 5 e mais (28,1%).

Em relação aos treinamentos, verificamos que a maioria 24(75%) não teve treinamento sobre hemoterapia; 22(68,8%) não se sentiam capacitados para atuar em eventos adversos de hemoterapia; e 21(65,6%) não sabiam a indicação dos hemocomponentes. Em relação ao conhecimento da equipe de enfermagem sobre hemoterapia, identificamos que a maioria respondeu corretamente que o acompanhamento da transfusão é atribuição do enfermeiro e do técnico de enfermagem; tinham conhecimento do período máximo de infusão do concentrado de hemácias, e de que não pode ser administrado drogas, simultaneamente, no mesmo acesso venoso da transfusão. Entretanto, observou-se déficit de conhecimento quanto ao tipo sanguíneo doador e receptor universal (Tabela 1).

Tabela 1. Conhecimentos sobre hemoterapia apresentado pelos profissionais de enfermagem do estudo (n=32)

Variável	Categorias	n(%)
Qual o período máximo de infusão do concentrado de hemácias?	4 horas	21(65,6)
	Outros	11(34,4)
Durante a hemotransfusão pode ser administrado outras drogas no mesmo acesso?	Não	29(90,6)
	Sim	3(9,4)
É doador universal?	O negativo	15(46,9)
	Outros	17(53,1)
É receptor universal?	AB positivo	13(40,6)
	Outros	19(59,4)
O acompanhamento durante a transfusão é atribuição?	Enfermeiro e técnico de enfermagem	20(62,5)
	Outros	12(37,5)

Quanto ao conhecimento sobre reação transfusional imediata (Tabela 2), identificamos que mais da metade da amostra não vivenciou eventos adversos de hemoterapia; apenas 12 (37,5%) tinham conhecimento correto que a reação transfusional imediata pode ocorrer durante a transfusão, ou em até 24h após a mesma. A maioria relatou saber identificar sinais e sintomas de uma reação transfusional imediata. Os principais sintomas relatados foram: tremores/calafrios, agitação/ansiedade e reação hemolítica aguda; e as complicações descritas foram: reação hemolítica aguda, contaminação bacteriana, hipotensão e sobrecarga circulatória.

As principais condutas relatadas frente à reação transfusional foram: comunicar ao médico e enfermeiro, interromper a transfusão, guardar a bolsa e comunicar ao banco de sangue. Entretanto, foi evidenciado que a grande maioria nunca teve acesso ao formulário de notificação de reações adversas (Tabela 2).

Tabela 2. Conhecimentos sobre a reação transfusional imediata apresentado pelos profissionais de enfermagem do estudo (n=32)

Variável	Categorias	n(%)
Vivenciou eventos adversos relacionados à hemoterapia?	Sim	14(43,8)
	Não	18(56,3)
O tempo necessário para ocorrer uma reação transfusional imediata é?	Durante a transfusão ou em até 12h após	12(37,5)
	Durante a transfusão ou em até 24h após	12(37,5)
	Apenas durante a transfusão	6(18,8)
	Não sabe	2(6,3)
Sabe identificar sinais e sintomas de uma reação transfusional imediata?	Sim	2(6,3)
	Não	12(37,5)
Quais principais sintomas e complicações de uma reação transfusional imediata?	Sobrecarga de ferro	1(3,1)
	Hipertensão	2(6,3)
	Hipotensão	6(18,8)
	Contaminação bacteriana	6(18,8)
	Agitação e ansiedade	14(43,8)
	Reação hemolítica aguda	13(40,6)
	Sobrecarga circulatória	5(15,6)
	Edema pulmonar não cardiogênico	2(6,3)
	Tremores e calafrios	16(50,0)
Não sabe	8(25,0)	
Já teve acesso ao formulário de notificação de reações adversas?	Sim	4(12,5)
	Não	28(87,5)
Qual atitude o profissional deve ter frente a uma reação transfusional imediata?	Interromper a transfusão	21(65,6)
	Comunicar ao médico e enfermeiro	26(81,3)
	Guarda a bolsa e enviar ao banco de sangue	6(18,8)
	Administrar solução fisiológica 0,9%	3(9,4)
	Não sabe	4(12,5)
	Aferir SSVV	3(9,4)
	Fazer notificação de eventos adversos	2(6,3)

A tabela 3 descreve a análise estatística das variáveis do estudo pelo ACM. Verificamos que a primeira dimensão pela ACM (que foi a escolhida para ser utilizada como *score* de conhecimento) apresentou 37,5% da variância total do sistema. Como agregador de conhecimento, a resposta correta que teve maior peso foi a relacionada ao receptor universal. As respostas erradas, com maior peso, foram sobre o período máximo de infusão do concentrado de hemácias, seguida do tipo sanguíneo doador universal.

A distribuição dos escores de conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre hemoterapia realizado pela ACM, podem ser observados na figura 1. Observa-se que o nível de conhecimento se mostra homogêneo, com mediana de 50% e média de 49%, com uma leve assimetria à esquerda, que denota melhora de conhecimento relacionado à formação profissional e idade dos

Tabela 3. Pesos da formação do escore de conhecimento dos profissionais de enfermagem de acordo com as estimativas da primeira dimensão da Análise de Correspondência Múltipla

Variável	Categoria	Pesos
Período máximo de infusão do concentrado de hemácias	4 horas (correto)	0,39
	Demais respostas (errado)	-0,75
É doador universal	O negativo (correto)	0,81
	Demais respostas (errado)	-0,71
É receptor universal	AB positivo (correto)	0,95
	Demais respostas (errado)	-0,65
O tempo necessário para ocorrer uma reação transfusional imediata	Durante a transfusão ou em até 24h após (correto)	0,15
	Demais respostas (errado)	-0,09
Variância da dimensão 1		0,375
Porcentagem na variância total		37,5%

participantes (Tabela 4). Verificamos que os enfermeiros (mediana 77,7 e média 70) apresentaram melhores escores em relação aos técnicos de enfermagem (mediana 33,8; $p=0,04$), significando aumento da mediana em 130%, com destaque para o valor mínimo dos técnicos que foi 0 (zero), e dos enfermeiros 25,5. Identificou-se, também, que a faixa etária 18 a 39 anos (mediana 62,7 e média 60,5) apresentou melhores escores em relação a faixa de 40 anos ou mais (mediana 25,5; $p=0,01$), significando aumento de 150%.

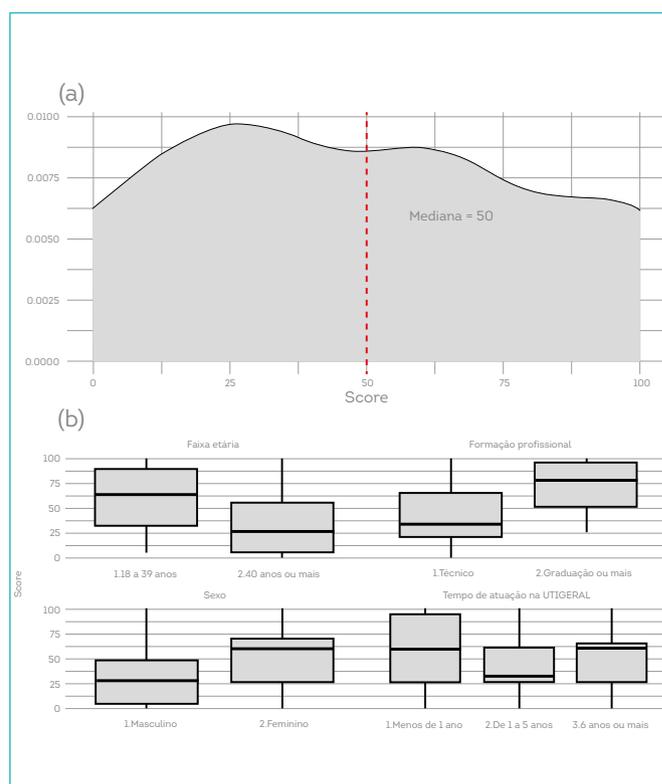


Figura 1. (a) Densidade estimada para o escore de conhecimento sobre hemoterapia apresentada pela amostra de profissionais de enfermagem do estudo (n=32); (b) Boxplots para o escore de conhecimento sobre hemoterapia e as diferentes variáveis sociodemográficas

Tabela 4. Medidas de posição e tendência central do escore de conhecimento apresentado pelos profissionais de enfermagem do estudo (n=32) em relação às variáveis sociodemográficas e com o *p-value* referente ao teste de comparação de medianas

Variável	Categorias	Min.	Mediana	Média	Máx	DP	<i>p-value</i>
Sexo	Masculino	0,0	28,2	36,3	100	40,0	0,18
	Feminino	0,0	60,0	53,2	100	31,3	
Faixa etária	18 a 39 anos	5,4	62,7	60,5	100	29,9	0,01
	40 anos e mais	0,0	25,5	34,0	100	33,7	
Formação profissional	Técnico	0,0	33,8	41,9	100	32,0	0,04
	Enfermeiro	25,5	77,7	70,0	100	32,0	
Tempo de atuação na UTI	Menos 1 ano	0,0	59,2	54,4	100	36,4	0,57*
	1 a 5 anos	0,0	32,3	40,6	100	30,5	1,00**
	6 anos ou mais	0,0	60,8	50,3	100	35,6	0,4***

*Teste de comparação de medianas por permutação realizado entre quem possui menos de 1 ano e de 1 a 5 anos; **Teste de comparação de medianas por permutação realizado entre quem possui menos de 1 ano e 6 anos ou mais; ***Teste de comparação de medianas por permutação realizado entre quem possui de 1 a 5 anos e 6 anos ou mais

DISCUSSÃO

Este estudo avaliou o conhecimento dos profissionais de enfermagem que atuam em uma UTI geral de adulto, sobre hemoterapia e suas atitudes frente a uma reação transfusional imediata, uma vez que, pela sua complexidade, a terapia transfusional demanda uma assistência qualificada, e é rotineira no tratamento do paciente gravemente enfermo e com doenças crônicas.

Por se tratar de uma terapêutica complexa, a terapia transfusional exige conhecimentos específicos em todo seu processo, portanto é necessário avaliar a necessidade de capacitação dos profissionais envolvidos na assistência, para que os procedimentos hemoterápicos sejam realizados com segurança e excelência.⁽¹²⁾

Nesta pesquisa, observou-se predominância de profissionais do sexo feminino, demonstrando que a enfermagem ainda se destaca pela participação feminina em sua maioria, característica prevalente na enfermagem na maioria dos estudos, inclusive naqueles que avaliaram conhecimento de profissionais de enfermagem sobre hemoterapia.⁽¹²⁻¹⁴⁾

Com relação ao treinamento sobre hemoterapia e reações transfusionais recebido pela equipe de enfermagem pesquisada, verificou-se que a maioria não participou de treinamentos, não se sentia capacitada para atuar em eventos adversos de hemoterapia; não sabia a função e a indicação correta dos hemocomponentes, o que consequentemente pode prejudicar a qualidade da assistência e a segurança do paciente durante o processo transfusional.

Semelhantemente, em estudo realizado em Jataí-Goiás, realizado com 31 enfermeiros que atuavam em instituições de saúde, verificou que 19 (61,3%) dos enfermeiros não receberam treinamento sobre hemoterapia, e a necessidade de capacitação sobre hemotransfusão se fez presente no relato dos profissionais.⁽⁹⁾

A falta de treinamento diminui o reconhecimento de eventos adversos, que é importante para que as medidas terapêuticas sejam estabelecidas rapidamente, bem como

as estratégias de prevenção para futuras transfusões.⁽¹⁵⁾ Pesquisa realizada em uma Unidade de Terapia Intensiva concluiu que o conhecimento necessário sobre estes eventos possibilita a prevenção dos erros e danos causados ao paciente, melhorando a qualidade da assistência prestada no cuidado com a saúde.⁽¹⁶⁾

Estudo realizado no serviço de pronto-atendimento adulto de um hospital universitário da região Centro-Oeste do Brasil, verificou que apenas 17% da equipe de enfermagem participou de treinamentos ou cursos sobre hemotransfusão e segurança transfusional; e constatou conhecimento superficial sobre as condutas que devem ser tomadas diante das reações transfusionais imediatas, concluindo que poucas respostas estavam de acordo com as orientações do Manual Técnico para Investigação das Reações Transfusionais Imediatas da ANVISA.⁽⁸⁾

Verificou-se, também, no estudo realizado em um hospital geral do interior de São Paulo, que a equipe de enfermagem apresentou conhecimento superficial sobre indicação de hemocomponentes, o tempo de transfusão, acesso venoso, doadores e receptores universais,⁽¹²⁾ semelhante às fragilidades relatadas pelos profissionais de enfermagem deste estudo, quanto às indicações dos hemocomponentes, inclusive as do concentrado de hemácias e das plaquetas, que são os mais utilizados na prática transfusional.

Outra pesquisa realizada em um hospital do interior do Rio de Janeiro, região sudeste do Brasil, também identificou fragilidades por parte da equipe de enfermagem sobre o conhecimento perante os cuidados diante de uma reação transfusional, fato analisado no estudo como agravante no contexto da segurança do paciente.⁽⁷⁾

O conhecimento limitado sobre hemoterapia prejudica o processo transfusional, a assistência ao paciente e, consequentemente, a sua segurança. Deste modo, para que a equipe de enfermagem possa assumir o compromisso social com a saúde da população, as instituições devem oferecer treinamento periódico e contínuo em hemoterapia,

visto que a capacitação profissional poderá garantir a segurança do paciente, reduzindo a possibilidade de eventos adversos.⁽¹²⁻¹⁴⁾

Em relação às atribuições da equipe de enfermagem na hemotransusão, identificou-se que a maioria dos profissionais de enfermagem deste estudo reconhece como correto o acompanhamento da transfusão como atribuição da enfermagem; tinha conhecimento correto do tempo máximo de infusão do concentrado de hemácias, e que não podem ser administradas drogas, simultaneamente, no mesmo acesso venoso da transfusão, estando de acordo com o guia para uso de hemocomponentes do Ministério da Saúde.⁽¹⁷⁾

Nessa perspectiva, é de responsabilidade da equipe de enfermagem realizar o acompanhamento da transfusão, e o seu exercício deve ser fundamentado no contato direto e individualizado, com atenção e prevenção das falhas.^(2,3) Em relação ao sistema ABO, verificamos déficit de conhecimento dos participantes quanto ao tipo sanguíneo doador e receptor universal (respostas certas menos de 50%).

A falha na compreensão do sistema ABO é responsável pela reação hemolítica aguda, sendo esta definida como um quadro grave em que ocorre hemólise intravascular das hemácias incompatíveis transfundidas, devido à presença de anticorpos pré-formados na circulação do paciente. Quanto ao tempo máximo de infusão de um concentrado de hemácias, este não deve exceder o período de 4 horas, uma vez que o sangue perde suas propriedades por causa da exposição à temperatura, que não pode ser controlada após a instalação, elevando desta forma o risco de proliferação bacteriana, podendo levar o paciente a uma sepse.⁽⁵⁾

Verificamos que apesar da maioria dos profissionais do estudo ter respondido corretamente sobre a interrupção da transfusão, apenas uma pequena parcela referiu que a bolsa de sangue deveria ser devolvida à agência transfusional, o que demonstrou déficit de conhecimento quanto a esta conduta. Além disso, existe o agravo pelo fato de que a maioria respondeu que não tinha acesso ao formulário de notificação de reações adversas.

Quanto ao conhecimento sobre reação transfusional imediata, verificamos que mais da metade dos profissionais pesquisados não vivenciou eventos adversos de hemoterapia; e poucos tinham conhecimento de que a reação pode ocorrer durante a transfusão ou em até 24h. A vivência de algum evento adverso em hemoterapia é uma situação que deve ser valorizada, pois ressalta a importância do atendimento de qualidade visando à segurança do paciente. A segurança e a capacidade de tomada de decisões são aspectos importantes para atuação na ocorrência de eventos

adversos relacionados à hemoterapia, prevenção de riscos e complicações transfusionais.⁽¹⁸⁾

Em relação ao conhecimento dos profissionais sobre os sinais e sintomas apresentados pelos pacientes com reação transfusional imediata, também se observou déficit de conhecimento. Estes citaram apenas as reações hemolíticas agudas, sobrecarga circulatória, contaminação bacteriana e hipotensão. Já os sinais e sintomas mais frequentes associados aos procedimentos hemoterápicos não foram citados pelos participantes, tais como: febre, calafrios, dor no peito, no abdômen ou na região lombar, alterações da pressão arterial, desconforto respiratório, náuseas, com ou sem vômito, urticárias, ou outras alergias cutâneas e anafilaxia.⁽¹⁹⁾

A capacidade de identificar se o paciente está apresentando uma reação transfusional imediata é extremamente relevante, pois tais reações são as mais frequentes, representando mais de 98% dos casos. Outras complicações também podem ocorrer, como a reação febril não hemolítica, reação alérgica leve, moderada e grave, entre outras, as quais devem ser notificadas.⁽⁶⁾

O reconhecimento dessas complicações pela equipe de enfermagem possibilita a adoção de medidas que vão ajudar a reverter o quadro do paciente, no entanto muitas vezes passam despercebidas. Embora algumas reações sejam inevitáveis, grande parte das complicações transfusionais é atribuída ao erro humano, muitas vezes pela falta de monitorização adequada durante o ato transfusional.⁽²⁰⁾

A RDC n. 34, normatiza que os profissionais de saúde envolvidos no ato de transfusões sanguíneas, devem estar capacitados para observar e identificar eventos adversos, principalmente aos sinais clínicos de uma reação transfusional e aos protocolos a serem realizados durante a emergência da reação.⁽³⁾

Quanto à conduta frente a uma reação transfusional imediata, as principais respostas foram: comunicar ao médico e enfermeiro, interromper a transfusão, guardar a bolsa e comunicar à agência transfusional. Poucos profissionais relataram verificar os sinais vitais, e administrar solução fisiológica 0,9%. As demais condutas, tais como: enviar amostra sanguínea do paciente ao serviço de hemoterapia junto com a bolsa e o equipo, coletar e enviar amostras de sangue e/ou urina para o laboratório clínico, notificar a suspeita da reação ao serviço de hemoterapia e comitê transfusional por meio de impresso próprio e registrar as ações no prontuário do paciente não foram citadas.

O profissional de enfermagem deve registrar no prontuário a data, horário de início e término da transfusão, assim como sinais vitais, além da origem e identificação

dos hemocomponentes. Esse registro permite identificar se a transfusão ocorreu conforme normas vigentes, bem como viabilizar a notificação de eventos adversos.^(5,20) Em relação ao escore geral de conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre hemoterapia, verificamos nível de conhecimento baixo, entretanto, observamos aumento nos escores relacionados à formação profissional e idade dos participantes. Portanto, o treinamento em serviço deve ser uma prática rotineira nos serviços de saúde, uma vez que pode contribuir para a prática segura nos procedimentos transfusionais.

O investimento nesta temática deve ser incentivado, com vistas à valorização da especialidade, bem como a contemplação dos conteúdos de hemoterapia nas grades curriculares dos cursos de formação dos profissionais de enfermagem, visando suprir as carências evidenciadas na valorização e prática desses profissionais.

As limitações do estudo se devem ao número reduzido da amostra, restrita a um único setor da instituição, bem como o fato de que nos meses referentes à coleta de dados, a UTI estava em isolamento devido à pandemia de COVID-19, dificultando assim a coleta de dados.

O presente estudo enfatiza a necessidade da capacitação dos profissionais de enfermagem que atuam nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), no cuidado e monitoramento de pacientes em hemoterapias. Diante dos riscos que envolvem as terapias transfusionais, o investimento sobre esta temática contribui para a assistência de enfermagem segura diante das reações transfusionais imediatas.

CONCLUSÃO

Os resultados do estudo evidenciaram lacunas no conhecimento sobre reações transfusionais imediatas pelos profissionais de enfermagem da instituição pesquisada,

demonstrando conhecimento superficial sobre o assunto. Destaca-se a necessidade de treinamento em serviço favorecendo a atuação dos profissionais de enfermagem de forma eficiente, contribuindo para as ações de hemovigilância, visando um atendimento de qualidade e manutenção da cultura de segurança na hemoterapia. Recomendamos que mais pesquisas sobre essa temática sejam conduzidas a fim de dar visibilidade e reflexão sobre a prática da enfermagem na hemoterapia.

CONTRIBUIÇÕES

Emanuela Batista Ferreira e Pereira: 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. Vaneza Guilherme Da Silva Santos: Coleta, análise e interpretação dos dados; c) redação e/ou revisão crítica do manuscrito; d) aprovação da versão final a ser publicada. Felicialle Pereira da Silva: Análise e interpretação dos dados; c) redação e/ou revisão crítica do manuscrito; d) aprovação da versão final a ser publicada. Raphael Alves da Silva: Análise e interpretação dos dados; c) redação e/ou revisão crítica do manuscrito; d) aprovação da versão final a ser publicada. Claudinalle Farias Queiroz De Souza: Análise e interpretação dos dados; c) redação e/ou revisão crítica do manuscrito; d) aprovação da versão final a ser publicada. Vânia Chagas Da Costa: Análise e interpretação dos dados; c) redação e/ou revisão crítica do manuscrito; d) aprovação da versão final a ser publicada. Fabia Maria De Lima: Análise e interpretação dos dados; c) redação e/ou revisão crítica do manuscrito; d) aprovação da versão final a ser publicada. Tania Maria Rocha Guimarães: 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. Ramos PS, Amorim AV, Ferreira CB, Romaneli DA, Campos IM, Dias VL. Reação hemolítica transfusional: diagnóstico e manejo anestésico. *Rev Med Minas Gerais*. 2017;27(4):46-51.
2. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Marco conceitual e operacional de hemovigilância: guia para hemovigilância no Brasil [Internet]. Brasília (DF): ANVISA; 2015 [citado 2021 Abr 13]. Disponível em: https://www.hemocentro.unicamp.br/arquivos/2018/09/Guia-Hemovigilancia-Marco-conceitual_Anvisa2015-1.pdf
3. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC n. 34, de 11 de junho de 2014. Dispõe sobre as boas práticas no ciclo do sangue [Internet]. Brasília (DF): ANVISA; 2014 [citado 2021 Abr 13]. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20170553/04145350-rdc-anvisa-34-2014.pdf>
4. Politis C, Wiersum JC, Richardson C, Robillard P, Jorgensen J, Renaudier P, et al. The internacional haemovigilance network database for the surveillance of adverse reactions and events in donos and recipients of blood components: technical issues and results. *Vox Sang*. 2016;111(4):409-17.
5. Grandi JL, Areco KC, Chiba A, Oliveira MM, Barbosa DA. Fatores associados à gravidade das reações transfusionais ocorridas em hospital de ensino, na cidade de São Paulo, entre 2007-2019. *Vigil Sanit Debate*. 2021;9(1):129-35.
6. Mattia D, Andrade SR. Cuidados de enfermagem na transfusão de sangue: um instrumento para monitorização do paciente. *Texto Contexto Enferm*. 2016;25(2):e2600015.

7. Amaral JH, Nunes RL, Rodrigues LM, Silvino ZR. Hemoterapia: um desafio no cotidiano da equipe de enfermagem. *Rev Enferm UFPE on line*. 2016;10(6):4820-7.
8. Carneiro VS, Barp M, Coelho MA. Hemotherapy and immediate transfusion reactions: action and knowledge of the nursing team. *Rev Min Enferm*. 2017;21:e-1031.
9. Leite GR, Assis CL, Freitas GS, Maia LG, Eid LP, Martins MA, et al. Segurança do paciente na hemotransfusão: atitude e conhecimento de enfermeiros no sudoeste de Goiás. *Itiner Reflect*. 2018;14(4):1-13.
10. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Hemovigilância no Brasil: relatório consolidado 2007-2015. Brasília (DF): ANVISA; 2016 [citado 2021 Abr 14]. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/fiscalizacao-e-monitoramento/hemovigilancia/publicacoes/hemovigilancia-no-brasil-relatorio-consolidado-2007-2015.pdf/view>
11. Mancuso AC, Jezus CS, Guimarães LS, Leotti VB, Hirakata VN, Camey SA. Estatística descritiva: perguntas que você sempre quis fazer, mas nunca teve coragem. *Clin Biomed Res*. 2018;38(4):414-8.
12. Silva PA, Assis DM, Silva CR. Conhecimento de profissionais de enfermagem sobre atuação em hemotransfusão. *Rev Ciênc Saúde*. 2017;2(2):15-24.
13. Buozi BC, Lopes CT, Santos ER, Bergamasco EC, Murakami BM. Adequação das atividades da intervenção "administração de hemoderivados" da Classificação das Intervenções de Enfermagem para pacientes adultos. *Rev Min Enferm*. 2019;23:e-1258.
14. Marcondes C, Nazário S, Barancelli M, Gandolfi M, Spagnolo L. Educação permanente de equipe de enfermagem em reação transfusional. *Rev Enferm UFPE on line*. 2019;13(2):307-14.
15. Bueno CS, Souza MC, Lima SS. Epidemiologia das reações transfusionais imediatas notificadas em um hospital de alta complexidade no interior de Rondônia. *Rev Recien*. 2019;9(25):77-84.
16. Cherem ED, Alves VH, Rodrigues DP, Pimenta PC, Souza FD, Guerra JV. The transfusional therapy process in the neonatal intensive therapy unit: the nurse's knowledge. *Texto Contexto Enferm*. 2018;27(1):e1150016.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Guia para uso de hemocomponentes [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2015 [citado 2019 Dez 22]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_uso_hemocomponentes_2ed.pdf
18. Souza WF, Cerqueira ET. A atuação do enfermeiro na gestão do cuidado em reações transfusionais. *Rev. Eletrônica Acervo Saúde*. 2019;(21):e586-e586.
19. Nazário SS, Baracelli MD, Gandolfi M, Marcondes C, Spagnolo ML. Educação permanente de equipe de enfermagem em reação transfusional. *Rev Enferm UFPE on line*. 2019;13(2):3007-14.
20. Pereira CS, Silva FC, Monteiro MG, Rodrigues AM, Abreu RN. Cuidados de enfermagem para segurança do paciente em Hemoterapia. *Rev Enferm UFPI*. 2016;5(1):28-33.

FATORES ASSOCIADOS À INADEQUAÇÃO DO INÍCIO DO PRÉ-NATAL

FACTORS ASSOCIATED WITH INADEQUATE EARLY PRENATAL CARE

FACTORES ASOCIADOS CON UNA ATENCIÓN PRENATAL TEMPRANA INADECUADA

Camila Rodrigues Barbosa Nemer^{1,2}

Ingrid Souza Reis Santos¹

Larissa Duarte Ferreira¹

Edcarlos Vasconcelos da Silva^{1,2}

Zilmar Augusto de Souza Filho³

Eduardo Queiroz de Lima¹

Marlucilena Pinheiro da Silva¹

Elizabeth Teixeira⁴

(<http://orcid.org/0000-0003-1252-3709>)

(<http://orcid.org/0000-0002-8131-8795>)

(<http://orcid.org/0000-0001-7717-4891>)

(<http://orcid.org/0000-0002-8989-8843>)

(<http://orcid.org/0000-0002-3146-8445>)

(<http://orcid.org/0000-0002-2423-9054>)

(<http://orcid.org/0000-0002-8662-9621>)

(<http://orcid.org/0000-0002-5401-8105>)

Descritores

Cuidado pré-natal; Gestantes; Saúde materno-infantil; Fatores socioeconômicos; Acesso aos serviços de saúde

Descriptors

Prenatal care; Pregnant women; Maternal and child health; Socioeconomic factors; Health services accessibility

Descriptores

Atención prenatal; Mujeres embarazadas; Salud materno-infantil; Factores socioeconómicos; Accesibilidad a los servicios de salud

Recebido

26 de Janeiro de 2021

Aceito

24 de Abril de 2021

Conflitos de interesse:

nada a declarar.

Autor correspondente

Camila Rodrigues Barbosa Nemer
E-mail: camilarodriguesb08@hotmail.com

RESUMO

Objetivo: Analisar os fatores associados à inadequação do início do pré-natal de acordo com o Índice de Adequação da Utilização do Cuidado Pré-natal.

Métodos: Estudo descritivo, transversal e quantitativo. Realizou-se entrevista guiada por um roteiro com variáveis socioeconômicas, gestacionais, institucionais e de acesso, com 60 gestantes registradas em uma Unidade Básica de Saúde do município de Macapá, Amapá. Os dados foram processados no programa *Statistical Package for the Social Sciences* versão 21.0, com análise estatística descritiva e inferencial. Para associação entre o início do pré-natal (adequado e inadequado) e as variáveis, utilizaram-se os testes de Qui-quadrado e T-Student. A análise multivariada foi por regressão logística com razão de chance (*Odds ratio* - *OR*), tendo como variável resposta à inadequação do início do pré-natal.

Resultados: O início do pré-natal foi considerado inadequado para 56,67% (n=34) das gestantes. Houve uma associação significativa das variáveis: faixa etária (p=0,021) e planejamento da gravidez (p=0,005). *OR* significativo para pré-natal inadequado nas variáveis: município de residência (Ilhas do Pará, *OR*= 5,986, p = 0,034); planejamento da gravidez (G gravidez não planejada, *OR*= 6,365, p = 0,007) e faixa etária (15 a 24 anos, *OR*=3,58, p=0,039).

Conclusão: Os fatores associados à inadequação são de âmbito sociodemográfico e comportamental.

ABSTRACT

Objective: To analyze the factors associated with the inadequacy of the beginning of prenatal care according to the Adequacy Index for the Use of Prenatal Care.

Methods: Descriptive, cross-sectional and quantitative study. An interview was conducted guided by a script with socioeconomic, gestational, institutional and access variables, with 60 pregnant women registered in a Basic Health Unit in the city of Macapá, Amapá. The data were processed using the Statistical Package for the Social Sciences version 21.0, with descriptive and inferential statistical analysis. For the association between the beginning of prenatal care (adequate and inadequate) and the variables, the Chi-square and T-Student tests were used. The multivariate analysis was performed using logistic regression with odds ratio (*Odds ratio* - *OR*), with the response to inadequate early prenatal care as a variable.

Results: The beginning of prenatal care was considered inappropriate for 56.67% (n = 34) of pregnant women. There was a significant association of variables: age group (p = 0.021) and pregnancy planning (p = 0.005). Significant *OR* for inadequate prenatal care in the variables: municipality of residence (Islands of Pará, *OR* = 5.986, p = 0.034); pregnancy planning (unplanned pregnancy, *OR* = 6.365, p = 0.007) and age group (15 to 24 years, *OR* = 3.58, p = 0.039).

Conclusion: The factors associated with inadequacy are sociodemographic and behavioral.

RESUMEN

Objetivo: Analizar los factores asociados a la inadecuación del inicio de la atención prenatal según el Índice de Adequación para el Uso de la Atención Prenatal.

Métodos: Estudio descriptivo, transversal y cuantitativo. Se realizó una entrevista guiada por un guión con variables socioeconómicas, gestacionales, institucionales y de acceso, con 60 gestantes inscritas en una Unidad Básica de Salud de la ciudad de Macapá, Amapá. Los datos fueron procesados utilizando el Paquete Estadístico para Ciencias Sociales versión 21.0, con análisis estadístico descriptivo e inferencial. Para la asociación entre el inicio de la atención prenatal (adecuada e inadecuada) y las variables se utilizaron las pruebas de Chi-cuadrado y T-Student. El análisis multivariado se realizó mediante regresión logística con odds ratio (*Odds ratio* - *OR*), con la respuesta a una atención prenatal precoz inadecuada como variable.

Resultados: El inicio de la atención prenatal se consideró inadecuado para el 56,67% (n = 34) de las gestantes. Hubo asociación significativa de variables: grupo de edad (p = 0,021) y planificación del embarazo (p = 0,005). *OR* significativo para atención prenatal inadecuada en las variables: municipio de residencia (Islas de Pará, *OR* = 5,986, p = 0,034); planificación del embarazo (embarazo no planeado, *OR* = 6,365, p = 0,007) y grupo de edad (15 a 24 años, *OR* = 3,58, p = 0,039).

Conclusión: Los factores asociados a la inadecuación son sociodemográficos y conductuales.

¹Universidade Federal do Amapá, Macapá, AP, Brasil.

²Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

³Universidade Federal do Amazonas, Manaus, AM, Brasil.

⁴Universidade do Estado do Amazonas, Manaus, AM, Brasil.

Como citar:

Nemer CR, Santos IS, Ferreira LD, Silva EV, Souza Filho ZA, Lima EQ, et al. Fatores associados à inadequação do início do pré-natal. *Enferm Foco*. 2021;12(4):710-7.

DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n4.4488>

INTRODUÇÃO

Para a análise da adequação ou não do pré-natal (PN), consideram-se diversos critérios, tanto de aspectos quantitativos como qualitativos (ex. início, número de consultas, exames laboratoriais básicos, vacinação, procedimentos obstétricos, etc.). Existe na literatura atual uma preocupação em utilizar indicadores mais abrangentes, entretanto não há uniformidade entre esses indicadores e não existe consenso sobre a quantidade de cuidados que uma mulher deve receber e sobre qual conteúdo se faz estritamente essencial.⁽¹⁾

Alguns critérios de julgamento são muito conhecidos e utilizados, como o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), que preconizou os parâmetros mínimos para uma adequada assistência pré-natal, e o Índice de Adequação da Utilização do Cuidado Pré-natal (Adequacy of Prenatal Care Utilization - APNCU), utilizado no presente estudo.⁽¹⁾ O APNCU caracteriza os cuidados no pré-natal em duas categorias distintas e independentes:^(2,3) a) Adequação do início do cuidado pré-natal ou mês em que o cuidado pré-natal foi iniciado; b) Adequação dos cuidados recebidos ou porcentagem de consultas recebidas ajustadas para o mês de início da assistência pré-natal e para a idade gestacional da ocorrência do parto.

O presente estudo terá como foco a adequação/inadequação do início do cuidado pré-natal. Sabe-se que o início inadequado do pré-natal prejudica o acompanhamento com qualidade da gestação, sendo um fator determinante para a diminuição no número de consultas e a não realização dos exames complementares no período adequado, resultando em efeitos materno-fetais negativos, visto que o pré-natal é um prognóstico da gestação.⁽⁴⁾

O acompanhamento mensal inicial é essencial para prevenção e proteção de complicações na assistência obstétrica. O PN, se realizado corretamente, possibilita a identificação precoce e o manuseio correto dos fatores de risco e patologias que interferem na saúde do binômio mãe-filho.⁽⁵⁾

Além de anamnese e exame físico, o Ministério da Saúde (MS) alerta quanto à realização dos exames complementares como uma condição básica para a assistência PN nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs). Estas devem garantir a realização dos principais exames de rotina para as gestantes, como o teste rápido de gravidez, hemograma, teste de glicemia, urina tipo I, tipagem sanguínea, teste de triagem e sorologia para sífilis, teste rápido e sorologia para Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), entre outros, como também a imunização através do esquema vacinal.⁽⁶⁾

Logo, normalmente, as mulheres que recebem cuidados de PN desde o primeiro trimestre possuem melhores resultados gestacionais do que aquelas que iniciam o PN

tardiamente. O menor número de consultas no PN se associa ao acesso precoce dessas crianças ao serviço de saúde de emergência nos primeiros três meses de vida, demonstrando o PN como um fator relevante para prevenir adversidades na gestação e no primeiro ano de vida da criança.⁽⁷⁾

Cerca de 26% das gestantes no Brasil iniciam o PN após o 1º trimestre de gestação.⁽⁸⁾ No que diz respeito à abrangência do PN no Brasil, há evidências de uma boa cobertura na atenção PN com equivalência entre as regiões brasileiras. Porém, no que tange ao início do PN e conseqüentemente ao número de consultas e à realização de procedimentos básicos, preconizados pelo MS, não são equânimes.⁽⁹⁾ Um estudo ressalta que apenas 20% de todo o território da região amazônica possui cobertura de prestação de serviços se comparada às demais regiões do país.⁽¹⁰⁾ Apresenta assim graves problemas relacionados à assistência, principalmente no que diz respeito a gestantes e crianças.

O MS afirma que o primeiro passo para o PN de qualidade na atenção básica é iniciá-lo até a 12ª semana de gestação (captação precoce).⁽⁶⁾ Porém, estudos apontam que há divergências no que diz respeito à classificação do período considerado de início tardio ao pré-natal.⁽¹¹⁾ Alguns afirmam que o início tardio se dá após 12 semanas,^(4,12) outros se utilizam do critério “terceiro mês de gestação”;⁽⁸⁾ também há critério de 16 semanas⁽¹¹⁾ e outras definições. Essas diferenças de classificação e/ou nomenclatura (ora se denomina como tardio, ora como inadequado) influenciam diretamente uma unicidade de dados relacionados ao período de início do PN e correlação entre os resultados que abrangem uma mesma temática.⁽¹¹⁾

Apesar de cobertura satisfatória de acesso em grande parte do Brasil, ainda há um alto índice de morte materno-infantil por causas que poderiam ser evitadas, caso o acesso inicial não se desse de forma inadequada, a fim de tratar os agravos desde o início da gestação.⁽⁹⁾ Portanto, considerando esse contexto, o presente estudo tem como objetivo analisar os fatores associados à inadequação do início do pré-natal segundo gestantes atendidas em uma Unidade Básica de Saúde na Amazônia.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, de abordagem quantitativa.

Realizado em uma UBS do município de Macapá-Amapá, no segundo semestre de 2018, com gestantes cadastradas no programa de Pré-Natal.

Para o cálculo do tamanho amostral, considerou-se o número de gestantes cadastradas no período de janeiro a junho de 2018, com no mínimo uma consulta de pré-natal,

de acordo com livro de registro da unidade. A população encontrada foi de 508 gestantes. A partir disso, adotou-se como parâmetros para o cálculo da amostra o nível de confiança 95%, e o erro amostral foi estimado em 10%, obtendo a amostra estimada em 81 gestantes. Nesse sentido, foram incluídas 60 gestantes cadastradas no segundo semestre de 2018, que realizaram no mínimo uma consulta de pré-natal, tendo sido excluídas as gestantes que haviam iniciado o pré-natal em outra unidade de saúde. As gestantes foram agrupadas em dois grupos, considerando o APNCU.

Neste estudo, foi trabalhada somente a adequação do início do cuidado do pré-natal, que considera que quanto mais precoce mais adequado esse cuidado. O índice APNCU estabelece a distribuição da gestação em quatro grupos: meses 1 e 2; 3 e 4; 5 e 6 e 7 a 9. A adequação do início do cuidado pré-natal corresponde a: ótimo - quando a gestante iniciou o pré-natal no 1º ou 2º mês; adequado - 3º ou 4º mês; intermediário - 5º ou 6º mês; inadequado - 7º mês ou mais tarde, ou sem assistência pré-natal.^(2,3) Para fins de análise, neste estudo, as categorias ótimo e adequado foram consideradas como pré-natal adequado, enquanto as categorias intermediária e inadequada foram consideradas como pré-natal inadequado.

A abordagem das gestantes ocorreu dentro da UBS, após a verificação da realização de pelo menos uma consulta de pré-natal, momento em que elas eram apresentadas à presente pesquisa e, caso manifestassem interesse de participação, era feita a leitura e o assentimento da participante formalizado no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A entrevista foi agendada de acordo com a disponibilidade da gestante e o local para a realização das entrevistas foram salas de atendimento na própria UBS que se encontravam desocupadas, garantindo a privacidade e conforto às participantes.

A coleta de dados ocorreu por meio de aplicação de um questionário de entrevista composto por variáveis sociodemográficas, fatores gestacionais e fatores de aspectos institucionais e de acesso à UBS. A elaboração desse instrumento de coleta de dados baseou-se nos questionamentos da ficha SISPRENATAL e de estudos nacionais sobre a temática.^(9,11) Realizou-se um teste piloto para avaliação prévia do questionário, do qual participaram oito gestantes, que não compuseram a amostra final. Ao término do teste, algumas perguntas do questionário foram reajustadas para garantir o melhor entendimento e compreensão das participantes.

As variáveis sociodemográficas foram: idade, cor/raça, escolaridade, situação conjugal, município de residência,

zona de moradia, profissão, renda, apoio familiar (sim/não), apoio do companheiro (sim/não). Variáveis gestacionais: primigesta (sim/não), nº de filhos, considera o PN importante (sim/não), período recomendado para início do PN, gravidez planejada (sim/não), sabia como evitar uma gravidez (sim/não), tentou interromper a gravidez (sim/não), nº de gestação, nº de abortos, nº de partos. Variáveis institucionais e de acesso: UBS próximo de casa (sim/não), meio de transporte utilizado para chegar à UBS, satisfação com atendimento da UBS (satisfatório/insatisfatório), teve dificuldade de marcar primeira consulta (sim/não), teve dificuldade de chegar à UBS (sim/não).

Os dados foram tabulados no Programa Excel, versão do *Office 2010* da *Microsoft* e, a seguir, transportados para o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 21.0. Para a análise descritiva das variáveis, foram utilizadas medidas de posição (média) e variabilidade (desvio-padrão) para as variáveis contínuas; e de frequência absoluta e relativa para as variáveis categóricas.

Para o processo de escolha de variáveis ao modelo final de regressão logística, foram realizados os seguintes procedimentos: a) Aplicação de teste de associação de qui-quadrado para análise de associações e teste t para comparação de médias; b) Construção de modelos logísticos univariados; c) Construção do modelo logístico multivariado final.

Inicialmente foram realizadas as análises de associação, com as quais se verificou a existência ou não de relação com a variável desfecho. Após a aplicação do teste de associação, foi implementada a técnica de regressão logística univariada e as variáveis que obtiveram $p < 0,20$ no teste de qui-quadrado foram testadas uma a uma no modelo univariado. Nessa etapa, as variáveis que mostraram melhor adequação ao modelo foram: faixa etária, dificuldade de chegar à UBS, apoio do companheiro, município de residência e planejamento da gravidez.

Essas variáveis foram inseridas no modelo logístico multivariado com método *forward conditional* de modo que o programa SPSS pudesse incluir as variáveis significantes e excluir aquelas não significativas, ao passo que, em três etapas, o *software* ajustou um modelo com apenas três variáveis: faixa etária, município de residência e planejamento da gravidez. No modelo final, o teste de Hosmer e Lemeshow mostrou boa qualidade do ajuste, com $p = 0,994$ na etapa 2 e $p = 0,676$ na etapa 3. Os testes de significância de coeficientes de modelo de Omnibus obtiveram $p < 0,05$ em todas as suas etapas.

Este estudo se estabelece de acordo com a Resolução n. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovado

pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amapá, CAAE nº 91681418.3.0000.0003. Houve anuência dos participantes por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para as gestantes maiores de idade, ou de Termo de Assentimento (TA) para as gestantes menores de idade e TCLE para os responsáveis por essas menores.

RESULTADOS

No que tange à idade gestacional de início do PN, em relação ao critério APNCU adaptado, o início foi considerado adequado para 43,33% (n=26) das gestantes e inadequado para 56,67% (n=34) (Tabela 1). O início do pré-natal inadequado foi mais frequente na faixa etária entre 15 e 24 anos (n=22), destaca-se que este n representa 70,97% das gestantes dessa faixa etária. Com relação à situação conjugal, destaca-se que, entre as que afirmaram não ter companheiro, 85,71% tiveram início inadequado. No que concerne à escolaridade, aponta-se que, entre as que afirmaram ter ensino fundamental incompleto, 79,17% tiveram início de PN inadequado. Quanto ao município de residência, 46 gestantes moram em Macapá, destas, 50% iniciaram adequadamente o PN e os outros 50% inadequadamente. É importante ressaltar que 14 gestantes relataram morar em municípios em ilhas no Estado do Pará (Afuá, Breves e Chaves), destas 78,57% tiveram início inadequado. No que se refere à zona de moradia, destaca-se que, das gestantes que relataram morar na zona rural, 100% tiveram início inadequado. Quanto ao apoio familiar que a gestante recebe em relação à gravidez, constatou-se que, entre aquelas que declararam não ter recebido apoio, 75% iniciaram o PN inadequadamente. O mesmo ocorre em relação ao apoio do companheiro à gestação, entre as que não obtêm o apoio do companheiro (n=8), 87,50% iniciaram o PN inadequadamente. A variável faixa etária foi significativa (p=0,021). Sobre o planejamento da gestação atual, entre as gestantes que afirmaram ter planejado a gravidez (n=20), a maioria iniciou adequadamente o pré-natal (70%) em comparação com as que iniciaram inadequadamente (30%). Esses percentuais são inversamente proporcionais em relação às gestantes que engravidaram sem planejamento (n=40), 30% iniciaram em adequação e 70% em inadequação. Houve uma associação significativa entre gravidez planejada e início do pré-natal (p=0,005). Quanto à tentativa de interrupção da gestação, destaca-se que, das gestantes que afirmaram haver tentado interromper a gravidez, 83,33% iniciaram o PN inadequadamente. No que se refere aos fatores institucionais e de acesso, a respeito de haver UBS próximo da residência das gestantes, das que afirmaram não ter, 64,71% tiveram

início inadequado. Quanto à dificuldade de deslocamento para chegar à UBS, destaca-se que, entre as que encontraram essa barreira (n=21), 71,43% tiveram início inadequado. Os demais resultados são apresentados na tabela 1.

Tabela 1. Fatores sociodemográficos, fatores gestacionais, fatores institucionais e de acesso de acordo com o índice proposto e adaptado

Variáveis	Adequado n=26 n(%)	Inadequado n= 34 n(%)	Total n=60 n	p-value
Fatores sociodemográficos				
Idade - Média (DP)	27,11±6,58	24,05 ±7,13	25,38 ±7,01	0,945*
Faixa etária				0,021*
15-24 anos	9(29,03)	22(70,97)	31	
25 anos ou mais	17(58,62)	12(41,38)	29	
Cor/raça				0,452*
Branca	3(30)	7(70)	10	
Preta	4(36,36)	7(63,64)	11	
Parda	16(45,71)	19(54,29)	35	
Amarela	1(50)	1(50)	2	
Indígena	2(100)	0(0)	2	
Escolaridade				0,063*
Fundamental Incompleto	5(20,83)	19(79,17)	24	
Fundamental Completo	13(61,90)	8(38,10)	21	
Ensino Médio Completo	4(50,0)	4(50,0)	8	
Superior Incompleto	3(75,0)	1(25,0)	4	
Superior Completo	1(50,0)	1(50,0)	2	
Não Estudou	0(0,0)	1(100)	1	
Situação conjugal				0,104*
Sem companheiro	1(14,29)	6(85,71)	7	
Com companheiro	25(47,17)	28(52,83)	53	
Município de residência				0,072*
Macapá	23(50)	23(50)	46	
Ilhas do Pará	3(21,43)	11(78,57)	14	
Zona				0,067*
Urbana	22(53,66)	19(46,34)	41	
Rural	0(0,0)	8(100)	8	
Periurbana	4(36,36)	7(63,64)	11	
Profissão				0,896*
Do lar	8(40,0)	12(60,0)	20	
Estudante	2(66,67)	1(33,33)	3	
Formal	5(50,0)	5(50,0)	10	
Informal	1(33,33)	2(66,67)	3	
Não informaram	10(41,67)	14(58,33)	24	
Renda				0,234*
Menos de 1 salário mínimo	7(33,33)	14(66,67)	21	
1 a 3 salários mínimos	15(50)	15(50)	30	
3 a 5 salários mínimos	3(60,0)	2(40,0)	5	
5 a 12 salários mínimos	1(100)	0(0,0)	1	
Não informaram	0(0,0)	3(100)	3	
Apoio à gestação- familiar				0,150*
Sim	22(46,81)	25(53,19)	47	
Não	3(25)	9(75)	12	
Não informou	1(100)	0(0)	1	
Apoio à gestação - companheiro				0,062*
Sim	25(48,08)	27(51,92)	52	
Não	1(12,50)	7(87,50)	8	
Fatores gestacionais				
Primigesta				0,816*
Sim	4(40)	6(60)	10	
Não	22(44)	28(56)	50	

Continua...

Continuação.

Variáveis	Adequado n=26 n(%)	Inadequado n= 34 n(%)	Total n=60 n	p-value
Nº de filhos – Média (DP)	1,53(1,36)	2,02 (1,97)	1,81 (1,74)	0,283 ^y
Pré-natal importante				0,720*
Sim	25(43,86)	32(56,14)	57	
Não	1(33,33)	2(66,67)	3	
Período recomendado para o início do pré-natal segundo a gestante				0,801*
Logo que descobre	8(42,11)	11(57,89)	19	
1 a 3 meses	17(45,95)	20(54,05)	37	
4 meses ou mais	1(33,33)	2(66,67)	3	
Não sabe	0(0)	1(100)	1	
Gravidez planejada				0,005*
Sim	14(70)	6(30)	20	
Não	12(30)	28(70)	40	
Sabia como evitar gravidez				0,601*
Sim	26(45,61)	31(54,39)	57	
Não	0(0)	3(100)	3	
Tentou interromper gravidez				0,171*
Sim	1(16,67)	5(83,33)	6	
Não	25(46,30)	29(53,70)	54	
Nº de gestações – Média (DP)	2,88(1,55)	3,32(2,31)	3,13 (2,02)	0,409 ^y
Nº de abortos – Média (DP)	0,3(0,6)	0,2(0,5)	0,25 (0,57)	0,498 ^y
Nº de partos				0,326*
0 parto	4(40)	6(60)	10	
1 parto	12(52,17)	11(47,83)	23	
2 partos	4(36,36)	7(63,64)	11	
3 partos	5(62,50)	3(37,50)	8	
4 partos	0(0,00)	4(100)	4	
5 partos ou +	1(25)	3(75)	4	
Fatores institucionais e de acesso				
UBS próximo de casa				0,120*
Sim	14(53,85)	12(46,15)	26	
Não	12(35,29)	22(64,71)	34	
Meios de transporte				0,288*
Carro	3(60,0)	2(40,0)	5	
Moto	6(75,0)	2(25,0)	8	
Bicicleta	5(45,45)	6(54,55)	11	
Ônibus	2(40,0)	3(60,0)	5	
A pé	7(38,89)	11(61,11)	18	
Outros	3(23,08)	10(76,92)	13	
Satisfação quanto ao atendimento				0,721*
Satisfatório	23(44,23)	29(55,77)	52	
Insatisfatório	3(37,50)	5(62,50)	8	
Dificuldade de marcar 1ª consulta				0,497*
Sim	13(39,39)	20(60,61)	33	
Não	13(48,15)	14(51,85)	27	
Dificuldade de chegar à UBS				0,077*
Sim	6(28,57)	15(71,43)	21	
Não	20(51,28)	19(48,72)	39	

*Teste qui-quadrado Pearson; ^yTeste t-Student

O modelo de regressão logística destacado na tabela 2, após as seleções das variáveis, apresentou OR significativo para PN inadequado nas variáveis: município de residência, planejamento da gravidez e faixa etária. Para a variável município, foi observada associação para Ilhas do Pará e PN inadequado, que gerou um OR de 5,986 (1,14-31,37; p = 0,034), o que leva a inferir que as mulheres que são residentes na região das ilhas têm cerca de seis vezes mais

chances de fazer um PN inadequado do que as que residem em Macapá (categoria de referência). Quanto à variável planejamento da gravidez, foi verificado um OR de 6,365 (1,67-24,22; p = 0,007) para não planejamento da gravidez e PN inadequado, levando a inferir que as mulheres que não planejam a gravidez possuem cerca de seis vezes mais chances de obter um PN inadequado em relação às que planejam a gestação (categoria de referência). Quanto à variável idade, a faixa etária de 15 a 24 anos apresentou um OR de 3,58 (1,06-12,09; p = 0,039), o que leva a concluir que as mulheres nessa faixa etária possuem cerca de três vezes e meio mais chances de chegar a um pré-natal inadequado em relação às da faixa etária 25 anos ou mais.

Tabela 2. Análises multivariadas dos fatores associados à inadequação do início do pré-natal de acordo com o índice proposto e adaptado

Variáveis	Modelo Logístico Multivariado			p-value
	Odds ratio	Intervalo de Confiança 95%		
Município de residência				
Ilhas do Pará	5,986	1,142	31,376	0,034**
Macapá	1,00	-	-	
Gravidez planejada				
Não	6,365	1,673	24,221	0,007**
Sim	1,00			
Faixa Etária				
15-24	3,58	1,064	12,095	0,039**
25 ou +	1,00			

**Após ajustes finais no modelo multivariado, somente variáveis com p < 0,05 foram consideradas significativas para o modelo

DISCUSSÃO

A partir da análise da associação entre o início do PN inadequado segundo Índice APNCU adaptado e as características das gestantes e de atendimento na instituição e acesso, houve uma associação significativa com as variáveis: faixa etária e gravidez planejada. Na análise multivariada, com desfecho inadequação, não morar em Macapá (morar em Ilhas do Pará próximas), estar na faixa etária de jovens (15 a 24 anos) e não planejar a gravidez são fatores preditores para o início inadequado do pré-natal dessas gestantes.

É imprescindível conhecer a faixa etária da gestante, uma vez que complicações podem surgir por conta da idade e podem ser compensadas, se uma adequada assistência PN e conduta obstétrica forem oferecidas. Por exemplo, mulheres adolescentes apresentam baixa proporção de início precoce do PN⁽³⁾ e mulheres na faixa etária de 18 a 25 anos estão em pleno poder reprodutivo e têm mais chances de engravidar.⁽¹⁴⁾

O presente estudo apresentou 70,97% de inadequação ao início do PN no critério APNCU, na faixa etária de 15 a 24 anos. Dessa forma, é necessário que haja um olhar mais aguçado do profissional de saúde durante consultas de

rotina, a fim de orientar tanto acerca da captação precoce de PN quanto para evitar uma gravidez indesejada. Não planejar a gravidez mostrou-se estatisticamente significativa para o acesso inadequado ao PN, tal fato também é apresentado em outros estudos.⁽⁹⁾ A falta de desejo de engravidar influencia diretamente a concepção de importância de ingresso ao PN.⁽¹⁵⁾ Dessa forma, o início do PN se dá após o entendimento da gestação e do PN como importantes, momento este que pode ocorrer com o avançar da gestação.

Situação semelhante foi ressaltada em estudo que, entre as variáveis selecionadas para a análise de regressão múltipla para verificar a associação da qualidade do cuidado pré-natal, observou que o não planejamento da gestação ($OR=1,90$; $IC=1,25;2,87$) é uma das variáveis associadas ao PN inadequado.⁽¹⁶⁾

Das gestantes que moram em municípios em ilhas do estado do Pará, 78,57% tiveram início do PN inadequado. Isso mostra que o SUS ainda enfrenta um grande desafio, o acesso da população rural aos serviços de saúde, principalmente nas regiões Norte e Nordeste. Como desafios se podem citar as grandes distâncias entre a residência e os serviços de saúde, a precariedade dos serviços locais, a falta de capacitação dos profissionais de saúde, entre outros.⁽¹⁷⁾

Para que haja efetividade dos princípios organizacionais do SUS, é necessária também a utilização de estratégias de comunicação entre os serviços de alta, média e baixa complexidade que compõem o sistema, tornando favorável a assistência ao usuário com base em seu histórico de saúde e tratamentos passados. Para que esse fluxo seja realizado, é preciso uma efetiva referência e contrarreferência em saúde, de modo que o serviço informe outro serviço sobre o estado de saúde, doença e tratamento do cliente e o encaminhe.⁽¹⁸⁾

Dentro do contexto amazônico, há lacunas ou até mesmo inexistência, em muitas localidades, do sistema de referência e contrarreferência previsto na dinâmica assistencial da Estratégia Saúde da Família e do SUS como um todo. Esse sistema se mostra ineficiente e configura-se como real entrave para atendimento adequado de gestantes em seus municípios de origem. Os municípios ribeirinhos, de forma especial, são um desafio para a estruturação e a organização da Atenção Primária à Saúde devido às suas peculiaridades de acesso, infraestrutura e condições socioeconômicas, tendo a dinâmica de longitudinalidade e integralidade deficiente.⁽¹⁹⁾

Segundo estudo, as localidades com os piores indicadores de renda e Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) apresentam os mais baixos índices de adequação ao PN. Quanto a disponibilidade e infraestrutura, o estado do Pará (onde se situam as Ilhas do Pará citadas no estudo) apresenta na dimensão acesso (subdimensão disponibilidade

de infraestrutura) o pior desempenho da região no que diz respeito à assistência PN.⁽²⁰⁾ Entre alguns pontos para melhoria da integralidade dos serviços de saúde na zona rural (incluem-se os municípios ribeirinhos), encontram-se como desafios estruturais a presença de barreiras geográficas e as limitações no sistema de referência e contrarreferência, que ainda permanecem estagnados quanto à efetividade e à funcionalidade nessas regiões, o que corrobora para as fragilidades na rede de atenção.⁽²¹⁾

As Ilhas do Pará das quais as gestantes do estudo procedem são: Afuá, Breves e Chaves (Figura 1). As gestantes escolhem Macapá, muitas vezes, por conta da existência de familiares que residem na cidade e/ou devido à menor distância entre essas ilhas e Macapá, comparada a Belém/PA. Verificou-se que a proximidade geográfica exerce importante influência na escolha do destino daquelas que buscam acesso a serviços de saúde. Assim, Macapá atrai um número significativo de gestantes, mesmo que Belém apresente uma melhor infraestrutura e investimento para atendimento de saúde comparada a Macapá, que, por sua vez, possui o pior desempenho entre as capitais do país em investimento de saúde por pessoa.⁽²²⁾

O principal meio de transporte para essas gestantes são as embarcações, visto que são municípios cercados por rios e igarapés, situação que dificulta o acesso ao serviço de saúde e acarreta o PN com início inadequado, principalmente pela ausência de condições financeiras para obtenção de passagem para deslocamento para a cidade em busca de serviço.

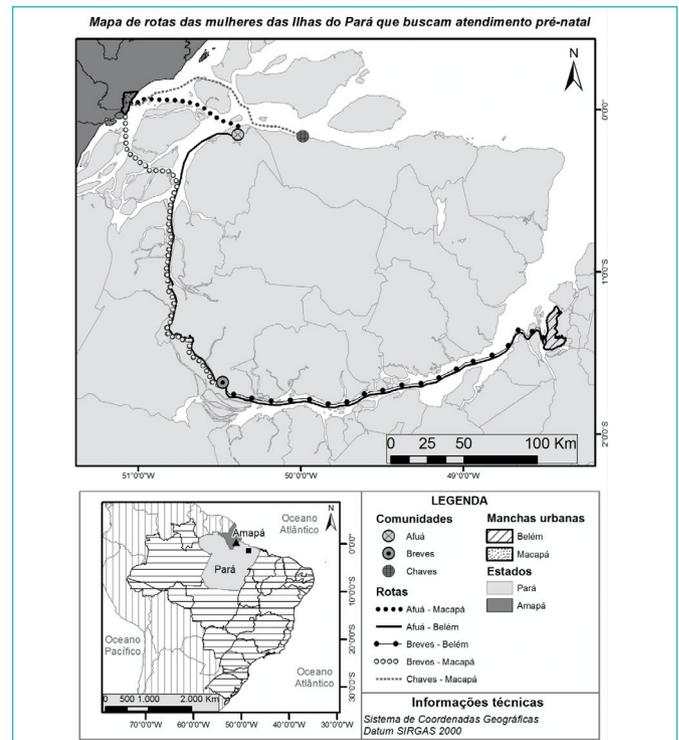


Figura 1. Mapa de rotas das mulheres das Ilhas do Pará que buscam atendimento pré-natal. QGIS Versão 2.14 Essen

Assim, sendo o Brasil um país de grande extensão, com lugares de difícil acesso, o que interfere tanto na chegada de profissionais de saúde, como também no deslocamento das gestantes até um serviço de saúde, com barreiras de acesso ao PN, é essencial a implementação de políticas públicas de saúde que levem a assistência PN para todas as regiões e de um programa de monitoramento de avaliação da assistência pré-natal, a fim de garantir a efetividade das ações e a qualidade do cuidado.⁽¹⁷⁾

Como limites do estudo, destaca-se que, durante a coleta de dados, os agendamentos de PN foram restritos ao turno vespertino por ausência de enfermeiro matutino, sem aviso prévio às gestantes já agendadas nesse horário e sem previsão para novos agendamentos, o que pode ter implicado o início inadequado da gestante ao PN e consequentemente influenciado a amostra, com um *n* abaixo da amostra estimada. Acresça-se a isso o fato de que o estudo foi realizado apenas em uma UBS, não permitindo, portanto, o real quantitativo de inadequação do início do pré-natal em todo o município.

O presente estudo trouxe como contribuição a reflexão sobre a necessidade de intensificação na sensibilização das gestantes adolescentes e jovens adultas para ingressarem nas UBSs no período adequado ao início do PN e de criação

de estratégias para captação e fortalecimento do vínculo entre gestante-profissional de saúde. Este poderá contribuir para embasamento na formulação de ações que visem a melhor atender as gestantes no município de Macapá, bem como em outros lugares que compartilham características em comum. Serve também como ponto de partida, tanto metodológica como referencialmente, para estudos posteriores.

CONCLUSÃO

Os fatores associados à inadequação do início do PN são de âmbitos sociodemográfico e comportamental. Ser jovem, morar em municípios em ilhas próximas a Macapá e ter uma gravidez não planejada estão associados ao início inadequado do pré-natal. Os resultados revelam iniquidades de acesso à assistência pré-natal, que fazem com que mulheres saiam de municípios vizinhos, de outro estado (no caso, o Pará), para serem atendidas em Macapá (Amapá).

CONTRIBUIÇÕES

CRBN, ISRS, LDF, EVS, ZASF, EQL, MPS, ET: concepção e/ou desenho do estudo; coleta, análise e interpretação dos dados; redação e/ou revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final a ser publicada.

REFERÊNCIAS

1. Goudard MJ, Simões VM, Batista RF, Queiroz RC, Alves MT, Coimbra LC, et al. Inadequacy of the content of prenatal care and associated factors in a cohort in the northeast of Brazil. *Ciênc Saúde Colet*. 2016;21(4):1227-38.
2. Shin D, Song WO. Influence of the Adequacy of the Prenatal Care Utilization Index on Small-For-Gestational-Age Infants and Preterm Births in the United States. *J Clin Med*. 2019;8(6):838.
3. Kotelchuck M. An evaluation of the kessner adequacy of prenatal care index and a proposed adequacy of prenatal care utilization index. *Am J Public Health*. 1994;84(9):1414-20.
4. Domingues RM, Viellas EF, Dias MA, Torres JA, Theme-Filha MM, Gama SG, et al. Adequacy of prenatal care according to maternal characteristics in Brazil. *Rev Panam Salud Publica*. 2015;37(3):140-7.
5. Neves RG, Flores-Quispe MD, Facchini LA, Fassa AG, Tomasi E. Prenatal care in Brazil: a cross-sectional study of the Program for Improving Primary Care Access and Quality, 2014. *Epidemiol Serv Saúde*. 2020;29(1):e2019019.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco [Internet]. Brasília (DF): Departamento de Atenção Básica; 2012 [cited 2018 Nov 27]. Available from: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf
7. Perlstein PH, Atherton HD, Kotagal UR. Prenatal care and infant emergency department use. *Pediatr Emerg Care*. 2000;16(3):156-9.
8. Fonseca MR, Querino JT, Forzenigo CT, Traldi MC. Evaluation of the assistance provided to pregnant women users of public service through prenatal information card records. *Perspect Med*. 2017;28(2):5-13.
9. Viellas EF, Domingues RM, Dias MA, Gama SG, Theme-Filha MM, Costa JV, et al. Prenatal care in Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2014;30(1):85-100.
10. Aguiar GF. Human nutrition and adaptation in Brazilian Amazon fishing areas: contributions to health policies. *Bol Mus Para Emílio Goeldi Ciênc Hum*. 2014;1(2):129-38.
11. Pereira PH, Antón AG, Vieira Junior WS, Domingues RA, Melo AL, Farias CS, et al. Associated factors to later access to prenatal care of Health Center #1 of Paranoá, Brazil, 2005. *Comun Ciênc Saúde*. 2006;17(2):101-10.
12. Pagnini DL, Reichman NE. Psychosocial factors and the timing of prenatal care among women in New Jersey's HealthStart program. *Int Fam Plan Perspect*. 2000;32(2):56-64.
13. Tomasi E, Fernandes PA, Fischer T, Siqueira FC, Silveira DS, Thumé E, et al. Quality of prenatal services in primary healthcare in Brazil: indicators and social inequalities. *Cad Saúde Pública*. 2017;33(3):e00195815.
14. Silva F, Pinedo S, Pires I, Felgueira E. Feminine fertility preservation- New challenges. *Acta Obstet Ginecol Port*. 2015;9(2):154-7.
15. Santos JM, Matos TS, Mendes RB, Freitas CK, Leite AM, Rodrigues ID. Influence in the reproductive planning and the women's satisfaction with the discovery of being pregnant in the quality of prenatal care in Brazil. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2019;19(3):537-43.

16. Melo EC, Oliveira RR, Mathias TA. Fatores associados à qualidade do pré-natal: uma abordagem ao nascimento prematuro. *Rev Esc Enferm USP*. 2015;49(4):540-9.
17. Balsells MM, Oliveira TM, Bernardo EB, Aquino OS, Damasceno AK, Castro RC, et al. Evaluation of prenatal care process for habitual-risk pregnant women. *Acta Paul Enferm*. 2018;31(3):247-54.
18. Andrade LS, Francischetti I. Reference and Counter-Reference: Understandings and Practices. *Saúde Transform Soc*. 2019;10(1-3):54-63.
19. Moysés RP, Teixeira VC, Martins RG, Souza CS, Abensur TC, Pereira MG. Integrality and Longitudinality of Primary Care for Women's Health: Na Analysis of Three Amazonian Municipalities. *Rev APS*. 2019;22(1):168-82.
20. Guimarães WS, Parente RC, Guimarães TL, Garnelo L. Access to prenatal care and quality of care in the Family Health Strategy: infrastructure, care, and management. *Cad Saúde Pública*. 2018;34:e00110417.
21. Pereira LL, Pacheco L. The challenges faced by the More Doctors Program in providing and ensuring comprehensive health care in rural areas in the Amazon region, Brazil. *Rev Interface*. 2017;21(Supl 1):1181-92.
22. Conselho Federal de Medicina (CFM). Estados reduzem participação no setor. Brasília (DF): CFM; 2018 [citado 2021 Mar 20]. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/noticias/estados-reduzem-participacao-no-gasto-com-saude-2/>

CONSTRUÇÃO DE UMA CARTILHA EDUCATIVA PARA FAMILIARES CUIDADORES SOBRE CUIDADO DOMICILIAR AO IDOSO DEPENDENTE AMAZÔNICO

CONSTRUCTION OF AN EDUCATIONAL BOOKLET FOR FAMILY CAREGIVERS ABOUT HOME CARE FOR THE ELDERLY DEPENDENT IN THE AMAZON

CONSTRUCCIÓN DE UN FOLLETO EDUCATIVO PARA CUIDADORES FAMILIARES SOBRE EL CUIDADO EN EL HOGAR DE ANCIANOS DEPENDIENTES EN LA AMAZONÍA

Esmael Marinho da Silva¹ (<https://orcid.org/0000-0001-5417-5461>)

Deyvylan Araujo Reis¹ (<https://orcid.org/0000-0001-9314-3745>)

Descritores

Tecnologia educativa; Cuidador familiar; Cuidados primários; Idosos dependentes

Descriptors

Educational technology; Family caregiver; Primary care; Dependent elderly

Descriptores

Tecnología educativa; Cuidador familiar; Atención primaria; Anciano dependiente

Recebido

27 de Janeiro de 2021

Aceito

28 de Abril de 2021

Conflitos de interesse:

nada a declarar.

Autor correspondente

Esmael Marinho da Silva

E-mail: esmaelmarinho1998@gmail.com

RESUMO

Objetivo: Descrever a construção de uma cartilha educativa para familiares cuidadores sobre o cuidado domiciliar ao idoso dependente no contexto Amazônico.

Métodos: Trata-se de um estudo metodológico, realizado no período de setembro de 2019 a agosto de 2021. A produção tecnológica seguiu quatro etapas: Levantamento bibliográfico; Construção textual da cartilha; Pesquisa e definição das imagens e *Layout* e diagramação da cartilha.

Resultados: A cartilha aborda os cuidados referentes às dificuldades e necessidades dos cuidadores domiciliares - higiene corporal, banho no chuveiro, banho na cama, higiene íntima, higiene da boca, troca de fraldas, prevenção de quedas, mobilização e transferência, cuidados com a alimentação, cuidados com os medicamentos, cuidados para evitar quedas, cuidados quanto ao uso de redes e cuidados quanto ao uso de remédios caseiros.

Conclusão: A cartilha apresenta orientações sobre as principais atividades assistenciais que o cuidador desempenha no dia a dia no cuidado à pessoa idosa dependente, sendo divididas em tópicos. A cada atividade seguem orientações necessárias ao cuidado para que o cuidador preste uma assistência mais segura e as dificuldades vivenciadas na prática sejam minimizadas.

ABSTRACT

Objective: To describe the construction of an educational booklet for family caregivers about home care for dependent elderly in the Amazon context.

Methods: This is a methodological study, carried out from September 2019 to August 2021. Technological production followed four stages: Bibliographic survey; Textual construction of the booklet; Research and definition of images and Layout and diagramming of the booklet.

Results: The booklet addresses the care related to the difficulties and needs of home caregivers - body hygiene, showering, bathing in bed, intimate hygiene, mouth hygiene, changing diapers, preventing falls, mobilization and transfer, care with food, care with medications, care to prevent falls, care regarding the use of hammocks and care regarding the use of home remedies.

Conclusion: The booklet provides guidance on the main care activities that the caregiver performs on a daily basis in caring for the dependent elderly person, being divided into topics. Each activity follows the necessary care guidelines so that the caregiver provides safer care and the difficulties experienced in practice are minimized.

RESUMEN

Objetivo: Describir la construcción de un folleto educativo para cuidadores familiares sobre el cuidado domiciliario de ancianos dependientes en el contexto amazónico.

Métodos: Se trata de un estudio metodológico, realizado de septiembre de 2019 a agosto de 2021. La producción tecnológica siguió cuatro etapas: Encuesta bibliográfica; Construcción textual del folleto; Investigación y definición de imágenes y Maquetación y diagramación del folleto.

Resultados: El folleto aborda los cuidados relacionados con las dificultades y necesidades de los cuidadores domiciliarios - higiene corporal, bañarse en la ducha, bañarse en la cama, higiene íntima, higiene bucal, cambio de pañales, prevención de caídas, movilización y traslado, cuidados con la alimentación, cuidados con medicamentos, cuidado para evitar caídas, cuidado con el uso de hamacas y cuidado con el uso de remedios caseros.

Conclusión: El folleto brinda orientación sobre las principales actividades de cuidado que el cuidador realiza a diario en el cuidado del anciano dependiente, dividido en temas. Cada actividad sigue las pautas de cuidado necesarias para que el cuidador brinde una atención más segura y se minimicen las dificultades experimentadas en la práctica.

¹Instituto de Saúde e Biotecnologia, Universidade Federal do Amazonas, Coari, AM, Brasil.

Como citar:

Silva EM, Reis DA. Construção de uma cartilha educativa para familiares cuidadores sobre cuidado domiciliar ao idoso dependente Amazônico. *Enferm Foco*. 2021;12(4):718-26.

DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n4.4491>

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é uma realidade mundial. No Brasil, o crescimento da população acima de 60 anos é decorrente de várias mudanças que ocorreram no Brasil, entre elas a diminuição da taxa de natalidade, o aumento da expectativa de vida, a implementação de programas sociais, o desenvolvimento econômico do país e outros. Com isso, a estimativa é de que o grupo de 60 anos ou mais duplicará nos últimos anos, sendo estimado um total de 29,3 milhões de pessoas idosas no ano de 2020 e 66,5 milhões em 2050. Atrelado ao aumento do número de idosos, cresce também o número de indivíduos com dependência total, com projeções de 76,8 inativos para cada cem pessoas em idade ativa em 2050.⁽¹⁾

Concomitantemente ao processo de envelhecimento, é comum o desenvolvimento de doenças, principalmente as crônicas não transmissíveis, como hipertensão arterial e diabetes mellitus, sendo apontado que essas doenças estão associadas à dependência para a capacidade funcional. Além disso, com o avançar da idade, ocorre declínio das funções fisiológicas, o que compromete ainda mais a funcionalidade do indivíduo, limitando a capacidade para a realização de algumas atividades básicas, como comer, andar, tomar banho, vestir-se, entre outras o que também contribui para a prevalência de dependência nessa população.⁽²⁾

Uma pesquisa realizada com 23.815 participantes com idade igual ou superior a 60 anos identificou que 7.233 (30,1%) relataram ter dificuldades para realizar uma ou mais atividades da vida diária, com prevalência de 81,2% (n= 5.978) de idosos com limitações funcionais que necessitavam de ajuda para realizá-las. O estudo também evidenciou que a maioria desses idosos recebiam ajuda do tipo informal (81,8%); 62,0% receberam ajuda de familiar não remunerado que residia no mesmo domicílio; 35,8% de familiar não remunerado que residia em outro domicílio e 4,9% de familiares ou outra pessoa não remunerada. Observou-se, portanto, a prevalência de cuidados informais prestados por familiares no domicílio à pessoa idosa no Brasil.⁽³⁾

Diante disso, com o aumento progressivo de idosos no país, é cada vez mais comum a assistência prestada por familiares à pessoa idosa no domicílio, sendo estimado que aproximadamente 6,5 milhões sejam dependentes de cuidados e em torno de 5,7 milhões de familiares ou amigos próximos estejam prestando assistência informalmente a esses idosos no domicílio.⁽³⁾ Desse modo, durante o cuidado diário prestado por cuidadores familiares aos idosos no domicílio surgem dificuldades e limitações durante a prestação dessa assistência.

Atrelado a isso, estudos têm abordado as limitações que envolvem os cuidados domiciliares prestados por cuidadores à pessoa idosa, sendo apontadas as dificuldades enfrentadas por eles no cuidado ao ente dependente. Entre elas, destacam-se: falta de apoio e de orientações para melhor desempenhar suas funções, insegurança e despreparo para realizar as atividades diárias, além de dúvidas referentes a atividades que exigem conhecimento prévio, como, por exemplo, a realização de transferência do idoso de um local para outro, quais cuidados necessários ao dar banho, trocar fraldas entre outros.^(4,5)

No que tange aos desafios encontrados pelos cuidadores no desempenho da assistência à pessoa idosa dependente no domicílio, a literatura aponta a importância do desenvolvimento de estratégias que favoreçam essa assistência domiciliar realizada por cuidadores, de modo a minimizar as dificuldades enfrentadas. Entre estas estratégias, destaca-se a capacitação dos cuidadores e o fornecimento de suporte informativo por meio de ações educativas a fim de capacitá-los para um melhor desempenho no cuidado ao idoso dependente.⁽⁶⁻⁸⁾

Nesse contexto, um dos recursos que vêm sendo utilizados para proporcionar, agilizar e aperfeiçoar o processo de educação em saúde sobre diversas temáticas da área da saúde são as tecnologias educativas, entre estas, destaca-se a construção de cartilhas por serem materiais que facilitam o entendimento sobre determinado assunto e auxiliam no processo de construção de saberes do público-alvo ao qual o material se destina.⁽⁹⁾

A tecnologia educativa, tanto impressa como digital, direcionada aos cuidadores de idosos apresenta-se como uma metodologia essencial para orientar e informar os cuidadores sobre os cuidados necessários à assistência ao idoso dependente de modo a torná-la efetiva.⁽⁸⁾ Principalmente, quando os cuidadores são limitados a fontes de informações fidedignas e de serviços que possam dar apoio e favorecer a assistência domiciliar prestada por cuidadores, como é caso dos cuidadores e idosos que residem em cidades do interior, como as do norte do país, que não apresentam suporte de serviços especializados em cuidados ao idoso dependente.

Diante disso, a construção de cartilhas educativas possibilita intervenções eficazes por meio de método simples, objetivo e claro. Oferecem informações pertinentes, que propiciam o conhecimento de acordo com a temática com foco nas necessidades de cuidado, minimizando as limitações e dificuldades vivenciadas.⁽¹⁰⁾

Nesse sentido, a criação e a disponibilização de uma cartilha educativa para o cuidador familiar de idoso dependente

no contexto amazônico será de fundamental relevância para os idosos, seus familiares e a equipe multiprofissional, levando em consideração a escassez de estudos metodológicos direcionados aos cuidadores de idosos dependentes do interior do Amazonas. Logo, esta tecnologia educativa pretende fornecer orientações aos cuidadores referentes aos principais cuidados diários prestados aos idosos dependentes, melhorar o entendimento desses cuidadores sobre os cuidados a serem desempenhados e auxiliá-los no diálogo com os profissionais de saúde nas ações domiciliares e, tendo a somar como uma ferramenta auxiliar no processo de trabalho da equipe de atenção básica, em especial do enfermeiro. Portanto, além das orientações recebidas durante as visitas domiciliares, os familiares terão acesso a um material impresso para consultar quando necessário. Com isso, esta pesquisa objetiva descrever as etapas de construção de uma cartilha educativa destinada ao cuidador familiar de idosos dependentes no contexto amazônico.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo metodológico, desenvolvido no período de setembro de 2019 a agosto de 2021, com a construção da cartilha educativa para o cuidador familiar sobre cuidados domiciliares ao idoso dependente. Esse tipo de estudo tem como estratégia de pesquisa a ênfase no desenvolvimento, na validação e na avaliação de ferramentas e métodos de pesquisa.⁽¹⁰⁾ Entretanto, ressalta-se que o presente estudo se prende à descrição da primeira etapa da pesquisa centrada no processo de construção da tecnologia educativa desenvolvida a partir de quatro etapas: 1. Levantamento bibliográfico; 2. Construção textual da cartilha; 3. Pesquisa e definição das imagens e 4. *Layout* e diagramação da cartilha.

Etapa 1- Levantamento bibliográfico

A primeira etapa da pesquisa ocorreu com o levantamento bibliográfico por meio de uma Revisão Integrativa de Literatura (RIL). Para a realização da RIL, as seguintes etapas foram delimitadas: elaboração da pergunta norteadora; busca e amostragem na literatura; coleta de dados; análise crítica dos estudos incluídos; discussão dos resultados e apresentação da revisão integrativa.⁽¹¹⁾ Em relação à elaboração da pergunta norteadora da revisão, os pesquisadores utilizaram a estratégia PICO, uma metodologia voltada para a pesquisa não clínica em que P corresponde a população, paciente ou problema; I, a interesse e Co, a contexto. Neste estudo, P refere-se a cuidadores de idosos, I: dificuldades e limitações vivenciadas pelos cuidadores e Co: domicílio. Dessa forma, a seguinte pergunta norteou a pesquisa:

Quais as principais dificuldades e limitações vivenciadas pelos cuidadores de idosos dependentes no domicílio? Essa estratégia possibilita definir palavras-chaves e descritores e assim localizar estudos relevantes nas bases de dados. A busca de artigos na literatura científica a respeito do conhecimento sobre o assunto para a construção da RIL foi realizada nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciência da Saúde (LILACS) e *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO) e Base de Dados de Enfermagem (BDENF). O levantamento dos artigos foi realizado nos meses de janeiro e fevereiro de 2020, não se estabelecendo previamente um recorte temporal para procurar pesquisas, tendo sido incluídos os estudos encontrados a partir do primeiro trabalho, no ano de 2005 até o último, no ano de 2019. Para a busca nas bases de dados, utilizou-se a terminologia em saúde consultada nos Descritores em Ciência da Saúde (DeCS) e o operador booleano AND: "Cuidadores" AND "Idoso" AND "Educação em saúde" AND "Domicílio". A amostra inicial foi de 34 artigos, sendo 23 identificados na BDENF, sete na LILACS e quatro na SCIELO. Os critérios de inclusão estabelecidos para a seleção de artigos a compor a revisão integrativa foram: artigos disponíveis na íntegra, gratuitos, nos idiomas português, inglês e espanhol. Enquanto os critérios de exclusão foram: artigos duplicados e que não abordassem a temática da pesquisa. Os artigos repetidos nas bases de dados foram computados apenas uma vez para análise. Fez-se a leitura do título e do resumo de cada artigo de modo a identificar a presença de elementos que abordassem as dificuldades e limitações dos cuidadores no cuidado à pessoa idosa dependente. Em seguida, realizou-se a leitura completa dos estudos selecionados para compor a RIL, tendo sido a amostra final composta de seis artigos. A definição das informações acerca dos cuidados ao idoso dependente extraídas dos estudos foi apresentada em quadros compostos das referências selecionadas com os seguintes tópicos: título, ano, nome do periódico, quantidade e perfil dos autores, tipo de artigo, objetivos, resultados, conclusões. Tais informações foram analisadas e, após, utilizadas para embasar a construção da tecnologia educativa. A RIL permitiu identificar as principais dificuldades e limitações vivenciadas pelos cuidadores e, com isso, definir os tópicos da cartilha.

Etapa 2- Construção textual

A segunda etapa correspondeu à construção textual da cartilha com base na síntese da RIL, e, de forma complementar, realizaram-se pesquisas em manuais, entre os quais cita-se o Guia Prático do Cuidador,⁽¹²⁾ dissertações e

teses que abordaram orientações de cuidados domiciliares à pessoa idosa dependente, por meio de busca no *site* do catálogo de teses da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Também foram explorados manuais do Ministério da Saúde. Sendo assim, buscou-se realizar a identificação dos tópicos e a seleção dos conteúdos sobre os cuidados ao idoso dependente, a partir da leitura dos materiais selecionados. Em seguida, procedeu-se à categorização das informações identificadas como relevantes para os cuidadores familiares sobre os cuidados à pessoa idosa, as quais deram origem às temáticas apresentadas na cartilha educativa. A cartilha foi confeccionada conforme as recomendações para elaboração e eficácia de tecnologias educativas, considerando-se, durante o processo de construção do material, organização, conteúdo, linguagem clara e sucinta, atentando para a realidade do público-alvo, em relação ao nível educacional, a fim de se construir um material com informações compreensíveis, com linguagem simples e de fácil entendimento.

Etapa 3- Pesquisa e definição das imagens

A terceira etapa consistiu em tornar a cartilha atrativa e dinâmica para os cuidadores domiciliares. Para tanto, buscaram-se ilustrações de imagens em *sites* de busca da internet. As imagens foram recolhidas em *sites* com direitos de autoria livre.⁽¹³⁾ As ilustrações selecionadas foram as que complementaram a parte textual da cartilha, de modo a auxiliar no entendimento a respeito do conteúdo abordado. Como critério de seleção, adotou-se a aproximação dessas imagens à realidade encontrada por cuidadores familiares no ambiente domiciliar. Para todas as imagens e ilustrações, foi indicada a fonte de onde foram extraídas. Além disso, as ilustrações foram processadas por um *designer* especificamente para a pesquisa.

Etapa 4- Layout e diagramação

A quarta etapa consistiu na realização de *layout* e diagramação da cartilha. Nessa etapa, o trabalho de *design* e diagramação das imagens e da cartilha de modo geral foi feito por profissional de *design* gráfico, e as ilustrações e modificações, assim que realizadas, eram submetidas aos pesquisadores para aprovação. Em seguida, procedeu-se à formatação do material, que resultou no primeiro protótipo da cartilha, que foi construída utilizando os programas: *Word 2010®* da *Microsoft®*, *Adobe Illustrator*. *Adobe Indesign*. A construção da cartilha foi realizada de forma sequencial, ou seja, todas as etapas ocorreram em uma ordem definida para facilitar a organização e promover a coerência entre as informações, proporcionando a compreensão do assunto.

Além disso, para a criação da cartilha, foram levados em consideração aspectos visuais, nível de alfabetização e cognição dos pacientes e seus cuidadores, características regionais e hábitos e costumes dos idosos e cuidadores do interior do Amazonas. A seguir, apresenta-se o fluxograma das etapas do projeto (Figura 1).

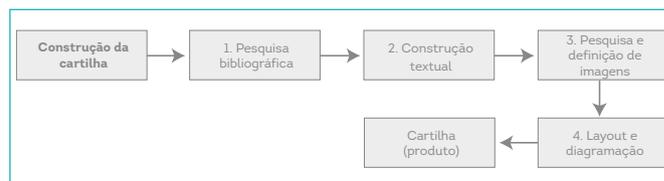


Figura 1. Fluxograma das etapas de construção da tecnologia educativa

Em relação aos aspectos éticos da pesquisa, ressalta-se que todos os autores consultados foram mencionados no texto e referenciados.

RESULTADOS

A apresentação dos resultados se deu em três etapas: descrição do processo de levantamento dos dados que compõem a cartilha, construção da tecnologia propriamente dita e apresentação da tecnologia construída. Para subsidiar a construção da tecnologia educativa para o cuidador familiar, foi realizada uma revisão integrativa nas bases de dados *on-line*, selecionando artigos que respondessem à pergunta norteadora da pesquisa: Quais as principais dificuldades e necessidades vivenciadas pelos cuidadores de idosos dependentes no domicílio?

A revisão integrativa foi composta de seis artigos. Após a seleção dos artigos, foi realizada tabulação no programa *Microsoft Excel* dos principais achados identificados nos estudos para melhor análise e interpretação dos dados. As informações extraídas dos artigos estão apresentadas no quadro 1.

Quadro 1. Temas/Categoria identificados na pesquisa bibliográfica através da Revisão Integrativa de Literatura (RIL) que subsidiaram a construção da tecnologia educativa

Tema	Categoria
Dificuldades	Dificuldades referentes aos cuidados quanto à higiene oral e corporal do idoso dependente. Dificuldade frente aos cuidados com a alimentação. Dificuldades em relação à locomoção, principalmente de idosos acamados. Dificuldades durante o banho (cama e chuveiro). Dificuldades quanto à troca de roupa e de fralda do idoso. Dificuldades quanto aos cuidados com as medicações do idoso. Dificuldades quanto à realização de exercícios.
Necessidades	Orientações fornecidas pelos profissionais de saúde da Unidade Básica de Saúde (UBS); Conhecimento da doença do idoso; Conhecimentos gerais e, em particular, sobre o idoso. Cuidados com as medicações do idoso

Os achados identificaram as principais dificuldades e necessidades apontadas nos estudos a partir dos relatos de cuidadores familiares que embasaram os tópicos da tecnologia construída. Além dos artigos, utilizaram-se teses, dissertações e manuais que abordam os cuidados domiciliares a idosos dependentes, e as informações foram categorizadas e posteriormente utilizadas no embasamento teórico do material educativo.

Após definição da parte textual, trabalhou-se a aparência da tecnologia, a começar pela capa. A ilustração da capa da cartilha foi criada por um *designer*, com base na sugestão dos pesquisadores do estudo, que foi aprimorada pelo profissional. Para a construção da capa da cartilha, foram levadas em consideração algumas características: casa de madeira, muito prevalente no interior do Amazonas; figura feminina, representando uma cuidadora, tendo em vista que a literatura evidencia que a mulher é a principal responsável por cuidar da família; cadeira de balanço e uma idosa na frente da residência, um hábito muito comum, e o chão de terra, caracterizando a realidade do interior (Figura 2). Tais componentes têm em vista que a cartilha educativa será aplicada a cuidadores de idosos do município de Coari, localizado no interior do Amazonas.

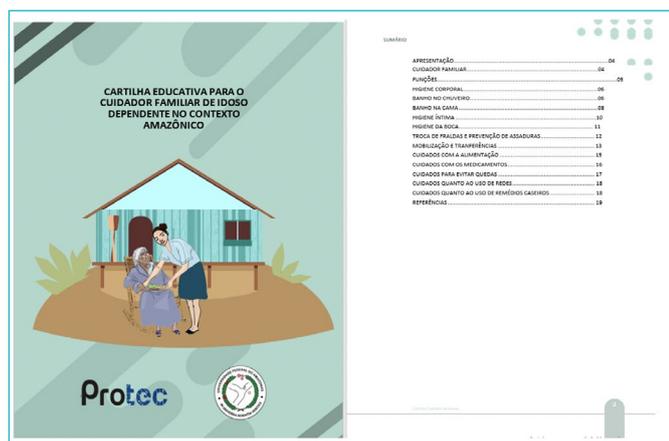


Figura 2. Capa e página de sumário da cartilha educativa para cuidador familiar sobre cuidados domiciliares ao idoso dependente no contexto Amazônico

Nesse aspecto, o produto final da capa, após a criação da imagem pelo *designer*, baseada na sugestão dos pesquisadores, e ajustes solicitados, apresenta: a figura de uma idosa sentada em uma cadeira de balanço em frente a uma casa de madeira com chão de terra e a figura de uma cuidadora, cenário que caracteriza a região do interior do Amazonas, à qual a cartilha está direcionada. Logo abaixo, encontra-se o brasão da instituição de ensino superior e o da instituição de financiamento da pesquisa (Pró-Reitoria

de Inovação Tecnológica da Universidade Federal do Amazonas), que estão ligadas ao apoio do desenvolvimento e financiamento da pesquisa.

Identificam-se, na segunda página da cartilha, as informações referentes à ficha técnica, como apresentação dos autores e suas respectivas titulações acadêmicas, assim como créditos técnicos (ilustrações e diagramação), instituição de apoio e a ficha técnica da cartilha. Na página subsequente, consta o sumário, seguido da apresentação e um breve conceito de cuidador familiar e, em seguida, os tópicos de cuidados ao idoso dependente.

A definição dos tópicos foi: cuidados na higiene corporal, banho no chuveiro, banho na cama, higiene íntima, higiene da boca, troca de fraldas, prevenção de quedas, mobilização e transferência, cuidados com a alimentação, cuidados com os medicamentos, cuidados para evitar quedas, cuidados quanto ao uso de redes e cuidados quanto ao uso de remédios caseiros.

Em seguida, foram descritas, de acordo com cada tópico supracitado, as principais orientações quanto aos cuidados a serem prestados pelo cuidador à pessoa idosa dependente assistida no domicílio. Todas as informações foram descritas em tópicos curtos e com uma linguagem acessível para o público em questão. Essas orientações presentes na cartilha se basearam em informações de manuais, teses, dissertações e artigos atualizados e foram selecionadas após uma leitura exaustiva e minuciosa desses materiais. As principais informações e orientações acerca desses cuidados foram categorizadas, com o intuito de sintetizar e adequar as informações com uma linguagem simples e acessível para o público de cuidadores do interior.

Durante o processo de construção da tecnologia, consideraram-se os seguintes princípios: apresentar clareza nas orientações; evitar terminologias técnicas, optando-se por linguagem clara e objetiva; disponibilizar orientações relativas às principais dificuldades que os cuidadores domiciliares apresentavam na assistência e adequar as informações à realidade regional.

Após realizada a definição dos tópicos da cartilha e a descrição das orientações ao cuidador familiar, bem como a elaboração da arte da capa da cartilha, procedeu-se à seleção de imagens e ilustrações do material por meio de pesquisas na internet em *sites* com direitos de autoria livre.

A cartilha apresenta ilustrações que buscam acompanhar e complementar a parte textual de modo a facilitar o entendimento dos cuidadores para a realização de atividades diárias e tornar o material mais atrativo e dinâmico para o público-alvo. Todas as imagens utilizadas foram referenciadas no corpo da cartilha.

O próximo passo de construção da tecnologia educativa foi a diagramação realizada pelo *designer*. O programa utilizado para a criação das imagens (capa da cartilha) foi o *Illustrador* e, para a diagramação, utilizou-se o programa *Adobe Indesign*. No *layout* do texto, foi empregada a fonte Montserrat, tamanho 12 e utilizada a cor preta para as fontes e cores claras para destacar a cartilha. Para a apresentação dos títulos dos conteúdos, foi usada a fonte 14. Além disso, constam as imagens que fazem referência ao conteúdo abordado.

A primeira versão da cartilha sobre orientação para cuidador familiar, intitulada “Cartilha educativa para o cuidador familiar de idoso dependente no contexto amazônico”, foi construída com um total de 19 páginas e se compôs de capa; elaboração, apoio e ficha técnica; sumário, página de apresentação e tópico de conceito do que é ser cuidador; funções do cuidador familiar; higiene corporal, banho no chuveiro; banho na cama; higiene íntima; higiene da boca; troca de fraldas e prevenção de assaduras; mobilização e transferência; cuidados com a alimentação; cuidados com os medicamentos; cuidados para evitar quedas; cuidados quanto ao uso de redes; cuidados quanto ao uso de remédios caseiros e referências (Figura 3).



Figura 3. Páginas com conteúdo da cartilha educativa para cuidador familiar sobre cuidados domiciliares ao idoso dependente no contexto Amazônico

Cada tópico apresenta orientações de cuidados a serem prestados pelo cuidador familiar à pessoa idosa dependente. Todas as informações presentes no material educativo têm como principal objetivo esclarecer e orientar, quanto aos conteúdos relevantes, o cuidador e seus familiares e gerar, desse modo, capacitação para as atividades desempenhadas no dia a dia. Buscou-se associar conteúdo rico, em informações claras e objetivas, com linguagem acessível a todos os cuidadores familiares de idosos dependentes.

DISCUSSÃO

Tendo em vista a importância das tecnologias como ferramenta de suporte para o cuidado, no âmbito de saúde do idoso estas são indispensáveis, principalmente devido ao aumento desse segmento populacional no mundo. Um estudo buscou identificar as perspectivas das pessoas idosas com demência, dos seus cuidadores informais e dos profissionais de saúde referente ao uso de tecnologias no cuidado a pessoas idosas que vivem em casa, sendo revelado por estes a necessidade de tecnologias de maior facilidade e praticidade para o uso, confidencialidade e que favoreça o cuidado e ajude a melhorar a interação entre cuidador, idoso e profissional.⁽¹⁴⁾

Na Noruega com o aumento da população idosa o país tem dado atenção aos idosos que estão envelhecendo no domicílio através de investimento em estratégias como serviços de assistência domiciliar, em tecnologias e suporte aos cuidadores informais. Uma pesquisa realizada no país explorou o trabalho desenvolvido por enfermeiros através do suporte e cuidado à distância, usando uma câmera web e um fórum da web de tele-atendimento para cuidadores de pessoas que sofrem de acidente vascular cerebral (AVC) e demência. Esta comunicação foi caracterizada pela proximidade e também pela empatia e visando fortalecer os cuidadores e proporcionar competência e independência.⁽¹⁵⁾

No Brasil, o aumento da população idosa também é uma realidade e frente a este acelerado processo de transição cresce a prevalência de doenças e a condição de dependência em idosos que vivem no domicílio. Um estudo de revisão sistemática identificou altas prevalência de incapacidade funcional em idosos brasileiros, com prevalência média igual a 42,8% (±21,0) entre as mulheres e 39,6% (±26,2) entre os homens.⁽¹⁶⁾ Diante desses achados, observa-se que a prevalência de idosos dependentes no país é alta e vem crescendo, logo, os idosos precisam contar com a ajuda de outra pessoa para auxiliá-los em suas necessidades básicas, o cuidador familiar, porém cuidar de um ente dependente é complexo e desafiante e o cuidador precisa ser bem orientado pelos profissionais de saúde para melhor desempenhar essa função. Sendo assim, a cartilha poderá contribuir de forma complementar a essas orientações realizadas pela equipe.

Vale salientar que esta cartilha não tem o propósito de substituir as orientações realizadas por profissionais durante as visitas domiciliares, mas deve ser utilizada como uma ferramenta auxiliar e ajudar nesse processo, podendo ser empregada pelos profissionais de saúde durante as atividades de educação em saúde direcionadas ao cuidador familiar e ser distribuída para este, a fim de que possa

consultar sempre que necessário. Ressalta-se que a cartilha é um mecanismo de informação simples e de fácil entendimento, que permite reforçar o conhecimento das orientações já fornecidas pelos profissionais de saúde.⁽¹⁷⁾

Uma pesquisa revelou, com base nas falas das cuidadoras, as diversas dificuldades encontradas no cuidado prestado à pessoa idosa no ambiente domiciliar, principalmente relacionadas aos cuidados práticos, destacando a necessidade de receber educação e orientação quanto a estas práticas, e a importância do desenvolvimento de Tecnologias Educativas (TE) como mecanismo de levar orientação e informação sobre os cuidados com o idoso, revelam ainda a importância de se ter uma TE, seja impressa ou digital, como algo mais dinâmico e com maior praticidade de uso, que contribuisse com seus afazeres cotidianos no cuidado ofertado à pessoa idosa.⁽⁸⁾

Nesse aspecto, um estudo de revisão identificou que os cuidadores necessitam de informações fidedignas e atualizadas e precisam ser preparados pelos profissionais de saúde para as demandas de cuidados, destacando que os cuidadores recorrem a fontes não confiáveis para obter informações. Logo, obter conhecimento e aprender a fazer as atividades de cuidado ao idoso dependente é uma das necessidades prioritárias do cuidador familiar segundo a literatura.⁽¹⁸⁾

Nessa contextualização, a cartilha vem contribuir com os cuidadores, ofertando orientações sobre os cuidados necessários à assistência ao idoso dependente no contexto domiciliar. Tal ferramenta é ainda mais útil frente ao cenário de poucos serviços e meios de se obter acesso a informações fidedignas destinadas a orientar e capacitar os cuidadores como é a realidade daqueles que residem no interior do Amazonas, o que ratifica a importância do referido estudo. Tendo em vista essas necessidades, torna-se crucial o desenvolvimento de tecnologias educativas baseadas em informações científicas para qualificar os cuidados ofertados aos idosos.

O desenvolvimento dessa tecnologia converge com o que propõe o Manual do Cuidador da Pessoa Idosa,⁽¹²⁾ uma vez que contribui com a multiplicação de informações aos cuidadores referente às orientações adequadas quanto aos cuidados oferecidos à pessoa idosa. E corrobora com as conclusões de um estudo que avaliou as evidências científicas acerca das TE na promoção da saúde do idoso sobre a necessidade de desenvolver estratégias para integrar as TE de caráter inovadoras na assistência e em políticas públicas de saúde.⁽¹⁹⁾

Atualmente as TE vêm sendo bastante utilizadas como campo de pesquisa na enfermagem. Estudos metodológicos

realizados no Brasil que contemplam a utilização de cartilhas e manuais educativos, voltados para a prática de enfermagem e promoção de educação em saúde, destacam a importância do desenvolvimento de estudos nessa linha de pesquisa.^(9,20-22) No caso dos cuidadores de idosos dependentes a construção de materiais educativos é primordial para favorecer o cuidado prestado no domicílio.

A literatura evidencia que os familiares cuidadores de idosos dependentes desenvolvem inúmeras atividades, sendo responsáveis por zelar pelo idoso e auxiliar nas suas atividades diárias de forma contínua. Entre os cuidados prestados estão: alimentação, higiene corporal e oral, locomoção e movimentação, mudança de decúbito, preparo e administração de medicamentos, segurança e suporte emocional, entre outras atribuições.⁽²³⁻²⁵⁾ Porém algumas dessas atividades são complexas e exigem preparo do cuidador para melhor desempenhá-las. Sendo assim, a referida cartilha vem a contribuir para orientar os cuidadores na realização destas atividades. A referida cartilha foi construída embasada na literatura científica por levantamento bibliográfico, o que estar de acordo com outros estudos metodológicos que também utilizaram esse método para embasar seu conteúdo e dar maior credibilidade ao material produzido.^(22,26,27)

O foco da cartilha foram as peculiaridades dos cuidadores e idosos do interior do Amazonas, e a linguagem usada foi adaptada para o público em questão. Abordou tópicos de orientações para algumas práticas que os idosos e cuidadores dessa região costumam realizar, tais como dormir em redes e consumir remédios caseiros. Nesse sentido, há orientação quanto a essas práticas peculiares. Uma pesquisa aponta a importância de estudos metodológicos conformarem a tecnologia de acordo com o contexto no qual ela será utilizada para que o seu uso possa ser viável.⁽²⁸⁾

Houve a preocupação de evitar termos técnicos no conteúdo da cartilha e de adotar uma linguagem simples e clara para facilitar o entendimento do que está sendo apresentado. Materiais educativos precisam ser de fácil leitura e entendimento e coerentes com o público-alvo. Além disso, as TE precisam ter informações corretas, sendo recorrente a solicitação de ajustes da linguagem dos materiais quando passam por processo de validação.⁽²⁹⁾

Para tornar a cartilha atrativa, dinâmica e melhorar o entendimento do que está sendo abordado, foram utilizadas imagens que complementassem a parte textual do material, facilitando a interpretação e compreensão da mensagem de texto. Isso possibilita ao cuidador ler as orientações e compará-las com a figura ao lado. Pesquisas salientam que as imagens devem ser usadas como método

para chamar a atenção do leitor e torná-lo interessado a ler o material, além de servir para complementar e reforçar o conteúdo abordado.⁽¹⁷⁾ A cartilha foi construída com uma linguagem clara e objetiva de acordo com o que propõe a literatura, direcionada aos cuidadores de idosos dependentes no contexto domiciliar. Visa auxiliar nos cuidados prestados ao idoso dependente nos seus afazeres diários, faz abordagem aos cuidados básicos.

As limitações deste estudo se prendem ao fato de o material educativo se direcionar a cuidadores de idosos do Amazonas. Entretanto, por ser um material desenvolvido por meio de achados obtidos em revisão de literatura, poderá ser útil para os cuidadores das demais regiões com ajustes.

A cartilha construída, depois de validada, o que compreende a próxima etapa desta pesquisa, poderá contribuir com a disseminação de orientações sobre os cuidados que o cuidador precisar ter na assistência diária prestada à pessoa idosa no domicílio. Pode ainda ser utilizada por enfermeiros e outros profissionais da área de saúde em intervenções educativas durante as visitas domiciliares, repercutindo, desse modo, na melhoria da qualidade da assistência prestada à pessoa idosa dependente no domicílio, além de favorecer a assistência prestada aos idosos dependentes no interior do Amazonas, onde há carências de instituições que prestem apoio aos idosos e seus cuidadores.

CONCLUSÃO

A cartilha apresenta orientações sobre as principais atividades assistenciais que o cuidador desempenha no dia a dia no cuidado à pessoa idosa dependente. Divide-se em tópicos e cada atividade segue com os cuidados que o cuidador familiar precisa ter para garantir uma assistência mais segura e minimizar as dificuldades vivenciadas na prática diária do mesmo, assegurando a saúde e bem-estar dos idosos que já se encontram fragilizados. Todas essas informações da cartilha se baseiam em pesquisas científicas, adaptadas para uma linguagem simples, compreensível e acessível ao público de cuidadores familiares,

acompanhada de ilustrações de modo a tornar a tecnologia mais dinâmica e atrativa. A cartilha, uma vez produzida e validada, poderá ser entregue aos cuidadores do município de Coari, cadastrados nas Unidades Básicas de Saúde do município. Isso possibilitará a consulta ao material sempre que preciso, a fim de auxiliá-los em sua assistência prestada ao idoso dependente, sendo um material complementar que irá contribuir para as orientações realizadas pela equipe de saúde no domicílio. Pode também ser utilizado pelos profissionais no processo de educação em saúde dos cuidadores durante as visitas domiciliares referente aos cuidados ao idoso dependente. Portanto, a realização deste estudo, nesse primeiro momento, envolvendo a construção da cartilha educativa para o cuidador familiar sobre os cuidados ao idoso dependente no domicílio amazônico, permitiu uma pesquisa minuciosa na literatura a respeito da temática e a realização de reflexões e discussões a respeito do tema. Faz-se necessária a validação da cartilha desenvolvida, tendo em vista as contribuições deste processo para melhorar a qualidade do material.

AGRADECIMENTOS

Ao Programa Institucional de Bolsas de Iniciação em Desenvolvimento Tecnológico e Inovação (PIBIT) da Universidade Federal do Amazonas.

CONTRIBUIÇÕES

(Informar a contribuição de cada autor, segundo critérios do *International Committee of Medical Journal Editors* (ICMJE) que recomenda as seguintes contribuições: a) concepção e/ou desenho do estudo; b) coleta, análise e interpretação dos dados; c) redação e/ou revisão crítica do manuscrito; d) aprovação da versão final a ser publicada). Esmael Marinho da Silva: (a) concepção e/ou desenho do estudo; (b) coleta, análise e interpretação dos dados; (c) redação e/ou revisão crítica do manuscrito. Deyvylan Araujo Reis: (a) concepção e/ou desenho do estudo; (c) revisão crítica do manuscrito; (d) aprovação da versão final a ser publicada.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Relações entre as alterações históricas na dinâmica demográfica brasileira e os impactos decorrentes [Internet]. Rio de Janeiro (RJ): IBGE; 2016 [citado 2020 Dez 21]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98579.pdf>
2. Mota TA, Alves MB, Silva VA, Oliveira FA, Brito PM, Silva RS. Factors associated with the functional capacity of elderly individuals with hypertension and/or diabetes mellitus. *Esc Anna Nery*. 2020;24(1):e20190089.
3. Costa MF, Peixoto SV, Malta DC, Szwarcwald CL, Mambrini JV. Cuidado informal e remunerado aos idosos no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2017;51(Supl 1):6s.
4. Couto AM, Caldas CP, Castro EA. Cuidado domiciliar a idosos dependentes de cuidadores familiares com sobrecarga e desconforto emocional. *J Res: Fundam Care on line*. 2019;11(4):944-50.
5. Jesus IT, Orlandi AA, Zazzetta MS. Sobrecarga, perfil e cuidado: cuidadores de idosos em vulnerabilidade social. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2018;21(2):199-209.

6. Camacho AC, Capetini AC, Guimarães AO, Santos AC, Silva AP, Andrade GN. Interactive educational technology on care for elderly people with dementia. *Rev Enferm UFPE on line*. 2019;13(1):249-54.
7. Anjos KF, Boery RN, Santo VC, Boery EN, Rosa DO. Characteristics of the elderly and their family caregivers. *Rev Enferm UFPE on line*. 2017;11(3):1146-55.
8. Cardoso RS, Sá SP, Domingos AM, Sabóia VM, Maia TN, Padilha JM, et al. Educational technology: a facilitating instrument for the elderly care. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(2):786-92.
9. Varella AI, Rosa LM, Radünz V, Salum NC, Souza AI. Cartilha educativa para pacientes em cuidados paliativos e seus familiares: estratégias de construção. *Rev Enferm UFPE on line*. 2017;11(7):2955-62.
10. Costa GL, Andrade ES, Guilherme FJ, Ferreira RK. A criação de uma cartilha educativa para estimular a adesão ao tratamento do portador de diabetes mellitus tipo 2. *Rev Rede Cuid Saúde*. 2014;8(2):1-4.
11. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Integrative review: what is it? How to do it? *Einstein (São Paulo)*. 2010;8(1):102-6.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Guia prático do cuidador [internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008 [citado 2021 Jan 10]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_cuidador.pdf
13. Shopify. Banco de imagens grátis: imagens de alta resolução para uso comercial. [cited 2021 Jun 01]. Available from: <https://pt.shopify.com/burst>
14. Boekel LC, Wouters EJ, Grimberg BM, Boumans J, Meer NJ, Luijckx KG. Perspectieven van stakeholders over het gebruik van technologie in de zorg voor thuiswonende ouderen met dementie. Een systematische literatuurstudie. *Tijdschr Gerontol Geriatr*. 2020;51(3).
15. Solli H, Hvalvik S. Nurses striving to provide caregiver with excellent support and care at a distance: a qualitative study. *BMC Health Serv Res*. 2019;19(893):2-12.
16. Campos AC, Almeida MH, Campos GV, Bogutchi TF. Prevalência de incapacidade funcional por gênero em idosos brasileiros: uma revisão sistemática com metanálise. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2016;19(3):545-59.
17. Souza S, Teixeira KR, Vasconcelos TB, Macena RH, Bastos VP. Desenvolvimento e validação de cartilha educativa sobre atividades físicas para pacientes com insuficiência cardíaca: relato de experiência. *Rev Saúde (Sta Maria)*. 2019;45(1).
18. Fernandes CS, Angelo M. Family caregivers: what do they need? an integrative review. *Rev Esc Enferm USP*. 2016;50(4):672-8.
19. Lima AM, Piagge CS, Silva AI, Robazzi ML, Mélo CB, Vasconcelos SC. Tecnologias educacionais na promoção da saúde do idoso. *Enferm Foco*. 2020;11(4):87-94.
20. Rocha EM, Paes RA, Sthal GM, Souza A. Cuidados Paliativos: Cartilha educativa para cuidadores de pacientes oncológicos. *Clin Biomed Res*. 2019;39(1):40-57.
21. Carvalho KM, Figueiredo ML, Galindo NM, Sá GG. Construção e validação de cartilha para idoso acerca da higiene do sono. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(2):223-30.
22. Nascimento JW, Silva EC, Ferreira Junior ML, Jesus SB. Construção e validação de um manual de detecção do pé diabético para atenção primária. *Enferm Foco*. 2019;10(6):85-91.
23. Kobayasi DY, Rodrigues RA, Fhon JR, Silva LM, Souza AC, Chayamiti EM. Sobrecarga, rede de apoio social e estresse emocional do cuidador do idoso. *Av Enferm*. 2019;37(2):140-8.
24. Sousa JI, Silva BT, Rosa BM, Garcia EO, Roque TS. Sobrecarga de trabalho em familiares de idosos em cuidados paliativos. *Res Soc Dev*. 2020;9(4):e146943001.
25. Coppetti LC, Girardon-Perlini NM, Andolhe R, Dalmolin A. Produção científica da enfermagem sobre o cuidado familiar de idosos dependentes no domicílio. *ABCS Health Sci*. 2019;44(1):58-66.
26. Lima AC, Bezerra KC, Sousa DM, Rocha JF, Oriá MO. Construção e Validação de cartilha para prevenção da transmissão vertical do HIV. *Acta Paul Enferm*. 2017;30(2):181-9.
27. Borges CC, Sousa AR, Meira IF, Salbego C, Santos AR, Lobo BH, et al. Tecnologia cuidativo-educacional para apoio aos homens no enfrentamento à pandemia do coronavirus. *Enferm Foco*. 2020;11(2):152-9.
28. Galindo Neto NM, Caetano JA, Barros LM, Silva TM, Vasconcelos EM. First aid in schools: construction and validation of an educational booklet for teachers. *Acta Paul Enferm*. 2017;30(1):87-93.
29. 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.

ABORDAGEM DA ENFERMAGEM FORENSE NA GRADUAÇÃO: PERCEPÇÃO DE ESTUDANTES DE ENFERMAGEM

FORENSIC NURSING APPROACH IN GRADUATION: PERCEPTION OF NURSING STUDENTS

ENFOQUE DE ENFERMERÍA FORENSE EN GRADUACIÓN: PERCEPCION DE ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA

Igor de Oliveira Reis¹Natália Rayanne Souza Castro²Mônica Chaves³Jhuliano Silva Ramos de Souza⁴Liliane de Oliveira Corrêa⁵<https://orcid.org/0000-0002-9834-5538><https://orcid.org/0000-0002-9164-3428><https://orcid.org/0000-0002-5026-6558><https://orcid.org/0000-0002-4338-4433><https://orcid.org/0000-0002-0788-6786>**Descritores**

Enfermagem; Enfermagem forense;
Estudantes de enfermagem; Ensino superior

Descriptors

Nursing; Forensic nursing; Nursing students; Education higher

Descriptores

Enfermería; Enfermería forense;
Estudiantes de enfermería;
Educación superior

Recibido

29 de Janeiro 2021

Aceito

19 de Abril de 2021

Conflitos de interesse:

o manuscrito foi extraído do projeto de Iniciação Científica intitulado "Avaliação do conhecimento de acadêmicos finalistas do curso de enfermagem sobre a Enfermagem Forense", desenvolvido entre 2019 e 2020, na Faculdade Estácio do Amazonas.

Autor correspondente

Igor de Oliveira Reis
E-mail: igordeoliveirareis@gmail.com

RESUMO

Objetivo: Identificar a percepção que os estudantes de enfermagem possuem acerca da abordagem da Enfermagem Forense na graduação.

Métodos: Estudo descritivo, com abordagem qualitativa, desenvolvido com 10 estudantes de enfermagem de uma Instituição de Ensino Superior privada Norte-brasileira. A coleta de dados ocorreu entre fevereiro e março de 2020, sendo utilizada uma entrevista semiestruturada com perguntas abertas, o qual tratou-se os dados por meio da Análise de Conteúdo de Bardin.

Resultados: As falas dos acadêmicos permitiram organizar a categoria: lacunas de conhecimento, formação curricular e inovação no ensino de enfermagem sobre a Enfermagem Forense.

Conclusão: Os estudantes percebem que a Enfermagem Forense ainda é pouco discutida nas disciplinas ofertadas pelo curso, consequentemente possuindo pouca formação acadêmica. É essencial a inclusão de docentes especialistas e a inserção de conteúdos forenses na dinâmica curricular do curso.

ABSTRACT

Objective: To identify the perception that nursing students have about the approach of Forensic Nursing in graduation.

Methods: a descriptive study, with a qualitative approach, developed with 10 nursing students from a private Higher Education Institution in North Brazil. Data collection occurred between February and March 2020, using a semi-structured interview with open questions, which dealt with the data through Bardin's Content Analysis.

Results: The students speeches allow to organize the category: knowledge gaps, curricular formation and innovation in nursing education on Forensic Nursing.

Conclusion: Students realize that Forensic Nursing is still little discussed in the disciplines offered by the course, consequently having little academic training. It is essential to include specialized documents and insert content for dynamic students in the course curriculum.

RESUMEN

Objetivo: Identificar la percepción que tienen los estudiantes de enfermería sobre el abordaje de la Enfermería Forense en la graduación.

Métodos: Estudio descriptivo, con enfoque cualitativo, desarrollado con 10 estudiantes de enfermería de una institución privada de educación superior en el norte de Brasil. La recolección de datos se realizó entre febrero y marzo de 2020, mediante una entrevista semiestructurada con preguntas abiertas, que trató los datos a través del Análisis de Contenido de Bardin.

Resultados: Los discursos de los estudiantes permitieron organizar la categoría: brechas de conocimiento, formación curricular e innovación en la formación de enfermería en Enfermería Forense.

Conclusión: Los estudiantes se dan cuenta de que la Enfermería Forense es aún poco discutida en las disciplinas que ofrece el curso, por lo que tiene poca formación académica. Es fundamental incluir profesores especialistas e insertar contenidos forenses en la dinámica curricular del curso.

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

²Escola de Enfermagem de Manaus, Universidade Federal do Amazonas, Manaus, AM, Brasil.

³Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.

⁴Universidade Federal de Alfenas, Alfenas, MG, Brasil.

⁵Faculdade Estácio do Amazonas, Manaus, AM, Brasil.

Como citar:

Reis IO, Castro NR, Chaves M, Souza JS, Corrêa LO. Abordagem da Enfermagem Forense na graduação: percepção de estudantes de enfermagem. *Enferm Foco*. 2021;12(4):727-31.

DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n4.4498>

INTRODUÇÃO

Os cursos de nível superior em enfermagem são conduzidos pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN/ENF), que pretendem formar bachareis em enfermagem com formação generalista. No que se refere ao Projeto Pedagógico do Curso (PPC), o mesmo deverá ofertar disciplinas e conteúdos curriculares voltados às Ciências Biológicas, Ciências da Saúde e Ciências Humanas, visando o desenvolvimento do aluno em competências e habilidades gerais e específicas em sua formação acadêmica.⁽¹⁾

No decorrer dos anos, vários campos de atuação da enfermagem são descobertos e reenventados, oportunizando aos acadêmicos e profissionais novos ramos a serem seguidos, como a Enfermagem Forense (EF). Ela é definida como a aplicação do saber técnico-científico da área de enfermagem às situações clínicas consideradas forenses, pressupondo o cruzamento entre o sistema de saúde e o jurídico, prestando cuidados diretos às vítimas, aos ofensores e a todos que testemunham situações de violência.^(2,3)

No Brasil, a EF foi reconhecida como uma especialidade em 2011,⁽⁴⁾ e em 2017⁽⁵⁾ o Conselho Federal de Enfermagem por meio da Resolução Cofen de nº 556, de 23 de agosto de 2017, regulamentou a atividade do enfermeiro forense no Brasil. A atuação do enfermeiro, vem preencher uma lacuna em relação a resposta aos problemas de saúde decorrentes de trauma e/ou toda e qualquer forma de violência, como na identificação, na coleta e na preservação de vestígios forenses, no tratamento em casos de violência por parceiro íntimo, de maus-tratos, de abuso/agressão sexual e de negligência de crianças e idosos, bem como na investigação da morte e de cuidados com pessoas encarceradas.

Em vista disso, o Brasil é considerado um dos países da América Latina mais violento do mundo, em que a violência é um sério risco a sociedade, sendo registrados o aumento de homicídios relacionados a causas externas, a violência contra mulher, a violência contra pessoas negras, a violência contra população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros, dentre outros (LGBTQI+), ressaltando melhorias e criação de políticas públicas para minimizar e conscientizar sobre essa criminalidade no país.⁽⁶⁾

Ante o exposto, torna-se necessário discutir sobre a EF no âmbito acadêmico, pois considerando que os enfermeiros convivem com situações forenses cotidianamente nos serviços de saúde, entende-se que a enfermagem precisa ter conhecimento sobre a temática em estudo, estabelecendo no seu processo de trabalho a dimensão cuidadosa na perspectiva individual e coletiva, e que as Instituições de Ensino Superior (IES) formem profissionais

competentes e socialmente comprometidos no enfrentamento da violência.⁽¹⁾

Diante desse cenário, esse estudo teve como objetivo identificar a percepção que os estudantes de enfermagem possuem acerca da abordagem da Enfermagem Forense na graduação.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa,⁽⁷⁾ por meio da compreensão das falas dos sujeitos acerca do assunto conforme objeto de pesquisa.

O campo de estudo foi em uma IES privada, localizada na capital do estado do Amazonas, região Norte do Brasil.

Foi desenvolvido com 10 estudantes do curso de bacharelado em enfermagem. Os critérios de inclusão foram alunos devidamente matriculados, cursando o último ano da graduação e que se disponibilizaram a participar da pesquisa. Os de exclusão foram alunos afastados da universidade por trancamento de matrícula ou desistência e, em período de estágio ou trabalho.

As informações foram coletadas entre fevereiro e março de 2020, por meio de entrevista semiestruturada com perguntas abertas. As entrevistas foram agendadas e realizadas individualmente em salas de aula da universidade, em que cada uma delas tiveram duração média de 20 minutos.

O conteúdo das entrevistas foi gravado por meio de um gravador digital e transcrito na íntegra para confiabilidade das respostas dos sujeitos. Para organização e tratamento das falas, utilizou-se a Análise de Conteúdo em três fases: 1) pré-análise, 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação.⁽⁸⁾

O estudo foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa obtendo aprovação sob o parecer nº 3.372.745/2019, em que os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes da realização da entrevista. Para reservar o anonimato dos participantes, foi substituído seus nomes pelo pseudônimo AC.

RESULTADOS

Caracterização dos participantes

Dos 10 estudantes participantes do estudo, todos cursavam o 10º período do curso de graduação em enfermagem nos turnos matutino ou noturno, sendo 80% (n=8) do sexo feminino e 20% (n=2) do sexo masculino, com idade entre 21 e 54 anos (média de 27 anos), a maioria não exercendo atividade remunerada (70%), com naturalidade predominante na cidade de Manaus-AM (50%), seguidos de Nhamundá-AM (1), Autazes-AM (1), Barreirinha-AM (1), Boa Vista-RR (1) e Óbidos-PA (1). A partir da análise e interpretação das informações de acordo

com a vertente de Bardin, emergiu a seguinte categoria: lacunas de conhecimento, formação curricular e inovação no ensino de enfermagem sobre a Enfermagem Forense.

Lacunas de conhecimento, formação curricular e inovação no ensino de enfermagem sobre a Enfermagem Forense

Por meio das falas dos alunos, ao serem questionados a respeito do tipo de formação que receberam durante a graduação sobre o tema, a maioria dos discentes relataram não terem recebido nenhum conteúdo curricular por parte da instituição.

Não recebi nenhum tipo de informação na graduação sobre enfermagem forense. (AC4)

Nenhuma. (AC5)

Sobre enfermagem forense, nada. (AC7)

Nada, embora eu quisesse muito conhecer. (AC9)

Os discentes não tinham dúvida quanto à formação não recebida na graduação, sendo perceptível por meio de respostas rápidas, diretas e sem questionamentos. Alguns que sabiam parcialmente sobre o assunto, adquiriram conhecimento por meio da disciplina de Tanatologia.

Só na matéria de tanatologia, mas foi bem superficial. (AC3)

Só fiz um trabalho sobre sexologia forense na disciplina de tanatologia. (AC6)

Na matéria de tanatologia realizamos uma pequena apresentação sobre alguns casos forenses. (AC8)

Alguns estudantes receberam ou buscaram conhecimento por meio de atividades extracurriculares, como cursos e eventos científicos.

Por parte da faculdade, nada. A primeira vez que ouvi falar da enfermagem forense foi na semana de enfermagem do COREN-AM de 2017. (AC2)

Só fiz um curso de necropsia forense fora da instituição. (AC10)

Por meio do diálogo dos sujeitos, percebe-se a necessidade de se ter um corpo docente qualificado para lecionar sobre este assunto, pois os discentes ainda carecem de conhecimento sobre a EF.

Por ser uma área bem específica, acho que não tem professores especialistas nesse ramo. (AC1)

Falta de investimento da faculdade em trazer novas áreas para os alunos, pois seria um diferencial, né!? (AC4)

Acho que não tem muito campo de atuação para a enfermagem forense, por isso ainda não abordam com tanta clareza pra gente durante o curso. (AC6)

DISCUSSÃO

Dos poucos estudos que discutem a EF no âmbito acadêmico, destaca-se o realizado no Instituto Politécnico de Viseu, em Portugal, em que a maioria dos estudantes responderam não terem recebido formação sobre EF no ensino.⁽⁹⁾ Semelhante ao estudo anterior, alunos do último ano letivo de uma universidade pública na Turquia, afirmaram não ter recebido conhecimento algum sobre a EF na graduação.⁽¹⁰⁾

Por outro lado, em uma outra pesquisa realizada com 98 estudantes de enfermagem turcos, relataram que após a conclusão de um curso introdutório sobre a EF, os mesmos adquiriram conhecimento sobre a especialidade, em que os autores discutiram que as escolas de enfermagem devem inserir conteúdos ou ofertar uma disciplina específica em sua dinâmica curricular.⁽¹¹⁾

Por se tratar de uma especialidade extremamente prática, torna-se desafiador a inserção de conteúdos específicos nas estruturas curriculares sobre conteúdos da EF. No entanto, disciplinas que abordam as interfaces da violência de forma transversal, podem ser um importante incentivo para que os estudantes desenvolvam interesse em conhecer e futuramente se especializarem na área.

No que se refere a este estudo, a disciplina de Tanatologia foi citada por alguns alunos. Ela é ministrada na modalidade presencial, no 8º semestre do curso, como disciplina obrigatória, tendo o objetivo de estudar e investigar os mecanismos e aspectos forenses da morte, com ênfase na atuação do enfermeiro e da equipe multidisciplinar nesse cenário, pois vale ressaltar que o estudo da tanatologia é interdisciplinar.^(12,13)

Outras disciplinas como Saúde da mulher, Saúde da criança e do adolescente, Saúde do adulto e do idoso, Saúde mental e Urgência e Emergência, são fundamentais para explorar a temática da EF e conteúdos diversos de violência ainda na graduação, podendo se trabalhar em sala de aula, com metodologias teóricas e práticas, na articulação entre o professor e o aluno sobre assuntos de cunho forense.⁽¹⁴⁾

É importante destacar que os alunos da presente pesquisa que tiveram contato com a EF por meio da participação em atividades extracurriculares, exerciam atividade remunerada. Isso pode se torna um fator determinante na busca de conhecimento, visto que a maioria

dos cursos e palestras, principalmente nessa temática, não são gratuitos.⁽¹⁵⁾

Além de oportunizar o conhecimento em novas vertentes da enfermagem, as participações em atividades fora do âmbito universitário são fundamentais na formação complementar do aluno, de forma a despertar o desejo em desenvolver, por exemplo, um Trabalho de Conclusão de Curso sobre determinada temática, sendo um incentivo em toda sua carreira profissional.⁽¹⁶⁾

Nesse contexto, a conscientização de aprofundar conhecimentos em qualquer área é essencial para o desenvolvimento educacional, em especial, a EF.⁽¹⁷⁾ No entanto, a universidade por meio da tríade: ensino, pesquisa e extensão, precisa apresentar ao graduando as diversas especialidades disponíveis e seus respectivos campos de atuação, a fim de possibilitar a familiarização precoce das áreas aos acadêmicos e o desenvolvimento de interesse em se especializar em novos ramos.⁽¹⁸⁾

Diante das evidências científicas, nota-se o quanto a EF ainda é pouco discutida nas universidades e que os alunos recebem pouca ou quase nenhuma informação a respeito do assunto, o que dificulta tanto os docentes quanto os discentes no processo ensino-aprendizagem sobre essa nova área do conhecimento.

A principal limitação do estudo foi o recrutamento e disponibilidade de participação dos sujeitos da pesquisa, pois os alunos estavam cumprindo estágio curricular obrigatório, em que houve dificuldades para encontrá-los disponíveis na instituição. Acredita-se que ainda existe uma carência de estudos na literatura científica sobre a abordagem da EF aos estudantes de enfermagem.

O estudo contribui para que novos estudos possam explorar como estão sendo lecionados os conteúdos de EF nas disciplinas que abordem pessoas em situação de

violência, afim de qualificar os alunos para um atendimento ético, integral e humanizado frente à esses casos forenses na prática profissional.

CONCLUSÃO

Identificou-se que os estudantes percebem que a EF ainda é pouco abordada nas disciplinas ofertadas pelo curso, em que refletem em uma escassa formação acadêmica sobre a temática em estudo. No entanto, alguns assuntos foram discutidos na disciplina de tanatologia, e, ainda, houveram alunos que buscaram conhecimento fora da instituição, como em cursos ou eventos científicos. Desse modo, ressalta-se a necessidade emergente da inclusão de professores especialistas na área e/ou a capacitação dos que já atuam, além de aulas práticas supervisionadas e a inserção de conteúdos que abordem a EF de forma transversal.

AGRADECIMENTOS

O presente trabalho foi realizado com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) - Código de Financiamento 001.

CONTRIBUIÇÕES

a) concepção e/ou desenho do estudo: Igor de Oliveira Reis, Lilian de Oliveira Corrêa. b) coleta, análise e interpretação dos dados: Igor de Oliveira Reis, Natália Rayanne Souza Castro, Lilian de Oliveira Corrêa. c) redação e/ou revisão crítica do manuscrito: Igor de Oliveira Reis, Natália Rayanne Souza Castro, Mônica Chaves, Jhuliano Silva Ramos de Souza, Lilian de Oliveira Corrêa. d) aprovação da versão final a ser publicada: Igor de Oliveira Reis, Natália Rayanne Souza Castro, Mônica Chaves, Jhuliano Silva Ramos de Souza, Lilian de Oliveira Corrêa.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério de Educação. Resolução CNE/CES no 3, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem [Internet]. Brasília (DF): Ministério de Educação; 2011 [citado 2021 Jan 30]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/Enf.pdf>
2. Kelishami FG, Manoochehri H, Mohtashami J, Kiani M. Consequences of presence of forensic nurses in health care system: a qualitative study. Iran J Nurs Midwifery Res. 2020;25(3):195-201.
3. Lynch VA. Forensic nursing science: Global strategies in health and justice. Egypt J Forensic Sci. 2011;1(2):69-76.
4. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução nº 389, de outubro de 2011. Procedimentos de título de pós-graduação lato

e stricto sensu concedido a enfermeiros e lista as especialidades. 202º - Seção 1- p-146. Brasília (DF): COFEN; 2011 [citado 2021 Jan 30]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2012/03/resolucao_389_2011.pdf

5. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução nº 556, de 23 de agosto de 2017. Regulamenta a atividade do enfermeiro forense no Brasil. Brasília (DF): COFEN; 2017 [citado 2021 Jan 30]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05562017_54582.html

6. Cerqueira D, Bueno S, Lima RS, Neme C, Ferreira H, Alves PP, et al. Atlas da Violência 2020 - Ipea e FBSP. Brasília (DF): Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2020. 96 p [citado 2021 Jan 30]. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/download/24/atlas-da-violencia-2020>

7. Yin RK. Pesquisa qualitativa do início ao fim. 1a ed. Porto Alegre: Penso Editora; 2016.
8. Bardin L. Análise de conteúdo. 4a ed. Lisboa: Edições 70; 2010.
9. Cunha M, Libório R, Coelho M. Knowledge questionnaire over forensics nursing practices. *Procedia Soc Behav Sci*. 2016;217:1089-97.
10. Topçu ET, Kazan EE. The opinions of senior nursing students about forensic nursing. *Egypt J Forensic Sci*. 2018;8:16.
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. Martins DC, Gois OJ, Silva JO, Rosa MP, Gonçalves MC. Violência: Abordagem, atuação e educação em enfermagem. *Rev Saúde Ciênc*. 2017;4(2):155-68.
13. Machado BP, Araújo IM, Figueiredo MC. Enfermagem forense: o que é lecionado na licenciatura de enfermagem em Portugal. *Referência*. 2019; serIV(22):43-50.
14. Souza JS, Calheiros CA, Terra FS, Costa AC, Vilela SC. A Enfermagem Forense e seus conteúdos curriculares nos cursos de graduação em enfermagem. *Rev Enferm Cent-Oeste Min*. 2020;10:e3635.
15. Oliveira CT, Santos AS. Percepções de estudantes universitários sobre a realização de atividades extracurriculares na graduação. *Psicol Ciênc Prof*. 2016;36(4):864-76.
16. Moraes A, Guariente MH, Garanhani ML, Carvalho BG. A formação do enfermeiro em pesquisa na graduação: percepções docentes. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(Suppl 4):1556-63.
17. Mageto IG, Omoni G, Cabelus NB, Inyega JO. Preparedness and practice of forensic nursing in Kenya. *Int J Nurs Educ*. 2017;9(3):64.
18. Esteves RB, Lasiuk GC, Cardoso L, Kent WA. Toward the establishment of a forensic nursing specialty in Brazil: An integrative literature review. *J Forensic Nurs*. 2014;10(4):189-98.

POSIÇÃO PRONA: EFETIVIDADE DA INTERVENÇÃO EDUCATIVA NO PROCESSO ASSISTENCIAL INTENSIVO

PRONE POSITION: EFFECTIVENESS OF EDUCATIONAL INTERVENTION IN THE INTENSIVE CARE PROCESS

POSICIÓN PRONA: EFECTIVIDAD DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN EL PROCESO DE CUIDADOS INTENSIVOS

Fellipe Cássio Silva¹

Ana Carla Silva Alexandre²

Cláudia Germânia Alencar Castro¹

(<https://orcid.org/0000-0002-6858-5397>)

(<https://orcid.org/0000-0002-5754-1778>)

(<https://orcid.org/0000-0002-6306-9174>)

Descritores

Síndrome do desconforto respiratório do adulto; Pronação; Unidade de Terapia Intensiva; Profissionais de enfermagem; Conhecimento; Educação continuada

Descriptors

Respiratory distress syndrome; Adult; Pronation; Intensive Care Units; Nursing; Knowledge; Education continuing

Descriptores

Síndrome de la incomodidad respiratoria del adulto; Pronación; Unidad de Terapia Intensiva; Profesionales de enfermería; Conocimiento; Educación continua

Recebido

31 de Janeiro de 2021

Aceito

1 de Maio de 2021

Conflitos de interesse:

nada a declarar.

Autor correspondente

Fellipe Cássio Silva

E-mail: fellipeccassio.enf@gmail.com

RESUMO

Objetivo: Avaliar a efetividade da intervenção educativa no processo assistencial intensivo, no nível de conhecimento da equipe de enfermagem acerca do posicionamento prono em pacientes com síndrome do desconforto respiratório agudo. **Método:** Trata-se de um estudo quantitativo do tipo quase experimental, com amostragem de 62 profissionais de setor intensivo. Coletaram-se dados relativos à variável conhecimento dos profissionais durante fase pré e fase pós-intervenção educativa, durante uma semana, através da aplicação de formulários de múltipla escolha. Para análise dos dados e avaliação da efetividade de intervenção educativa utilizou-se estatística descritiva e testes de Kolmogorov-Smirnov[®] e Shapiro Wilk para prova de normalidade e o teste T de student para comparação das médias obtidas.

Resultados: Ao comparar as médias obtidas nas fases de pré e pós-intervenção educativa, observou-se que a média de acertos pré-intervenção foi de 6,12, enquanto na fase pós-intervenção 9,43.

Conclusão: Constatou-se efetividade da intervenção educativa no processo assistencial intensivo a cerca do conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre o posicionamento prono, visto significativo aumento do escore de acertos obtidos na fase de pós intervenção. Sendo assim, a educação continuada em setores intensivos, torna-se essencial para fins de aperfeiçoamento dos profissionais.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the effectiveness of educational intervention in the intensive care process, at the level of knowledge of the nursing team about the prone position in patients with acute respiratory distress syndrome.

Methods: This is a quasi-experimental quantitative study, with a sample of 62 professionals from the intensive sector. Data was collected on the variable knowledge of professionals during the pre- and post-educational intervention phase, for a week, through the application of multiple choice forms. For data analysis and evaluation of the effectiveness of educational intervention, descriptive statistics and Kolmogorov-Smirnova and Shapiro Wilk tests were used to prove normality and the Student T test to compare the averages obtained.

Results: When comparing the averages obtained in the pre and post educational intervention phases, it was observed that the average of correct answers before intervention was 6.12, while in the post intervention 9.43.

Conclusion: The effectiveness of the educational intervention in the intensive care process was found to be about the knowledge of nursing professionals about the prone position, considering a significant increase in the score of correct answers obtained in the post-intervention phase. Thus, continuing education in intensive sectors, becomes essential for the purposes of professional development.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la efectividad de la intervención educativa en el proceso de cuidados intensivos, a nivel de conocimiento del equipo de enfermería sobre la posición prona en pacientes con síndrome de dificultad respiratoria aguda.

Métodos: Se trata de un estudio cuantitativo cuasi-experimental, con una muestra de 62 profesionales del sector intensivo. Se recogieron datos sobre la variable conocimiento de los profesionales durante la fase de intervención pre y poseducativa, durante una semana, mediante la aplicación de formularios de opción múltiple. Para el análisis de datos y evaluación de la efectividad de la intervención educativa se utilizó estadística descriptiva y pruebas de Kolmogorov-Smirnova y Shapiro Wilk para comprobar la normalidad y la prueba T de Student para comparar los promedios obtenidos.

Resultados: Al comparar los promedios obtenidos en las fases de intervención pre y poseducativa, se observó que el promedio de aciertos antes de la intervención fue de 6,12, mientras que en la intervención pos fue de 9,43.

Conclusión: Se encontró que la efectividad de la intervención educativa en el proceso de cuidados intensivos se basa en el conocimiento de los profesionales de enfermería sobre la posición prona, considerando un aumento significativo en la puntuación de aciertos obtenidos en la fase posintervención. Así, la formación continua en sectores intensivos, se vuelve fundamental para los fines del desarrollo profesional.

¹Hospital Regional do Agreste Dr. Waldomiro Ferreira, Caruaru, PE, Brasil.

²Instituto Federal de Pernambuco, Pesqueira, PE, Brasil.

Como citar:

Silva FC, Alexandre AC, Castro CG. Posição prona: efetividade da intervenção educativa no processo assistencial intensivo. *Enferm Foco*. 2021;12(4):732-8.

DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n4.4502>

INTRODUÇÃO

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) constitui-se como um ambiente destinado a prestação de assistência a pacientes em estado crítico, que necessitam de tecnologias de ponta para monitorização contínua, procedimentos invasivos, cuidados intensivos e complexos.⁽¹⁾ Estes setores dispõem de tecnologias leves e duras, para cuidados específicos e monitorização contínua, o que permite a equipe multiprofissional uma maior agilidade em tomada de decisões e intervenções precoces diante de situações críticas.^(1,2)

Pacientes com Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo (SDRA) internados em unidades de terapia intensiva são comuns, dados alarmantes evidenciam a grande incidência de pacientes com a síndrome, sendo as maiores taxas identificadas na Oceania (0,57 casos), Europa (0,48 casos) e América do Norte (0,46 casos), além do alto índice de mortalidade naqueles com a SDRA grave.⁽³⁾ Nestes tipos de pacientes o posicionamento prono através da técnica de pronação torna-se uma das tecnologias leves mais utilizadas em setores de terapia intensiva pelo mundo.^(4,5)

A técnica de pronação para posicionamento prono caracteriza-se pela mudança do paciente do decúbito dorsal ou supino para o decúbito ventral ou prono. Trata-se de uma técnica de baixo custo, não requer equipamentos ou aparatos tecnológicos especiais, apresenta menos possibilidade de riscos e efeitos adversos raros, o que a torna acessível para a maioria das unidades de saúde que oferecem os serviços de terapia intensiva.^(5,6) Sua aplicabilidade deve ser considerada em todos os pacientes que apresentem a SDRA, seja ela em estágio moderado ou grave,⁽⁷⁾ visto que este posicionamento produz uma distribuição mais homogênea do gás inspirado e uma melhor correspondência entre ventilação e perfusão, melhorando a oxigenação arterial e redução da gravidade da lesão pulmonar, com consequente diminuição na mortalidade.⁽⁸⁻¹⁰⁾ Contudo, são necessários mais estudos amplos, randomizados e multicêntricos para confirmação de tais benefícios.⁽⁵⁾

A técnica de pronação, assim como qualquer outra, não está isenta de riscos e/ou complicações decorrentes da execução de forma incorreta, que incidem em extubação não planejada, tubos dobrados, linhas puxadas, avulsão de cateteres, lesões por pressão, parada cardiorrespiratória (PCR) e dessaturação transitória.^(5,6,11) Diante de tais riscos, exige-se da equipe envolvida na aplicação da técnica, conhecimentos técnicos e científicos para manuseio das tecnologias disponíveis e prestação de todos os cuidados relativos ao posicionamento prono em setor de terapia intensiva,⁽¹²⁾ com auxílio de protocolos instituídos, a fim de minimizar estes possíveis riscos^(13,14) e garantir o sucesso do tratamento.⁽⁶⁾

A educação continuada em serviço, através de intervenções educativas in loco, surge como ferramenta para atualização e capacitação técnica e científica de profissionais atuantes na prestação de assistência em setores de terapia intensiva a cerca da técnica de pronação, assim como outros assuntos relativos à prestação de assistência a saúde.⁽¹⁵⁾ Este tipo de intervenção educativa proporciona aumento do nível de conhecimentos técnicos e científicos dos profissionais e impacta diretamente na qualidade e segurança do processo assistencial intensivo.^(2,15)

Com vista a avaliar a efetividade de intervenção educativa no processo assistencial intensivo, submeteu-se uma equipe de enfermagem atuante em setor de terapia intensiva a intervenção educativa acerca do posicionamento prono em pacientes com síndrome do desconforto respiratório agudo.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo quantitativo do tipo quase experimental.

O estudo ocorreu em unidade de terapia intensiva de um hospital de grande porte, localizado no município de Caruaru, PE, Brasil.

A população do estudo constituiu-se de 69 profissionais de enfermagem atuantes no setor de terapia intensiva. Estabeleceram-se como critérios de inclusão, todos os profissionais com formação de nível técnico e /ou superior na área de enfermagem, com tempo de atuação no setor de terapia intensiva superior a três meses. Embora a técnica de pronação seja aplicada pela equipe multiprofissional, optou-se pela avaliação dos enfermeiros, que são os responsáveis pela prescrição de intervenções e os técnicos de enfermagem, que são os profissionais responsáveis pela realização das intervenções prescritas, desde os cuidados durante manobra até os cuidados contínuos do paciente em posicionamento prono. Como critérios de exclusão, consideraram-se os profissionais que se encontravam de férias ou licença durante o período do estudo. Utilizou-se amostragem não probabilística do tipo por conveniência, constituindo uma amostra final de 62 profissionais de enfermagem, dentre eles 13 enfermeiros e 49 técnicos de enfermagem.

Como instrumento pra coleta de dados, utilizou-se dois formulários autoexplicativos e de múltipla escolha, constituídos por 10 questões elaboradas e alicerçadas por literaturas recentes.^(4-11,13)

O primeiro formulário constituía-se por dois blocos de questões, sendo a primeira com 07 questões de verificação do perfil sociodemográfico e formação profissional (idade,

sexo, tempo de atuação na UTI, tempo de formação, ocupação profissional, abordagem do tema pronação durante formação profissional e treinamento de pronação prévio) e o segundo bloco com 10 questões para verificação do conhecimento sobre a técnica de pronação (posicionamento prono quanto mudança de decúbito, posicionamento aplicado a pacientes com SDR, posicionamento prono, quantidade de profissionais envolvidos, posicionamento de cabeceira para procedimento, condutas em casos de parada cardiorrespiratória (PCR) ou dessaturação transitória, complicações do posicionamento prono, tempo de aplicação e tempo de mudança para evitar lesão por pressão).

O segundo formulário constituía-se pelo mesmo bloco de 10 questões para verificação do conhecimento sobre a posição prona utilizado no primeiro formulário, contudo, com alteração na ordem de disposição destas variáveis. Submeteu-se ambos os formulários a validação de face por cinco enfermeiros especialistas na assistência ao paciente grave e que não compuseram a amostra. Estes receberam um envelope contendo os formulários para avaliação quanto à forma de apresentação das questões e ao conteúdo elaborado, a necessidade de ajustes ortográficos, além da capacidade de atingir os objetivos propostos no estudo. Após avaliação e adequação dos pontos sugeridos pelos especialistas, os instrumentos foram reavaliados e validados para aplicação no estudo.

Coletaram-se os dados no período de maio e junho do ano de 2018. Na primeira fase de coleta, convidaram-se os profissionais de enfermagem participantes a reunirem-se no posto de enfermagem do setor intensivo, sendo-lhes explicado o objetivo do estudo e a participação em caráter voluntário. A estes, entregou-se um envelope fechado contendo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) impresso em duas vias e o primeiro formulário a ser preenchido de forma individual e imediata durante o horário de serviço, com posterior devolução do mesmo envelope sem identificação. Após recolhimento do envelope com o primeiro formulário preenchido, convidaram-se os profissionais para participação da intervenção teórica e prática a cerca da técnica de pronação para posicionamento prono em pacientes com SDR internados em setores intensivos.

A segunda fase de coleta dos dados iniciou-se uma semana após a intervenção educativa, com abrangência de todos os plantões de segunda a domingo, constituindo novos 07 encontros com duração de 20 minutos. Convidaram-se os profissionais a reunirem-se no posto de enfermagem do setor intensivo e distribuiu-se aos profissionais participantes da primeira fase de coleta, um envelope sem identificação contendo o segundo formulário para verificação do

conhecimento sobre a técnica de pronação de pacientes em UTI pós-intervenção educativa. Os formulários preenchidos de forma individual e imediata foram recolhidos e depositados em novos envelopes sem identificação. Codificaram-se os formulários preenchidos em números, para fins de preservação da identidade dos participantes.

O padrão de correção dos formulários foi alicerçado em pesquisas científicas recentes,^(4,5,7-18) com abordagem do posicionamento prono aplicado a pacientes com SDR, os benefícios do posicionamento, o tempo de aplicação, o quantitativo de profissionais envolvidos na técnica de pronação, os cuidados durante e pós-manobra, dentre outros aspectos. Criou-se uma variável denominada "conhecimento dos profissionais", instituindo-se um valor de 1,0 ponto para cada questão correta, sendo a nota mínima de zero e a máxima de dez pontos.

A intervenção educativa ocorrida após a primeira fase de coleta de dados abrangeu todos os plantões de segunda a domingo, constituindo 07 encontros com duração de 01 hora. Dividido em duas abordagens, a intervenção educativa iniciou-se no posto de enfermagem com a abordagem teórica, utilizando como recurso uma apresentação de slides em Power point exibidos no televisor do setor através de notebook, com exposição de pontos relevantes para o tema central do estudo (fisiopatologia da SDR, benefícios do posicionamento prono, materiais necessários realização da técnica de pronação, os cuidados pré-aplicação da técnica, os cuidados durante execução e os cuidados pós-aplicação da técnica, além dos riscos envolvidos na técnica). Ao término da exposição teórica, reproduziu-se um vídeo⁽¹⁶⁾ de curta duração gravado e postado por uma equipe de enfermagem do St. Joseph Medical Center, em Houston nos Estados Unidos da América, com demonstração da técnica de pronação para posicionamento prono em pacientes com SDR internados em setor intensivo com auxílio de manequim simulador de técnicas de enfermagem e técnica condizente com as literaturas atuais.^(11,17-20)

Na abordagem prática da intervenção, convidaram-se os profissionais participantes a reunirem-se em leito que se encontrava vago no momento. Para simulação da técnica de pronação, utilizou-se um manequim simulador de técnicas de enfermagem com presença de diversos dispositivos invasivos (cateter venoso central, tubo endotraqueal, sonda vesical de demora, dentre outros), coxins e lençóis. Os participantes dividiram-se em grupos de 5 pessoas para realização da simulação, com realização da técnica conforme exposto na abordagem teórica.

Transcreveu-se os dados coletados para uma planilha do programa Microsoft Excel versão 2010 e depois

analisados segundo estatística descritiva com o auxílio do programa IBM^R Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 18.0. Para a prova de normalidade utilizou-se os testes de Kolmogorov-Smirnov^a e Shapiro Wilk, e por distribuírem-se de forma normal optou-se por comparar médias através do teste T de student para amostras pareadas e considerou-se a significância de 95%. Sumarizou-se as questões correspondentes às características sociodemográficas e descritas por meio de distribuição de frequências e percentuais. Realizou-se a soma dos acertos na fase de pré-intervenção e pós-intervenção, com posterior média de acertos nos dois momentos. Utilizou-se o Teste Qui-Quadrado para verificação das variáveis qualitativas.

Consideraram-se todas as observâncias éticas e legais das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, com aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, sob o parecer número: 2.690.991.

RESULTADOS

Entre os 69 profissionais de enfermagem, participaram deste estudo 62 profissionais, dentre estes, 13 (21%) enfermeiros e 49 (79%) técnicos de enfermagem (ocorreram 10,1% de perdas, decorrentes de recusa na participação do estudo, motivo de férias e licenças). A tabela 1 apresenta estatísticas descritivas para as variáveis do estudo.

Tabela 1. Distribuição de dados sociodemográficas e formação profissional da equipe de enfermagem de unidade de terapia intensiva

Variáveis	n(%)	
Idade (em anos)	18 a 29 anos	18(29,0)
	30 a 59 anos	43(69,4)
	Acima de 60 anos	1(1,6)
Sexo	Feminino	53(85,5)
	Masculino	9(14,5)
Tempo de atuação na UTI*	< 2 anos	22(35,5)
	Entre 2 e 5 anos	21(33,9)
	> 5 anos	19(30,6)
	< 2 anos	11(17,7)
Tempo de formação profissional (em anos)	Entre 2 e 5 anos	16(25,8)
	> 5 anos	35(56,5)
Cargo exercido na UTI*	Enfermeiro (a)	13(21,0)
	Técnico (a) em enfermagem	49(79,0)
	Sim	29(46,8)
Pronação durante formação profissional	Não	30(48,4)
	Não Lembro	3(4,8)
	Sim	8(12,9)
Treinamento de pronação anteriormente	Não	52(83,9)
	Não Lembro	2(3,2)

*UTI - Unidade de Terapia Intensiva

Na tabela 2, encontram-se expressos o percentual de acertos da equipe de enfermagem de setor intensivo a cerca do posicionamento prono em pacientes com SDRA, pré e pós-intervenção educativa.

Tabela 2. Percentual de acertos da equipe de enfermagem de unidade de terapia intensiva a cerca do posicionamento prono, pré e pós-intervenção educativa

Variáveis	Pré n(%)	Pós n(%)
Pronação é uma mudança de decúbito?		
Sim (Correta)	45(72,6)	59(95,2)
Não	10(16,1)	3(4,8)
Depende	7(11,3)	0(0)
É correto pronar pacientes com SDRA*?		
Sim (Correta)	37(59,7)	61(98,4)
Não	15(24,2)	1(1,6)
Depende	10 (16,1)	0(0)
Pronar é colocar o paciente em que posição?		
Lateral E ou D	3(4,8)	0(0)
Dorsal	12(19,4)	3(4,8)
Ventral (Correta)	47(75,8)	59(95,2)
Quantidade de pessoas necessárias para pronação		
1 a 2 pessoas	19(30,6)	0(0)
3 pessoas somente	5(8,1)	0(0)
4 a 6 pessoas (Correta)	38(61,3)	62(100)
Posição da cabeça para pronação		
0° grau (Correta)	45(72,6)	60(96,8)
30° graus	10(16,1)	2(3,2)
45° graus	7(11,3)	0(0)
Conduta frente a PCR [†] em posição prona		
Supinar e iniciar manobra de RCP [‡]	46(74,2)	10(16,1)
Iniciar manobra de RCP [‡] no posicionamento prono (Correta)	15(24,2)	52(83,9)
Não realizar manobra de RCP [‡]	1(1,6)	0(0)
Conduta em caso de dessaturação		
Supinar imediatamente	34(54,8)	2(3,2)
Aguardar até 5 min pós-manobra (Correta)	24(38,7)	55(88,7)
Aguardar até 1 hora pós-manobra	4(6,55)	5(8,1)
Não é uma complicação da pronação		
Extubação acidental	6(9,7)	3(4,8)
Perda de acesso venoso central	1(1,6)	0(0)
LPP [§] em região sacral e calcânea (Correta)	55(88,7)	59(95,2)
Qual o tempo de aplicação da pronação?		
4 a 10 horas	37(59,7)	3(4,8)
12 a 15 horas	9(14,5)	4(6,5)
Mais que 16 horas (Correta)	16(25,8)	55(88,7)
Tempo de alternância para evitar LPP [§] ?		
A cada 2 a 4 horas (Correta)	57(91,9)	62(100)
A cada 6 a 8 horas	3(4,8)	0(0)
A cada 12 horas	2(3,2)	0(0)

*SDRA - Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo; †PCR - Parada Cardiorrespiratória; ‡RCP - Reanimação Cardiopulmonar; §LPP - Lesão Por Pressão

Na tabela 3 está expressa a distribuição de resultados inferenciais de avaliação da equipe de enfermagem na fase pré-intervenção e na fase pós-intervenção.

Tabela 3. Distribuição de resultados inferenciais de avaliação da equipe de enfermagem de unidade de terapia intensiva

Variáveis	Pré-intervenção	Pós-intervenção
Média de acertos	6,12	9,43
Mediana	06	09
Intervalo mínimo	01	07
Intervalo máximo	10	10
Desvio padrão	2,15	0,76
Teste t = 11,31		
p= 0,0000		

DISCUSSÃO

O posicionamento prono em pacientes com SDRA internados em setores intensivos, revela benefícios evidenciados em literaturas recentes,^(13,17-22) dentre os quais destaca-se a melhora significativa da relação entre pressão arterial parcial de oxigênio e a fração inspirada de oxigênio (Pao₂/Fio₂) através da expansão dorsal dos pulmões e ventilação dos alvéolos dorsais, com conseqüente melhora da mecânica respiratória, o aumento da oxigenação e a diminuição da lesão pulmonar, além de impactar na redução da mortalidade destes pacientes com a síndrome.^(8,21,22) Conduta assinalada como correta pela maioria dos profissionais quando questionados sobre o uso do posicionamento prono em pacientes com SDRA.

A execução da técnica de pronação para posicionamento prono envolve toda equipe multiprofissional como médico, fisioterapeuta, enfermeiro e técnicos de enfermagem. Estes últimos possuem papel fundamental na execução da técnica de pronação, visto prestação de todos os cuidados necessários antes, durante e após execução da técnica, assim como todos os cuidados relativos ao paciente em posicionamento prono. Os cuidados antes da pronação compreendem a reunião de todos os recursos materiais necessários para sua execução, como coxins para a cabeça, tórax e quadris, dispositivo bolsa-válvula-máscara, sistema de aspiração, materiais para intubação e aproximação do carro de parada.^(18,19) Como recursos humanos, são necessários, um profissional posicionado na cabeceira do leito para realização a rotação da cabeça do paciente, dois profissionais em cada lado do tórax do paciente e dois posicionados em cada lado nos membros inferiores.^(13,23)

Outros cuidados a serem realizados pela equipe de enfermagem antes da execução da técnica, são os testes do sistema de aspiração e materiais de intubação, a suspensão da dieta duas horas antes do procedimento, verificação de fixações de tubo endotraqueal e cateteres venosos, a fim de evitar avulsão e a aplicação de proteção em extremidades ósseas para evitar surgimento de lesões por pressão.^(18,23) Já os cuidados relativos à execução da técnica, caracterizam-se pela confirmação da quantidade necessária de profissionais envolvidos e seus posicionamentos, posicionamento dos tubos, drenos e sonda vesical de demora entre os membros inferiores do paciente, aplicação de coxins em região de tórax e pélve, desconexão da sonda nasoenteral de frasco com dieta e posicionamento da cabeceira do paciente em 0° grau.⁽¹⁸⁾

A técnica de pronação para posicionamento prono descrita passo a passo por Oliveira, 2016 e Vogt, 2019, inicia-se com o paciente em posicionamento dorsal, com cabeceira em 0° e braços alinhados com o tronco. Posicionado, procede-se a manobra de envelope, no qual as laterais do lençol do leito e o lençol cobertor são enrolados de forma a ficarem justas ao

corpo do paciente. Ao comando do profissional posicionado na cabeça, o paciente é movido para o lado contrário do ventilador mecânico e que ocorrerá a lateralização. Em seguida, já envolvido no envelope, o paciente é lateralizado ao comando do profissional e em seguida posicionado em prona.

Em posicionamento prono, os cuidados de enfermagem englobam a verificação do posicionamento do tubo endotraqueal, posicionamento dos coxins, manutenção da cabeceira do paciente em Trendelenburg invertido e posicionamento em posição de nadador, com a cabeça lateralizada na direção do braço elevado e cotovelo fletido, enquanto o outro braço permanece próximo ao corpo.^(19,24) A posição nadador deve ser alternada a cada 2 horas, a fim de evitar lesões por pressão,⁽¹⁸⁾ conduta assinalada como correta pela maioria dos profissionais do estudo. A técnica de pronação, assim como qualquer outra, não está isenta de riscos e/ou complicações decorrentes da execução de forma incorreta.^(5,6) Um estudo recente, realizado com 735 pacientes com SDRA em UTI de 20 países, concluiu que a posição prona foi associada a baixas taxas de complicações.⁽²⁵⁾ Outros estudos revelam as complicações decorrentes da manobra de pronação, como obstrução do tubo endotraqueal, extubação acidental, dessaturação transitória, avulsão de cateteres, tubos dobrados e lesões por pressão.^(18,24,26)

Nos casos de dessaturação transitória, estudos recomendam aguardar até 5 minutos pós-pronação. Se a saturação estiver < 10% da saturação basal ou < 90% mantida por 5 minutos, recomenda-se retorno a posição supina.^(13,19) A cerca dos casos de lesão por pressão, estudos evidenciam que as áreas mais sujeitas a surgimento de lesão por pressão no posicionamento prono são quadris, joelhos, ombros e face,⁽¹³⁾ recomenda-se a alternância da posição nadador a cada 2 horas.⁽¹⁸⁾ Outra complicação possível durante e após a técnica de pronação é a parada cardiorrespiratória (PCR), no qual estudos recentes, indicam o início da reanimação Cardiopulmonar (RCP) de forma imediata com o paciente ainda em posicionamento prono, no momento de sua identificação até a tomada de providências, como obter a quantidade necessária de profissionais para realizar a supinação e iniciar novamente a RCP.^(17,27) Conduta considerada incorreta pela maioria dos profissionais participantes do estudo, que revelaram conduzir a PCR com supinação imediata e início da RCP.

Diante do exposto, evidencia-se que a equipe de enfermagem tem papel fundamental na prestação de assistência e avaliação contínua de pacientes com SDRA em posicionamento prono,^(21,27) visto se tratar de um procedimento aplicado a pacientes graves internados em ambiente de alta complexidade, o que exige conhecimentos teóricos e práticos dos membros da equipe atuante no setor de terapia intensiva a

cerca da técnica de pronação.⁽²⁶⁾ Contudo, ao avaliar o conhecimento dos profissionais de enfermagem do setor de terapia intensiva acerca do posicionamento prono durante a fase de pré-intervenção educativa, constata-se conhecimento limitado da equipe acerca do tema, com média de acertos de 6,12 (DP= 2,15), $t(61)=11,31$ e $p=0,000$ e pontuação mínima de 1,0. Os dados permitem inferir, que essa limitação do conhecimento a cerca do posicionamento prono, pode ser justificado pela falta de treinamentos prévios, visto que tanto os profissionais que tiveram contato com o tema durante a graduação e os que não tiveram contato, não realizaram treinamentos durante sua atuação profissional. Este dado corrobora com outro estudo realizado no ano de 2013 em uma UTI adulto de um hospital geral da Paraíba, no qual avaliou o conhecimento da equipe em relação à assistência ao paciente com SDRA em posicionamento prono e concluiu que o conhecimento da equipe é restrito, frente a grande quantidade de respostas incorretas e afirma em sua conclusão, que esse conhecimento restrito, possivelmente, seria decorrente da pouca abordagem do tema durante a formação acadêmica dos profissionais.⁽¹⁷⁾

Porém, após intervenção educativa teórica e prática, aplicada a equipe de enfermagem do setor intensivo acerca do posicionamento prono em pacientes com SDRA, constata-se uma média de acertos de 9,43 (dp= 0,76), $t(61)=11,31$ e $p=0,000$, com nota mínima de 7,0. Esses dados revelam uma significativa modificação positiva do conhecimento dos profissionais acerca do posicionamento prono, com consequente aumento da média de acertos pós-intervenção, evidenciando a efetividade de intervenção educativa no processo assistencial intensivo, além de permitir a capacitação prática para realização segura da técnica. Esse achado corrobora com uma revisão sistemática⁽¹⁵⁾ constituída por 24 estudos randomizados e de outros desenhos de estudos, que se objetivou a identificar e avaliar estudos de intervenções educacionais destinadas à melhoria da compreensão sobre os efeitos das intervenções de saúde. O estudo constatou que as intervenções educacionais em saúde, podem melhorar o conhecimento e as habilidades dos profissionais, também por curto prazo.

Como os setores intensivos em sua complexidade, exigem dos profissionais de enfermagem capacitação teórica, com conhecimento científico aprofundado e prática fundamentada em evidências científicas, para manejo de arsenal tecnológico e prestação de assistência a pacientes críticos,⁽¹²⁾ educar as equipes prestadoras de assistência de saúde sobre o manejo de pacientes graves com SDRA, permite a realização da técnica de pronação para posicionamento prono de forma adequada e segura para o paciente e equipe.⁽²¹⁾ O enfermeiro como líder da equipe de enfermagem, assume a

responsabilidade de capacitar e treinar sua equipe de acordo com as dificuldades e necessidades apresentadas, incentivando a equipe para participação nas intervenções educativas, estimulando a atualização da equipe, o que refletirá diretamente na qualidade do processo assistencial intensivo.⁽²⁸⁾

Sendo assim, as intervenções educativas aplicadas em setores de terapia intensiva, como forma de educação continuada, permite a capacitação e atualização da equipe multiprofissional de saúde atuante nestes setores, proporcionando melhoria significativa na qualidade do processo assistencial intensivo.⁽¹⁴⁾ O que torna claro, a importância da implementação e criação de programas de educação continuada bem como educação em serviço nos setores de terapia intensiva através de intervenções educativas,^(14,28-30) afim de capacitar e qualificar a equipe prestadora de cuidados, promover uma assistência de forma integral e segurança para o paciente e o próprio profissional.⁽³¹⁾ Aliado a este fato, é essencial a implantação de protocolos e padronização de todos os cuidados necessários que devem ser verificados antes, durante e após a manobra de pronação através da aplicação de checklist.⁽¹⁷⁾

As limitações a serem consideradas no estudo referem-se à metodologia da coleta dos dados, empregada de forma pontual, sem aplicação de um formulário pós-intervenção em longo prazo, a fim de verificar a concretização dos conhecimentos adquiridos na intervenção teórica e prática do estudo. Sugere-se a realização de novos estudos sobre o conhecimento do posicionamento prono em setor intensivo por profissionais de enfermagem a médio e longo prazo.

Os aspectos positivos revelados neste estudo consistem na contribuição substancial na capacitação teórica e prática dos profissionais de enfermagem atuantes no setor intensivo acerca do posicionamento prono e os cuidados relativos à técnica, com consequente prestação de cuidados de forma adequada, com segurança e qualidade. Em conjunto com o Núcleo de Educação Permanente (NEP) e a Comissão de Segurança do Paciente da instituição, o presente estudo colaborou na construção de um bundle de pronação a ser implementado no setor de terapia intensiva.

CONCLUSÃO

Constata-se limitação do conhecimento dos profissionais acerca do posicionamento prono em fase de pré-intervenção educativa. Contudo, após aplicação de intervenção educativa, constatou-se efetividade da intervenção educativa no processo assistencial intensivo com melhora e aumento do conhecimento dos profissionais a cerca do tema, impactando diretamente no processo assistencial. A educação continuada, através de intervenção educativa em setores de terapia intensiva, torna-se essencial para

fins de aperfeiçoamento dos profissionais. Sugerem-se novos estudos no tocante ao tema, visto escassas pesquisas publicadas com efeitos em longo prazo.

CONTRIBUIÇÕES

Fellipe Cássio Silva contribuiu na concepção e/ou desenho do estudo; coleta, análise e interpretação dos dados;

redação crítica do manuscrito e aprovação da versão final a ser publicada. Ana Carla Silva Alexandre contribuiu na análise e interpretação dos dados; revisão crítica do manuscrito e aprovação da versão final a ser publicada. Cláudia Germânia Alencar Castro contribuiu na revisão crítica do manuscrito e aprovação da versão final a ser publicada.

REFERÊNCIAS

1. Ouchi JD, Lupo AP, Alves BO, Andrade RV, Fogaça MB. O papel do enfermeiro na unidade de terapia intensiva diante de novas tecnologias em saúde. *Rev Saúde Foco*. 2018;10(10):412-28.
2. Souza NS, Souza TS, Chagas FR, Silva NF, Silva SV, Silva CC. Repercussions of care technologies in intensive care units. *Rev Enferm UFPE on line*. 2018;12(10):2864-72.
3. Bellani G, Laffey JG, Pham T, Fan E, Brochard L, Esteban A, et al. Epidemiology, patterns of care, and mortality for patients with acute respiratory distress syndrome in intensive care units in 50 countries. *JAMA*. 2016;315(8):788-800.
4. Confalonieri M, Salton F, Fabiano F. Acute respiratory distress syndrome. *Eur Respir Rev*. 2017;26:1-7.
5. Park SY, Kim HJ, Yoo KH, Park YB, Kim SW, Lee SJ, et al. The efficacy and safety of prone positioning in adults patients with acute respiratory distress syndrome: a meta-analysis of randomized controlled trials. *J Thorac Dis*. 2015;7(3):356-67.
6. Gattinoni L, Taccone P, Carlesso E, Marini JJ. Prone Position in Acute Respiratory Distress Syndrome. Rationale, Indications, and Limits. *Am J Respir Crit Care Med*. 2013;188(11):1286-93.
7. Chiumello D, Coppola S, Froio S. Prone position in ARDS: a simple maneuver still underused. *Intensive Care Med*. 2018;44(2):241-3.
8. Lu SJ, Wang SP. Prone Position and Nursing Care. *Hu Li Za Zhi*. 2018;65(3):96-102.
9. Ayla G, Erica R, Raghukumar T, Ahmad AH, Samir P, Tariq C. Prone Positioning in ARDS. *Crit. Care Nurs. Q*. 2019;4(2):371-5.
10. Gattinoni L, Busana M, Giosa L, Macri MM, Quintal M. Prone Positioning in Acute Respiratory Distress Syndrome. *Semin Respir Crit Care Med*. 2019;40(1):94-100.
11. Lucchini A, Bambi S, Mattiussi E, Elli S, Villa L, Bondi H, et al. Prone Position in Acute Respiratory Distress Syndrome Patients: A Retrospective Analysis of Complications. *Dimens Crit Care Nurs*. 2020;39(1):39-46.
12. Lima MG, Souza LP. Continuous education in intensive care unit-icu: literature review. *J Health Biol Sci*. 2015;3(1):39-45.
13. Setten M, Plotnikow GA, Accoce M. Prone position in patients with acute respiratory distress syndrome. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2016;28(4):452-62.
14. Cruz BM, Marques EC, Santos EC, Nascimento RA, Colaço MA. Adult Respiratory Distress Syndrome (ARDS) - Mechanical ventilation in the prone position: review of literature. *Rev Inspir Mov Saúde*. 2015;7(2):16-21.
15. Cusack L, DelMar CB, Chalmers L, Gibson E, Hoffmann TC. Educational interventions to improve people's understanding of key concepts in assessing the effects of health interventions: a systematic review. *System Reviews J*. 2018;7:68.
16. Johnson M. Manual proning and acute respiratory distress syndrome presentation [Internet]. St. Joseph Medical Center; 2015 jun 12 [cited 2018 Jun 23]. Video: 08 min 01 sec. Available from: <https://www.youtube.com/watch?v=qx2z26IL6g8>
17. Manfredini GM, Machado RC, Mantovani R. Prone position in acute respiratory distress syndrome: nursing care. *Rev Enferm UFPE on line*. 2013;7(8):5488-97.
18. Oliveira VM, Piekala DM, Deponti GN, Batista DC, Minossi SD, Chisté M, et al. Safe prone checklist: construction and implementation of a tool for performing the prone maneuver. *Rev Bras Ter Intens*. 2017;29(2):131-41.
19. Oliveira VM, Weschenfelder ME, Deponti G, Condessa R, Loss SH, Bairros PM, et al. Good practices for prone positioning at the bedside: Construction of a care protocol. *Rev Assoc Med Bras*. 2016;62(3):287-93.
20. Vogt TB, Sensen B, Kluge S. Bauchlagerung bei Beatmung – Schritt für Schritt. *Dtsch Med Wochenschr*. 2019;144(14):978-81.
21. Drahnak DM, Custer N. Prone Positioning of Patients With Acute Respiratory Distress Syndrome. *Crit Care Nurs*. 2015;35(6):29-37.
22. Guérin C, Reignier J, Richard JC, Beuret P, Gacouin A, Boulain T, et al. Prone Positioning in severe acute respiratory distress syndrome. *N Eng J Med*. 2013;368(23):2159-68.
23. Dalmedico MM, Salas D, Oliveira AM, Baran FD, Meardi JT, Santos MC. Efficacy of prone position in acute respiratory distress syndrome: overview of systematic reviews. *Rev Esc Enferm USP*. 2017;51:e03251.
24. Benjamin MF, Santos AC, Salvador AC, Jorge MB. Prona position in intensive therapy unit. *Rev Unilus Ensi Pesq*. 2018;15(40):77-83.
25. Guérin C, Beuret P, Constantin JM, Bellani G, Garcia-Olivares P, Roca O, et al. A prospective international observational prevalence study on prone positioning of ARDS patients: the APRONET (ARDS Prone Position Network) study. *Intensive Care Med*. 2018;44(1):22-37.
26. Munshi L, Sorbo LD, Adhikari NK, Hodgson CL, Wunsch H, Meade MO, et al. Prone Position for Acute Respiratory Distress Syndrome. A Systematic Review and Meta-Analysis. *Ann Am Thorac Soc*. 2017;14(Suppl 4):280-8.
27. Nanjangud P, Nileshtar A. Cardiopulmonary resuscitation in adult patients in prone position. *Indian J Respir Care*. 2017;6(2):791-2.
28. Silveira RE, Contim D. Health education and humanized practice of nursing at intensive care units: bibliometric study. *J Res: Fundam Care Online*. 2015;7(1):2113-22.
29. Lunar GG, Oliveira LN, Andrade FS, Montanha D. Analysis of workers education in intensive care unit. *Rev UNILUS Ensino e Pesqui*. 2017;14(37):180.
30. Tibola TS, Cordeiro AL, Stacciarini TS, Engel RH, Costa DG, Haas VJ. Factors That Influence the Participation of Nursing Professionals in Permanent Education in Public Hospital. *Enferm Foco*. 2019;10(2):125-30.
31. Correio RA, Vargas MA, Carmagnani MI, Ferreira ML, Luz KR. Unveiling skills intensive in care nurse. *Enferm Foco*. 2015;6(1/4):46-50.

INTEGRIDADE PERINEAL EM PARTOS VAGINAIS: FATORES MATERNOS, NEONATAIS E RELACIONADOS À ASSISTÊNCIA

PERINEAL INTEGRITY IN VAGINAL BIRTH: MATERNAL, NEONATAL AND ASSISTANCE RELATED FACTORS

INTEGRIDAD PERINEAL EN PARTOS VAGINALES: FACTORES MATERNOS, NEONATALES Y RELACIONADOS COM EL CUIDADO

Larissa Amaral Alípio¹

Lélia Maria Madeira¹

Flávia Aparecida Felipe de Lima Silva^{1,2}

(<https://orcid.org/0000-0002-3562-6252>)

(<https://orcid.org/0000-0002-2882-869X>)

(<https://orcid.org/0000-0001-6954-1487>)

Descritores

Enfermagem obstétrica; Períneo; Parto normal

Descriptors

Obstetric nursing; Perineum; Natural childbirth

Descriptores

Enfermería obstétrica; Períneo; Parto normal

Recebido

4 de Fevereiro de 2021

Aceito

10 de Maio de 2021

Conflitos de interesse:

nada a declarar.

Autor correspondente

Larissa Amaral Alípio

E-mail: larissa.alipio@hotmail.com

RESUMO

Objetivo: Conhecer os fatores maternos e neonatais relacionados à integridade perineal e relacionar a preservação do períneo com o profissional que assiste ao parto.

Métodos: Estudo retrospectivo, descritivo, quantitativo, em prontuários de 292 mulheres que tiveram parto vaginal com períneo íntegro. Incluídas mulheres que tiveram parto vaginal com períneo íntegro, de feto termo, único ou múltiplo, iniciado espontaneamente ou induzido, instrumentalizado ou não, independente de risco obstétrico. Utilizadas as variáveis: raça, idade materna, idade gestacional, paridade, número de fetos, uso de ocitocina na condução do trabalho de parto, uso de analgesia, trabalho de parto espontâneo ou induzido, apresentação e peso do recém-nascido ao nascer, posição materna no expulsivo e profissional que assistiu ao parto.

Resultados: A maioria das mulheres com períneos íntegros eram pardas, multiparas com partos espontâneos; taxa de ocitocina e analgesia foi de 11,6% e 19,9%, respectivamente; o peso médio dos recém-nascidos foi de 3176g e a Enfermagem Obstétrica esteve presente em mais de 90% dos partos.

Conclusão: A raça e a multiparidade permaneceram como fatores protetores de lacerações perineais, enquanto outras variáveis precisam de mais estudos para determinar seu papel na integridade perineal. A Enfermagem Obstétrica se manteve como indicadora de boas práticas ao parto e nascimento.

ABSTRACT

Objective: Knowing the maternal and neonatal factors related to perineal integrity and relating perineal integrity to the professional attending the delivery.

Methods: Retrospective, descriptive, quantitative study on medical records of 292 women who had vaginal delivery with intact perineum. Including women who had a vaginal delivery with intact perineum, full-term fetus, single or multiple, started spontaneously or induced, instrumentalized or not, regardless of obstetric risk. The variables used were race, maternal age, gestational age, parity, number of fetuses, use of oxytocin in conducting labor, use of analgesia, spontaneous or induced labor, presentation and weight of the newborn at birth, maternal position in the expulsive and professional who attended the birth.

Results: The majority of women with intact perineum were brown, multiparous with spontaneous births; oxytocin and analgesia rate was 11.6% and 19.9%, respectively; the average weight of newborns was 3176g and obstetric nursing was present in more than 90% of deliveries.

Conclusion: Race and multiparity remained as protective factors against perineal lacerations, while other variables need further studies to determine their role in perineal integrity. Obstetric Nursing has remained an indicator of good practices in childbirth and birth.

RESUMEN

Objetivo: Conocer los factores maternos y neonatales relacionados con la integridad perineal y relacionar la preservación del períneo con el profesional que asiste al parto.

Métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo y cuantitativo sobre historias clínicas de 292 mujeres que tuvieron parto vaginal con períneo íntegro. Incluídas las mujeres que tuvieron un parto vaginal con períneo íntegro, feto a término, único o múltiple, iniciado espontáneamente o inducido, instrumentalizado o no, independientemente del riesgo obstétrico. Las variables utilizadas fueron: raza, edad materna, edad gestacional, paridad, número de fetos, uso de oxitocina en la realización del trabajo de parto, uso de analgesia, trabajo de parto espontáneo o inducido, presentación y peso del recién nacido al nacer, posición materna en los expulsivos y profesionales que asistieron al parto.

Resultados: La mayoría de las mujeres con períneo sano eran pardas, multiparas con partos espontáneos; la tasa de oxitocina y analgesia fue de 11,6% y 19,9%, respectivamente; el peso promedio de los recién nacidos fue de 3176 g y la enfermería obstétrica estuvo presente en más del 90% de los partos.

Conclusión: La raza y la multiparidad se mantuvieron como factores protectores contra las laceraciones perineales, mientras que otras variables necesitan más estudios para determinar su papel en la integridad perineal. La enfermería obstétrica se ha mantenido como un indicador de buenas prácticas en el parto y el parto.

¹Hospital Sofia Feldman, Belo Horizonte, MG, Brasil.

²Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Como citar:

Alípio LA, Madeira LM, Silva FA. Integridade perineal em partos vaginais: fatores maternos, neonatais e relacionados à assistência. *Enferm Foco*. 2021;12(4):739-45.

DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n4.4512>

INTRODUÇÃO

A assistência obstétrica brasileira, a partir da década de 1930, passou por inúmeras mudanças estruturais e logísticas; o cenário de parto se modificou do domicílio para os hospitais^(1,2) e das parteiras diplomadas e/ou leigas como personagens responsáveis pela assistência, para os médicos, exclusivamente.^(1,3,4)

No entanto, apesar da mudança desse cenário contribuir para a diminuição da mortalidade materna e neonatal, começaram a surgir iatrogenias, ou seja, resultados danosos ao binômio mãe-filho, causadas por intervenções desnecessárias, excessivas ou em tempo inoportuno, a partir do momento histórico em que a fisiologia do parto tornou-se potencialmente perigosa para a cultura profissional.⁽³⁻⁵⁾

Uma dessas intervenções pode ser atribuída à episiotomia, procedimento cirúrgico utilizado para cortar o períneo e que, por si só gera uma laceração de 2.º grau extenso com secção de cinco grupamentos musculares.⁽⁶⁾ Suas indicações no meio obstétrico não são obviamente determinadas, podendo ter como critérios os partos: de fetos macrossômicos, pélvicos, prematuros, instrumentalizados, com distocias de ombro e no intuito de prevenir lacerações graves (3.º e 4.º grau) ou de acordo com outros critérios avaliados pelo Obstetra.^(7,8) Estudos de metanálise demonstram que não há efeito protetor de lacerações graves na realização da episiotomia^(2,9) e comparando a episiotomia de rotina com a de uso seletivo, a perda sanguínea é maior, a dor no puerpério é mais intensa e não há diferença na condição ao nascer do recém-nascido (score de APGAR < 7 no quinto minuto de vida).⁽²⁾

Dados da Pesquisa Nascer no Brasil, mostram que em 54% dos partos vaginais no país, as mulheres foram submetidas a esse procedimento.⁽¹⁰⁾ Não há um consenso, todavia, de qual é ou se existe uma taxa adequada de episiotomia, e sim, apenas que seu uso restritivo e não liberal deve ser implementado nos serviços de saúde.⁽¹¹⁾

Por outro lado, quando não ocorre a episiotomia, existem dois desfechos possíveis: ausência de lacerações (integridade perineal) ou lacerações espontâneas classificadas do 1.º ao 4.º grau (lesões de pele e mucosa até rompimento completo do esfíncter anal).^(5,6) Alguns estudos mostram taxas de integridade perineal em torno de 25%, e quando há laceração, as de 1.º grau são as mais frequentes, em aproximadamente ¾ delas.^(12,13) Contudo, essas taxas podem não corresponder à realidade, tendo em vista a prática obstétrica tradicional na maioria das maternidades brasileiras com uso irrestrito de episiotomia.⁽¹⁴⁾

As condições que contribuem para a ocorrência de lacerações espontâneas são diversas e podem ser

relacionadas a fatores maternos, neonatais e de intervenções durante o parto, como a primiparidade, utilização de ocitocina, macrossomia fetal, o parto tido como complicado (período expulsivo prolongado, parto instrumental, estado fetal não tranquilizador), a posição vertical no parto, dentre outros.^(4,15-17)

Já a relação da integridade e preservação perineal com outros fatores mostra-se escassa e inconsistente, como a nuliparidade (por não possuir cicatriz perineal prévia, portanto, ter mais elasticidade perineal) de acordo com o trabalho de Riesco (2011) e, ao mesmo tempo, a multiparidade,^(4,12,18,19) a cor da pele, descrita como mulheres “não brancas” também é fator protetor.⁽¹⁸⁾

O profissional responsável pela assistência ao parto também repercute na ocorrência de procedimentos intervencionistas. Vários autores, incluindo uma metanálise da Biblioteca Cochrane demonstram que mulheres inseridas em modelos de assistência liderados por “Midwives” (no contexto brasileiro, Enfermeiras Obstétricas e Obstetizas) tem menor chance de passar por episiotomia e parto instrumental.^{4,20-23} Além disso, o local de parto junto à assistência do Enfermeiro Obstétrico e/ou obstetiza contribui para diminuição das taxas de episiotomia e por consequência, influenciam as chances de integridade perineal⁴⁻⁵. Essas chances são maiores em partos domiciliares, seguido pelos partos em Centro de Parto Normal (CPN) e por último, partos hospitalares.⁽⁵⁾

No contexto brasileiro, uma maternidade filantrópica, com atendimentos 100% pelo Sistema Único de Saúde (SUS) que preconiza o modelo colaborativo entre profissões, o que inclui a enfermagem obstétrica inteiramente integrada à assistência no ciclo gravídico-puerperal, a taxa de episiotomia se limitou a 1,4% em 2018, com 85,4% dos partos assistidos por enfermeiros obstétricos e as taxas de integridade perineal aproximadamente de 50%.⁽²⁴⁾

Ressalta-se que a referida maternidade é, também, unidade de ensino e oferece programas de Residência em Enfermagem Obstétrica e Médica em Ginecologia e Obstetiza, além da Residência Multiprofissional em Neonatologia. Neste sentido, quando se aborda a temática da integridade perineal no contexto da assistência ao parto, há que se considerar a assistência oferecida, não só do profissional trabalhador do hospital, mas também daqueles que se encontram em processo de formação em serviço.

A inserção do enfermeiro obstétrico residente, por exemplo, no Rio Grande do Sul e em Goiânia, proporcionou às gestantes, acesso a métodos não farmacológicos para alívio da dor, restrição de alguns procedimentos, como a amniotomia e a garantia de direitos, como acompanhante

de livre escolha.^(22,25) Em Salvador, além do resultado observado no estudo gaúcho, não houve episiotomias e a parturiente teve liberdade de posição, mesmo durante o período expulsivo, com a totalidade dos partos assistidos em posições verticais.⁽²⁶⁾

Considerando os danos potenciais descritos sobre perineos de mulheres submetidas à episiotomia, os fatores associados às lacerações espontâneas e à escassez de informações sobre integridade perineal, questionam-se: que fatores interferem na preservação da integridade perineal? Qual a relação entre a preservação da integridade perineal e a assistência profissional recebida?

Portanto, os objetivos foram identificar os fatores maternos e neonatais relacionados à integridade perineal e relacionar a preservação do períneo com o profissional que assiste ao parto.

MÉTODOS

Retrospectivo, descritivo, de abordagem quantitativa.

Em uma Maternidade de Belo Horizonte, Minas Gerais

Para definição da amostra a ser estudada, utilizou-se o universo de 1226 puérperas, número disponibilizado pelo Setor de Estatística da Instituição, cujos partos foram vaginais, a termo e ocorridos no período de outubro a dezembro de 2018. Dentre estes, 560 tinham a informação de “ausência de laceração perineal” registrada no livro-controle de partos da maternidade. Entretanto, apenas 292 possuíam o preenchimento completo das variáveis do estudo, o que justificou a opção de estudá-los. Já o período de outubro a dezembro foi identificado a partir de reflexões acerca do momento mais oportuno na formação dos Residentes de Obstetrícia (Enfermeiros e Médicos) da Instituição.

Participaram do estudo, as 292 mulheres que tiveram parto vaginal com períneo íntegro, de feto a termo, único ou múltiplo, iniciado de forma espontânea ou induzida, instrumentalizado ou não, independente de risco obstétrico. Foram excluídas aquelas que tiveram seus partos no Centro de Parto Normal David Capistrano por ser um setor de atuação exclusiva de Enfermeiras Obstétricas e assistência apenas de partos de risco habitual.

Foram coletadas variáveis sociodemográficas: raça e idade materna; e variáveis obstétricas: idade gestacional, paridade, número de fetos, uso de ocitocina na condução do trabalho de parto (TP), uso de analgesia regional, TP espontâneo ou induzido (farmacológica ou mecânica), apresentação e peso do recém-nascido ao nascer e posição materna no período expulsivo. Sobre o profissional que prestou a assistência ao parto, foram levantados dados acerca de sua categoria profissional, vinculação ao

Hospital e, caso fosse residente, em que momento se encontrava em seu processo de formação. Os dados foram coletados entre outubro e março de 2020 e agrupados a partir de um instrumento próprio, elaborado pela pesquisadora no *software* Excel®.

A análise dos dados foi feita por meio de estatística descritiva e, para isso, foram agrupados em tabelas de frequência e gráficos. Além disso, medidas de tendência central e dispersão foram feitas para as variáveis contínuas. O *software* STATA® realizou o tratamento dos dados e foi utilizado o teste Qui-quadrado para análise de significância.

O trabalho seguiu os preceitos da Resolução CNS n.º 466/2012, que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos; foi apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Sofia Feldman, com parecer favorável de número 3.601.736.

RESULTADOS

Na análise das variáveis sociodemográficas maternas, foi possível verificar que a maioria de mulheres são autodeclaradas pardas: 61,6% (179), seguido por mulheres brancas: 21,9% (64). Na classificação etária, a faixa de 20 a 29 anos teve a maioria estatística de 51,7% (151), média de 26,5 anos ($\pm 6,64$). O histórico obstétrico das parturientes mostrou que o número de gestações na população estudada foi, em média, de 2,70 ($\pm 1,57$). As múltiparas totalizaram 78,1% (228) e as primigestas 21,9% (64). O restante desse histórico encontra-se na tabela 1.

Tabela 1. Perfil obstétrico da amostra

Variáveis	n(%)
Idade gestacional no parto	
37 0/7	44(15,1)
38 0/7	67(23,0)
39 0/7	81(27,8)
40 0/7	56(19,2)
≥41	43(14,8)
Número de gestações	
1	64(21,9)
2	96(32,9)
3	69(23,6)
4	23(7,9)
5 +	40(13,7)
Partos vaginais prévios	
Primíparas	73(25,0)
Múltiparas	219(75,0)
Cesárea prévia	
Não	281(96,2)
1	11(3,8)
Abortos prévios	
Não	235(80,5)
1	43(14,7)
2	10(3,4)
3	3(1,0)
4	1(0,3)

Em relação aos recém-nascidos, a média de peso ao nascimento foi de 3176 gramas (\pm 410 gramas), com menor peso de 2200 gramas e o maior de 4400 gramas; 2,7% (8) eram macrossômicos, ou seja, peso superior a 4000 gramas. Desses, 87,5% eram de mães multiparas, sendo a maioria das gestações de feto único (99,6%). Os recém-nascidos GIG (grande para a idade gestacional), totalizaram uma média de 11,2% do total de nascimentos (\pm 2,7). O surgimento de comorbidades também foi identificado, sendo 18,1% (53) das mulheres com síndromes hipertensivas, 15,4% (45) doenças endócrinas e 4,4% (13) condições infecciosas (HIV, Sífilis ou Toxoplasmose); ainda, 4,4% (13) tiveram algum tipo de complicação no parto (hemorragia pós-parto, retenção placentária ou distocia de ombro). No tocante ao trabalho de parto, 56,5% (165) das mulheres, o parto iniciou espontaneamente; as demais tiveram parto induzido correspondendo a 43,5% (127). Destas, 37% (108) tiveram indução com uso misoprostol, 5,8% (34) com ocitocina sintética e 0,7% (2) por método de Krause; houve ainda aquelas que necessitaram de um segundo método associado na indução do parto, sendo 18,9% (24) com ocitocina e 2,4% (3) com método de Krause. Das intervenções descritas, 11,6% (34) utilizaram ocitocina para condução do trabalho de parto e 19,9% (58) foram submetidas à anestesia peridural (analgesia de parto). Considerando a posição para o parto, das mulheres que pariram em decúbito dorsal (deitada), 9% (2) delas tiveram como causa o parto vaginal instrumentalizado, ambos a fórceps. O nascimento em banheira foi descrito em 7,5% (22) dos prontuários e 36,3% (8) deles não detalharam a posição da mulher na banheira durante o nascimento. O detalhamento das posições adotadas pode ser observado na figura 1.

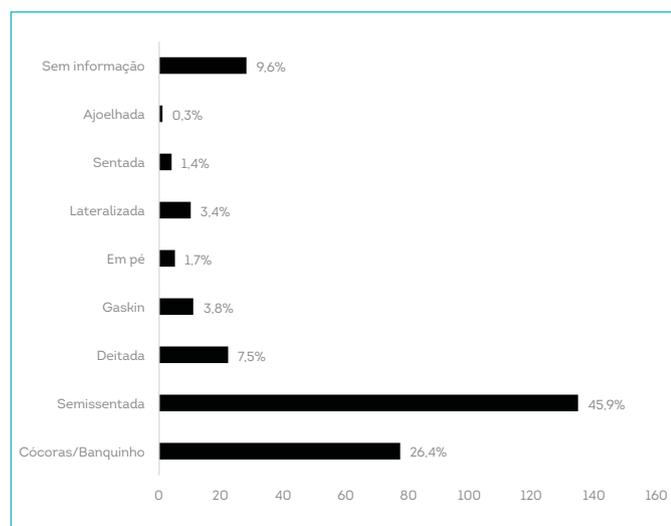


Figura 1. Posições adotadas pelas mulheres durante o período expulsivo

As características fetais durante o parto mostraram que a apresentação cefálica foi majoritária com 99,3% (291) e 0,7% (2) de apresentação pélvica; a variedade de posição occipitoanterior/occipitopúbis (OP) representou 62,7% (183) da amostra, a variedade de posição occipitoposterior/occipitosacro (OS) teve 1% (3) dos casos e na somatória apresentou um caso a mais por se referir ao segundo gemelar da gestação múltipla incluída; outros tipos de variedade foram descritos em 1% (3) dos prontuários. Não houve descrição de variedade em 35,6% (104) dos prontuários. Na figura 2 apresenta-se a participação dos profissionais na assistência aos partos. Deve-se ressaltar que em um mesmo parto foram identificados mais de um profissional, principalmente nos partos em que havia residentes da enfermagem obstétrica e médicos residentes do primeiro ano de Ginecologia e Obstetrícia, cuja presença do preceptor é imprescindível. No caso de parturientes com gestação de alto risco ou que apresentava alguma gravidade durante o TP, havia sempre um Médico Obstetra responsável pela assistência ao parto.

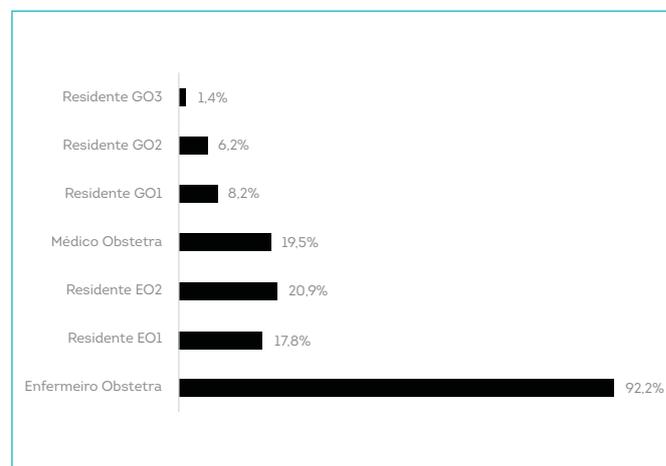


Figura 2. Distribuição dos profissionais na assistência aos partos

A tabela 2, apresenta a relação entre as variáveis do TP, parto e do recém-nascido com o profissional responsável pela assistência ao parto. A variável “parto induzido” com ocitocina esteve mais associada com a assistência do médico e a categoria parto espontâneo com a assistência da enfermeira ($p=0,002$). Apresentação pélvica só ocorreu nos atendimentos por médicos residentes ($p<0,001$). A variável “parto induzido” apresentou significância pela presença da categoria “não” (que no banco de dados seria o mesmo que observar os valores de parto espontâneo); retirando essa categoria, não encontramos associação. O mesmo ocorreu com a variável “variedade de posição” ao serem retirados os prontuários que não constavam essa informação.

Tabela 2. Relação entre variáveis maternas, neonatais, do trabalho de parto e o profissional responsável pela assistência ao parto

Variáveis	Enfermeira n(%)	Médico n(%)	Residentes n(%)	p-value
Ocitocina para condução				0,975
Sim	26(11,6)	7(12,3)	1(10,0)	
Não	199(88,4)	50(87,7)	9(90,0)	
Analgesia				0,007*
Sim	39(17,3)	19(33,3)	0(0,0)	
Não	186(82,7)	38(66,7)	10(100,0)	
Parto espontâneo				0,010*
Sim	137(60,9)	22(38,6)	6(60,0)	
Não	88(39,1)	35(61,4)	4(40,0)	
Parto induzido				0,008*
Misoprostol	70(31,1)	34(59,6)	4(40,0)	
Ocitocina	16(7,1)	1(1,8)	0(0,0)	
Krause	2(0,9)	0(0,0)	0(0,0)	
Não	137(60,9)	22(38,6)	6(60,0)	
Segundo método de indução				0,002*
Não	211(93,8)	44(77,2)	10(100,0)	
Ocitocina	13(5,8)	11(19,3)	0(0,0)	
Krause	1(0,4)	2(3,5)	0(0,0)	
Apresentação fetal				<0,001*
Cefálica	225(100,0)	57(100,0)	8(80,0)	
Pélvica	0(0,0)	0(0,0)	2(20,0)	
Posição materna no expulsivo				0,310
Cócoras/Banqueta	54(24,0)	20(35,1)	3(30,0)	
Semissentada	107(47,6)	25(43,9)	2(20,0)	
Deitada	16(7,1)	4(7,0)	2(20,0)	
Quatro apoios	7(3,1)	2(3,5)	2(20,0)	
Em pé	5(2,2)	0(0,0)	0(0,0)	
Lateralizada	10(4,4)	0(0,0)	0(0,0)	
Sentada	3(1,3)	1(1,8)	0(0,0)	
Ajoelhada	1(0,4)	0(0,0)	0(0,0)	
Sem informação	22(9,8)	5(8,8)	1(10,0)	

* Teste de Qui Quadrado significativo a 5%

DISCUSSÃO

A predominância de cor/raça negra e parda no estudo encontra respaldo na literatura científica, dentre os fatores que contribuem para a integridade perineal.^(4,18)

A variável isolada multiparidade persistiu com o maior número de ocorrências de períneo íntegro do estudo e corrobora com o que a comunidade científica divulga como fator de proteção para lacerações espontâneas.^(4,12,18,19,27,28)

Apesar de a taxa de bebês macrosômicos ser pequena no estudo (2,7%), há que se analisar aqueles que se enquadram na classificação GIG. O trabalho de Sobieray (2019) relata aumento do número de episiotomias em partos cujos fetos tem peso acima de 3000g e o de Riesco e colaboradores (2011) a partir de 3300g; outros trabalhos citam a macrosomia como fator de risco para lacerações perineais graves.^(17,29,30)

O uso da ocitocina durante o TP foi reduzido (11,6%) em comparação com a média nacional, de 36,4%. Alguns estudos^(31,32) associam seu uso a um risco maior de lacerações perineais graves e outros a lacerações perineais no geral,⁽⁴⁾ principalmente em nulíparas.⁽¹⁵⁾ Em seu trabalho, Oliveira e

colaboradores,⁽³³⁾ não associaram o uso de ocitocina com lacerações, porém, a maioria dos partos em seu estudo foi em posições horizontais e majoritariamente assistidos por médicos.

Já a utilização de analgesia encontrada foi menor (19,9%) em comparação com a taxa geral do país (33,9%). Essa taxa reduzida pode ser relacionada à utilização ampla e difundida de métodos não farmacológicos para alívio da dor disponíveis na Instituição, que no ano de 2018 apresentou 25,2% dos partos vaginais com uso dessa ferramenta.⁽²⁴⁾ A analgesia é descrita por vários autores, incluindo revisões e metanálise como fator de risco para lacerações perineais, graves ou não.^(9,32)

Apesar dos resultados evidenciarem maioria de partos iniciados espontaneamente, que não utilizaram fármacos para alívio da dor ou para condução do TP e mulheres em posições verticais, ainda assim, houve uma porcentagem (43,5%) considerável de períneos íntegros em partos induzidos, que é demonstrado na literatura como possível fator de risco na ocorrência de lacerações.^(9,31,32)

A ocorrência de períneo íntegro em partos instrumentados a fórceps deve ser ressaltada por se tratar de uma intervenção sucessivamente associada a episiotomia no cotidiano obstétrico mesmo sem evidências científicas que corroborem seu uso.⁽¹¹⁾

Percebe-se que, na maioria dos casos, houve adoção de posições verticalizadas no nascimento, outro dado destoante do contexto nacional, onde 91,7% dos partos aconteceram em posição litotômica.⁽³⁴⁾ No que interessa a integridade perineal, Lopes e colaboradores⁽¹⁹⁾ demonstraram um efeito protetor em posições "não verticais"; enquanto outros estudos mostraram índices elevados de períneos íntegros em posições verticais (42% e aproximadamente 79%, respectivamente).^(18,28) Em documento publicado pela OMS, afirma-se que posições verticalizadas possuem pouco ou nenhum efeito em lacerações graves, mas que há maior risco para lacerações de segundo grau (estudos com 2967 mulheres).⁽¹¹⁾

A Enfermagem Obstétrica, seja o profissional especialista isoladamente ou com o Enfermeiro Residente esteve presente maciçamente na assistência aos partos, enquanto profissional responsável ou mesmo incluído em equipe multidisciplinar em partos de alto risco. Os Residentes de Enfermagem Obstétrica somaram quase 40% de presença nos partos; quantitativo significativo, bem como os achados do uso das boas práticas demonstradas pelo estudo, como: baixas taxas de ocitocina sintética e posições verticalizadas no parto, encontram suporte na literatura internacional, onde modelos assistenciais com esse profissional

atuando na assistência direta ao parto e nascimento, melhoram desfechos maternos e neonatais.^(20,35)

Na análise de significância estatística, verificou-se que a taxa de analgesia foi maior quando os partos tinham assistência conjunta com o Médico Obstetra ($p < 0,007$). Tal resultado é amplamente difundido pela metanálise de Sandall e colaboradores.⁽²⁰⁾ A variável dependente “profissional” não mostrou relação com o uso de Ocitocina na condução do TP, posição no período expulsivo ou peso fetal.

Finalmente, o estudo não permitiu associar integridade perineal com o profissional da assistência. Esse achado é corroborado pela revisão sistemática de 2016 que mostrou não ter diferença na preservação perineal e o profissional, comparando modelos de assistência baseados na Enfermagem Obstétrica (EO) e/ou Obstetizas (Midwifery care) e outros tipos de assistência.⁽²⁰⁾ Deve-se apenas observar que, o modelo de EO é sabidamente responsável por diminuir o número de episiotomias,⁽²⁰⁾ por isso, indiretamente, contribui com a proteção do períneo dessas parturientes.

Algumas limitações foram postas no decorrer do estudo, em sua maioria, próprias de estudos retrospectivos, como a falta de padronização das evoluções nos prontuários, com informações incompletas em algumas, como a variedade de posição fetal e posição materna no nascimento, o que impactou na apresentação dos resultados. Da mesma forma, durante a coleta de dados houve dificuldade em captar todas as mulheres com períneos íntegros, por preenchimento incompleto do livro-controle.

Os resultados permitiram constatar o papel fundamental da Enfermagem Obstétrica, cuja presença na assistência ao parto contribuiu significativamente com os resultados relacionados às boas práticas no parto e nascimento, como taxas menores de analgesia, uso de ocitocina sintética e adoção de posições verticalizadas. Apesar de não ter sido possível associar diretamente a integridade perineal ao profissional da assistência, os demais resultados

apresentados ainda são relevantes no contexto nacional, onde ainda prevalecem diversas iatrogenias.

CONCLUSÃO

Alguns fatores descritos para a preservação perineal, encontrados no estudo, corroboraram com a literatura, a exemplo da multiparidade e cor/raça; outros ainda necessitam novos estudos, como os partos induzidos e/ou medicalizados, posições verticais no nascimento e peso fetal. A maioria dos trabalhos encontrados, publicados sobre o tema mostram taxas consideráveis de episiotomia e posição litotômica das parturientes o que impede a visualização do panorama da integridade perineal; há também aqueles voltados apenas para a prevenção de lacerações perineais graves e para a redução da episiotomia de rotina. Deve-se ressaltar que a Instituição, local do presente estudo, preconiza e implementa o modelo assistencial humanizado, colaborativo, com significativa atuação do Enfermeiro Obstétrico na atenção direta ao parto e nascimento, o que a diferencia no cenário da assistência obstétrica brasileira. Tais características podem ter contribuído com os achados deste estudo, que são distintos e às vezes contrastantes com a literatura do país. Desse modo, pode-se inferir que a integridade perineal, provavelmente, não esteja puramente relacionada a fatores maternos e neonatais ou ao profissional da assistência, mas relaciona-se, principalmente, com as boas práticas no parto e nascimento. Recomenda-se que através dos dados inicialmente demonstrados neste estudo, novos estudos sejam implementados a fim de elucidar e expandir o conhecimento sobre os fatores associados à preservação perineal.

CONTRIBUIÇÕES

Alípio LA, Madeira LM: concepção e/ou desenho do estudo; b) Alípio LA: coleta, análise e interpretação dos dados; c) Alípio LA, Madeira LM, Silva FAFL: redação e/ou revisão crítica do manuscrito; d) Madeira LM, Silva FAFL: aprovação da versão final a ser publicada.

REFERÊNCIAS

1. Mott ML. Assistência ao parto: do domicílio ao hospital (1830-1960). Proj História São Paulo. 2012;(25):197-219.
2. Jiang H, Qian X, Carroli G, Garner P. Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. Cochrane Database Syst Rev. 2017;(2):1-60.
3. Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Reprodutivos. Humanização do parto: Dossiê [Internet]. São Paulo: Rede Feminista de Saúde; 2002 [citado 2019 Ago 14]. Available from: https://redesaude.org.br/wp-content/uploads/2021/01/Dossiê_Humanizacao-do-parto.pdf
4. Gemma M. Fatores associados à integridade perineal e à episiotomia no parto normal: estudo transversal [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2016 [citado 2019 Ago 14]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde-25052016-125737/pt-br.php>
5. Brasil. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2016 [citado 2019 Ago 14]. Available from: http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf

6. Amorim MM, Melo AS, Katz L. Parto: estudo clínico e assistência. In: Montenegro CAB, Rezende J. Rezende obstetria. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2017. p. 218-41.
7. Melo Junior EF, Lima MC, Freire S. Fatores associados à realização seletiva de episiotomia em Hospital Universitário. *Rev Ciênc Méd.* 2006;15(2):95-101.
8. Carroli G, Mignini L. Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009;(1):1-38.
9. Pergialiotis V, Bellos I, Fanaki M, Vrachnis N, Doumouchtsis SK. Risk factors for severe perineal trauma during childbirth: An updated meta-analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2020;247:94-100.
10. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Inquérito Nacional sobre parto e nascimento. *Nascer no Brasil: sumário executivo temático da pesquisa* [Internet]. Mangueiras (RJ): Fundação Oswaldo Cruz; 2014 [citado 2019 Ago 15]. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/anexos/nascerweb.pdf>
11. World Health Organization (WHO). Recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience [Internet]. Geneve: WHO; 2018 [cited 2019 Aug 15]. Available from: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>
12. Riesco ML, Costa AS, Almeida SF, Basile AL, Oliveira SM. Episiotomia, laceração, e integridade perineal em partos normais: análise de fatores associados. *Rev Enferm UERJ.* 2011;19(1):77-83.
13. Pereira AL, Azevedo LG, Medina ET, Lima TR, Schroeter MS. Assistência materna e neonatal na Casa de Parto David Capistrano Filho, Rio de Janeiro, Brasil. *R Pesq: Cuid Fundam On line.* 2012;4(2):2905-13.
14. Santos JO, Bolanho IC, Mota JO, Coleoni L, Oliveira MA. Frequência de lesões perineais ocorridas nos partos vaginais em uma instituição hospitalar. *Esc Anna Nery.* 2008;12(4):658-63.
15. Silva FM, Oliveira SM, Bick D, Osava RH, Tuesta EF, Riesco ML. Risk factors for birth-related perineal trauma: a cross-sectional study in a birth center. *J Clin Nurs.* 2012;21(15-16):2209-18.
16. Leite JS. Caracterização das lacerações perineais espontâneas no parto normal [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2012 [citado 2019 Ago 10]. Disponível em: https://teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-20022013151836/publico/Jaqueline_Sousa_Leite.pdf
17. Smith LA, Price N, Simonite V, Burns EE. Incidence of and risk factors for perineal trauma: a prospective observational study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2013;13:59.
18. Peppe MV, Stefanello J, Infante BF, Kobayashi MT, Baraldi CO, Brito LG. Perineal Trauma in a Low-risk Maternity with High Prevalence of Upright Position during the Second Stage of Labor. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2018;40(7):379-83.
19. Lopes GA, Leister N, Riesco ML. Perineal care and outcomes in a birth center. *Texto Contexto Enferm.* 2019;28:e20190168.
20. Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;4:1-92.
21. Rosa ML. Laceração perineal e Enfermagem Obstétrica: um estudo de revisão integrativa [monografia]. São Leopoldo: Universidade do Vale do Rio dos Sinos; 2016 [citado 2021 Ago 14]. Disponível em: http://www.repositorio.jesuita.org.br/bitstream/handle/UNISINOS/5571/Michelle%20Lima%20Rosa_.pdf?sequence=1&isAllowed=y
22. Alves TC, Coelho AS, Sousa MC, Cesar NF, Silva PS, Pacheco LR. Contribuições da Enfermagem Obstétrica para as boas práticas no trabalho de parto e parto vaginal. *Enferm Foco.* 2019;10(4):54-60.
23. Castro AT, Rocha SB. Violência obstétrica e os cuidados de Enfermagem: reflexões a partir da literatura. *Enferm Foco.* 2020;11(1):176-81.
24. Hospital Sofia Feldman. Indicadores hospitalares [Internet]. Belo Horizonte: HSF; 2019 [cited 2019 Aug 14]. Available from: <https://www.sofiafeldman.org.br/indicadores-1>
25. Reis TR, Zamberlan C, Quadros JS, Grasel JT, Moro AS. Obstetric Nurses: contributions to the objectives of the Millennium Development Goals. *Rev Gaúcha Enferm.* 2015;36(spe):94-101.
26. Santana AT, Felzemburgh RD, Couto TM, Pereira LP. Performance of resident nurses in obstetrics on childbirth care. *Rev Bras Saúde Mater Infant.* 2019;19(1):135-44.
27. Oxford University. Intergrowth-21st [Internet]. Oxford; 2020 [cited 2019 Aug 15]. Available from: <http://intergrowth21.ndog.ox.ac.uk/pt>
28. Sobieray NL, Souza BM. Prevalência de episiotomia e complicações perineais quando da sua realização ou não em uma maternidade de baixo risco do complexo HC/UFPR. *Arq Méd Hosp Fac Ciênc Méd Santa Casa São Paulo.* 2019;64(2):93-9.
29. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Practice Bulletin No. 165: Prevention and Management of Obstetric Lacerations at Vaginal Delivery. *Obstet Gynecol.* 2016;128(1):e1-15.
30. Goh R, Goh D, Ellepola H. Perineal tears: a review. *Aust J Gen Pract.* 2018;47(1-2):35-8.
31. Rygh AB, Skjeldestad FE, Korner H, Eggebo TM. Assessing the association of oxytocin augmentation with obstetric anal sphincter injury in nulliparous women: a population-based, case-control study. *BJM Open.* 2014;4:e004592.
32. Homer CS, Wilson AN. Perineal Tears: a literature review [Internet]. Sydney: Australian Commission on Safety and Quality in Health Care; 2018 [cited 2020 Apr 5]. Available from: <https://www.safetyandquality.gov.au/publications-and-resources/resource-library/perineal-tears-literature-review>
33. Oliveira LB, Mattos DV, Matão ME, Martins CA. Perineal laceration associated with the use of exogenous oxytocin. *Rev Enferm UFPE on line.* 2017;11(6):2273-8.
34. Leal MC, Pereira AP, Domingues RM, Theme Filha MM, Dias MA, Nakamura-Pereira M, et al. Obstetric interventions during labor and childbirth in Brazilian low-risk women. *Cad Saúde Pública.* 2014;30(Suppl 1):S17-S32.
35. Ricchi A, Rossi F, Borgognoni P, Bassi MC, Artioli G, Foa C, et al. The midwifery-led care model: a continuity of care model in the birth path. *Acta Biomed.* 2019;90(Suppl 6):41-52.

PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA EM PACIENTES GRAVES DE UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

PNEUMONIA ASSOCIATED WITH MECHANICAL VENTILATION IN CRITICALLY ILL PATIENTS IN AN INTENSIVE CARE UNIT

NEUMONÍA ASOCIADA A LA VENTILACIÓN MECÁNICA EN PACIENTES CRÍTICOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Luciana Maria Bernardo Nóbrega¹
 Josilene de Melo Buriti Vasconcelos¹
 Jéssica Lorena Palmeira de Moraes²
 Cindy Campelo de Araújo¹
 José Melquiades Ramalho Neto¹
 Adriana Coutinho Leite¹

(<https://orcid.org/0000-0003-1930-9764>)
 (<https://orcid.org/0000-0002-8204-1409>)
 (<https://orcid.org/0000-0002-2114-2054>)
 (<https://orcid.org/0000-0001-5897-7138>)
 (<https://orcid.org/0000-0002-4720-9085>)
 (<https://orcid.org/0000-0001-6193-8666>)

Descritores

Pneumonia associada à ventilação mecânica; Infecção hospitalar; Unidades de Terapia Intensiva

Descriptors

Pneumonia ventilator-associated; Cross infection; Intensive Care Units

Descriptores

Neumonía asociada al ventilador; Infección hospitalaria; Unidades de Cuidados Intensivos

Recebido

6 de Fevereiro de 2021

Aceito

29 de Abril de 2021

Conflitos de interesse:

nada a declarar.

Autor correspondente

Luciana Maria Bernardo Nóbrega
 E-mail: luannobrega@hotmail.com

RESUMO

Objetivo: Descrever o perfil clínico-epidemiológico e os fatores associados à mortalidade em pacientes com pneumonia associada à ventilação mecânica em uma unidade de terapia intensiva de um hospital de ensino.

Métodos: Estudo retrospectivo, documental e de abordagem quantitativa, desenvolvido em um hospital-escola, localizado em João Pessoa - Paraíba. A coleta de dados foi realizada no período de setembro a novembro de 2020, utilizando-se questionário sistematizado com amostra aleatória simples de 59 prontuários.

Resultados: A maioria era do sexo feminino (57,6%), com faixa etária de 60 anos ou mais (55,9%), apresentava doenças infecciosas (50,8%) como diagnóstico médico de internação, e possuíam comorbidades (74,6%). O microrganismo causador foi a pseudomonas aeruginosa (30,5%). O tempo de internação era menor ou igual a 30 dias (57,6%), o tempo de ventilação mecânica acima de 15 dias (74,6%) e havia uma associação estatisticamente significativa entre a idade e o desfecho clínico, bem como o tempo de internação e o desfecho.

Conclusão: O perfil identificado tanto se assemelha como se destaca em alguns aspectos quando se compara à literatura consultada.

ABSTRACT

Objective: To describe the clinical-epidemiological profile and factors associated with mortality in patients with pneumonia associated with mechanical ventilation in an intensive care unit of a teaching hospital.

Methods: Retrospective, documentary and quantitative study, developed in a teaching hospital, located in João Pessoa - Paraíba. Data collection was carried out from September to November 2020, using a systematic questionnaire with a simple random sample of 59 records.

Results: Most were female (57.6%), aged 60 years or older (55.9%), had infectious diseases (50.8%) as a medical diagnosis of hospitalization, and had comorbidities (74.6%). The causative microorganism was pseudomonas aeruginosa (30.5%). The length of hospital stay was less than or equal to 30 days (57.6%), the time of mechanical ventilation above 15 days (74.6%) and there was a statistically significant association between age and clinical outcome, as well as length of stay and the outcome.

Conclusion: The profile identified both resembles and stands out in some aspects when compared to the consulted literature.

RESUMEN

Objetivo: Describir el perfil clínico-epidemiológico y los factores asociados a la mortalidad en pacientes con neumonía asociada a ventilación mecánica en una unidad de cuidados intensivos de un hospital universitario.

Métodos: Estudio retrospectivo, documental y cuantitativo, desarrollado en un hospital universitario, ubicado en João Pessoa - Paraíba. La recolección de datos se realizó de septiembre a noviembre de 2020, mediante un cuestionario sistemático con una muestra aleatoria simple de 59 registros.

Resultados: La mayoría eran mujeres (57,6%), de 60 años o más (55,9%), tenían enfermedades infecciosas (50,8%) como diagnóstico médico de hospitalización y comorbilidades (74,6%). El microorganismo causante fue pseudomonas aeruginosa (30,5%). La estancia hospitalaria fue menor o igual a 30 días (57,6%), el tiempo de ventilación mecánica superior a 15 días (74,6%) y hubo asociación estadísticamente significativa entre la edad y el resultado clínico, así como la duración de la estancia y el resultado.

Conclusión: El perfil identificado se asemeja y destaca en algunos aspectos al compararlo con la literatura consultada.

¹Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, Brasil.

²Centro Universitário UNIESP, João Pessoa, PB, Brasil.

Como citar:

Nóbrega LM, Vasconcelos JM, Moraes JL, Araújo CC, Ramalho Neto JM, Leite AC. Pneumonia associada à ventilação mecânica em pacientes graves de uma unidade de terapia intensiva. *Enferm Foco*. 2021;12(4):746-52.

DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n4.4525>

INTRODUÇÃO

Devido à alta complexidade tecnológica destinada ao atendimento de pacientes graves, submetidos a diversos procedimentos invasivos e ao uso de antimicrobianos de largo espectro, a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) carrega consigo um risco elevado para o desenvolvimento de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS).^(1,2)

Dentre elas, destacam-se as pneumonias nosocomiais que são responsáveis por aproximadamente 25% das infecções adquiridas nas UTI em grande parte naqueles indivíduos sujeitos à ventilação artificial e que são acometidos pela pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV).⁽³⁾

Esta infecção constitui-se como a de maior frequência no ambiente de cuidados intensivos, afetando cerca de 15 a 45% dos pacientes adultos.⁽⁴⁾ Ela é definida como uma inflamação do parênquima pulmonar, desenvolvida 48 horas após a intubação endotraqueal e início da ventilação mecânica invasiva.⁽⁵⁾ Sua etiologia é variada e se relaciona com a ocorrência de aspiração de substâncias contaminadas procedentes da região orofaríngea e/ou gastrointestinal.^(6,7)

Na América Latina, a PAV é considerada um problema de saúde pública devido ao aumento significativo da quantidade de pacientes graves em UTI e serviços de emergência que necessitam de prótese ventilatória e desenvolvem a patologia.⁽⁸⁾ Sua taxa de incidência varia entre 6 a 52%, alternando-se de acordo com os critérios utilizados para o seu diagnóstico, população analisada e tipo de UTI em estudo.⁽⁹⁾ Nacionalmente, apresenta-se como uma das infecções mais recorrentes, alcançando cerca de 15% das IRAS identificadas no país.⁽¹⁰⁾

Assim sendo, a PAV está relacionada ao aumento da mortalidade, prolongamento do tempo de internação na UTI e elevação exponencial dos gastos relacionados ao manejo clínico global.⁽⁶⁾ As taxas de óbito, quando associadas, alternam-se segundo a população estudada e os métodos diagnósticos utilizados,⁽⁷⁾ podendo variar entre 20 e 50%, com potencial alcance de 70% na vigência de microrganismos multirresistentes e antibioticoterapia inicial inadequada.^(2,5,7)

Enfatiza-se que estudos epidemiológicos em cenários de terapia intensiva são relevantes para o levantamento de dados e informações acerca de IRAS, visando ao melhor manejo clínico e à realização de pesquisas de teor comparativo dos indicadores de PAV tanto com outras unidades clínicas da própria instituição quanto com outros hospitais (*benchmarking*),⁽¹¹⁾ refletindo em um potencial aprimoramento nas estratégias de prevenção, diagnóstico e tratamento adequados da PAV.⁽¹²⁾

Devido ao impacto significativo desta frequente afecção nas UTI, diretamente relacionada aos índices de mortalidade,

tempo de permanência e custos associados à assistência à saúde, acredita-se que o conhecimento do perfil clínico-epidemiológico de pacientes intubados com PAV poderá contribuir para o desenvolvimento de estratégias e ações intrínsecas à sistematização do cuidado intensivo.

Dessa forma, objetivou-se descrever o perfil clínico-epidemiológico e os fatores associados à mortalidade em pacientes graves com pneumonia associada à ventilação mecânica em uma UTI de um hospital de ensino.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo retrospectivo, documental e de abordagem quantitativa.

Foi desenvolvido no Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico (SAME) de um hospital-escola no município de João Pessoa-PB. O referido local possui uma UTI Adulto com 14 leitos e o perfil da população assistida é de caráter clínico ou cirúrgico.

A população do estudo foi constituída por 95 prontuários de pacientes graves diagnosticados com PAV, internados na UTI Adulto do referido hospital, no período de janeiro de 2018 a maio de 2020, e a amostra foi efetivada com 59 prontuários (62,1%), adotando-se como critérios de inclusão: pacientes diagnosticados com PAV ao longo da internação na UTI; com idade igual ou superior a 18 anos; e com registros legíveis nos prontuários sobre o cuidado intensivo prestado e as suas condições clínicas. Foram excluídos da pesquisa aqueles pacientes sem dados adequadamente catalogados no SAME, ou seja, quando as formas físicas dos prontuários não foram localizadas.

A coleta de dados foi realizada no período de setembro a novembro de 2020, utilizando-se um questionário semiestruturado constituído pelas seguintes seções: I - variáveis sociodemográficas (sexo, idade); e II - variáveis clínicas (diagnóstico médico de internação, comorbidades, estado nutricional, método diagnóstico da PAV, tempo de ventilação mecânica, tempo de internação, microrganismo causador, resistência bacteriana, tipo de resistência bacteriana, reintubação endotraqueal, desfecho clínico na UTI).

Os dados coletados nos prontuários foram tabulados, processados e analisados pelo *software Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 26.0 for Windows, mediante estatística descritiva (frequência absoluta e relativa, média, desvio padrão, mínimo e máximo) e inferencial (Teste Qui-quadrado de Pearson e Teste Exato de Fisher). O Teste Exato de Fisher foi utilizado nos casos em que a frequência das caselas com número inferior a 5 fosse maior que 20%. Para todas as análises, estabeleceu-se o nível de significância de 5% (*p-value* <0,05).

O presente estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW/UFPB), CAAE: 35709920.2.0000.5183, atendendo às recomendações contidas na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que dispõe das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, sendo aprovado pelo parecer 4.290.837.

RESULTADOS

No período do estudo, 59 prontuários foram analisados. Os dados sociodemográficos dos pacientes mostraram que a maioria era do sexo feminino (n=34; 57,6%), com idade média de 58,63±17,07 anos e predominância de idosos (n=33; 55,9%). Em relação aos diagnósticos médicos de internação, de acordo com o código internacional de doenças (CID-10), constatou-se na tabela 1 que a maioria esteve relacionada às doenças infecciosas (n=30; 50,8%), seguindo-se de doenças respiratórias (n=18; 30,5%) e dos distúrbios gastrointestinais (n=12; 20,3%).

Tabela 1. Frequência dos diagnósticos médicos de internação de acordo com o CID-10

Variáveis	n(%)
Diagnóstico médico de internação	
Doenças infecciosas	
Sim	30(50,8)
Não	29(49,2)
Doenças neoplásicas	
Sim	9(15,3)
Não	50(84,7)
Doenças respiratórias	
Sim	18(30,5)
Não	41(69,5)
Doenças do trato urinário	
Sim	11(18,6)
Não	48(81,4)
Doenças de pele	
Sim	4(6,8)
Não	55(93,2)
Doenças cardíacas	
Sim	2(3,4)
Não	57(96,6)
Doenças neurológicas	
Sim	5(8,5)
Não	54(91,5)
Doenças hematológicas	
Sim	1(1,7)
Não	58(98,3)
Distúrbios endócrinos e nutricionais	
Sim	2(3,4)
Não	57(96,6)
Distúrbios gastrointestinais	
Sim	12(20,3)
Não	47(79,7)

No tocante às características de saúde, a tabela 2 mostra que a maioria dos indivíduos apresentavam comorbidades, sendo as mais prevalentes a hipertensão arterial sistêmica

(n=29; 49,2%), o diabetes *mellitus* (n=19; 32,2) e a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) (n=8; 13,6%), além de serem classificados como desnutridos (n=33; 55,2%).

Tabela 2. Características de saúde dos indivíduos diagnosticados com Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica

Variáveis	n(%)
Comorbidades	
Sim	44(74,6)
Não	15(25,4)
Diabetes Mellitus	
Sim	19(32,2)
Não	40(67,8)
Insuficiência renal crônica	
Sim	3(5,1)
Não	56(94,9)
Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica	
Sim	8(13,6)
Não	51(86,4)
Hipertensão Arterial	
Sim	29(49,2)
Não	30(50,8)
Outras	
Sim	24(40,7)
Não	35(59,3)
Estado nutricional	
Desnutrido	33(55,2)
Eutrófico	16(27,6)
Obesidade	6(10,3)
Sobrepeso	4(6,9)

O diagnóstico médico de PAV foi predominantemente microbiológico (n=51; 86,4) e o microrganismo mais frequente foi a *Pseudomonas aeruginosa* (n=18; 30,5%). Dentre os pacientes que apresentaram resistência bacteriana (n=21; 41,2%), predominou a resistência entre a classe dos fármacos carbapenêmicos (n=19; 86,4%). O tempo médio de internação dos pacientes foi de 33,83 dias±21,05 dias, prevalecendo o tempo de internação de até 30 dias (n=34; 57,6%). O tempo médio que os pacientes permaneceram em ventilação mecânica foi de 25,17±15,25 dias, com predominância de tempo acima de 15 dias (n=44; 74,6%). Apenas 18 (34%) casos apresentaram episódio de reintubação endotraqueal e 50,8% evoluíram ao óbito (Tabela 3).

Quanto à associação do desfecho clínico e as variáveis sociodemográficas, o óbito foi maior entre os indivíduos do sexo masculino (n=15; 60,0%) e com idade igual ou superior a 60 anos (n=21; 63,6%). Observou-se significância estatística entre a faixa etária e o desfecho clínico (p-valor=0,027) (Tabela 4).

O óbito prevaleceu entre os participantes que obtiveram o diagnóstico por meio do método microbiológico (n=27; 52,9%), que apresentaram resistência bacteriana (n=13; 61,9%), tempo de internação de até 30 dias (n=22; 64,7%), até 15 dias de ventilação mecânica (n=9; 60,0%), e que não foram reintubados (n=19; 54,3%). Houve associação estatisticamente significativa entre o tempo de internação e o desfecho clínico (Tabela 5).

Tabela 3. Frequência absoluta e relativa dos dados da internação

Variáveis	n(%)
Método diagnóstico da PAV	
Clínico	8(13,6)
Microbiológico	51(86,4)
Microrganismo causador	
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	18(30,5)
<i>Acinetobacter baumannii</i>	11(18,6)
Germes leveduriformes	6(10,2)
Outros	9(15,3)
Resistência bacteriana	
Sim	21(41,2)
Não	30(58,8)
Tipo de resistência	
Carbapenêmicos	19(86,4)
Meticilina	1(4,5)
Sulfametoxazol + trimetoprima	1(4,5)
Vancomicina	1(4,5)
Tempo de internação	
Até 30 dias	34(57,6)
Acima de 30 dias	25(42,4)
Tempo de ventilação	
Até 15 dias	15(25,4)
Acima de 15 dias	44(74,6)
Reintubação endotraqueal	
Sim	18(34,0)
Não	35(66,0)
Desfecho clínico	
Alta	29(49,2)
Óbito	30(50,8)

Tabela 4. Distribuição do desfecho clínico segundo as variáveis sociodemográficas

Variáveis	Desfecho clínico		p-value
	Óbito n(%)	Alta n(%)	
Sexo			0,228*
Feminino	15(44,1)	19(55,9)	
Masculino	15(60,0)	10(40,0)	
Faixa etária			0,027*
Até 59 anos	9(34,6)	17(65,4)	
60 ou mais	21(63,6)	12(36,4)	

*Teste Qui-quadrado de Pearson

Tabela 5. Associação do desfecho clínico com os dados de informação da saúde dos entrevistados

Variáveis	Desfecho clínico		p-value
	Óbito n(%)	Alta n(%)	
Classificação da pneumonia por método diagnóstico			0,472**
Clínico	3 (37,5)	5 (62,5)	
Microbiológico	27 (52,9)	24 (47,1)	
Resistência bacteriana			0,283*
Sim	13 (61,9)	8 (38,1)	
Não	14 (46,7)	16 (53,3)	
Tempo de internação			0,013*
Até 30 dias	22 (64,7)	12 (35,3)	
Acima de 30 dias	8 (32,0)	17 (68,0)	
Tempo de ventilação			0,412*
Até 15 dias	9 (60,0)	6 (40,0)	
Acima de 15 dias	21 (47,7)	23 (52,3)	
Reintubação endotraqueal			0,497*
Sim	8 (44,4)	10 (55,6)	
Não	19 (54,3)	16 (45,7)	

*Teste Qui-quadrado de Pearson; **Teste Exato de Fisher

DISCUSSÃO

No presente estudo, a maioria dos pacientes com PAV eram do sexo feminino, não havendo diferença estatística significativa entre os sexos. Embora a literatura aponte para o predomínio do sexo masculino,^(12,13) sabe-se que tal variável não é um fator de risco para o evento de PAV, que se encontra mais relacionado às condições clínicas do paciente, terapêutica utilizada e assistência prestada pela equipe multiprofissional.⁽¹⁴⁾

A faixa etária predominante foi de 60 anos ou mais, corroborando estudo realizado em um hospital público de ensino, e evidenciou-se que 70% de PAV foram desenvolvidas em pacientes com idade superior a 60 anos.⁽¹⁵⁾ Esses achados de maior prevalência refletem uma maior suscetibilidade dos idosos às infecções respiratórias e à realização de procedimentos invasivos do tipo diagnóstico e terapêutico, além da presença de comorbidades e condições intrínsecas à imunosenescência.⁽⁶⁾

As doenças infecciosas apresentaram-se em prevalência como diagnóstico de internação, divergindo da literatura consultada⁽¹⁶⁻¹⁸⁾ que aponta predominância de doenças cerebrovasculares e doenças respiratórias no momento da admissão na UTI.

Os fatores que predis põem à ocorrência de PAV dividem-se em modificáveis, a exemplo do nível de sedação, e não modificáveis, como a presença de comorbidades.⁽¹⁴⁾ Neste estudo, a relação do perfil de comorbidades encontradas discorda dos resultados dispostos na literatura⁽¹⁴⁻²⁰⁾ com relação à incidência de DPOC e ao desenvolvimento de PAV, apresentando-se como doença de base frequente, sendo um indicador importante para o desenvolvimento da infecção.

Quanto aos casos de pacientes diagnosticados com Diabetes Mellitus e PAV, identificou-se similaridade com os resultados de um estudo.⁽¹⁹⁾ A hipertensão arterial sistêmica também apresentou resultados significativos, assemelhando-se à literatura,^(21,22) quando, respectivamente, 30,4% e 30% dos pacientes diagnosticados com a infecção em UTI eram hipertensos.

Outro fator importante para o desenvolvimento da PAV é o estado nutricional. No presente estudo, 55,2% dos pacientes apresentaram desnutrição. Estudos^(6,23) afirmam que a nutrição influencia diretamente na resposta imunológica, interferindo na defesa contra processos infecciosos, a exemplo da PAV. Dessa forma, os pacientes desnutridos e obesos podem evidenciar maior suscetibilidade às infecções e à evolução para o óbito.

A etiologia envolvida no processo fisiopatológico da PAV é determinada de acordo com o tipo de UTI, tempo de

internação e perfil dos pacientes sob assistência.⁽²⁴⁾ Contudo, em sua maioria, é polimicrobiana e está amplamente associada aos bacilos Gram-negativos, responsáveis por cerca de 60% das PAV, sendo os mais frequentes: *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus aureus*, *Acinetobacter baumannii*, *Klebsiella pneumoniae* e *Escherichia coli*.⁽⁶⁾

Neste estudo, a maioria dos casos apresentaram cultura de secreção traqueal positiva para *Pseudomonas aeruginosa*, convergindo com a literatura quanto à predominância de bacilos Gram-negativos, porém divergindo quanto ao agente etiológico identificado na literatura^(6,17,25) que evidenciou prevalência de *Klebsiella pneumoniae* e *Acinetobacter baumannii*.

No tocante aos microrganismos isolados, 41,2% apresentaram um perfil de resistência microbiana, divergindo, em valor elevado, de estudo⁽¹³⁾ onde foi encontrado este fenômeno em apenas 29,6% dos casos. A resistência microbiana é favorecida por múltiplos fatores, a exemplo do uso indiscriminado de antimicrobianos, internações prévias e prolongadas, procedimentos invasivos, dentre outros.⁽²⁶⁾ Ressalta-se que os protocolos para monitoramento microbiológico são determinantes para o controle de IRAS.⁽²⁷⁾

Quanto ao tempo de internação, observou-se na literatura⁽²⁸⁾ resultado similar ao presente estudo, apresentando o tempo médio de 29 dias de internação, sendo o menor tempo de nove dias e a permanência máxima de 111 dias. Evidenciou-se em um estudo⁽¹³⁾ que o tempo de internação de pacientes com PAV foi maior 33,4% do que os pacientes sem PAV.

O tempo médio de permanência em VM foi considerado relativamente alto em comparação a outro estudo⁵ que apontou um tempo médio de 13,1 dias. O prolongamento no período de dependência à ventilação mecânica pode refletir acréscimo no tempo de internação, derivando de 11,5 para 13,1 dias, suscitando em custos hospitalares excedentes por indivíduo ao sistema de saúde.⁽²⁹⁾

Quanto à reintubação, 34% dos pacientes foram acometidos por tal intervenção. Esta caracteriza-se por fator de risco importante para o desenvolvimento da PAV.⁽¹⁵⁾ Ressalta-se que em um estudo de coorte,⁽³⁰⁾ observou-se aumento da prevalência de falha de extubação em pacientes diagnosticados com PAV em comparação ao grupo sem PAV, apresentando 21,92% e 12,85% casos de reintubação respectivamente, o que pode favorecer ao aumento do tempo de ventilação mecânica invasiva e de internação.

Ao analisar a mortalidade, a literatura aponta índices divergentes deste desfecho em pacientes com PAV, variando entre 20% a 60% a nível mundial.⁽³¹⁾ Estudo⁽³²⁾ evidenciou que 44% dos indivíduos acometidos pela afecção evoluíram

ao óbito, enquanto 84,7% exibiram tal desfecho em pesquisa de coorte retrospectiva.⁽¹³⁾ Salienta-se que índices de mortalidade superiores a 50% podem se relacionar ao estado de deterioração dos pacientes e ao prognóstico de sobrevida.⁽¹⁶⁾

A associação estatisticamente significativa entre a faixa etária 60 anos ou mais com o desfecho clínico foi evidenciada, constituindo-se fator de risco para mortalidade, corroborando ao estudo⁽¹⁶⁾ que demonstrou resultado semelhante. Destacou-se, também, a associação significativa entre tempo de internação e o desfecho clínico. O resultado corrobora a pesquisa,⁽¹⁹⁾ que apontou maiores índices de desenvolvimento de PAV e consequente morte em pacientes com um tempo maior de internação na UTI, pois o local é tido como um ambiente favorável ao contágio de novas infecções.

Para fins de redução de incidência de casos e óbitos associados, faz-se importante discutir ações de prevenção em unidades de cuidados intensivos.⁽³¹⁾ O *bundle* de prevenção à PAV, caracterizado por ferramenta de práticas multiprofissionais, reduz os índices dessa afecção, bem como os dias de internação em UTI, quando executado coletivamente.⁽³³⁾ Esse pacote de medidas inclui a higienização das mãos, adequação diária da sonda, teste de respiração espontânea, uso criterioso de bloqueadores neuromusculares, elevação da cabeceira entre 30°-45°, aspiração de secreção subglótica, monitoramento da pressão do balonete e higiene oral com clorexidina aquosa a 0,12%.^(15,34)

A equipe multiprofissional desempenha função relevante quanto à prevenção das infecções hospitalares,⁽³⁵⁾ contudo ressalta-se o papel do enfermeiro durante o processo de implementação desse instrumento através da educação permanente, a fim de melhorar a assistência oferecida, ratificando a importância da promoção contínua da segurança do paciente.⁽³³⁾

O presente estudo apresentou como limitação o número de prontuários consultados, como consequência da dificuldade de acesso a estes no serviço em que foi realizada a pesquisa.

A partir do conhecimento do perfil clínico e epidemiológico dos pacientes diagnosticados com PAV, em conjunto aos fatores associados à mortalidade, pode-se favorecer o planejamento e a implementação de intervenções em vista à prevenção e ao manejo adequado dessa afecção.

CONCLUSÃO

A partir dos resultados encontrados, verificou-se que a maioria dos pacientes eram idosos, do sexo feminino, com diagnóstico de internação por doenças infecciosas,

possuindo comorbidades associadas, apresentando um tempo de internação e de ventilação prolongados e desfecho clínico desfavorável. Ressalta-se a associação estatisticamente significativa entre o desfecho clínico e indivíduos com 60 anos ou mais e o desfecho e o tempo de internação elevado. Tais dados apontam para a necessidade do manejo e utilização adequada de *bundles* para prevenção da PAV a fim de refletir na redução de sua incidência, bem como promover a qualidade e segurança durante o processo do cuidado ao paciente acoplado à prótese ventilatória.

CONTRIBUIÇÕES

Nóbrega LMB participou da concepção e desenho do estudo, coleta, análise e interpretação dos dados e redação do manuscrito; Vasconcelos JMB trabalhou na concepção e desenho do estudo, análise e interpretação dos dados, revisão crítica do manuscrito e aprovação da versão final a ser publicada; Morais JLP e Araújo CC trabalharam na redação do manuscrito; Neto JMR e Leite AC trabalharam na revisão crítica do manuscrito e aprovação da versão final a ser publicada.

REFERÊNCIAS

1. Ferreira LL, Azevedo LM, Salvador PT, Morais SH, Paiva RM, Santos VE. Nursing care in Healthcare-Associated Infections: a Scoping Review. *Rev Bras Enferm.* 2019;72(2):498-505.
2. Leal RS, Nunes CP. Pneumonia associada à ventilação mecânica nas unidades de terapia intensiva. *Rev Med Fam Saúde Ment.* 2019;1(1):141-151.
3. Mendonça DL, Ribeiro EV, Silva JT. Prevalência e perfil de sensibilidade dos microrganismos isolados em aspirado traqueal de pacientes com pneumonia associada à ventilação mecânica em unidade de terapia intensiva. *Rev Ciênc Saúde.* 2019;9(4):3-7.
4. Xu Y, Lai C, Xu G, Meng W, Zhang J, Hou H, et al. Risk factors of ventilator-associated pneumonia in elderly patients receiving mechanical ventilation. *Clin Interv Aging.* 2019;14:1027-38.
5. Kock KS, Rosa BC, Martignago N, Maurici R. Pneumonia associada à ventilação mecânica (PAVM): incidência e desfecho clínico em uma unidade de terapia intensiva no sul de Santa Catarina. *Arq Catarin Med.* 2017;46(1):2-11.
6. Barletta-Fariás RC, Pérez-Ponce LJ, Barletta-Castillo JE, González-Guirola MA, Sánchez-Castellanos RL, Pujol-Peréz M. Caracterización clínica y microbiológica de pacientes con neumonía asociada a la ventilación mecánica, Cienfuegos 2015-2017. *Medisur.* 2019;17(4):514-24.
7. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Medidas de prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde. 2a ed. Brasília (DF): Anvisa; 2017.
8. Rebellón-Sánchez D, Parra-Morales T, Quintero-Guerrero K, Méndez-Fandiño R. Perspectiva sobre el perfil microbiológico de las neumonías asociadas a ventilación mecánica en hospitales de alta complejidad en Latinoamérica. *Horiz Med.* 2015;15(2):56-65.
9. Leite RF, Silva BM. Perfil epidemiológico e análise clínica de pacientes com pneumonia associada à ventilação mecânica em um hospital de ensino. *Rev Ciênc Saúde.* 2018;8(3):14-8.
10. Silva, GM, Souza VS, Lopes D, Oliveira JL, Fernandes LM, Tonini NS, et al. Práticas de prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica em terapia intensiva. *Rev Enferm Atual In Derme.* 2019;90(28):1-5.
11. Melo EM, Santos AM, Silveira FM, Sombra RL, Alves RL, Lima VF. Clinical and demographic characteristics of patients on mechanical ventilation in the intensive care unit. *Rev Enferm UFPI.* 2015;4(3):36-41.
12. Costa RS, Motta LC, Alfradique MD. O perfil epidemiológico do paciente com pneumonia associada à ventilação mecânica. *Rev Fac Med Teresopolis.* 2018;2(2):93-112.
13. Mota EC, Oliveira SP, Silveira BR, Silva PL, Oliveira AC. Incidência da pneumonia associada à ventilação mecânica em unidade de terapia intensiva. *Medicina (Ribeirão Preto).* 2017;50(1):39-46.
14. Kózka M, Segá A, Wojnar-Gruszka K, Tarnawska A, Gniadek A. Risk factors of pneumonia associated with mechanical ventilation. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(2):656.
15. Rodrigues NA, Fragoso LVC, Beserra FM, Ramos IC. Determining impacts and factors in ventilator-associated pneumonia bundle. *Rev Bras Enferm.* 2016;69(6):1108-14.
16. Rego-Ávila H, Delgado-Rodríguez A, Vitón-Castillo AA, Piñero-Izquierdo S, Machado-Mato O. Neumonía asociada a la ventilación mecánica en pacientes atendidos en una unidad de cuidados intensivos. *Rev Ciênc Med.* 2020;24(1):e4137.
17. Léon-Vidal M, Claro-Frómata D, Cruz-Velázquez L, Vásquez-Nasiff JJ, Turro-García R. Microorganismos causales de neumonía asociada a la ventilación mecánica, Guantánamo 2014-2018. *Rev Inf Cient.* 2019;98(5):734-743.
18. Sandoval-Moreno LM, Casas-Quiroga IC, Wilches-Luna EC, García AF. Eficacia del entrenamiento muscular respiratorio en el destete de la ventilación mecánica en pacientes con ventilación mecánica por 48 o más horas: un ensayo clínico controlado. *Med Intensiva.* 2019;43(2):79-89.
19. Inchai J, Pothirat C, Liwsrisakun C, Deesomchok A, Kositsakulchai W, Chalermpanchai N. Ventilator-associated pneumonia: epidemiology and prognostic factors of 30-day mortality. *J Infect Dis.* 2015;68(3):181-6.
20. Guimarães MMO, Rocco JR. Prevalence of ventilator-associated pneumonia in a university hospital and prognosis for the patients affected. *J Bras Pneumol.* 2006;32(4):339-46.
21. Huang Y, Jiao Y, Zhang J, Xu J, Cheng Q, Li Y, et al. Microbial Etiology and Prognostic Factors of Ventilator associated Pneumonia: A multicenter retrospective study in Shanghai. *Rev Clin Infect Dis.* 2018;2:146-52.
22. Ali HS, Khan FY, George S, Shaikh N, Al-Ajmi J. Epidemiology and Outcome of Ventilator-Associated Pneumonia in a Heterogeneous ICU Population in Qatar. *Biomed Res Int.* 2016;2016:8231787.
23. Cieza-Yamunaque L, Coila-Paricahua E. Neumonía asociada a ventilación mecánica en la unidad de cuidados intensivos pediátricos de un hospital terciario, 2015-2018. *Rev Fac Med Hum.* 2019;19(3):19-26.
24. Tomazelli DC, Medeiros AF, Santos DN. Pneumonia associada à ventilação mecânica em pacientes internados em unidade de terapia intensiva. *J Infect Control.* 2019;8(2):43-7.
25. Sosa-Hernandez O, Matias-Téllez B, Estrada-Hernandez A, Cureño-Díaz MA, Bello-Lopez JM. Incidence and costs of ventilator-associated pneumonia in the adult intensive care unit of a tertiary referral hospital in Mexico. *Am J Infect Control.* 2019;47(9):e21-e25.

26. Vettorazzi M, Baglie S, Miyoshi E. Antimicrobianos no tratamento de pneumonia associada à ventilação mecânica em pacientes internados em unidade de terapia intensiva adulto de hospital universitário. *Braz J Surg Clin Res.* 2019;26(3):7-14.
27. Ferreira EG, Kimura A, Ramos DF, Albuquerque PL, Antunes MD, Oliveira DV. Prevalence of ventilator-associated pneumonia through analysis of tracheobronchial secretions. *Rev Rene.* 2017;18(1):114-20.
28. Cavalcante AB, Vendrusculo JP, Tavares LC, Valente OS, Lima EK, Silva RR, et al. Pneumonia associada à ventilação mecânica: consequências e mortalidade em uma unidade de terapia intensiva. *Ver Eletrônica Acervo Saúde.* 2020;Sup(44):e2385.
29. Kalil AC, Metersky ML, Klompas M, Muscedere J, Sweeney DA, Palmer LB, et al. Management of adults with hospital-acquired and ventilator-associated pneumonia: 2016 clinical practice guidelines by the Infectious Diseases Society of America and the American Thoracic Society. *Clin Infect Dis.* 2016;63(5):61-111.
30. Viana AA, Rosa DM, Ambrozín AR, Andrade RC, Jamami M, Martinelli B. Clinical outcomes related to the incidence of ventilator associated pneumonia in adults: a cohort study. *Fisioter Mov.* 2018;31:e003115.
31. Frota ML, Campanharo CR, Lopes MC, Piacezzi LH, Okuno MF, Batista RE. Good practices for preventing ventilator-associated pneumonia in the emergency department. *Rev Esc Enferm USP.* 2019;53:e0460.
32. Silva TG, Souza GN, Souza SS, Bitencourt JV, Madureira VF, Luzardo AR. Incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica em uma unidade de terapia intensiva. *Rev Fund Care Online.* 2017;9(4):1121-25.
33. Branco A, Lourenço SE, Monteiro AB, Fonseca JP, Blatt CR, Caregnato RC. Education to prevent ventilator associated pneumonia in intensive care unit. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(6):e20190477.
34. Coelho AF, Vieira RA, Leite MA, Lucas TC. O impacto da aprendizagem interprofissional na pneumonia associada à ventilação: implementação de bundles em uma unidade de cuidados intensivos. *Enferm Foco.* 2019;10(4):93-100.
35. Liz JS, Gouvea PB, Acosta AS, Sandri JV, Paula DM, Maia SC. Cuidados multiprofissionais relacionados a prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica. *Enferm Foco.* 2020;11(2):85-90.

CONSTRUÇÃO DE CARTILHA EDUCATIVA PARA ORIENTAÇÕES NO CUIDADO NA DOENÇA DO ENXERTO CONTRA O HOSPEDEIRO

CONSTRUCTION OF AN EDUCATIONAL BOOKLET FOR GUIDANCE ON CARE IN GRAFT-VERSUS-HOST DISEASE

CONSTRUCCIÓN DE UN FOLLETO EDUCATIVO PARA ORIENTACIÓN SOBRE LA ATENCIÓN EN LA ENFERMEDAD DE INJERTO CONTRA HUÉSPED

Arieli Cancelier Niero¹

Jéssica Alline Pereira Rodrigues¹

Simone Martins Nascimento Piubello¹

(<https://orcid.org/0000-0003-3339-2752>)

(<https://orcid.org/0000-0001-5157-9698>)

(<https://orcid.org/0000-0002-3841-225X>)

Descritores

Transplante de células-tronco hematopoiéticas; Cuidados de enfermagem; Doença enxerto-hospedeiro; Pesquisa metodológica em enfermagem; Educação em saúde

Descriptors

Hematopoietic stem cell transplantation; Nursing care; Graft-host disease; Methodological research in nursing; Health education

Descriptores

Trasplante de células madre hematopoyéticas; Cuidado de enfermera; Enfermedad de injerto-huésped; Investigación metodológica en enfermería; Educación para la salud

Recebido

14 de Fevereiro de 2021

Aceito

5 de Maio de 2021

Conflitos de interesse:

artigo oriundo do Trabalho de Conclusão de Residência intitulado "Construção de cartilha educativa para orientações no manejo da doença do enxerto contra o hospedeiro", apresentado em 2021, CHC-UFRP.

Autor correspondente

Arieli Cancelier Niero

E-mail: arieliniero@hotmail.com

RESUMO

Objetivo: Construir uma cartilha educativa para orientações no cuidado na Doença do Enxerto Contra o Hospedeiro em pacientes submetidos ao Transplante de Células-Tronco Hematopoiéticas.

Métodos: Pesquisa metodológica, dividida em três etapas. Na primeira, realizou-se revisão integrativa da literatura, na segunda etapa foram levantadas em manuais e *websites* especializados as orientações de cuidados realizadas a pacientes em pós-transplante, e na terceira etapa, através de entrevista semiestruturada foram identificados cuidados de enfermagem orientados por profissionais experts, atuantes em Serviço de Transplante de Medula Óssea. Após essas etapas e unificação dos cuidados, foi construída a cartilha educativa, com auxílio do programa Canva e suporte de profissional de *marketing*.

Resultados: A cartilha utiliza de recursos visuais e é composta por orientações organizadas conforme o órgão acometido pela complicação, como pele, trato gastrointestinal, pulmão, boca, olho, entre outros. Como cuidados para a pele cita-se: evitar exposição ao sol; uso diário de protetor solar; uso de roupas de algodão e manga longa; atenção ao aparecimento de prurido corporal.

Conclusão: A integração de evidências encontradas na literatura, informações de sites renomados e experiência de enfermeiros especialistas permitiu produzir um material de suporte às orientações para o cuidado, realizadas por enfermeiros, corroborando o processo de educação em saúde.

ABSTRACT

Objective: To build an educational booklet for guidance in the care of Graft Against Host Disease in patients undergoing Hematopoietic Stem Cell Transplantation.

Methods: Methodological research, divided into three stages. In the first, an integrative literature review was carried out, in the second stage, the care guidelines for post-transplant patients were raised in specialized manuals and websites, and in the third stage, semi-structured interviews identified nursing care guided by professionals, experts, active in Bone Marrow Transplant Service. After these steps and unification of care, an educational booklet was built, with the help of the Canva program and support from a marketing professional.

Results: The booklet uses visual aids and consists of guidelines organized according to the organ affected by the complication, such as skin, gastrointestinal tract, lung, mouth, eye, among others. As skin care is mentioned: avoid exposure to the sun; daily use of sunscreen; use of cotton clothes and long sleeves; attention to the appearance of body itching.

Conclusion: The integration of evidence found in the literature, information from renowned websites and the experience of specialist nurses allowed the production of support material for the guidelines for care, carried out by nurses, corroborating the health education process.

RESUMEN

Objetivo: Elaborar un folleto educativo para orientar en el cuidado del injerto contra la enfermedad del huésped en pacientes sometidos a trasplante de células madre hematopoyéticas.

Métodos: Investigación metodológica, dividida en tres etapas. En la primera se realizó una revisión integradora de la literatura, en la segunda etapa se plantearon las pautas de atención al paciente postrasplante en manuales y sitios web especializados, y en la tercera etapa, las entrevistas semiestructuradas identificaron cuidados de enfermería guiados por profesionales, expertos, activos en el Servicio de Trasplante de Médula Ósea. Después de estos pasos y la unificación de la atención, se creó un folleto educativo, con la ayuda del programa Canva y el apoyo de un profesional de marketing.

Resultados: El folleto utiliza ayudas visuales y consta de pautas organizadas según el órgano afectado por la complicación, como piel, tracto gastrointestinal, pulmón, boca, ojo, entre otros. Como se menciona el cuidado de la piel: evite la exposición al sol; uso diario de protector solar; uso de ropa de algodón y mangas largas; atención a la aparición de picazón corporal.

Conclusión: La integración de evidencias encontradas en la literatura, información de sitios web de renombre y la experiencia de enfermeras especializadas permitió la producción de material de apoyo a los lineamientos de atención, realizados por enfermeras, corroborando el proceso de educación en salud.

¹Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, Brasil.

Como citar:

Niero AC, Rodrigues JA, Piubello SM. Construção de cartilha educativa para orientações no cuidado na doença do enxerto contra o hospedeiro. *Enferm Foco*. 2021;12(4):753-9.

DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n4.4553>

INTRODUÇÃO

Algumas doenças hematológicas malignas e não malignas têm como tratamento de escolha o Transplante de Células-tronco Hematopoiéticas (TCTH). Trata-se de terapêutica longa e que envolve riscos e complicações que acometem diferentes órgãos, necessitando de manejos adequados e específicos para cada paciente.⁽¹⁾

O TCTH se subdivide em autólogo e alogênico, de acordo com o tipo de doador das células-tronco. No TCTH autólogo, as células são coletadas do próprio paciente, antes da fase de condicionamento, assim, são armazenadas e reinfundidas posteriormente. No TCTH alogênico, as células provêm de um doador aparentado ou não ao paciente.⁽²⁾

Apesar de todo o sucesso do transplante alogênico, observa-se uma grave complicação, a Doença do Enxerto Contra Hospedeiro (DECH), que predispõe a altas taxas de morbidade, com limitação da sobrevida e piora na qualidade de vida dos pacientes.⁽³⁾

A DECH pode ser classificada como aguda ou crônica, sendo que, na fase aguda, acomete, principalmente, a pele, o fígado e o trato gastrointestinal. As manifestações cutâneas ocorrem em forma de erupções, em especial nas extremidades cefálicas, como orelhas, pescoço e ombros, planta dos pés e palmas das mãos.⁽⁴⁾ O comprometimento hepático é classificado pelos níveis de bilirrubina e demais enzimas hepáticas; já as lesões do trato gastrointestinal, são avaliadas pela intensidade e volume de diarreia, vômitos, enterorragia e dor abdominal.⁽⁵⁾

A DECH crônica se assemelha a doenças que apresentam características autoimunes e fibróticas, classificada de acordo com a extensão acometida, limitando-se em apenas um órgão ou podendo abranger múltiplos. Em alguns casos, há a ocorrência simultânea de DECH aguda e crônica, assim, é denominada DECH *overlap*, associada a índices elevados de mortalidade, devido à predisposição para complicações infecciosas oportunistas.⁽⁶⁾

Neste cenário, o enfermeiro participa de todas as etapas do tratamento, fornecendo orientações para o cuidado antes, durante e após o procedimento, a fim de prevenir e ou identificar precocemente a complicação, aliado ao cuidado técnico. Tais orientações contribuem com um desfecho favorável.

Fornecer orientações e preparar paciente e cuidador para o cuidado fazem parte do processo de educação em saúde, que deve ser realizado a fim de viabilizar a continuidade do cuidado.⁽⁷⁾

Destaca-se que, nesse processo, devem ser utilizadas estratégias que facilitem a compreensão das orientações de cuidado, sejam elas preventivas ou de tratamento da

DECH. Para tanto, a construção de uma cartilha educativa, abordando os cuidados a serem realizados pelo paciente e seu cuidador, contribui para guiar as orientações realizadas pelo enfermeiro de TCTH.

Frente ao exposto, este estudo teve como objetivo construir uma cartilha educativa para orientações no cuidado na Doença do Enxerto Contra o Hospedeiro em pacientes submetidos ao Transplante de Células-Tronco Hematopoiéticas.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa metodológica, sendo a mais aplicável à construção de novos instrumentos, e que promove a investigação de métodos de organização, obtenção e análise de dados, sendo fragmentada em elaboração, validação e avaliação de instrumentos.⁽⁸⁾

Serviço de Transplante de Medula Óssea do Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná/CHC - UFPR.

Para desenvolvimento deste estudo, foram percorridas três etapas, sendo que, na primeira, foi realizada revisão integrativa com o intuito de buscar, na literatura, cuidados realizados aos pacientes em pós-TCTH com DECH. Ressalta-se que essa etapa do estudo foi composta por cinco passos: elaboração da questão de pesquisa, busca na literatura dos estudos primários, avaliação dos estudos primários, análise dos dados e apresentação da revisão.⁽⁹⁾

As buscas foram realizadas no segundo semestre de 2019, utilizando o formulário de busca avançada, em seis bases de dados e uma biblioteca em saúde, a saber: *PubMed of National Library of Medicine* (PubMed), *Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature* (CINAHL), *Web of Science*, *Scopus*, *MEDLINE complete*, *Cochrane library* e na Biblioteca Virtual em Saúde Enfermagem (BVS).

Os critérios estabelecidos para inclusão de pesquisas foram: estudos primários, que abordassem cuidados de enfermagem ao paciente em pós-TCTH com DECH, disponíveis gratuitamente, publicados entre 2014 e 2018, nos idiomas português, inglês ou espanhol. Para cada base de dados, foi elaborada uma estratégia de busca contendo descritores controlados e palavras-chaves.

Após a seleção dos artigos, leitura e extração dos cuidados de enfermagem pontuados nestes, foi realizada a busca nos manuais e principais *web sites* especializados em TCTH de centros brasileiros, internacionais e Organizações Não Governamentais (ONGs), caracterizando a segunda etapa.

Dentre os sites incluídos, estiveram aqueles que pontuaram cuidados aos pacientes submetidos ao TCTH, bem

como cuidados aos pacientes com DECH, a saber: Instituto Nacional do Câncer (INCA); Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia (ABRALLE); *MedlinePlus*; *Be The Match*; *Seattle Cancer Alliance*; Organização Antony Nolan; *American Cancer Society*; *Cleveland Clinic*; *KentuckyOne Health*; *Saint Luke*; *Mount Sinai Health System*; *Norris Cotton Cancer Center*; *Wilmot Cancer Institute*; *Michigan Medicine*; *Florida Health Finder*; *Memorial Sloan Kettering Cancer Center*; *Leukemia BMY Program*. Desses acima citados, não foram encontrados dados em três sites, a saber: *KentuckyOne Health*; *Saint Luke* e *Florida Health Finder*.

A terceira etapa, que se refere às entrevistas com enfermeiros especialistas em TCTH, a fim de identificar os cuidados de enfermagem orientados para prevenção e manejo da DECH, aos pacientes e cuidadores.

As entrevistas foram realizadas com enfermeiros atuantes em um ambulatório de Serviço de Transplante de Medula Óssea (STMO), localizado na região Sul do Brasil. Os critérios de inclusão foram enfermeiros de qualquer idade ou sexo, atuantes no STMO há pelo menos cinco anos, e estar presente no setor no momento da coleta de dados. As entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas na íntegra, contendo uma pergunta norteadora.

Com base nos dados extraídos, seguindo as etapas descritas, foi construída uma tabela com todos os cuidados encontrados nas diferentes fontes. Em sequência, foi elaborada a cartilha educativa, construída na plataforma Canva, em uma conta privada, com auxílio de um profissional de *Marketing*. A cartilha contém imagens ilustrativas, retiradas da própria plataforma, tendo como base instrumentos educativos para orientações já utilizados nos grandes centros transplantadores.

Após a realização das etapas acima, os cuidados extraídos foram agrupados em duas tabelas no programa *Microsoft Excel*, uma com o levantamento dos cuidados selecionados na primeira etapa e outra para os cuidados encontrados nos *web sites* das instituições, gerando assim uma primeira versão da cartilha.

O projeto de pesquisa foi encaminhado ao comitê de ética da instituição, com número de Parecer 4.101.510 e assim realizada a pesquisa.

RESULTADOS

A revisão integrativa incluiu oito estudos primários, dos quais cinco foram indexados em periódicos nacionais, sendo que sete foram publicados em revistas de enfermagem e um em revista médica. Quanto à abordagem metodológica, sete são quantitativos e um qualitativo. Foi realizada leitura na íntegra dos oito estudos selecionados, sendo que

os cuidados extraídos foram agrupados no quadro a seguir, organizados de acordo com o órgão acometido pela DECH (Quadro 1).

Quadro 1. Cuidados de enfermagem extraídos de estudos primários encontrados na literatura

DECH de Pele
Evitar banhos quentes;
Realizar exame físico diário da pele;
Manter pele hidratada;
Evitar a exposição ao sol e o uso diário de protetor solar;
Usar roupas de algodão;
Uso de sabonetes neutros;
DECH do Trato Gastrointestinal
Realizar higienização das mãos/controle de infecção;
Monitorar ingestão alimentar e hídrica;
Orientar sobre a importância do preparo seguro dos alimentos;
Procedimentos de higiene;
Refeições fracionadas/pequena quantidade;
Quantificar e avaliar características da diarreia;
DECH Pulmonar
Monitorar fadiga;
DECH de Boca
Avaliar mucosa oral/mucosite;
Usar enxaguante bucal para higiene oral;
Realizar hidratação labial e das mucosas;

O quadro 2 demonstra os cuidados encontrados em manuais e *web sites* especializados em TCTH, também expostos conforme o órgão acometido pela DECH.

Quadro 2. Cuidados de enfermagem extraídos de manuais e *web*

DECH de Pele
Usar sabonete sem perfume;
Evitar maquiagem, cosméticos, perfume e qualquer substância que possa irritar a pele;
Não usar produto em aerossol, a menos que seja por recomendação do médico;
Usar creme hidratante, à base de vitamina A;
Usar chapéu ou sombrinha, além de roupas que protejam do sol;
Usar filtro solar, mesmo em um dia frio e nublado;
Não se expor ao sol;
Usar roupas de mangas compridas e calças quando sair;
DECH do Trato Gastrointestinal
Tomar muita água;
Ter cuidado com o que você come. Alguns alimentos são mais propensos a causar problemas. Isso pode incluir alimentos picantes, oleosos ou gordurosos;
DECH Pulmonar
Fazer pequenas caminhadas;
DECH de Boca
Realizar escovação com escova macia, para evitar sangramentos, e creme dental com flúor;
Usar hidratante labial, com manteiga de cacau ou óleo mineral;
DECH de Genitália
Para a secura vaginal utilizar lubrificantes (mas não esqueça de utilizar camisinha, para não correr riscos de infecções)

Na etapa de entrevista, participaram seis enfermeiros, dos quais cinco do sexo feminino e um masculino; o tempo de atuação no STMO variou de 06 a 32 anos. Os cuidados oriundos das entrevistas com os enfermeiros especialistas, são apontados na tabela abaixo, e se referem àqueles orientados pela equipe de enfermagem para prevenção e manejo da DECH (Quadro 3).

Quadro 3. Cuidados de enfermagem oriundos das entrevistas com enfermeiros especialistas

DECH de Pele
Observar as queixas, sinais e sintomas de alteração na pele;
Realizar exame físico diário;
Não se expor ao sol e usar filtro solar;
Usar hidratante corporal;
Evitar coçar a pele;
Utilizar sempre roupa de algodão, de mangas longas, usar luvas e sapatos fechados;
Manter sempre as unhas curtas e limpas;
Usar sabonetes neutros não irritantes a pele;
Observar prurido na pele;
Usar guarda-chuva para se proteger do sol;
DECH do Trato Gastrointestinal
Avaliar a ingesta alimentar e hídrica;
Orientar ao cuidador ou paciente a comunicar sobre qualquer alteração gastrointestinal;
Cuidar da alimentação e preparar os alimentos conforme as orientações fornecidas;
Observar e registrar aspecto das fezes, volume, quantidade, cheiro e cor;
Observar e registrar náusea e vômito;
Comunicar a equipe médica e nutricionista para melhorar a questão da dieta;
Cuidar da higiene, comunicar equipe caso fissura anal, lesão ou sangramento gastrointestinal;
DECH de Fígado
Avaliar coloração, icterícia ocular;
Avaliar prurido;
DECH Pulmonar
Observar sinais de fadiga, dispnéia e saturação;
Observar tosse ou mudança na respiração;
DECH de Boca
Realizar inspeção diária da boca, observar presença de sangramento e realizar uma boa higiene oral;
DECH de Olho
Usar colírio ou lagrima artificial;
Higienizar a região ocular com Solução Fisiológica;
Evitar coçar e pôr a mão suja no olho;
Avaliar o olho seco;
Avaliar hiperemia, lacrimejamento, edema ou icterícia ocular;
DECH de Genitália
Observar a perda da libido, dor durante o ato sexual devido a estenose;
Higienizar de forma adequada a região íntima;
Usar de preservativo;
Outras orientações
Usar corticoides, imunossupressores e demais medicações nos horários e doses corretas; Estimular a adesão correta ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso;

Após a integração dos cuidados selecionados nas diferentes fontes, foi elaborada a versão final da cartilha educativa, conforme as figuras 1 e 2.



Figura 1. Layout da cartilha educativa

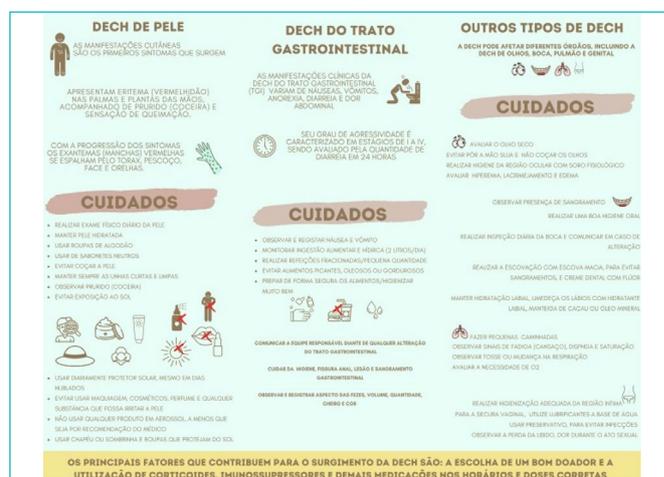


Figura 2. Layout da cartilha educativa

DISCUSSÃO

A cartilha educativa elaborada visa facilitar o processo de educação em saúde, inerente à atuação dos enfermeiros. Concomitante às orientações de cuidado, estes profissionais necessitam utilizar instrumentos para corroborar o planejamento do cuidado, como a anamnese e o exame físico.⁽¹⁰⁾ Assim, é imprescindível que sejam observados sinais e sintomas associados à DECH, bem como realizado o acompanhamento do tratamento e a evolução clínica do paciente.

Além disso, o monitoramento de exames laboratoriais diariamente, com vistas a avaliar as funções corporais, também pode ser apontado como uma estratégia para a implementação do cuidado.⁽¹¹⁾

No que concerne à DECH de pele, este órgão frequentemente é o primeiro a ser acometido, em que o paciente apresenta lesões maculopapulares e rash em região palmar e plantar das mãos, nuca, orelha e tronco, acompanhados, em sua maioria, por prurido.⁽¹²⁾

Por isso, a avaliação diária da pele, somado à autoavaliação, permite identificar estes sinais, de forma precoce, além de possibilitar o estadiamento da DECH, o que direciona o início do tratamento e o plano de cuidados. A DECH de pele pode se manifestar em quatro estágios: Estágio 1: erupção/rash maculopapular acometendo menos de 25% superfície corporal; Estágio 2: erupção/rash maculopapular entre 25 e 50% da superfície corporal; Estágio 3: erupção/rash maculopapular maior que 50% da superfície corporal; Estágio 4: erupção/rash maculopapular generalizada com formação de bolhas, geralmente associada à descamação.⁽¹³⁾

O uso do protetor solar e os cuidados com a exposição solar, também foram mencionados pelos enfermeiros, com as especificidades de que os pacientes devem se atentar

para a aplicação do protetor também nas extremidades do corpo e sua utilização em dias nublados.

A literatura aponta que os pacientes de pós-TCTH devem evitar exposições solares desnecessárias enquanto estão fazendo uso de imunossupressor, coadunando com os cuidados incluídos na cartilha. A prevenção da exposição solar, uso de vestuário de algodão, do filtro solar e de guarda-chuvas, a boa hidratação da pele, evitar banhos quentes e o uso correto dos corticoides, reduz a incidência e formas mais graves de DECH.⁽¹⁴⁾

Quanto à DECH de trato gastrointestinal (TGI), apontou-se, nas diferentes fontes de cuidados, a importância da observação dos episódios de vômito e diarreia para o diagnóstico precoce. A observação do volume e aspecto da diarreia se faz necessária nesse contexto, pois pode permitir diagnóstico diferencial de infecções por bactérias, como o *Clostridium difficile*.

Ressalta-se que as primeiras manifestações da DECH de TGI podem incluir náusea, vômito, diarreia e dor abdominal leve. A diarreia pode evoluir, tornando-se mais volumosa e esverdeada, e o sangue pode, frequentemente, estar presente. A avaliação desses sintomas pela equipe multidisciplinar faz-se necessária, além de que paciente e cuidador devem permanecer vigilantes,⁽¹⁵⁾ após serem orientados.

A quantificação do volume de diarreia é um importante cuidado, pois o grau de acometimento da complicação é classificado em quatro estágios, a saber: estágio 1 - diarreia de 500ml a 1000ml/24h; crianças 10-19,9 ml/kg/dia; estágio 2 - diarreia de 1000 a 1500ml/24h; crianças 20-30 ml/kg/dia; estágio 3 - diarreia de 1500 a 2000ml/24h; crianças >30 ml/kg/dia 18 e estágio 4 - diarreia >2000ml.⁽¹⁶⁾

Outra preocupação, quando da presença da diarreia, se refere ao risco de desequilíbrio hidroeletrolítico e desidratação. Para tanto, o enfermeiro deve estar atento às queixas dos pacientes, a fim de implementar ações preventivas.

Para a DECH de fígado, destacam-se cuidados como observação das escleras do paciente, além da avaliação dos exames laboratoriais relacionados à função hepática. Ressalta-se que as manifestações hepáticas da DECH podem ser vistas tanto na fase aguda como na crônica da complicação. A apresentação clínica pode variar de icterícia e leve elevação das enzimas hepáticas, como à síndrome colestatória, e à hepatite fulminante.⁽¹⁵⁾

A DECH de fígado possui característica específica, pois o fígado raramente é acometido de forma moderada ou severa, sem que haja o acometimento de outro órgão. Frequentemente surgem em pacientes com sinais de DECH de pele ou do TGI. Ela ocasiona disfunção hepática, com aumento de bilirrubinas totais e da fosfatase alcalina e,

para a classificação, são utilizados os valores séricos de bilirrubina, a saber: estágio 1 - bilirrubina 2-3 mg/dl; estágio 2 - bilirrubina 3-6 mg/dl; estágio 3 - bilirrubina 6-15 mg/dl e estágio 4 - bilirrubina > 15 mg/dl.⁽¹³⁾

No que concerne à DECH de pulmão, os cuidados apontados referem-se à realização de pequenas caminhadas, as quais são orientadas com frequência aos pacientes e também à observação de sinais de fadiga.

A DECH de pulmão, inicialmente, surge com presença de dispneia e fadiga de progressão lenta, associada com tosse, podendo surgir quando a imunossupressão é retirada. O aparecimento da DECH pulmonar pode ser de difícil diagnóstico em sua fase inicial, pois, nos primeiros meses do pós-transplante pode haver também infecções respiratórias, tanto virais como bacterianas,⁽¹⁵⁾ exigindo diagnóstico diferencial.

Destaca-se que muitos pacientes que se submetem ao TCTH, por seu uso prolongado de corticoides, ficam mais expostos a atrofia muscular e esqueléticas, podendo também afetar a musculatura respiratória, dessa forma, a orientação acerca da realização de atividades físicas de leve intensidade, como as caminhadas, deve fazer parte do plano de cuidados de enfermagem.⁽¹⁷⁾

Para a DECH de olho, as orientações realizadas se voltam à lubrificação, à higienização ocular com solução fisiológica, além do uso de compressa morna para hidratação, e evitar coçar ou levar a mão aos olhos, devido ao maior risco de infecção. Cabe, ainda, ao enfermeiro, avaliar hiperemia ocular, presença de lacrimejamento e fotofobia, sintomas indicativos de DECH ocular, todos cuidados incluídos na cartilha.

Aponta-se que a lubrificação é fator fundamental na condução do tratamento e alívio dos sinais e sintomas. A higienização e o uso de compressas mornas por 10 min, duas vezes ao dia, também podem apresentar bons resultados.⁽¹⁸⁾

A DECH ocular está presente na forma crônica da doença, sendo as glândulas lacrimais a estrutura mais afetada, seguido de conjuntivas e córneas. As manifestações clínicas relatadas comumente são a hiperemia das conjuntivas, visão turva, sensação de corpo estranho e queimação,⁽¹⁹⁾ justificando os cuidados para este órgão, incluídos na cartilha.

Observa-se, ainda, que esses sintomas podem impactar diretamente na qualidade de vidas dos pacientes, visto que, devido ao grau de acometimento, pode alterar a realização de atividades rotineiras. Desse modo, o enfermeiro necessita orientar aos pacientes quanto à importância da observação e relato de alterações visuais.

No que concerne à DECH de boca, as orientações realizadas aos pacientes se voltam à inspeção da cavidade oral, diariamente, como também a adequada higiene oral.

Os pacientes acometidos pela DECH de boca apresentam placas brancas, eritema, inflamação oral, atrofia do epitélio da mucosa, ulcerações e acometimento das glândulas salivares, com espessamento da saliva, hipossalivação, xerostomia e alterações do paladar.⁽¹⁶⁾

Devido à hipossalivação, tais pacientes têm maiores riscos e predisposições a desenvolverem cáries, por isso, alguns cuidados são necessários para amenizar esses sintomas. É aconselhado o uso de estimulantes salivares para contribuir com a produção de saliva e a manutenção de higiene oral satisfatória.⁽²⁰⁾

A presença de lesões ocasionadas pela DECH de boca também pode afetar a ingesta alimentar, por isso, os pacientes podem necessitar de dietas modificadas, suplementos orais ou nutrição enteral (NE) ou parenteral (NPT) para prevenir a desnutrição.⁽²¹⁾ Os fatores citados devem ser avaliados pelo enfermeiro, por isso são cuidados incluídos na cartilha.

Pensando na DECH de genitália, as orientações realizadas sobre os cuidados a serem seguidos foram higienização adequada da região íntima, uso de preservativo para evitar infecções, dor durante o ato sexual e a secura vaginal, que pode ser amenizada com o uso de lubrificantes a base de água.

A DECH de genitália pode ocorrer na forma crônica da doença, causando prejuízos na qualidade de vida dos pacientes em face do comprometimento na vida sexual.⁽¹⁵⁾

As manifestações clínicas, comumente nas pacientes do sexo feminino, são com relação à secura vaginal, prurido, dor ao toque, dor e desconforto na relação sexual.⁽²¹⁾

Algumas medidas de suporte também podem ser realizadas a fim de amenizar o desconforto, como o uso de emolientes e hidratantes tópicos e o banho de assento com água morna. A atividade sexual deve acontecer com o uso de preservativos a fim de evitar infecção, e com o uso de lubrificantes.⁽¹⁶⁾

Aponta-se, pois, frente à diversidade de sinais e sintomas associados à DECH, que a atuação conjunta entre enfermeiro e paciente/cuidador deve acontecer, tendo na cartilha educativa um instrumento facilitador para tal.

Aponta-se como limitação do estudo, a escassez de estudos teóricos frente as orientações de cuidados com os pacientes acometidos pela DECH, principalmente de estudos relacionados a enfermagem.

A cartilha educativa tem o intuito de contribuir com a educação em saúde e direcionamento para as orientações de cuidado por parte da equipe de enfermagem, contribuindo com o manejo adequado por parte do paciente e de seu cuidador em relação a DECH e conseqüentemente, para uma melhor qualidade de vida.

CONCLUSÃO

Esse estudo atingiu ao objetivo proposto, o de construir uma cartilha educativa para orientação no manejo da Doença do Enxerto Contra Hospedeiro em pacientes submetidos ao Transplante de Células-tronco Hematopoiéticas. Salienta-se que o sucesso do transplante inclui a adequada orientação, pelo enfermeiro, e realização de cuidados pelos pacientes e cuidadores. A integração entre evidências encontradas na literatura, informações de sites renomados e experiência de enfermeiros especialistas permitiu produzir um material de suporte às orientações para o cuidado, realizadas por enfermeiros, facilitando o processo de educação em saúde. Dessa forma, faz-se necessário que o enfermeiro esteja atento às necessidades do paciente e que a orientação em saúde seja efetiva. Busca-se, com tal instrumental, alcançar melhores resultados por meio da prevenção e identificação precoce de sinais e sintomas da Doença do Enxerto Contra Hospedeiro, bem como apoiar o processo de trabalho do enfermeiro. Sugere-se a validação da cartilha educativa por juizes especialistas, enfermeiros, a fim de confirmar seu potencial de utilização no processo de orientação de cuidados a pacientes no pós-transplante e seus cuidadores.

CONTRIBUIÇÕES

Arieli Cancelier Niero: concepção e/ou desenho do estudo; coleta, análise e interpretação dos dados; redação e/ou revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final a ser publicada. Jéssica Alline Pereira Rodrigues: concepção e/ou desenho do estudo; coleta, análise e interpretação dos dados; redação e/ou revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final a ser publicada. Simone Martins Nascimento Piubello: concepção e/ou desenho do estudo; coleta, análise e interpretação dos dados; redação e/ou revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final a ser publicada.

REFERÊNCIAS

1. Marques AC, Szczepanik AP, Machado CA, Santos PN, Guimarães PR, Kalinke LP. Hematopoietic stem cell transplantation and quality of life during the first year of treatment. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2018;26:e3065.

2. Zombrilli AF, Leopoldo VC, Oliveira MC, Oliveira MF, Dolci ME, Braga FT, et al. Virtual learning object in hematopoietic stem cell transplantation for autoimmune diseases. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(4):994-1000.

3. Proença SF, Machado CM, Coelho RC, Sarquis LM, Guimarães PR, Kalinke LP. Quality of life of patients with graft-versus-host disease (GvHD) post-hematopoietic stem cell transplantation. *Rev Esc Enferm USP*. 2016; 50(6):953-60.
4. Funke VA, Moreira MC, Vigorito AC. Acute and chronic Graft-versus-host disease after hematopoietic stem cell transplantation. *Rev Assoc Med*. 2016;62(Suppl 1):44-50.
5. Pasquini R, Coutinho E. Fundamentos e biologia do transplante de células-tronco hematopoiéticas. In: Zago MA, Falcão RP, Pasquini R. *Tratado de hematologia*. São Paulo: Atheneu; 2013. p. 711-29.
6. Blazar BR, Murphy WJ, Abedi M. Advances in graft-versus-host disease biology and therapy. *Nat Rev Immunol*. 2012;12(6):443-58.
7. Pereira LA, Ramos AM, Schallenberger CD, Vaz MC, Barlem EL. Liderança em enfermagem: Abordagem ecossistêmica com impacto no cuidado *Enferm Foco*. 2018;9(3):66-70.
8. Polit DF, Beck CT. *Delineamento de Pesquisa em Enfermagem. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: Avaliação de evidências para prática de enfermagem*. Porto Alegre: Artmed; 2011. p. 247-368.
9. Whittemore R, Knafk K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs*. 2005; 52(5):546-53.
10. Nascimento JW, Ferreira Junior ML, Jesus SB. Construção e validação de um manual de detecção do pé diabético para atenção primária. *Enferm Foco*. 2019;10(6):85-91.
11. Rodrigues JA, Lacerda MR, Gomes IM, Paes MR, Ribeiro RP, Mercês NN. Research contributions to nursing care in pediatric hematopoietic stem cell transplantation. *Rev Pesq: Cuid Fundam*. 2018;10(4):964-70.
12. Pereira AZ, Vigorito AC, Almeida AM, Candolo AA, Silva AC, Brandão-Anjos AE, et al. Consenso Nutricional Brasileiro no Transplante de Células-Tronco Hematopoiéticas: Doença do enxerto contra o hospedeiro. *Einstein (São Paulo)* 2020;18:eAE4799.
13. Harris AC, Young R, Devine S, Hogan WJ, Ayuk F, Bunworasate U, et al. International, Multicenter Standardization of Acute Graft-versus-Host Disease Clinical Data Collection: A Report from the Mount Sinai Acute GVHD International Consortium. *Biol Blood Marrow Transplant*. 2016;22(1):4-10.
14. Azevedo W. Acute graft-versus-host disease. *Rev Bras Hematol Hemoter*. 2010;32(Suppl1):16-21.
15. Salomao M, Dorritie K, Mapara MY, Sepulveda A. Histopathology of Graft-vs-Host Disease of Gastrointestinal Tract and Liver: An Update. *Am J Clin Pathol*. 2016;145(5):591-603.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Imunossupressão pós transplante de Medula Óssea [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2016. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2016/PCDT_Imunossupressao_TransplanteMedulaOssea_CP2016.pdf
17. Silva IC, Campos NG, Vinhote JF, Florêncio AC, Marizeiro DF, Braga DK, et al. Physiotherapy performance in boné marrow transplant recipients: Systematic review of the literature. *J Health Biol Sci*. 2017;5(4):371-7.
18. Tung CL. *Abordagens atuais para o tratamento da doença enxerto-versus-hospedeiro ocular*. 2ª ed. *Clinicas Oftalmológicas Internacionais*: Primavera; 2017. p 65-88.
19. Abud TB, Zazzo AD, Oliveira LA, Sousa LB. Graft-versus-Host Disease: Review. *Rev Bras Oftalmol*. 2019;78(1):65-70.
20. Alencar FS, Soares AC, Antunes HS. Treatment of oral manifestations of chronic graft versus host disease: systematic literature review. *Rev Bras Odontol*. 2016;73(2):156-72.
21. van Dam N, Zelker R, Radiano R, Kadmon I, Bogorochin B, Frank-Kamenetsky Y. Vulvar and Vaginal Graft versus Host Disease: A Healthcare Clinic Initiative. *Asia Pac J Oncol Nurs*. 2017;4(2):116-9.

AVALIAÇÃO DO RISCO DA DOENÇA DE ALZHEIMER NOS IDOSOS COM DIABETES MELLITUS

RISK ASSESSMENT OF ALZHEIMER'S DISEASE IN THE ELDERLY WITH DIABETES MELLITUS

EVALUACIÓN DEL RIESGO DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER EN ANCIANOS CON DIABETES MELLITUS

Kênnia Stephanie Morais Oliveira¹
Francisca Patrícia Barreto de Carvalho¹
Lucídio Clebeson de Oliveira¹
Francisca Adriana Barreto¹
Raira Kirlly Cavalcante Bezerra¹
Priscilla Ferreira Lemos¹

(<https://orcid.org/0000-0003-4228-645X>)
(<https://orcid.org/0000-0003-1539-4412>)
(<https://orcid.org/0000-0002-2033-7546>)
(<https://orcid.org/0000-0002-5183-043X>)
(<https://orcid.org/0000-0002-9176-4537>)
(<https://orcid.org/0000-0003-4117-6443>)

Descritores

Saúde do idoso; Doença de Alzheimer; Diabetes mellitus; Demência; Promoção da saúde

Descriptors

Health of the elderly; Alzheimer's disease; Diabetes mellitus; Insanity; Health promotion

Descriptores

Salud del anciano; Enfermedad de Alzheimer; Diabetes mellitus; Locura; Promoción de la salud

Recebido

15 de Fevereiro de 2021

Aceito

7 de Maio de 2021

Conflitos de interesse:

artigo extraído de um Trabalho de Conclusão de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família e Comunidade; Intitulado: Idosos versus familiares: conflitos identificados através do APGAR; Instituição: Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, Mossoró-RN, ano da defesa: 2018.

Autor correspondente

Raira Kirlly Cavalcante Bezerra
E-mail: rairakirlly29@gmail.com

RESUMO

Objetivo: Avaliar o risco de Alzheimer dos pacientes idosos com diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 na zona urbana de Mossoró/Rio Grande do Norte.

Métodos: Trata-se de um estudo de coorte retrospectivo de natureza exploratória, observacional e analítica, realizado nas Unidades Básicas de Saúde da cidade de Mossoró. Dois instrumentos foram utilizados para a coleta de dados: ficha para aspectos epidemiológicos e clínicos; e o Clinical Dementia Rating.

Resultados: Encontrou-se diferenças estatísticas entre a classificação do Clinical Dementia Rating com a faixa etária, uso de Glibenclamida, tabagistas e transtornos psíquicos. As menores rendas familiares apresentaram maior classificação de demência. Os idosos que apresentaram maior classificação de risco de demência fazem uso de Glibenclamida, são tabagistas com menores rendas familiares.

Conclusão: Evidenciou-se a necessidade de uma avaliação de risco de demência nas consultas aos idosos na atenção primária em saúde, bem como capacitação dos profissionais em alternativas e custo benefício medicamentoso para cada indivíduo.

ABSTRACT

Objective: To assess the Alzheimer's risk of elderly patients diagnosed with Type 2 Diabetes Mellitus in the urban area of Mossoró / Rio Grande do Norte.

Methods: This is an exploratory, observational and analytical retrospective cohort study carried out in the Basic Health Units in the city of Mossoró. Two instruments were used for data collection: a form for epidemiological and clinical aspects; and Clinical Dementia Rating.

Results: Statistical differences were found between the classification of the Clinical Dementia Rating with the age group, use of Glibenclamide, smokers and mental disorders. The lowest family incomes had a higher classification of dementia. The elderly who presented a higher risk of dementia use Glibenclamide, are smokers with lower family income.

Conclusion: The need for an assessment of the risk of dementia in consultations with the elderly in primary health care was evidenced, as well as training of professionals in alternatives and cost-effective medication for each individual.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar el riesgo de Alzheimer de pacientes ancianos diagnosticados con Diabetes Mellitus tipo 2 en el área urbana de Mossoró / Rio Grande do Norte.

Métodos: Se trata de un estudio de cohorte retrospectivo, exploratorio, observacional y analítico realizado en las Unidades Básicas de Salud de la ciudad de Mossoró. Para la recolección de datos se utilizaron dos instrumentos: un formulario para aspectos epidemiológicos y clínicos; y calificación clínica de demencia.

Resultados: Se encontraron diferencias estadísticas entre la clasificación del Clinical Dementia Rating con el grupo de edad, uso de Glibenclamida, fumadores y trastornos mentales. Los ingresos familiares más bajos tenían una clasificación más alta de demencia. Los ancianos que presentan mayor riesgo de demencia utilizan Glibenclamida, son fumadores con menores ingresos familiares.

Conclusión: Se evidenció la necesidad de una evaluación del riesgo de demencia en las consultas con los ancianos en la atención primaria de salud, así como la formación de los profesionales en alternativas y medicación costo-efectiva para cada individuo.

¹Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, Mossoró, RN, Brasil.

Como citar:

Oliveira KS, Carvalho FP, Oliveira LC, Barreto FA, Bezerra RK, Lemos PF. Avaliação do risco da doença de Alzheimer nos idosos com diabetes mellitus. *Enferm Foco*. 2021;12(4):760-6.

DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n4.4561>

INTRODUÇÃO

A população mundial tem enfrentado um processo de transição em sua estrutura etária, o qual resulta em uma população com o perfil demográfico mais envelhecido. Estima-se que em 2050 o número de pessoas com mais de 60 anos ultrapassará o de menores de 15 anos.⁽¹⁾ O envelhecimento é uma passagem natural, que geralmente está associado a uma série de condições físicas e/ou psíquicas vulneráveis ao surgimento de doenças crônicas.⁽²⁾

Dentre as principais doenças crônicas que acometem os idosos, destaca-se Diabetes Mellitus (DM) atingindo a população mundial na ordem de 387 milhões de pessoas e que, estima-se, alcance 471 milhões em 2035. Nos idosos a forma mais comum é Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) que corresponde a 90-95% dos casos diagnosticados. Mais da metade dos casos de DM2 poderiam ser evitados com o controle de peso, diminuição do sedentarismo e alimentação adequada.⁽³⁾

DM2 caracteriza-se pelo alto desequilíbrio metabólico que pode levar ao aumento da atividade do sistema imunológico e, conseqüentemente, a elevação dos níveis de secreção de citocinas pró-inflamatórias, o que provoca uma neuroinflamação cerebral, que também é uma característica fisiopatológica típica da Doença de Alzheimer (DA). Alguns estudos comprovam que, além da inflamação, ambos compartilham outras disfunções, como a sinalização de insulina defeituosa, a resistência à insulina, a redução do volume do hipocampo observado em ressonâncias magnéticas e o declínio cognitivo acelerado.⁽⁴⁾

Entre algumas doenças crônicas que mais acometem os idosos estão aquelas relacionadas as demências, que além de comprometer os domínios cognitivo e funcional, causam prejuízos ao nível da comunicação e interação, que se configuram como obstáculos à autoexpressão e à inclusão social, suscetíveis de agravar e acelerar a trajetória de declínio e, por isso, incitar a institucionalização precoce.⁽⁵⁾ Estima-se que as demências de causa degenerativa correspondam a 80% dos quadros mais habituais na prática clínica e a DA representa entre 60-70%, a demência por Corpos de Lewy (DCLewy) entre 15-25% e a demência frontotemporal (DFT) com 15 a 22%.⁽⁶⁾

A Doença de Alzheimer consiste em uma síndrome cerebral degenerativa, marcada pela destruição irreversível de certos neurônios, de etiologia desconhecida que promove mudanças biológicas e sociais na vida dos indivíduos e de seus familiares. Apesar de acometer também pessoas jovens, possui maior incidência em maiores de 60 anos e suas conseqüências iniciam de forma silenciosa, atingindo níveis calamitosos de esquecimento, de modo que o paciente se torne totalmente dependente.⁽⁷⁾

A Doença de Alzheimer atingiu cerca de 46,8 milhões de pessoas no mundo em 2015, as pesquisas indicam que esse número dobrará a cada 20 anos. Os investimentos direcionados para tratar as formas de demência são altos, em razão das dúvidas não respondidas pelos cientistas, que impedem uma cura efetiva. Todavia, as terapias moleculares envolvidas na sobrevivência dos neurônios passaram por avanços significativos, estudos provaram que a insulina, sob condições fisiológicas normais, transmite o sinal intracelular para a integridade das funções neuronais, mantendo o bom funcionamento do hipocampo. Dessa forma, quando a sinalização da insulina é deficiente, que é o caso da DM2, ocorre a morte de neurônios, dificultando o funcionamento sináptico.⁽⁸⁾

Em contrapartida, ainda não há um consenso a respeito dos efeitos da DM2 sobre o desenvolvimento de alterações neuropatológicas da DA. Alguns testes observacionais aplicados em encéfalos de pacientes com DM2, considerando suas características funcionais, constataram que as alterações no reconhecimento da insulina contribuem para outras demências constituídas de mecanismos fisiopatológicos diferentes da DA.⁽⁹⁾

Nesse contexto, a pesquisa teve como objetivo: avaliar o risco de Doença de Alzheimer de pacientes idosos, com diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 na zona urbana da cidade de Mossoró, Rio Grande do Norte, Brasil.

MÉTODOS

Trata-se de estudo de coorte retrospectivo de natureza exploratória, observacional e analítica. A pesquisa foi realizada em Unidades Básicas de Saúde (UBS), da zona urbana de Mossoró com equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) instaladas. Não foram inseridas as UBS da zona Rural, devido à dificuldade de acesso e logística dessas áreas, assim, optou-se por realizar pesquisa nas 4 zonas que abrangem 33 UBS com ESF no município, a saber: norte, sul, leste e oeste. Estimou-se a população idosa com diabetes em torno de 21,6 % no Brasil, segundo a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico - VIGITEL.⁽¹⁰⁾ A população de Mossoró sendo 21.442 idosos,⁽¹¹⁾ foi calculada a proporção de idosos com DM de acordo com o parâmetro no Brasil, estimando-se, que no município de Mossoró existam aproximadamente 4.631 idosos com Diabetes. Realizou-se cálculo amostral com o nível de confiança de 95% e 5% e margem de erro para definição da quantidade da amostra pesquisada chegando ao total de 355 idosos. Os critérios de inclusão da pesquisa foram: possuir idade igual ou superior a 60 anos; ter sido diagnosticado com Diabetes Mellitus tipo 2 há um

pelo menos 1 ano; ter condições físicas e psíquicas para responder as perguntas ou um familiar e/ou responsável que pudesse responder o questionário epidemiológico e clínico proposto pela pesquisa. E os critérios de exclusão: fazer uso de drogas ilícitas, uma vez que essa prática pode alterar as respostas do questionário; encontrar-se em área descoberta ou não ter o agente comunitário de Saúde (ACS) atuante. A coleta de dados ocorreu durante o período de 2018 e 2019. Optou-se por trabalhar com 25% das UBS de cada zona, para melhor proporcionalidade da amostra. A escolha das UBS se deu através da realização de sorteio em que foram colocados os nomes de cada UBS por zona sendo escolhida a quantidade de UBS conforme obtenção da amostra percentual estratificada (Tabela 1).

Tabela 1. Representação do número de amostra por UBS

Zona	Total de UBS	Amostra proporcional	n(%)
Leste	15	4	161(45,45)
Norte	4	1	43(12,12)
Oeste	6	2	65(18,18)
Sul	8	2	86(24,24)
Total	33	9	355(100)

Após o sorteio das UBS, realizou-se um levantamento dos prontuários dos idosos diabéticos cadastrados em cada uma delas, deu-se a conferência dos prontuários junto aos agentes comunitários de saúde com o intuito de acrescentar os idosos que não estavam cadastrados no programa de HIPERDIA da UBS, contudo faziam parte da área adstrita e por algum motivo não são acompanhados pela equipe da UBS, após esse levantamento e ajustes, realizou-se um sorteio de modo aleatório para se obter a amostra dos idosos daquela UBS. Dois instrumentos foram utilizados para a coleta de dados. Sendo o primeiro, uma ficha na qual constou perguntas referentes ao perfil epidemiológico e clínico, como: data de nascimento, sexo, escolaridade, profissão, data do diagnóstico da DM tipo 2 e resultado da última glicemia de jejum; e o Clinical Dementia Rating - CDR, escala de avaliação clínica da demência, que se caracteriza como um critério global para avaliar a gravidade das demências, em especial a DA. O Clinical Dementia Rating avalia seis categorias comportamentais e cognitivas, podendo ser utilizado por todos os profissionais da saúde. Esse instrumento pode ser aplicado tanto para os casos leves, como os mais graves de demência, e ainda para sujeitos com diagnóstico duvidoso.⁽¹²⁾ Os instrumentos foram aplicados através de visitas domiciliares acompanhadas pelo Agente Comunitário de Saúde, ou na própria UBS, num ambiente fechado, mantendo a privacidade

do idoso. O banco de dados foi construído em formato Microsoft EXCEL®, versão 2017, para realização das tabelas descritivas e aplicação de testes estatísticos utilizou-se o software *Estatístico R*, versão 3.2. Nas variáveis qualitativas, realizou-se análise descritiva por meio de distribuições de frequências absolutas e relativas (%). Enquanto que nas variáveis quantitativas avaliadas no estudo, analisaram-se estatísticas descritivas de medidas de tendência e de dispersão dos dados, como por exemplo: mínimo, máximo, média e desvio padrão. Na comparação da classificação do CDR com características gerais dos pacientes, aplicou-se o teste de Qui-Quadrado, considerando um o nível de significância foi de 5%. O teste Qui-Quadrado permite avaliar se as variáveis estão relacionadas com determinado nível de significância. O estudo respeitou os princípios éticos que visa assegurar os direitos e deveres da comunidade científica, obtendo aprovação no Sistema CEP/CONEP sob Parecer n.º 2.593.818.

RESULTADOS

No estudo, 69,86% dos pacientes são do sexo feminino, enquanto que o sexo masculino apresentou um percentual de 30,14%. Com relação a faixa etária, temos o seguinte resultado: 60 a 70 anos (51,24%), 71 a 80 anos (33,97%) e acima de 80 anos (14,79%). No grau de escolaridade, o ensino fundamental incompleto (44,51%) e analfabeto (25,92%) apresentaram os maiores percentuais. Sobre a etnia, 47,75% são pardos, 43,54% brancos, 7,87% negros e 0,84% amarelo. Na renda familiar, tem-se o seguinte resultado: Até 1 salário mínimo (39,24%), 2 a 3 salários mínimos (57,27%) e acima de 3 salários mínimos (3,49%). 61,84% possuem atividade remunerada, 36,77% sem ocupação e 1,39% aposentado/pensionista. Com relação aos setores que residem: 48,77% são da Zona Leste, seguido de Zona Sul (25,21%), Zona Oeste (13,97%) e Zona Norte (12,05%). Quanto ao tempo de diagnóstico, 53,92% com até 10 anos de diagnosticado e 46,08% acima de 10 anos. A idade média dos pacientes foi de 71,42 ± 8,14, com idade mínima e máxima de 60 e 100 anos respectivamente. O tempo médio de diagnóstico foi de 10,89 anos, variando de menos de 1 ano a 44 anos. Além disso, através do teste *Kolmogorov-Smirnov*, que verifica a suposição de normalidade dos dados, para um nível de significância de 5%, tem-se evidências que os dados não possuem distribuição normal. Entretanto, os dados em estudo são provenientes de uma amostra suficientemente grande, onde com base no teorema do limite central, assume-se que o pressuposto de normalidade não tem interferência na análise dos resultados. A Metformina (83,29%) é o principal medicamento utilizado, seguido de Glibenclamida

(33,97%), Insulina (13,70%), demonstrando a existência de um tratamento padrão para esses idosos, como pode ser visualizado na tabela 2.

Tabela 2. Principais medicamentos utilizados (Múltipla Resposta)

Resposta	f(%)
Metformina	304(83,29)
Glibenclamida	124(33,97)
Insulina	50(13,70)
Glicazida	8(2,19)
Climeprida	8(2,19)
Diamicon	3(0,82)
Janumet	2(0,55)
Xigduo	2(0,55)
Empagliflozina	1(0,27)
Vildagliptina	1(0,27)
Clifage	1(0,27)
Sitagliptina	1(0,27)
Gliclazida	1(0,27)
Linagliptina	1(0,27)
Nesina	1(0,27)
Tresiba	1(0,27)

Observa-se a partir da tabela 3, que o sedentarismo (45,48%) se constitui como o principal fator de risco dos pacientes, seguido de tabagismo (37,81%), etilismo (27,67%), obesidade (15,34%) e AVE (0,27%).

Tabela 3. Principais fatores de risco (Múltipla Resposta)

Resposta	f(%)
Sedentarismo	166(45,48)
Tabagismo	138(37,81)
Etilismo	101(27,67)
Obesidade	56(15,34)
AVE	1(0,27)

A hipertensão arterial (67,67%) é o principal antecedente familiar dos pacientes, seguido de idosos com transtornos de saúde mental (24,11%), cardiopatia (10,41%), entre outras citações. A glicemia média apresentada pelos pacientes foi de 166,02 ± 107,35, com valores oscilando entre 55 e 1.099. O HBA médio foi de 7,53, variando de 0,05 a 14,05, como pode ser analisado na tabela 4.

No exame de glicemia, 15,34% da população estudada obteve valores de até 100, enquanto que acima de 100 correspondeu um percentual de 84,66%. Já no exame de HBA1C, temos o respectivo resultado: Até 5 (3,94%) e acima de 5 (96,06%). Não foram verificados exames mais detalhados como a hemoglobina glicada e funções hepáticas o que impede aproximação mais fiel com cada caso clínico.

Tabela 4. Estatística descritiva dos exames realizados

Variável	Mínimo	Máximo	25%	Mediana	75%	IQ	Média	DP	CV	p-value
Glicemia	55,00	1099,00	108,00	132,75	185,00	77,00	166,02	107,35	64,66	<0,001
HBA	0,05	14,05	6,40	7,00	8,70	2,30	7,53	2,19	29,04	<0,001

IQ: Intervalo Interquartilico; DP: Desvio Padrão; CV: Coeficiente de Variação; (1) Teste de Kolmogorov-Smirnov para verificar a normalidade dos dados

Quanto a classificação de demência apresentou-se o seguinte resultado: Saudável (34,52%), questionável (41,37%), leve (19,45%), moderada (3,84%) e grave (0,82%), podendo ser visualizado na tabela 5.

Tabela 4. Classificação do CDR

Classificação	f(%)
Saudável	126(34,52)
Questionável	151(41,37)
Leve	71(19,45)
Moderada	14(3,84)
Grave	3(0,82)
Total	365(100,00)

Aplicando do teste Qui-Quadrado (χ^2), para um nível de significância de 5%, observou-se evidências de diferença estatística entre a classificação do Clinical Dementia Rating com a faixa etária, uso do medicamento Glibenclamida, tabagismo, antecedente familiar de saúde mental e renda familiar.

DISCUSSÃO

A partir do objetivo principal da pesquisa, avaliação do risco da doença de Alzheimer em pacientes Mellitus tipo 2, são observados nos resultados alguns pontos que podem estar ligados a essa associação, especialmente nos cruzamentos estatísticos realizados entre o perfil epidemiológico e clínico e o Clinical Dementia Rating, na interferência do declínio cognitivo estudado. Nesse contexto tanto a hipoglicemia quanto a hiperglicemia são processos fisiológicos básicos da DM2, o que torna importante buscar compreender os fundamentos psicofisiológicos, culturais, epidemiológicos e clínicos dos resultados encontrados.

A velhice afeta de diferentes modos homens e mulheres e estes tendem então a responder também de maneiras diversas; enquanto a mulher é desde cedo ensinada no que tange ao cuidado, o homem é patriarcalmente educado para ser avesso aos serviços de saúde.⁽¹³⁾ Diante deste quadro, é notável que o papel de provedor desempenhado pelo homem resulta em dificuldades para a sua inserção em espaços de autocuidado. Além do horário da oferta de serviço, existe a necessidade de mudanças nas estratégias dos serviços, em particular nas educativas, para uma maior adesão dos homens às unidades de saúde.^(14,15)

Além do fator expectativa de vida ser maior para a população feminina, infere-se também a frequência de violência no município em que foi realizado o estudo, havendo

uma quantidade considerável de homicídios que acometem predominantemente a população do sexo masculino. Mossoró é a segunda cidade mais violenta do estado do Rio Grande do Norte, Brasil. Sua taxa de homicídio é o dobro da média nacional, ficando em cerca de 55 homicídios por 100 mil habitantes no ano de 2014.⁽¹⁶⁾

Com relação à faixa etária encontrada no estudo, a população apresentou faixa etária cada vez maior, principalmente com percentual 14,79% de idosos acima de 80 anos. Quando discutido sobre a raça dos idosos entrevistados, percebeu-se que 47,75 % se consideram pardos, seguidos de 43,54 brancos e 7,87, negros. É importante destacar que a coleta desse dado acatou o que o indivíduo se considerava, muitas vezes ficando em dúvida ou até mesmo pedindo auxílio ao familiar ou cuidador para definir sua cor e sendo visto de formas distintas entre a população pesquisada.

A população analfabeta e com ensino fundamental incompleto representou 44,51% do total da pesquisa, seguidos de 25,92% de analfabetos, no entanto a porcentagem de idosos com ensino médio completo e ensino superior representam mais de 17%, o que é um dado que mostra o aumento do grau de escolaridade em uma parte significativa dos idosos. Uma maior escolaridade pode significar que os idosos com maior instrução educacional apresentam renda mais elevada e, por isso, maior acessibilidade a locais, a serviços e a materiais para a prática de atividade física, além de apresentarem maior nível de conhecimento, de informação e maior tendência de residir em contextos espaciais e ambientais favoráveis a qualidade de vida.⁽¹⁷⁾

Os dados acerca da renda familiar se relacionam entre outros fatores com escolaridade, ocupação, mas também a zona que está inserida, em que se observou 48,77% dos idosos na zona leste, 25,21% na zona sul da cidade. Essas zonas são consideradas de maior vulnerabilidade, dificuldade de acesso ao serviço de saúde, maiores índices de violência do município, falta de saneamento básico e maiores conflitos intrafamiliares.⁽¹⁸⁾

A medicação hipoglicemiante mais utilizada pelos entrevistados foi a Metformina (83,29%), seguido do Glibenclamida (33,97%). A metformina pertence ao grupo das biguanidas e tem uma ação anti-hiperglicêmica. Quanto ao seu efeito na função cognitiva, os estudos são contraditórios e o mecanismo desconhecido.⁽¹⁹⁾

Outro fator importante encontrado em vários estudos é correlação com a Vitamina B12 que é essencial para a manutenção do sistema nervoso e verificou-se que há redução dos valores desta nos pacientes que tomam metformina.⁽²⁰⁾

Os principais fatores de riscos encontrados foram Sedentarismo (45,48%), tabagismo (37,81%) e etilismo

(27,67%). O sedentarismo aumenta a chance para alguns tipos de doenças crônicas degenerativas, como o DM2.⁽²¹⁾ O tabagismo é considerado um poderoso acelerador do envelhecimento, tanto diretamente, por meio de mecanismos mediados, em grande parte, por radicais livres, quanto indiretamente, através de condições patológicas relacionadas.⁽²²⁾ Além disso, o consumo de álcool por idosos apresenta-se como um importante problema de saúde pública. A maioria deles têm baixo nível socioeconômico e em geral associa o etilismo ao consumo de tabaco.⁽²³⁾

Os principais antecedentes clínicos dos idosos entrevistados foram HAS (67,61%), problemas relacionados a Saúde mental (24,11%), cardiopatias (10,41 %) e Doença de Alzheimer (1,64%). A HAS é o fator de risco mais prevalente para desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis, constituindo uma condição clínica crônica multifatorial. Configura-se como um dos mais importantes problemas de saúde pública, uma vez que os custos com o tratamento e a morbimortalidade desta são elevados. Nesse sentido a associação entre o tabagismo e a HAS se constituem de uma alta prevalência nos indivíduos de 60 anos ou mais e podem levar a incapacidade funcional e redução da qualidade de vida.^(24,25)

O diagnóstico do declínio cognitivo se identifica principalmente de forma clínica, com base na avaliação cognitiva e funcional, complementada por exames laboratoriais e de neuroimagem. Porém, ainda não há disponibilidade, na prática clínica, de marcadores biológicos para um diagnóstico de certeza, sendo possível apenas em estudos neuropatológicos, o que reforça que o rastreamento precoce ainda é deficiente na atenção primária.⁽²⁶⁾ Dessa forma, a avaliação cognitiva em pacientes com suspeita de algum grau de demência é um dos pontos centrais na investigação clínica e tem como objetivo distinguir se a queixa de esquecimento é patológica ou não.⁽²⁷⁾

Diante disso, quando é determinada a presença e a gravidade do declínio cognitivo são propostos manejos clínicos referentes a cada caso, de acordo com cada indivíduo, pois possibilita selecionar o tratamento adequado considerando o estágio da doença. Um importante instrumento para o delineamento do grau de demência, em especial a DA é o Clinical Dementia Rating Scale (CDR), que foi desenvolvido e apresentado pela Universidade de Washington em 1982 para preencher esta lacuna e melhorar o cuidado a esses pacientes.⁽²⁷⁾

Observou-se que a maioria dos idosos apresentou uma demência questionável (41,37%), seguidos de saudável (34,52%), leve (19,45%), moderada (3,84%) e grave (0,82). A demência questionável é onde ocorre a suspeita de demência,

especialmente a demência leve, que se refere principalmente ao declínio na atividade da vida diária, sendo um elemento integrante nos critérios diagnósticos de demência, incluídos na avaliação neuropsicológica. Estes verificam, entre outros itens, recordação tardia que é um item com alta acurácia diagnóstica na doença de Alzheimer provável.⁽²⁸⁾

Quando realizado o cruzamento estatístico dos dados, detectou-se que as maiores faixas etárias dos indivíduos já com algum grau de demência são pacientes que usam Glibenclamida. Isso se constitui como um dado relevante tendo em vista que, apesar da maioria dos entrevistados fazerem uso da Metformina, o Glibenclamida teve destaque quanto à associação com algum grau de demência. Somente um estudo mencionou o uso de Glibenclamida em idosos, não acerca de sua ação em si, mas a sua associação com a fluoxetina.⁽²⁹⁾

A pesquisa relata que a fluoxetina causou hiperglicemia e que este efeito pode ser resultante da inibição das ilhotas pancreáticas em secretar insulina, sendo assim, é possível admitir que o uso deste antidepressivo possa antagonizar o efeito hipoglicemiante induzido por secretagogos (medicamentos que promovem o aumento da secreção de insulina pelas células beta do pâncreas) como a Glibenclamida. Assim, torna-se importante um rigoroso acompanhamento dos níveis glicêmicos de pacientes diabéticos que usam hipoglicemiantes orais quando estes forem submetidos ao tratamento com a antidepressiva fluoxetina.

O tratamento medicamentoso para DM2 em idosos apresenta maior complexidade, tendo em vista as condições de saúde e os fatores de risco associados à idade, tais como polifarmácia, comprometimento visual e cognitivo, disfunção renal, maior risco de quedas, entre outros fatores. Considerando estas particularidades, foram conduzidos estudos e desenvolvidas ferramentas que visam identificar e classificar medicamentos potencialmente inadequados (MPI) em idosos, uma das MPI para o idoso é a Glibenclamida.⁽³⁰⁾

Os hábitos de prescrição para os usuários do SUS costumam ser influenciados pela relação de medicamentos disponíveis gratuitamente. A população Idosa tem sensibilidade aumentada aos benzodiazepínicos e metabolismo diminuído para agentes de longa ação. Em geral, os benzodiazepínicos aumentam o risco de perda cognitiva, delírio, quedas, fraturas e acidentes com veículos em idosos. Dentre os medicamentos usados no diabetes, houve alto consumo de Glibenclamida, que aumenta o risco de hipoglicemia em idosos, assim como o uso da escala de insulina.⁽³⁰⁾

Aponta-se, então uma carência de um esquema de medicamentos mais adequado e disseminado através de atualizações e capacitações para melhor prescrição medicamentosa para idosos no âmbito das UBS. Além disso, é importante que

a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) contemple medicamentos adequados para uso em idosos, bem como ampliar sua disponibilidade para os usuários do UBS⁽³⁰⁾ e aprimorar a qualidade da farmacoterapia para os mesmos,⁽³¹⁾ visto que acessar medicamentos e insumos é um fator fundamental para o usuário na rede de cuidados.⁽³²⁾

Observou-se que durante a coleta de dados, não foi possível encontrar registros de exames importantes para o acompanhamento do DM, como a hemoglobina glicada, nem nos prontuários e nem com os próprios idosos e familiares.

Este estudo pode contribuir para a expansão de conhecimentos entre o risco de Doença de Alzheimer de pacientes idosos, com diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2. Contudo, faz-se necessária a realização de novas pesquisas em seres humanos utilizando exames atuais, uma vez que esta, se limitou aos últimos exames realizados e, em muitos casos, os idosos não tinham exames recentes e alguns não tinham nem mesmo exames realizados, dificultando a comparação entre o risco de desenvolver o Alzheimer e o DM2.

CONCLUSÃO

Os idosos que apresentaram maior classificação de risco de demência, fazem uso de Glibenclamida, são tabagistas, apresentam antecedentes familiares de transtornos psíquicos e menores rendas familiares. A pesquisa discutiu e cruzou diferentes variáveis que podem estar associadas com as doenças estudadas como a escolaridade, renda, sexo e o uso de medicação, sendo Metformina e Glibenclamida as mais utilizadas, o que faz com que o estudo proporcione uma reflexão de como esses pacientes estão usando esses medicamentos e suas associações, demonstrando a necessidade da realização de uma avaliação de risco de demência nas consultas aos idosos na atenção primária em saúde, bem como atualização e capacitação dos profissionais de saúde, especialmente os médicos, acerca das alternativas e custo benefício medicamentoso para cada indivíduo e acompanhamento rigoroso de exames laboratoriais como a hemoglobina glicada. O estudo aponta para a importância do controle da Diabetes Mellitus no sentido de prevenir a incidência e/ou o agravamento de doenças com alterações neurológicas, como a Doença de Alzheimer que aumenta a demanda por cuidados e dificulta o acompanhamento de outras comorbidades como a própria Diabetes Mellitus.

CONTRIBUIÇÕES

KSMO: Concepção e/ou desenho do estudo; coleta, análise e interpretação dos dados; redação e/ou revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final a ser publicada. FPBC: Concepção e/ou desenho do estudo; análise e interpretação

dos dados; redação e/ou revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final a ser publicada. LCO: Redação e/ou revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final a ser publicada. FAB: Redação e/ou revisão crítica do manuscrito;

aprovação da versão final a ser publicada. RKCB: Redação e/ou revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final a ser publicada. PFL: Redação e/ou revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final a ser publicada.

REFERÊNCIAS

1. Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA). Envelhecimento no Século XXI: Celebração e Desafio [Internet]. Nova York (EUA): Fundo de População das Nações Unidas; 2012 [cited 2020 Jul 20]. Disponível em: <https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&q=Envelhecimento+no+S%C3%A9culo+XXI%3A+Celebra%C3%A7%C3%A3o+e+Desafio+%5BInternet%5D>
2. Ilha S, Backes DS, Santos SS, Gautério-Abreu DP, Silva BT, Pelzer MT. Doença de Alzheimer na pessoa idosa/família: Dificuldades vivenciadas e estratégias de cuidado. *Esc Anna Nery*. 2016;20(1):138-46.
3. Amorim TC, Burgos MG, Cabra, PC. Perfil clínico e antropométrico de pacientes idosos com diabetes mellitus tipo 2 atendidos em ambulatório. *Sci Med*. 2017;27(3):ID26616.
4. Nazareth AM. Type 2 diabetes mellitus in the pathophysiology of Alzheimer's disease. *Dement Neuropsychol*. 2017;11(2):105-13.
5. Albuquerque E, Esteves P, Cerejeira J. Doença de Alzheimer. In: Firmino H, Simões MR, Cerejeira, J, organizadores. *Saúde Mental das Pessoas Mais Velhas*. Lisboa: Lidel Edições Técnicas; 2016.
6. Câmara JD. Estudo sobre o impacto de um programa de estimulação cognitiva na comunicação e na cognição de idosos com demência institucionalizados [dissertação]. Lisboa: Católica, Instituto de Ciência da Saúde; 2018.
7. Marins AM, Hansel CG, Silva J. Mudanças de comportamento em idosos com Doença de Alzheimer e sobrecarga para o cuidador. *Esc Anna Nery*. 2016;20(2):352-6.
8. Kuga GK, Botezelli JD, Gaspar RC, Gomes RJ, Pauli JR, Leme JA. Hippocampal insulin signaling and neuroprotection mediated by physical exercise in Alzheimer's Disease. *Motriz: Rev Educ Fis*. 2017;23(spe): e101608.
9. Matioli MN. Associação entre diabetes mellitus e demência: um estudo neuropatológico [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2016.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Vigilante Brasil 2011: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *População residente por faixa etária e sexo, Mossoró, Rio Grande do Norte*. Rio de Janeiro (RJ): IBGE; 2010.
12. Holanda IT, Ponte KM, Pinheiro MC. Idosos com Alzheimer: um estudo descritivo. *Rev Rene*. 2012;13(3):582-9.
13. Botton A, Sabrina DC, Marlene NS. Diferenças de gênero no acesso aos serviços de saúde: problematizações necessárias. *Mudanças Psicol Saúde*. 2017;25(1):67-72.
14. Solano LC, Bezerra MA, Medeiros RS, Eumendes FC, Carvalho FP, Miranda FA. Man's access to health services in primary care. *J Res: Fundam Care*. 2017;9(2):302-8.
15. Carvalho FP, Silva SK, Oliveira LC, Fernandes AC, Solano LC, Barreto EL. Conhecimento acerca da política nacional de atenção integral à saúde do homem na estratégia de saúde da família. *Rev APS*. 2013;16(4):386-92.
16. Brandão TS, Costa, JH. Um olhar sobre a violência homicida em Mossoró/RN/Brasil e sua relação com o turismo de eventos. *Turydes*. 2015;8:18.
17. Lima AS, Gaia ES, Ferreira MA. A importância do Programa Hiperdia em uma Unidade de Saúde da Família do município de Serra Talhada - PE, para adesão dos hipertensos e diabéticos ao tratamento medicamentoso e dietético. *Saúde Colet Debate*. 2012;2(1):9-17.
18. Silva CS, Grigio AM, Pimenta MR. Levantamento e espacialização da criminalidade urbana do município de Mossoró-RN. *Holos*. 2016;3(32):352-62.
19. Yarchoan M, Arnold SE. Repurposing diabetes drugs for brain insulin resistance in Alzheimer disease. *Diabetes*. 2014;63(7):2253-61.
20. Butterfield DA, Domenico FD, Barone E. Elevated risk of type 2 diabetes for development of Alzheimer disease: a key role for oxidative stress in brain. *Biochim Biophys Acta*. 2014;1842(9):1693-706.
21. Araujo LA. Efeitos da dança na terceira idade [trabalho de conclusão de curso]. Cuiabá: Universidade de Cuiabá; 2018.
22. Beltrame DP, Viana DA, Ribeiro AB, Oliveira DV, Antunes MD, Szymaniak NP, et al. Tabagismo em idosos: fatores associados e influência na hipertensão arterial sistêmica. *Rev Saúde (Sta Maria)*. 2018;44(3):1-15.
23. Santos AS, Meneguicci J, Scatenaii LM, Farinelli MR, Sousa MC, Damião R. Estudo de base populacional: perfil sociodemográfico e de saúde em idosos. *Rev Enferm UERJ*. 2018;26:e21473.
24. Yang T, Zhang Y, Wei J, Zeng C, Li LJ, Xie X, et al. Relationship between cigarette smoking and hyperuricemia in middle-aged and elderly population: a cross-sectional study. *Rheumatol Int*. 2017;37(1):131-6.
25. Mendes GS, Moraes CF, Gomes L. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica em idosos no Brasil entre 2006 e 2010. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2014;9(32):273-8.
26. Marques Neto AC, Bandeira FJ, Vale JM, Brito SC. Competências do enfermeiro no rastreamento precoce de demência em idosos na Atenção Primária à Saúde. *Enferm Foco*. 2019;10(5):137-42.
27. Pinto RB, Perez M. Trinta anos da escala Clinical Dementia Rating: o que sabemos sobre o CDR? *Rev Hosp Univ Pedro Ernesto*. 2017;16(1):44-50.
28. Gil G, Busse AL. Avaliação neuropsicológica e o diagnóstico de demência, comprometimento cognitivo leve e queixa de memória relacionada à idade. *Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo*. 2009;54(2):44-50.
29. Oliveira AL, Stefanello TF, Rosolem PS, Souza CC, Ramos ER. Hiperglicemia induzida por fluoxetina em ratos tratados com glibenclamida. *Iniciac Cient CESUMAR*. 2008;10(1):49-50.
30. Lutz BH, Miranda VIA, Bertoldi AD. Inadequação do uso de medicamentos entre idosos em Pelotas, RS. *Rev Saúde Pública*. 2017;51:52.
31. Moreira FS, Jerez-Roing J, Ferreira LM, Dantas APQ, Lima KC, Ferreira MA. Uso de medicamentos potencialmente inapropriados em idosos institucionalizados: prevalência e fatores associados. *Ciênc Saúde Colet*. 2020;25(6):2073-82.
32. Lima MD, Santos PH, Cruz KC, Santos LC, Machado VB, Andrade J. Acesso à insulino terapia de usuários com diagnóstico de Diabetes Mellitus acompanhados em ambulatório especializado. *Enferm Foco*. 2020;11(2):120-6.

RECORRÊNCIA DA INTERNAÇÃO POR INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO EM IDOSOS

RECURRENCE OF HOSPITALIZATION FOR URINARY TRACT INFECTION IN ELDERLY

RECURRENCIA DE LA HOSPITALIZACIÓN POR INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO EN ANCIANOS

Milena Bizo¹

Rita de Cássia Helú Mendonça Ribeiro²

Priscila Buck de Oliveira Ruiz³

Sílvia Maria Albertini²

Nádia Antônia Aparecida Poletti²

Alexandre Lins Werneck²

Renato Mendonça Ribeiro⁴

Jaqueline Lopes Gouveia³

(<https://orcid.org/0000-0001-8558-310X>)

(<https://orcid.org/0000-0002-1016-0484>)

(<https://orcid.org/0000-0002-0145-4202>)

(<https://orcid.org/0000-0002-3953-1218>)

(<https://orcid.org/0000-0001-9116-9773>)

(<https://orcid.org/0000-0002-2911-8091>)

(<https://orcid.org/0000-0002-0585-7367>)

(<https://orcid.org/0000-0003-1148-8331>)

Descritores

Assistência ao Idoso; Infecção hospitalar; Recorrência; Trato urinário

Keywords

Elderly care; Hospital infection; Recurrence; Urinary tract

Descriptores

Asistencia al anciano; Infección hospitalaria; Reparición; Tracto urinário

Recebido

22 de Fevereiro de 2021

Aceito

15 de Maio de 2021

Conflitos de interesse:

extraído do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) da graduação em Enfermagem, defesa no ano 2019, pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), pesquisa ementa parte do projeto mãe "Estudo da Qualidade de vida de Idosos".

Autor correspondente

Milena Bizo

E-mail: milena_bizo@outlook.com

RESUMO

Objetivo: Analisar a Infecção do Trato Urinário e sua recorrência em internação em idosos, caracterizando os aspectos sociodemográficos, laboratoriais e clínicos.

Métodos: Estudo transversal com delineamento descritivo, abordagem quantitativa do tipo analítica, realizada nos prontuários eletrônicos dos idosos que foram internados no ano de 2017 e readmitidos em 2018, na unidade de Geriatria de um hospital de ensino. Na estatística foi usado Teste Exato de Fisher, considerado $p < 0,05$.

Resultados: Dos 1.835 prontuários, foram selecionados 550 (29,97%) idosos, destes, foram investigados 121 (22%) com Infecção do Trato Urinário. A maioria foi do sexo masculino com idade entre 80 e 89 anos. Dentre eles, 51,2% usaram algum tipo de sonda vesical e 52,9% usaram frauda. Os exames alterados foram os de creatinina, Proteína-C-Reativa, urina I (proteínas e leucócitos), além de urocultura positiva para Escherichia Coli. Dos 121 pacientes investigados, 50,4% tiveram reinternação por Infecção urinária, destes, 42,6% morreram e, dos que não tiveram recorrência, foram 18,3% óbitos ($p = 0,00054$).

Conclusão: O idoso tem predisposição maior para adquirir infecção urinária, além de apresentar recidivas, principalmente os que fazem uso de sonda vesical e fralda, o que ocasiona aumento da frequência de hospitalizações, do estadiamento no hospital e da mortalidade.

ABSTRACT

Objective: Analyze the Urinary Tract Infection and its recurrence in hospitalization in the elderly, characterizing the sociodemographic, laboratory and clinical aspects.

Methods: Cross-sectional study with descriptive design, quantitative approach of an analytical type, carried out on the electronic medical records of the elderly who were hospitalized in 2017 and readmitted in 2018, in the Geriatrics unit of a teaching hospital. Fisher's exact test was used in statistics, considered $p < 0.05$.

Results: Of the 1,835 records, 550 (29.97%) elderly were selected, of these, 121 (22%) with Urinary Tract Infection were investigated. The majority were male aged between 80 and 89 years. Among them, 51.2% used some type of bladder catheter and 52.9% used fraud. The altered tests were those of creatinine, C-Reactive Protein, urine I (proteins and leukocytes), in addition to positive urine culture for Escherichia Coli. Of the 121 patients investigated, 50.4% had readmission for urinary tract infection, of these, 42.6% died and, of those who did not have recurrence, 18.3% died ($p = 0.00054$).

Conclusion: The elderly is predisposed greater to acquire urinary infection, in addition to relapses, especially those who use a bladder catheter and diaper, which causes an increase in the frequency of hospitalizations, hospital stay and mortality.

RESUMEN

Objetivo: Analizar la Infección del Tracto Urinario y su recurrencia en la hospitalización del anciano, caracterizando los aspectos sociodemográficos, de laboratorio y clínicos.

Métodos: Estudio transversal con diseño descriptivo, abordaje cuantitativo de tipo analítico, realizado sobre la historia clínica electrónica de los ancianos que fueron hospitalizados en 2017 y readmitidos en 2018, en la unidad de Geriatria de un hospital universitario. En estadística se utilizó la prueba exacta de Fisher, considerada $p < 0,05$.

Resultados: De las 1.835 historias clínicas, se seleccionaron 550 (29,97%) ancianos, de estos se investigaron 121 (22%) con Infección del Tracto Urinario. La mayoría eran hombres de entre 80 y 89 años. Entre ellos, el 51,2% utilizó algún tipo de sonda vesical y el 52,9% utilizó fraude. Las pruebas alteradas fueron las de creatinina, proteína C reactiva, orina I (proteínas y leucocitos), además de urocultivo positivo para Escherichia Coli. De los 121 pacientes investigados, el 50,4% tuvo reingreso por infección del tracto urinario, de estos, el 42,6% falleció y, de los que no presentaron recidiva, falleció el 18,3% ($p = 0,00054$).

Conclusión: Los ancianos tienen mayor predisposición a adquirir urinaria infección, además de recaídas, especialmente en quienes utilizan sonda vesical y pañal, lo que provoca un aumento en la frecuencia de hospitalizaciones, estancia hospitalaria y mortalidad.

¹Faculdade de Medicina de Botucatu, Botucatu, SP, Brasil.

²Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto, SP, Brasil

³Hospital de Base de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto, SP, Brasil.

⁴Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Como citar:

Bizo, M, Ribeiro RC, Ruiz PB, Albertini SM, Poletti NA, Werneck AL, et al. Recorrência da internação por infecção do trato urinário em idosos. 2021;12(4):767-72.

DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n4.4562>

INTRODUÇÃO

O panorama mundial demográfico tem sofrido grandes mudanças. O maior motivo foi o declínio das taxas de fertilidade e mortalidade, propiciando assim longa duração de vida para a população.⁽¹⁾ O envelhecimento populacional, que antes só parecia possível em países desenvolvidos, já é uma realidade no Brasil. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), estima-se que em 2035 o grupo de pessoas idosas corresponda a 20,9% da população, enquanto em 2018 eram 13,4%, um aumento de 7,5% em 17 anos.⁽²⁾ A expectativa de vida para os que nascerão em 2040, é de 80 anos, sendo que os dados de 2003, são de 71,3 anos.⁽³⁾

Tal mudança da pirâmide etária exige os seguimentos da saúde, educação, transporte e previdência social redimensionem os cuidados para atender esse novo perfil populacional.^(1,4) A Organização Mundial de Saúde (OMS), considera a pessoa idosa conforme o nível socioeconômico da nação à qual pertence. Nos países em desenvolvimento, como o Brasil, é definido idoso aquele que possui 60 anos ou mais e nos países desenvolvidos essa se estende para 65 anos.⁽⁴⁾ O idoso passa por um processo de modificações fisiológicas, morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas que gera uma redução da manutenção da homeostasia, resultando em um indivíduo mais frágil e sujeito a doenças como as causadas por infecções.^(3,5)

A infecção do trato urinário (ITU) é a segunda infecção mais recorrente, e nos idosos institucionalizados é a mais comum, acometendo de 12% a 30% dessa população com pelo menos um episódio ao ano, além de ser a infecção mais comum por causar bacteremia e ser responsável por altos índices de morbimortalidade.^(6,7) Além disso, é a infecção mais comum em qualquer hospital dentre as Infecções relacionadas à assistência em saúde (IRAS), que são aquelas adquiridas por meio da atenção à saúde, durante a hospitalização, em procedimentos ambulatoriais ou em domicílio, chegando a 40% do total das IRAS em alguns hospitais.⁽⁸⁾

A ITU define-se por inflamação das vias urinárias, acompanhada de sintomas e bacteriúria (bactéria na urina), caracterizada por invasão e multiplicação de bactérias ou fungos em qualquer seguimento do Sistema Urinário, podendo acometer a parte inferior do trato urinário (cistites e uretrites) ou a parte superior do trato urinário, que são os rins e a pelve (pielonefrites).^(9,10) Nas cistites os sintomas encontrados são polaciúria, dor ou incomodo ao urinar, urgência miccional, dores na região da bexiga, hematúria e odor fétido na urina, enquanto as pielonefrites também são acompanhadas de febres e dores na região dos rins, sendo a forma mais grave da doença.⁽¹¹⁾

Existem três formas de o microrganismo causar ITU: pela via ascendente, caracterizada pelo alcance do microrganismo à uretra, bexiga, rins. A via hemática, que ocorre por meio da circulação sanguínea e linfática, podendo atingir os rins pelo sistema linfático, sendo a última mais rara.⁽¹²⁾

A infecção do trato urinário é um tema de grande relevância por se tratar da mais incidente das infecções, também é caracterizada por sua recorrência, além disso traz diversas repercussões quando atinge a população idosa. Dessa forma é importante e necessário rastrear a incidência da recorrência de infecção do trato urinário nos idosos, para implementar programas preventivos e educativos evitando assim prejuízos aos idosos, diante dessa disso foi levantado seguintes questionamentos, qual a recorrência da infecção urinária nos idosos hospitalizados? Qual a caracterização do idoso acometido?

Perante o exposto, esse estudo objetivou analisar a Infecção do Trato Urinário, e sua recorrência em internação, além de caracterizar o perfil sociodemográfico, laboratorial e clínico dos idosos com Infecção Urinária.

MÉTODOS

Trata-se de estudo transversal com delineamento descritivo, abordagem quantitativa do tipo analítica com relação entre variáveis, de prontuários eletrônicos.

A instituição onde foi realizada a pesquisa é um hospital de ensino do noroeste paulista, possui capacidade total de 708 leitos de internação, desenvolvendo assistência multiprofissional complexa, a mesma presta serviços no Sistema Único de Saúde (SUS), convênios, bem como atendimentos particulares, e é considerado centro de referência abrangendo 102 cidades e atende também a pacientes de outros estados do Brasil. No quarto andar se encontra o Serviço de Geriatria onde foi realizado o presente estudo.

A presente pesquisa foi desenvolvida por meio da análise de prontuário eletrônico dos idosos com infecção do trato urinário que foram hospitalizados. Para seleção da amostra e assim, atendermos aos objetivos deste estudo, a pesquisa foi dividida em duas partes. Primeiramente, foram selecionados os prontuários dos pacientes que internaram no quarto andar durante o período de janeiro a dezembro de 2017, com idade igual ou superior a 60 anos. Foram excluídos da pesquisa os prontuários dos pacientes que não apresentaram Classificação Internacional de Doenças (CID), correspondente com Infecção do Trato Urinário de localização não especificada, cistite, pielonefrite e outras infecções relacionados com trato urinário, além dos prontuários com dados insuficientes

para análise. A amostra constituiu-se de 121 prontuários de pacientes idosos internados por ITU. Na segunda parte dessa pesquisa, eles foram acompanhados no período de janeiro a dezembro de 2018 e suas reinternações por ITU, dias de hospitalização e óbito foram verificados. Nesta parte foram excluídos as reinternações que não apresentaram CID que correspondesse à Infecção do Trato Urinário.

A coleta de dados foi realizada no período de janeiro de 2017 a julho de 2019. Para coletar os dados, foram elaborados dois instrumentos. O primeiro, que seria usado na etapa inicial da pesquisa, continha variáveis, como dados sociodemográficos (identificação, gênero, autodeclaração/ Cor, idade, endereço, estado civil); Dados clínicos (doença de base, CID, tempo de internação por ITU, frequência de internação por ITU, uso de sonda vesical de demora (SVD) ou de alívio (SVA), acamado, se teve alta ou óbito); Dados laboratoriais (creatinina, PCR, Urina I e Urocultura). No instrumento da segunda etapa, as variáveis foram CID, tempo de internação por ITU, frequência de internação por ITU, se teve alta ou óbito. A coleta foi feita pelo sistema operacional de prontuário eletrônico do hospital pesquisado.

Os dados obtidos foram agrupados em um banco de dados no Excel 2010. Após, foi realizada análise estatística descritiva e inferencial, e aplicado o teste exato Fischer, adotando-se o nível de significância ($p \leq 0,05$).

O estudo foi aprovado por um Comitê de Ética em Pesquisa sob o Parecer Nº 2.522.549/2018, sendo parte do Projeto Mãe com parecer no 1.508.014/2014. O anonimato dos participantes foi garantido por meio da identificação dos prontuários pelas iniciais dos participantes, onde as informações contidas mantiveram em sigilo pelos pesquisadores, que está de acordo com a resolução do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

No período de janeiro a dezembro de 2017, foram analisados, por meio do banco de dados do hospital 1835 prontuários. Destes, 550 (29,97%) eram de idosos. Após a análise, foram selecionados 121 (22%) com diagnóstico de Infecção do Trato Urinário, sendo que 24 (19,83%) morreram no ano de 2017, restando 97 pacientes idosos em 2018. No transcorrer da pesquisa, em 2018, 13 pacientes morreram, totalizando 37 óbitos. Os idosos do gênero masculino deste estudo representaram pouco mais da metade da amostra, com idades variando entre 80 a 89 anos. Eram brancos, viúvos e moravam nos municípios da região do hospital pesquisado, como mostra na tabela 1.

Tabela 1. Distribuição dos idosos segundo dados sociodemográficos (n=121)

Variáveis	Frequência n(%)
Gênero	
Masculino	61(50,4)
Feminino	60(49,6)
Faixa etária	28(23,1)
60-69	
70-79	38(31,4)
80-89	41(33,9)
≥90	14(11,6)
Autodeclaração/ Cor	103(85,1)
Branca	
Negra	12(9,9)
Parda	4(3,3)
Outra	2(1,7)
Estado civil	
Solteiro	14(11,6)
Casado/União	57(47,1)
Estável	0(0)
Divorciado	8(6,6)
Não informado	1(0,8)
Cidade	
São José do Rio Preto/SP	53(43,8)
Região de SJRP/SP	67(55,4)
Outros estados	1(0,8)

Ao analisar a Classificação Internacional de Doenças (CID), houve predominância do diagnóstico de Infecção do Trato Urinário de localização não especificada (85,1%), seguido de cistite (5,8%) e pielonefrite (5%), além de outras infecções relacionados com trato urinário (4,1%). Da amostra analisada, todos (121) apresentaram alguma doença, como Hipertensão, Diabetes Mellitus, Insuficiência Renal Crônica/Aguda e outras. Alguns tinham mais de duas doenças (39,7%) e outros apresentavam duas doenças (33,8%). Quanto aos dados clínicos, durante o período de internação, a maioria usou fralda 64 (52,9%) e 62 (51,2%) usaram algum tipo de sonda vesical, portanto muitos pacientes faziam uso de sonda associado com fralda, e 65 (53,7%) não era acamado. Ao averiguar os exames laboratoriais, uma grande maioria teve alteração na Proteína C-reativa (PCR), estavam com creatinina alterada e uma grande maioria tinha Urocultura positiva. Os agentes encontrados foram *Escherichia Coli*, seguido por *Klebsiella Pneumoniae*, dentre outras. No exame de Urina I a maioria tinha alteração nas proteínas, como demonstrado na tabela 2.

Com relação ao período de janeiro a dezembro de 2017, dos 121 idosos a média de internação foi de $10,8 \pm 11,9$ dias, mediana de oito dias, com amplitude de dois a 115 dias. Dos 97 dos idosos que sobreviveram à primeira internação e foram acompanhados no período de janeiro a dezembro de 2018, houve uma parcela que necessitou de reinternação por ITU, como está descrita na tabela 3.

Tabela 2. Exames laboratoriais de Creatinina e PCR, Urocultura e Urina I dos idosos internados no período de janeiro a dezembro de 2017 (n=121)

Variáveis	Frequência n(%)
Creatinina	
Normal (0,5- 1)	44(36,4)
Alterada (< 0,5)	3(2,5)
Alterada (>1)	74(61,1)
PCR	
Normal (0- 0,5)	4(3,3)
Alterado (>0,5≤ 10)	52(43)
Alterado (10 ≤ 30)	51(42,1)
Alterado (>30)	14(11,6)
Urocultura	
Negativo	19(15,7)
Escherichia Coli	46(38)
Klebsiella Pneumoniae	19(15,7)
Enterococcus Faecalis	8(6,6)
Proteus Mirabilis	5(4,1)
Acinetobacter Baumannii	4(3,3)
Cândida Albicans	3(2,5)
Outras Bactérias	17(14)
Urina Tipo 1	
Bactérias	
Normal ≤100.000	81(66,9)
Alterado >100.00	40(33,1)
Fungos	
Ausente	115(95)
Numerosos	6(5)
Proteínas	
Ausente	50(41,3)
Alterado	71(58,7)
Leucócitos	
Normal ≤25.000	97(80,2)
Alterado >25.000	24(19,8)

Tabela 3. Reinternação dos idosos no ano de 2018, excluído os óbitos do ano de 2017 (n=97)

Variáveis	n(%)
ITU	
Não	66(68,04)
Sim, 1	20(20,62)
Sim, 2	4(4,12)
Sim, 3	6(6,19)
Sim, 6	1(1,03)

Quando analisamos o histórico de internação no prontuário eletrônico dos 121 pacientes idosos com ITU, metade precisou de reinternação, com frequência de média $4,5 \pm 8,6$ e mediana de uma internação. Em relação ao tempo (dias) de internação, a média foi de $20,6 \pm 18,6$ e mediana de 13 dias, com mínimo de dois e máximo de 131 dias. Do total da amostra por Infecção urinária, 42,6% morreram, sendo que daqueles que não tiveram recorrência, 18,3% faleceram, apresentando um *p-value* estatisticamente significativa. Em relação ao tempo de internação, os idosos que tiveram recorrência, foram aqueles que ficaram mais dias internados, entre >7 dias e >14 dias ($p < 0,0001$), como comprovado na tabela 4.

Tabela 4. Análise de Recorrência da ITU em idosos de acordo com tempo, frequência de internação e óbito (n=121)

Variável	Pacientes sem recorrência (n=60) n(%)	Pacientes com recorrência (n=61) n(%)	p-value
Tempo de Internação			
> 7 dias	33(55)	60(98,3)	<0,0001*
>14 dias	7(11,6)	52(85,2)	<0,0001*
Nº de Internações			
1	59(98,4)	1(1,6)	<0,0001*
≥2	1(1,6)	60(98,4)	
Alta	49(81,7)	35(57,4)	0,0054*
Óbito	11(18,3)	26(42,6)	

* Valor significante: Teste exato de Fisher

Com relação ao tempo de internação, foi observado que os pacientes que ficaram por mais tempo internados (>14 dias), foram os que apresentaram altos índices de óbito, apresentando significância estatística em relação aos que ficaram internados por <14 dias, como mostra a tabela 5.

Tabela 5. Análise da relação do tempo de internação e óbitos (n=121)

Variável	Tempo de internação <14 dias (n=62) n(%)	TI >14 dias (n=59) n(%)	p-value
Alta	52 (83,9)	32(54,2)	0,0007*
Óbito	10(16,1)	27(45,8)	

DISCUSSÃO

A OMS destaca que a população idosa será de aproximadamente dois milhões até 2050, com o envelhecimento e as alterações fisiológicas, as comorbidades adquirem novas características¹³. As Infecções do Trato Urinário são as mais comuns dentre as infecções bacterianas, tendo em média 150 milhões de casos anuais no mundo.⁽¹⁴⁾

Os idosos eram em sua maioria homens (50,4%). Na literatura encontramos um estudo com dado semelhante, sendo que, com acréscimo dos anos diminui a diferença na ocorrência de ITU entre os sexos⁵. A idade que apresentou maior frequência foram os octogenários (33,9%). É de se esperar um aumento da prevalência no sexo masculino, sendo que a incidência nos homens com 85 anos ou mais é de 0,8, e nos de 65 a 74 anos é 0,5.⁽¹⁵⁾

O aumento da idade predispõe a doenças crônicas, como Hipertensão, Diabetes, Insuficiência Renal Crônica/Aguda e outras. Neste estudo, 100% dos sujeitos possuíam alguma doença de base, e grande porcentagem desses idosos possuíam duas ou mais doenças associadas. Essas doenças elevam a fragilidade do idoso, ocasionando sua hospitalização, em virtude dos inúmeros procedimentos invasivos, como a sondagem vesical de demora.

Aproximadamente, entre 15% e 25% do total de pacientes internados são submetidos ao cateterismo.⁽¹⁶⁾

Nesta pesquisa, um grande percentual dos sujeitos usou sonda e fraudou em algum momento da estadia no hospital. Esses dispositivos estão referenciados em diversos estudos, por estarem relacionados com o aumento da incidência de ITU.^(16,17) Em um estudo que avaliou 790 pacientes, cerca de 109 (13,8%) dos pacientes que fizeram uso de cateter vesical desenvolveram ITU.⁽¹⁸⁾ Outra característica clínica encontrada nos idosos com ITU, é o fato de estarem acamados. A não mobilização propicia ambiente úmido, sendo facilitador para a proliferação de bactérias.⁽¹⁷⁾

Nos exames avaliados nesta pesquisa, foi analisado o exame de urina tipo I, considerado como método diagnóstico complementar, podendo fornecer sinais importantes sobre doenças, como renais e de vias urinárias, além de indicar disfunções. Na análise da bacteriúria, apenas 33,1% comprovaram alteração, comparado com outra pesquisa, na qual apenas 19% dos que tinham ITU apresentaram alterações. Torna-se evidente que esse achado não caracteriza fielmente o diagnóstico, assim como a proteinúria.⁽¹⁹⁾ Uma pesquisa que avaliava a presença de leucocitúria, 92,6% estava nos níveis normais, dado semelhante ao encontrado nesta pesquisa (80,2%), tendo em vista que a presença de leucócitos apenas indica ITU, e pode estar relacionado a outras situações como, lesão ou irritação. Isto, de certa forma, é um alerta para existência de infecção.⁽²⁰⁾

A PCR, é uma proteína de fase aguda, que em um processo inflamatório é produzida em excesso pelo fígado. No entanto, os idosos possuem aumento nos níveis basais de PCR, em consequência das comorbidades associadas ao envelhecimento. Nesta pesquisa, 96,7% dos idosos estavam com o nível de PCR aumentado e, 100% da amostra, também possuía comorbidades relacionadas. Contudo, a alteração na PCR por ITU é utilizada na diferenciação entre cistite e pielonefrite, uma vez que níveis elevados podem indicar uma reinfecção.^(21,22)

Não encontramos, na literatura, artigos específicos de correlação da infecção urinária, idosos e alteração de creatinina durante internação. Porém, foram encontrados artigos que relatavam que idosos com maior tempo de internação tiveram alteração de creatinina $\geq 1,4$ mg/dL, nas primeiras 48 horas de internação.⁽²³⁾ Outro artigo relatou aumento da creatinina ($1,23 \pm 0,68$) nos pacientes idosos com infecção bacteriana, nas primeiras 48 horas de internação.⁽²¹⁾

A urocultura é um exame importante para confirmar o diagnóstico de ITU. Os microrganismos encontrados variam dependendo de onde foi adquirida a infecção - ambientes intra- ou extra-hospitalar. Nos pacientes desta pesquisa, *Escherichia Coli* (38%), foi o agente mais prevalente,

corroborando um estudo, no qual aproximadamente 80 a 90% dos casos foram causados por essa bactéria.⁽²⁴⁾ Encontramos prevalência também desse microrganismo, em um estudo que realizou um total de 520 exames, nos quais *Escherichia Coli*, com 61% foi prevalente,⁽²⁵⁾ seguida pela *Klebsiella Pneumoniae* (15,7%) e *Enterococcus Faecalis* (6,6%), que também foram muito encontradas em exames de urocultura.⁽²⁶⁾

As infecções recorrentes no trato urinário são definidas como dois ou mais episódios de tal infecção que tenham ocorrido dentro do período de 12 meses. Portanto, ao analisar as reinternações de 2018, constatamos que 31,96% dos pacientes tiveram recorrência da infecção, porém não foram encontrados estudos que observaram a recorrência da ITU nos idosos internados. Em contrapartida, em um estudo sobre mulheres idosas mostrou que a recorrência foi de 10 a 20%.^(27,28)

Quando observamos os pacientes que tiveram recorrência, 42,6% morreram e 98,4% foram internados mais de duas vezes, mostrando que o idoso, com maior frequência de internação também possui maior mortalidade. Isto ocorre em consequência da hospitalização, que expõe os idosos a riscos e acomete sua capacidade funcional.⁽²⁹⁾

Nesta pesquisa, um fator evidente, foi que os pacientes com mais tempo de internação (acima de 14 dias), apresentaram altos índices de óbito (45,8%), dado que foi mostrado no estudo sobre infecção hospitalar nos pacientes idosos, que apresentaram incidência e taxa de letalidade elevadas decorrente de infecção, além de aumento no tempo de internação. Mostrou também que, 42,6% dos pacientes que apresentavam infecção morreram, sendo que dos pacientes que não tinham infecção, apenas 3,1% morreram.⁽³⁰⁾

Houve dificuldade com os prontuários pela falta de informações importantes não registradas pela equipe de saúde, dispendendo um tempo maior para realização da pesquisa. Outro problema foi à escassez de artigos na literatura que abordassem o tema pesquisado.

Os achados deste presente estudo também podem contribuir para a construção de estratégias futuras de prevenção e tratamento direcionadas a essa população idosa. A construção dessas estratégias deve seguir as diretrizes de atenção integral à saúde do idoso que preconiza a dinâmica inclusiva da gestão pública em todos os níveis assistenciais, de forma a atender às demandas emergentes, é essencial para um cuidado de qualidade e excelência, principalmente em se tratando de uma infecção tão comum e que causa tantos danos à saúde como a Infecção Urinária.

CONCLUSÃO

A infecção do trato urinário é considerada a mais incidente dentre as infecções hospitalares em idosos, este,

por suas condições fisiológicas naturais, tem uma predisposição maior para adquirir a infecção, além de ter muitas recidivas, o que ocasiona um aumento da frequência de hospitalizações, do estadiamento no hospital e da mortalidade.

CONTRIBUIÇÕES

Todos os autores contribuíram com a concepção do estudo, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação da versão final a ser publicada.

REFERÊNCIAS

1. Miranda G, Mendes A, Silva A. Population aging in Brazil: current and future social challenges and consequences. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2016;19(3):507-19.
2. Santana M, Silva C. Ações de enfermagem frente à prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde em idosos. *Diversitas J.* 2020 [cited 2017 Jan 14];5(2):860-75.
3. Melo L, Ferreira L, Santos M, Lima K. Fatores socioeconômicos, regionais e demográficos relacionados ao envelhecimento populacional. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2017;20(4):493-501.
4. Melo L, Ercole F, Oliveira D, Pinto T, Victoriano M, Alcoforado C. Infecção do trato urinário: uma coorte de idosos com incontinência urinária. *Rev Bras Enferm.* 2017;70(4):838-44.
5. Roriz-Filho JS, Vilar FG, Mota LM, Leal CL, Pisi PG. Infecção do trato urinário. *Medicina (Ribeirão Preto).* 2010;43(2):118-25.
6. Maciel GC, Santos RS, Santos TM, Menezes RP, Vitor AF, Lira AB. Avaliação da fragilidade no idoso pelo enfermeiro: revisão integrativa. *Rev Enferm Cent-Oeste Min.* 2016;6(3):2430-8.
7. Maia FE, Evangelista AI, Vieira NA. Fatores de risco relacionados a infecção do trato urinário na assistência à saúde. *Rev Bras Ciênc Saúde.* 2015;13(46):5-10.
8. Jorge BM, Mazzo A, Mendes IA, Trevizan MA, Martins JC. Infecção do trato urinário relacionada com o uso do cateter: revisão integrativa. *Referência.* 2013;3(11):125-32.
9. Cyrino AC, Stuchi RA. Infecção do trato urinário em um hospital de uma cidade no interior de Minas Gerais. *Rev Enferm UFJF.* 2015;1(1):39-44.
10. Lacerda WC, Vale JS, Lacerda WC, Cardoso JL. Infecção urinária em mulheres: revisão da literatura. *Saúde Foco.* 2015;7:282-95.
11. Potter PA, Perry AG. Fundamentos de enfermagem: conceitos, processo e prática. 6a. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2013.
12. Zuanazzi K, Hermes DM, Moreira TR, Susin L. Prevalência de infecção do trato urinário em Idosos residentes em uma instituição de longa permanência na cidade de Farroupilha/Rs. *Rev UNINGÁ.* 2017;52(1):77-83.
13. Yeganeh-Sefidan F, Ghotaslou R, Taghi-Akhi M, Reza-Sadeghi M, Mohammadzadeh-Asl Y, Bannazadeh-Baghi H. Fosfomycin, interesting alternative drug for treatment of urinary tract infections created by multiple drug resistant and extended spectrum β -lactamase producing strains. *Iran J Microbiol.* 2016;8(2):125-31.
14. Rowe T, Juthani-Mehta M. Diagnosis and Management of Urinary Tract Infection in Older Adults. *Infect Dis Clin North Am.* 2014;28(1):75-89.
15. Andrade V, Fernandes F. Prevention of catheter-associated urinary tract infection: implementation strategies of international guidelines. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2016;24:e2678.
16. Silva RF, Ferreira Júnior MA, Medeiros KC, Almeida ALS, Pinto DP, Xavier SS. Caracterização das infecções do trato urinário e a relação com os distintos ambientes hospitalares. *Rev Enferm UFPE on line.* 2014;8(5):1221-8.
17. Anhanguera Educacional S.A. Anuário da Produção Iniciação Científica Discente. Exame de urina tipo I: frequência percentual de amostras que sugerem infecção urinária. 2008; XI(12):57-68.
18. Silva R, Assis A, Melo R, Santos V, Ventura C. Infecção Do Trato Urinário: achados laboratoriais de exames de urina em homens idosos no primeiro trimestre do ano de 2016 na cidade de Parnaíba-Pi. *Acta Biomed Bras.* 2017;8(2):23-31.
19. Tassis RV, Carneiro LG, Guerzet LC, Barros CV, Morelato RL. Proteína-c reativa como biomarcador no diagnóstico precoce de infecção bacteriana na pessoa idosa. *Rev Soc Bras Clin Med.* 2015;13(1):24-7.
20. Collares GB, Paulino UH. Aplicações clínicas atuais da proteína c reativa. *Rev Méd Minas Gerais.* 2006;16(4):227-333.
21. Cerqueira D, Tavares J, Machado R. Predictive factors for renal failure and a control and treatment algorithm. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2014;22(2):211-7.
22. Dodo EF. Infecção urinária em idosos: Uma breve abordagem [trabalho de conclusão de curso]. Ariquemes: Faculdade de Educação e Meio Ambiente; 2014.
23. Moraes D, Braoios A, Alves JL, Costa RM. Prevalência de uropatógenos e perfil de susceptibilidade a antimicrobianos em ambulatório de Jataí-GO. *J Bras Patol Med Lab.* 2014;50(3):200-4.
24. Silva JM, Vasconcelos MM, Dias CS, Vasconcelos MA, Mendonça AC, Froes B, et al. Aspectos atuais no diagnóstico da infecção do trato urinário. *Rev Méd Minas Gerais.* 2014;24(Supl 2):S20-S30.
25. Segal AJ, Newhouse JH, Bluth EI, Bush WH, Choyke PL, Jafri SZ, et al. Infecções recorrentes do trato urinário inferior em mulheres. *Radiol Bras.* 2017;2:841-6.
26. Corrêa EF, Montalvão ER. Infecção do trato urinário em Geriatria. *Rev Bras Ciênc Ambient.* 2010;37(4):625-35.
27. Izaías EM, Dellaroza MS, Rossaneis MA, Belei RA. Custo e caracterização de infecção hospitalar em idosos. *Ciênc. saúde coletiva.* 2014;19(8):3395-402.
28. Villas Boas PJF, Ruiz T. Ocorrência de infecção hospitalar em idosos internados em hospital universitário. *Rev Saúde Pública.* 2004;38(3):372-8.
29. Lima AM, Piagge CS, Silva AL, Robazzi ML, Melo CB, Vasconcelos SC. Tecnologias educacionais na promoção da saúde do idoso. *Enferm Foco.* 2020;11(4):87-96.
30. Sakai AM, Santos JM, Ciquinato G, Conti MF, Belei RA, Kerbuay G. Infecção do trato urinário associada ao cateter: Fatores associados e mortalidade. *Enferm Foco.* 2020;11(2):176-81.

ENFERMEIROS DA ÁREA PERIOPERATÓRIA NO PERÍODO DA PANDEMIA: ASPECTOS INSTITUCIONAIS E ATITUDINAIS

NURSES IN THE PERIOPERATIVE AREA DURING THE PANDEMIC PERIOD: INSTITUTIONAL AND ATTITUDINAL ASPECTS
ENFERMERAS EN EL ÁREA PERIOPERATORIA DURANTE EL PERÍODO PANDÉMICO: ASPECTOS INSTITUCIONALES Y ACTITUDINALES

Gisele dos Santos Rocha¹

Elizabeth Teixeira¹

Eidie Souza de Queiroz¹

Cynthia Mara de Oliveira Lobato Schuengu²

Alex Mariano Rosa da Silva³

Mailma Costa de Almeida¹

Aderlaine da Silva Sabino⁴

(<http://orcid.org/0000-0002-8047-3005>)

(<http://orcid.org/0000-0002-5401-8105>)

(<http://orcid.org/0000-0001-8579-8960>)

(<http://orcid.org/0000-0001-6175-2562>)

(<http://orcid.org/0000-0002-9410-629X>)

(<http://orcid.org/0000-0002-7412-0721>)

(<http://orcid.org/0000-0002-9881-3282>)

Descritores

Pandemias; Infecções por coronavirus; Cirurgia; Centros cirúrgicos; Enfermagem perioperatória

Descriptors

Pandemics; Coronavirus infections; Surgery; Surgical centers; Perioperative nursing

Descriptores

Pandemias; Infecciones por coronavirus; Cirugía; Centros quirúrgicos; Enfermería perioperatoria

Recibido

17 de Fevereiro de 2021

Aceito

11 de Maio de 2021

Conflitos de interesse:

nada a declarar.

Autor correspondente

Elizabeth Teixeira
E-mail: etfelipe@hotmail.com

RESUMO

Objetivo: Analisar aspectos institucionais e atitudinais que emergem da atuação de enfermeiros que atuaram na área perioperatória no período da pandemia do coronavirus.

Métodos: Estudo transversal descritivo, realizado no Amazonas, Pará e Roraima, Brasil. A coleta foi feita com 36 enfermeiros que atuam na área perioperatória, realizada em ambiente virtual, com aplicação de questionário entre os meses de julho e agosto de 2020. A análise foi por meio da estatística descritiva.

Resultados: Sobre a oferta de condições para o cumprimento das recomendações e normas somente quanto ao recebimento de equipamentos de proteção individual houve pleno atendimento. Sobre as atitudes dos enfermeiros diante das recomendações e normas não houve pleno cumprimento. Sobre estar atuando em contexto de pandemia, tiveram que fazer alterações na rotina e sentiram medo e insegurança.

Conclusão: Evidenciou-se que tanto na perspectiva institucional como atitudinal não se atingiu plenamente o estabelecido nas recomendações e normas, sendo importante a implementação de estratégias de educação permanente.

ABSTRACT

Objective: To analyze institutional and attitudinal aspects of nurses who worked in the perioperative area during the coronavirus pandemic period.

Methods: Descriptive cross-sectional study, carried out in Amazonas, Pará and Roraima, Brazil. The collection was made with 36 nurses working in the perioperative area, performed in a virtual environment, with the application of a questionnaire between the months of July and August 2020. The analysis was through descriptive statistics.

Results: Regarding the offer of conditions for the fulfillment of the recommendations and rules only regarding the receipt of individual protection equipment there was full service. Regarding the nurses' attitudes towards the recommendations and standards, there was no full compliance. About being in a pandemic context, they had to make changes to their routine and felt fear and insecurity.

Conclusion: It became evident that both from an institutional and an attitudinal perspective, what was established in the recommendations and standards was not fully achieved, with the implementation of permanent education strategies being important.

RESUMEN

Objetivo: Analizar aspectos institucionales y actitudinales de los enfermeros que laboraron en el área perioperatoria durante el periodo pandémico del coronavirus.

Métodos: Estudio descriptivo transversal, realizado en Amazonas, Pará y Roraima, Brasil. La recolección se realizó con 36 enfermeros que laboran en el área perioperatoria, realizada en un ambiente virtual, con la aplicación de un cuestionario entre los meses de julio y agosto de 2020. El análisis fue a través de estadística descriptiva.

Resultados: En cuanto a la oferta de condiciones para el cumplimiento de las recomendaciones y normas solo en cuanto a la recepción de equipo de protección individual, hubo servicio completo. En cuanto a las actitudes de las enfermeras hacia las recomendaciones y estándares, no hubo pleno cumplimiento. Al estar en un contexto de pandemia, tuvieron que hacer cambios en su rutina y sintieron miedo e inseguridad.

Conclusión: Se hizo evidente que tanto desde una perspectiva institucional como actitudinal, lo establecido en las recomendaciones y estándares no se cumplió en su totalidad, siendo importante la implementación de estrategias de educación permanente.

¹Universidade do Estado do Amazonas, Manaus, AM, Brasil.

²Faculdade Univerx, Matipó, MG, Brasil.

³Sociedade dos Enfermeiros de Urgência e Emergência de Manaus, Manaus, AM, Brasil.

⁴Centro Universitário Luterano de Manaus, Manaus, AM, Brasil.

Como citar:

Rocha GS, Teixeira E, Queiroz ES, Schuengu CM, Silva AM, Almeida MC, et al. Enfermeiros da área perioperatória no período da pandemia: aspectos institucionais e atitudinais. *Enferm Foco*. 2021;12(4):773-9.

DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n4.4570>

INTRODUÇÃO

No ano de 2019 na cidade de Wuhan, na China houve um surto de doença respiratória viral, proveniente de um novo vírus conhecido como coronavírus. Em 60 dias foram confirmadas milhares de pessoas contaminadas, que resultou em mortes no país. No mês de março de 2020, o coronavírus se espalhou por mais de 100 países, ocasionando distúrbios respiratórios e óbitos. A Organização Mundial da Saúde (OMS), preocupada com a difusão global do surto do novo vírus, e sua magnitude, anunciou a pandemia da COVID-19 em março de 2020.⁽¹⁾

A transmissibilidade do coronavírus é dada de indivíduo a indivíduo pelo ar, por meio do contato com aerossóis, seja por espirro ou tosse, bem como o contato com objetos ou materiais contaminados; a forma mais rápida é por aperto de mãos, seguido dos contatos com os olhos, nariz ou boca. Para o OMS um indivíduo pode transmitir a doença para até 5 (cinco) pessoas, ocasionando novos casos. Indivíduos assintomáticos não apresentam potencial de transmissibilidade. Entre o tempo de exposição e o início dos sintomas, pode variar entre 2 a 14 dias. Até início de maio de 2020, foram confirmados no mundo 3.672.238 casos de COVID-19 e 254.045 óbitos, segundo a OMS.⁽²⁾

A COVID-19, teve seu início no Brasil em fevereiro de 2020, na Cidade de São Paulo, e se estendeu em março para todas as capitais. Segundo o MS, 50% dos casos no Brasil, no mês de maio, estavam no Norte e no Nordeste, desses 22% eram no Norte do País. Diante desse contexto, no Nordeste e Norte do Brasil a incidência é maior, proporcionalmente do que no Sul e no Centro-Oeste.⁽³⁾

Um dos cenários preocupantes na Região Norte é do Estado do Amazonas que faz fronteira com três países (Peru, Bolívia e Venezuela); a capital Manaus é onde se concentra a maior população. Dentre os 63 municípios existentes, 12 estão entre as 20 cidades de maior incidência de casos da COVID-19 no Brasil, e cinco cidades entre as 10 com maior coeficiente de letalidade.⁽⁴⁾

Em estudo sobre a situação da pandemia da COVID-19, na Região Norte, com dados nacionais obtidos em abril, evidenciou-se que os Estados com os maiores coeficientes de incidência por 1.000.000 de habitantes, cálculo a partir da projeção do IBGE para 2020, foram Amazonas (521), Amapá (512), Roraima (403). Destacou-se que a capital do Amazonas, ocupou a 5ª posição entre as capitais que apresentaram os maiores coeficientes de incidência por 1.000.000 de habitantes, ficando atrás apenas de Fortaleza, São Luís, Recife e São Paulo.⁽⁴⁾

Com relação a população em geral, os profissionais da área da saúde, tem três vezes mais chances de serem

contaminados, isso porque estão mais suscetíveis a exposição do vírus transmissor, no exercício de seu trabalho. Os profissionais de enfermagem estão em constante risco e estresse durante suas atividades, podendo sofrer danos físicos e mentais.⁽⁵⁾

Segundo dados da OMS, existem cerca de 28 milhões de profissionais de enfermagem no mundo. No Brasil, os dados pontuam que há mais de dois milhões de profissionais de enfermagem, atuando nos serviços de saúde e equivalentes. É reconhecido que a enfermagem vem exercendo um papel fundamental no combate à pandemia da COVID-19.⁽⁵⁾

Dentro do contexto da enfermagem perioperatória, os enfermeiros atuam em ambiente restrito, como o centro cirúrgico, em que o paciente com suspeita ou confirmação da COVID-19, pode passar por intervenções invasivas, o que aumenta o risco de transmissibilidade aos profissionais, principalmente durante procedimentos que manejam as vias aéreas (intubação, extubação, aspiração, ressuscitação cardiopulmonar, ventilação não invasiva e broncoscopia). Diante dessa problemática, é recomendado que sejam seguidas normas de prevenção e controle de infecção.^(6,7)

O estudo justifica-se pela necessária discussão sobre como ocorre a atuação dos enfermeiros na linha de frente do atendimento às vítimas do coronavírus. Assim como todos os profissionais da saúde, o enfermeiro encontra-se diante das incertezas e apreensões causadas pela assistência de enfermagem em tempos de pandemia, com ênfase no receio da contaminação. A atual situação afeta a saúde mental dos profissionais bem como reforça a realidade de antes da pandemia, com jornadas de trabalho extensas, agora marcadas pelo limite entre a vida e a morte dos pacientes, podendo se tornar um dos fatores de desgaste físico e psicológico.⁽⁸⁾

Desse modo, este estudo tem como questão norteadora: quais aspectos institucionais e atitudinais emergem da atuação de enfermeiros que atuam na área perioperatória durante a pandemia da COVID-19?

Frente ao exposto, objetivou-se analisar aspectos institucionais e atitudinais que emergem da atuação de enfermeiros da área perioperatória no período da pandemia da COVID-19.

MÉTODOS

Estudo transversal descritivo, realizado no Amazonas, Pará e Roraima, Brasil. A coleta foi feita com enfermeiros que atuam na área perioperatória e realizada em ambiente virtual por meio de questionário entre os meses de julho e agosto de 2020. Os critérios de inclusão para os

participantes foram: estar atuando na enfermagem perioperatória na unidade de centro cirúrgico durante a pandemia da COVID-19 (assistência ou docência), responder em 20 dias após o recebimento online do questionário, atuar em um dos estados da Região Norte. Como critério de exclusão: devolver o questionário online incompleto.

O recrutamento se deu por meio de endereço eletrônico. Foram encaminhados e-mails aos enfermeiros que atuam em contexto perioperatório na cidade de Manaus, Amazonas. Adotou-se a técnica “bola de neve”, em que um participante indica e encaminha o instrumento a outro,⁽⁹⁾ o que possibilitou atingir mais dois Estados da Região Norte (Pará e Roraima). No texto do encaminhamento foram destacados dois aspectos: se o enfermeiro não estivesse atuado no cenário perioperatório durante a epidemia, que encaminhasse para quem atuava em sua instituição; se o enfermeiro conhecesse outros profissionais que atuassem em outras instituições, que encaminhasse o link de acesso ao instrumento.

O instrumento⁹ foi aplicado em contexto digital, inserido na plataforma online, Google forms, e disponibilizado via tecnologia digital móvel (celular) ou computador por meio de um link de acesso. Foi estruturado em duas partes: a primeira com dados da caracterização dos participantes, sem identificação pessoal ou institucional, mantendo o anonimato; a segunda parte com 17 questões organizadas em dois blocos: condições e normas institucionais (nove questões), atitudes diante das recomendações e normas (oito questões). A análise foi por meio da estatística descritiva.

A pesquisa recebeu apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e recebeu parecer favorável conforme o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) número 31735920.6.0000.5016. Foram respeitados os aspectos éticos, garantindo o anonimato, a confidencialidade e a privacidade dos participantes.

RESULTADOS

Participaram do estudo 36 enfermeiros. Quanto às variáveis sociodemográficas, destaca-se que 94,5% eram do sexo feminino (n=34), 30,5% (n=11) estavam na faixa etária de 35-39 anos, 69,5% (n=25) atuavam no Pará, 55,5% (n=20) tinham especialização. Quanto às variáveis profissionais, 40,0% (n=16) ocupavam cargo assistencial na sala de operações, 66,5% (n=24) atuavam em instituição pública, 41,5% (n=15) tinham de 1-5 anos de atuação (Tabela 1).

Sobre a oferta de condições aos profissionais para o cumprimento das recomendações e normas vigentes por conta da pandemia, 83,3 % dos participantes indicaram que houve treinamento (n=30), mas 50,0% referiu

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica e profissional dos enfermeiros

Variáveis sociodemográficas *	n(%)
Sexo	
Masculino	2(5,6)
Feminino	34(94,4)
Faixa etária	
25-29 anos	2(5,6)
30-34 anos	7(19,4)
35-39 anos	11(30,5)
40-44 anos	5(13,9)
45-49 anos	6(16,7)
≥ 50 anos	5(13,9)
Estado de atuação	
Amazonas	10(27,8)
Pará	25(69,4)
Roraima	1(2,8)
Titulação	
Graduação	8(22,2)
Especialização	20(55,6)
Mestrado	5(13,9)
Doutorado	3(8,3)
Variáveis profissionais*	n(%)
Cargo que ocupa	
Coordenador de sala operatória	9(25,0)
Assistente de sala operatória	16(44,5)
Assistente de recuperação pós-anestésica	3(8,3)
Docente de enfermagem em centro-cirúrgico	3(8,3)
Assistente de setor cirúrgico	5(13,9)
Tipo de instituição em que atua	
Pública	24(66,5)
Privada	12(33,5)
Tempo de atuação	
1-5 anos	15(41,7)
6-10 anos	9(25,0)
11-15 anos	4(11,1)
16-20 anos	8(22,2)

* As categorias predominantes para cada variável são apresentadas.

não ter sido suficiente (n=18); 69,4 % assinalou que foram selecionados para atuar nas unidades durante a pandemia profissionais que não eram do grupo de risco (n=25) e que 100% recebeu EPI (n=36). Sobre as normas de limpeza terminal em cada sala e intervalo entre cada cirurgia 83,3% indicou que foram cumpridas (n=30). No que tange a sala de cirurgia ter pressão positiva, possuir filtro HEPA ou pressão negativa, 61,1% indicou não ter (n=22), e não havendo as condições citadas, quanto ao equipamento de ar condicionado da sala cirúrgica durante a realização de procedimentos potencialmente geradores de aerossóis (intubação ou aspiração) ser desligado, 55,6% respondeu que não foi cumprido (n=20). Quanto aos aparelhos de anestesia, monitores e computadores estarem protegidos com plástico descartável para reduzir a contaminação do equipamento, conforme recomendação, 36,1 % referiu que o atendimento foi em parte (n=13) e 36,1% que não foi cumprido (n=13) (Tabela 2).

Sobre as atitudes dos profissionais diante das recomendações e normas vigentes, no que tange ao uso de

Tabela 2. Condições e normas institucionais segundo os enfermeiros

Variáveis institucionais*	n(%)
Houve treinamento para os profissionais de saúde, para o atendimento durante a pandemia do COVID-19?	
Sim	30(83,3)
Não	6(16,7)
Foi suficiente?	
Em parte	18(50,0)
Não	5(13,9)
Sim	13(36,1)
Foram selecionados os profissionais que não são de grupo de risco (diabete, hipertensão e doenças cardiovasculares), para atuarem no Centro Cirúrgico durante a pandemia?	
Não	11(30,6)
Sim	25(69,4)
Os profissionais que atuam no Centro Cirúrgico receberam EPI?	
Não	0(0,0)
Sim	36(100,0)
É realizada limpeza terminal em cada sala e intervalo de no mínimo 1 (uma) hora para o início da próxima cirurgia?	
Em parte	5(13,9)
Não	1(2,8)
Sim	30(83,3)
É realizada limpeza terminal em cada sala e intervalo de no mínimo 1 (uma) hora para o início da próxima cirurgia?	
Em parte	5(13,9)
Não	1(2,8)
Sim	30(83,3)
A sala de cirurgia do hospital que você trabalha possui pressão positiva, possui filtro HEPA ou pressão negativa?	
Não	22(61,1)
Sim	14(38,9)
Não havendo as condições acima citadas, o equipamento de ar-condicionado da sala cirúrgica durante a realização de procedimentos potencialmente geradores de aerossóis (intubação ou aspiração), é desligado?	
Não	20(55,6)
Sim	16(44,4)
Os aparelhos de anestesia, monitores e computadores, são protegidos com plástico descartável para reduzir a contaminação do equipamento, conforme recomendação?	
Em parte	13(36,1)
Não	13(36,1)
Sim	10(27,8)

* As categorias predominantes para cada variável são apresentadas.

objetos e adornos, 38,9% referiu que foi cumprido em parte (n=14) e 38,9% que não foi cumprido (n=14). Apesar de terem referido que todos receberam EPI, quanto ao uso destes, nem todos, mas 77,8%, responderam afirmativamente sobre a utilização (n=28), e nem todos, mas 64,0% indicaram o descarte adequado (n=23). Sobre o seguimento de protocolos sobre o descarte dos materiais descartáveis, 66,7% indicou ter seguido (n=24). Sobre estar atuando em contexto de pandemia, no que se refere as práticas, 83,4% dos participantes assinalaram que fizeram algo que não faziam antes da pandemia (n=30). Tais novos tempos também levaram 88,8% a sentir medo (n=32), e 86,1% a sentir insegurança (n=31). Sobre se sentir satisfeito com as informações que circularam sobre como agir no centro cirúrgico em tempos de pandemia, 41,7% respondeu em parte (n=15) e 38,9% sim (n=14), como indicado na tabela 3.

Tabela 3. Atitudes dos enfermeiros diante das recomendações e normas

Variáveis atitudinais*	n(%)
Ao entrar no Centro Cirúrgico é recomendado que os celulares e adornos dos profissionais seja colocado em uma embalagem de plástico para após o plantão realizar o descarte. Essa recomendação vem sendo seguida?	
Em parte	14(38,9)
Não	14(38,9)
Sim	8(22,2)
Os profissionais que atuam no Centro Cirúrgico utilizam regularmente EPI?	
Em parte	8(22,2)
Não	0(0,0)
Sim	28(77,8)
Os profissionais após os procedimentos cirúrgicos trocam todos os EPIs descartáveis e descartam em saco vermelho (lixo infectante), conforme recomendação?	
Em parte	4(11,0)
Não	9(25,0)
Sim	23(64,0)
Você segue ou fez algum protocolo sobre o descarte de materiais descartáveis?	
Em parte	5(13,9)
Não	7(19,4)
Sim	24(66,7)
Você fez e/ou faz coisas no Centro Cirúrgico que não fazia antes da pandemia?	
Em parte	3(8,3)
Não	3(8,3)
Sim	30(83,4)
Você sente e/ou sentiu medo durante a pandemia COVID-19?	
Em parte	2(5,6)
Não	2(5,6)
Sim	32(88,8)
Você sente e/ou se sentiu insegura durante a pandemia COVID-19?	
Em parte	4(11,1)
Não	1(2,8)
Sim	31(86,1)
Você se sente satisfeito com as informações que circularam sobre como agir no Centro Cirúrgico em tempos de pandemia?	
Em parte	15(41,7)
Não	7(19,4)
Sim	14(38,9)

* As categorias predominantes para cada variável são apresentadas.

DISCUSSÃO

Sobre a oferta de condições para o cumprimento das recomendações e normas vigentes por conta da pandemia, verificou-se que apesar de ter ocorrido treinamento, 50% dos participantes referiram não ter sido suficiente. A oferta de treinamento torna-se importante para que se possa compreender as condições de trabalho e se desenvolver atividades diárias com segurança; estas ofertas em tempos de pandemia devem ser aplicadas com caráter de urgência, de modo on-line, priorizando a saúde dos profissionais com o objetivo de enfrentar esse novo cenário na área perioperatória.^(10,11)

Os resultados evidenciaram que não foi plenamente atendida a recomendação sobre a lotação de profissionais. Sobre esse aspecto, estudos evidenciam que tal recomendação deve ser atendida, pois profissionais com

características dos grupos de risco precisam ser afastados, visto que existe um grau de exposição elevado nos serviços de saúde, e os óbitos ocorridos por COVID-19 foram predominantes nesse grupo.⁽¹²⁻¹⁴⁾

Há que se ressaltar, no entanto, que surgiram algumas implicações socioeconômicas e gerenciais, como a falta de recursos humanos, o que impediu o afastamento de profissionais, agravada pela manifestação daqueles que preferiram permanecer nas atividades laborais para não perder renda.⁽¹⁴⁾

Cabe destacar que a oferta de EPI aos profissionais, indicada por todos como realizada, é fundamental, porém a utilização pelos profissionais de saúde por si só não se torna eficiente para cessar a propagação da infecção. Indicam-se outras medidas adicionais necessárias, priorizando fatores do ambiente de cuidado perioperatório, como: triar os pacientes com suspeita de COVID-19 (identificação do caso); colocar máscara no paciente e isolar rapidamente no caso de suspeita ou caso confirmado; ter uma sala operatória destinada a pacientes com COVID-19; reduzir o número de pessoas na sala operatória (SO); evitar levar pacientes com suspeita ou confirmados para a Sala de Recuperação Pós-anestésica (SRPA); avaliar o risco dos procedimentos a serem realizados; manter sempre a higienização das mãos e uso de EPI, limpar e desinfetar os ambientes de trabalho e as salas usando todas as técnicas de limpeza terminal e gerenciar os resíduos hospitalares.^(11,15)

Desde o início dos casos da doença no Brasil, muitos EPIs tornaram-se cada vez mais raros. Dados apresentados pela Associação Brasileira de Medicina, por meio de denúncias dos próprios profissionais de saúde, mostram a falta de EPIs: luva (28%), máscara (87%), gorro (46%), óculos ou *face Shields* (72%), capote impermeável (66%), outros (19%).⁽¹⁶⁾

As normas de limpeza terminal, segundo os participantes, não foram plenamente atendidas. A limpeza terminal deve ser minuciosa em todos os equipamentos e mobiliários da SO, os profissionais responsáveis pela limpeza devem fazer uso de EPI. Existem produtos recomendados para a limpeza e desinfecção que são a base de quaternário de amônia ou hipoclorito de sódio.⁽¹⁶⁾

No intervalo entre as cirurgias deve se proceder a realização da limpeza e descontaminação seguindo todas as normas estabelecidas de acordo com os protocolos da unidade hospitalar e recomenda-se que as salas operatórias devem ficar fechadas por pelo menos 2 horas sob ventilação adequada (troca de ar ≥ 25 ciclos / h), para que possa ser realizado outro procedimento cirúrgico.⁽¹⁷⁻²⁰⁾

A utilização do filtro ou pressão negativa e fluxo laminar de ar, torna-se importante para diminuir o risco de

disseminação da infecção e manter uma temperatura adequada, quando não for possível a pressão negativa, torna-se importante permitir pelo menos 30 minutos entre os casos de suspeita ou confirmado de COVID-19 para troca completa de ar ambiente.^(17,21)

Não havendo as condições citadas anteriormente, o ar-condicionado da sala cirúrgica durante a realização de procedimentos potencialmente geradores de aerossóis (intubação ou aspiração) deve ser desligado, mas constatou-se nos resultados que nem sempre isso ocorreu. No Brasil a maioria das salas operatórias geralmente são arquitetonicamente projetadas para ter circulação de ar com pressão positiva. Recomenda-se que ocorra uma elevada taxa de ciclos de ar (≥ 25 ciclos / h) para permitir redução da carga viral dentro dessas salas operatórias. Recomenda-se que as salas operatórias permaneçam com portas fechadas durante todo o procedimento.⁽²²⁾

Outro não cumprimento foi relativo aos aparelhos de anestesia, monitores, computadores e celulares, que devem estar protegidos conforme recomendação. Esse aspecto é de suma importância para evitar contaminação; a troca das proteções e a desinfecção desses aparelhos devem acontecer sempre após cada cirurgia.^(18,23) É importante destacar que todos os equipamentos e materiais de insumo devem ser exclusivos da sala operatória destinada aos pacientes com suspeita ou casos confirmados de COVID-19.⁽¹⁸⁾

Os resultados sobre a oferta de condições para o cumprimento das recomendações e normas vigentes evidenciaram que somente na variável institucional relativa ao recebimento de EPI houve pleno atendimento, mas destaca-se que a maioria das instituições teve dificuldades para o fornecimento de EPIs para os profissionais da saúde durante a pandemia da COVID-19.⁽²²⁾

Quanto as atitudes dos profissionais diante as recomendações e normas vigentes por conta da pandemia, no que tange ao uso de objetos e adornos, bem como a utilização dos EPI ofertados, não se verificou o pleno cumprimento. Tais aspectos tornam-se facilitadores de contaminação. O uso de EPI adequado deve ser utilizado sem exceção (touca, avental impermeável ou capote, óculos ou protetor facial, respirador ou máscara N95, luvas que cubram o punho do avental, sapatos fechados e impermeáveis que permitam desinfecção).⁽¹¹⁾

Sobre o descarte adequado dos descartáveis, que nem todos cumpriram como indicam os resultados, cabe referir que EPIs e máscaras descartáveis devem ser removidos sempre que acabar o procedimento cirúrgico e colocados em recipiente adequado (lata de lixo com tampa junto à

porta de saída da sala de operações), a remoção deve seguir uma rigorosa técnica padrão, sempre que possível com a ajuda de outra pessoa; é aconselhável que o profissional de saúde após a retirada dos EPIs, tome banho ainda no centro cirúrgico antes de vestir suas próprias roupas.⁽²¹⁾

No contexto da pandemia, ocorreram mudanças no cotidiano, referidas pela grande maioria, bem como sentimentos de medo e insegurança. Cabe apontar que esses sentimentos são previstos. O campo perioperatório já causa insegurança para os profissionais, com a pandemia gerou mais insegurança e medo, em virtude do alto risco de contágio. Outras preocupações que interferem no trabalho frente a nova doença são relacionadas a escassez de EPI, aumento significativo de profissionais da saúde contaminados pelo vírus, medo de contaminar seus familiares, o que afeta a saúde dos profissionais.⁽²²⁾

As informações precisam ser bem esclarecidas e compreendidas por todos os profissionais que estão trabalhando na linha de frente, e se tornam necessários treinamentos e atuação integrada entre os setores da saúde. Para o combate da COVID-19 há que se ter ações e serviços de saúde qualificados e com recursos humanos para atender a demanda com treinamento adequado para o atendimento, sempre preservando a saúde dos trabalhadores e garantindo uma assistência segura à população.⁽²²⁾

No cenário de uma pandemia, tais exigências ficam ainda mais proeminentes e, no quadro de incertezas e desconhecimento que caracteriza o enfrentamento do COVID-19, questões sobre autocuidado, medo da morte e segurança de si e dos entes queridos são fatores que podem potencializar os danos físicos e mentais das equipes de enfermagem.^(23,24)

Nesse âmbito, a educação permanente é uma estratégia que precisa estar presente nesse cenário, vislumbrando um atendimento no âmbito da enfermagem perioperatória, que antes da pandemia já exigia profissionais qualificados, preparados cientificamente e tecnicamente. O novo cenário frente a pandemia do coronavírus requer que os

profissionais tenham treinamentos intensificados e condições de trabalho para realizar as atividades assistenciais aos pacientes no âmbito perioperatório.⁽¹⁴⁾

Em relação ao presente estudo consideram-se os achados apresentados relevantes diante do atual contexto da pandemia, porém deve-se ressaltar, como limitações, a adoção como ponto de partida para a coleta de dados a cidade de Manaus, pois não havia dados de enfermeiros de outros estados da região norte. A fim de minimizar essa questão, optou-se por adotar a técnica “bola de neve”, de modo a atingir outros Estados, o que possibilitou englobar o Pará e Roraima.

O estudo sobre aspectos institucionais e atitudinais de enfermeiros que atuaram na área perioperatória no período da pandemia da COVID-19, é imprescindível para guiar a prática segura e de qualidade, pois a pandemia não acabou, bem como destacar a importância de tais aspectos para o próximo estágio pós-pandemia. Os achados podem subsidiar a implementação de normas e rotinas bem como apontar aspectos que devem ser considerados na formação dos enfermeiros nos cursos de graduação.

CONCLUSÃO

Evidenciou-se que, tanto na perspectiva institucional como atitudinal, não se atingiu plenamente o estabelecido nas recomendações e normas, sendo importante a implementação de estratégias de educação permanente.

AGRADECIMENTOS

Aos Enfermeiros dos Estados do Amazonas, Pará e Roraima que aceitaram participar do estudo em tempos de pandemia.

CONTRIBUIÇÕES

Todos os autores contribuíram com a concepção e/ou desenho do estudo, coleta, análise e interpretação dos dados, redação do manuscrito e aprovação da versão final a ser publicada.

REFERÊNCIAS

1. Hui DS, Azhar EI, Madani TA, Ntoumi F, Kock R, Dar O. The continuing 2019-nCoV epidemic threat of novel coronaviruses to global health - The latest 2019 novel coronavirus outbreak in Wuhan, China. *Int J Infect Dis.* 2020;91:264-6.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo de manejo clínico do coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2020 [citado 2020 Jan 30]. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202004/14140606-4-ms-protocolomanejo-aps-ver07abril.pdf>
3. Brasil. Ministério da Saúde (BR). Painel de casos de doença pelo coronavírus 2019 (COVID-19) no Brasil pelo Ministério da Saúde. Acumulado de casos e óbitos de COVID-19 por data de confirmação [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2020 [citado 2020 Jan 30]. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/?play=on>
4. Mendonça FD, Rocha SS, Pinheiro DL, Oliveira SV. Região Norte do Brasil e a pandemia de COVID-19: análise socioeconômica e epidemiológica. *J Health NPEPS.* 2020;5(1):20-37.

5. Motta OJ, Paulo AS. Nursing and stress in the treatment of patients with coronavirus at hospital: a literature review. *Braz J Devel.* 2020;6(5):24440-6.
6. Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização (SOBECC). *Recomendações relacionadas ao fluxo de atendimento para pacientes com suspeita ou infecção confirmada pelo COVID-19 em procedimentos cirúrgicos ou endoscópicos.* 2a ed. Brasília: SOBECC; 2020.
7. World Health Organization (WHO). *Prevenção e Controle de Infecção (PCI) pelo Novo Coronavírus (COVID-19); módulo 3: PCI no contexto do COVID-19 precauções padrão, precauções baseadas no modo de transmissão & recomendações específicas para o COVID-19.* Geneve: WHO; 2020.
8. Dresch LS, Paiva TS, Moraes II, Figueiredo AL, Rocha CM. A saúde mental do enfermeiro frente à pandemia COVID-19. *Enferm Foco.* 2020;11(6):14-20.
9. Teixeira E. *Desenvolvimento de tecnologias cuidativo-educacionais.* Porto Alegre: Moriá; 2019.
10. Barroso BI, Souza MB, Bregalda MM, Lancman S, Costa VB. A saúde do trabalhador em tempos de COVID-19: reflexões sobre saúde, segurança e terapia ocupacional. *Cad Bras Ter Ocup.* 2020;28(3):1093-102.
11. Ribeiro AP, Oliveira GL, Silva LS, Souza ER. Saúde e segurança de profissionais de saúde no atendimento a pacientes no contexto da pandemia de COVID-19: revisão de literatura. *Rev Bras Saúde Ocup.* 2020;45:e25.
12. Góes FG, Silva AC, Santos AS, Pereira-Ávila FM, Silva LJ, Silva LF, et al. Challenges faced by pediatric nursing workers in the face of the COVID-19 pandemic. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2020;28:e3367.
13. Fang L, Karakiulakis G, Roth M. Are patients with hypertension and diabetes mellitus at increased risk for COVID-19 infection? *Lancet Resp Med.* 2020;8(4):e21.
14. Thomas JP, Srinivasan A, Wickramarachchi CS, Dhese PK, Hung YM, Kamath AV. Evaluating the national PPE guidance for NHS healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *Clinical Med.* 2020;20(3):242-7.
15. Zhao Z, Gao D. Precaution of 2019 novel coronavirus infection in department of oral and maxillofacial surgery. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2020;58(3):250-3.
16. Brasil. Associação Médica Brasileira (AMB). *Faltam EPIs em todo o país.* São Paulo (SP): AMB; 2020 [citado 2020 Out 7]. Disponível em: https://amb.org.br/wp-content/themes/amb/revista-jamb/JAMB_Ed1413.pdf
17. Brat AG, Hersey S, Chhabra K, Gupta A, Scott J. Protecting surgical teams during the COVID-19 outbreak: a narrative review and clinical considerations. *Ann Surg.* 2020;10.1097/SLA.0000000000003926.
18. Ti LK, Ang LS, Foong TW, Wei BS. What we do when a COVID-19 patient needs an operation: operating room preparation and guidance. *Can J Anesth.* 2020;67(6):756-8.
19. Alves RJ. *Recomendações em Cirurgia durante a Pandemia da COVID-19.* Arq. Catarin Med. 2020;49(1):110-25.
20. Liu Z, Zhang Y, Wang X, Zhang D, Diao D, Chandramohan K, et al. Recommendations for Surgery During the Novel Coronavirus (COVID-19) Epidemic *Indian J Surg.* 2020;1-5.
21. Fang L, Karakiulakis G, Roth M. Are patients with hypertension and diabetes mellitus at increased risk for COVID-19 infection? *Lancet Resp Med.* 2020;8(4):e-21.
22. Amestoy SC. Inteligência emocional: habilidade relacional para o enfermeiro líder na linha de frente contra o novo Coronavírus. *J Nurs Health.* 2020;10(Esp):e20104016.
23. Moura FL, Moraes EB, Martins JD, Souza, DF, Sanches MC. Contaminação de celulares em unidades de terapia intensiva e a segurança do paciente. *Enferm Foco.* 2020;11(6):207-13.
24. Brasil. Ministério da Saúde. *Recomendações de Proteção aos Trabalhadores dos serviços de Saúde no Atendimento de COVID-19 e outras Síndromes Gripais [Internet].* Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2020. Disponível em: https://www.saude.gov.br/files/banner_coronavirus/GuiaMS-Recomendacoesdeprotecaotrabalhadore COVID-19.pdf

PREVALÊNCIA DE SINTOMAS ANSIOSOS E DEPRESSIVOS EM UNIVERSITÁRIOS DA ÁREA DA SAÚDE

PREVALENCE OF ANXIOUS AND DEPRESSIVE SYMPTOMS IN HEALTH STUDENTS

PREVALENCIA DE SÍNTOMAS ANSIOSOS Y DEPRESIVOS EN ESTUDIANTES DE SALUD

Julya Thereza dos Santos Paixão¹

Amanda Cavalcante de Macêdo¹

Géssyca Cavalcante de Melo¹

Yhasmin Santos Silva¹

Maria Andreza Marques da Silva¹

Natália dos Santos Rezende¹

Thyara Maia Brandão¹

(<https://orcid.org/0000-0001-7562-7017>)

(<https://orcid.org/0000-0002-4630-2771>)

(<https://orcid.org/0000-0002-6774-857X>)

(<https://orcid.org/0000-0003-2927-1931>)

(<https://orcid.org/0000-0001-7146-0811>)

(<https://orcid.org/0000-0002-2988-2858>)

(<https://orcid.org/0000-0003-4630-6956>)

Descritores

Ansiedade; Depressão; Estudantes de ciências da saúde

Descriptors

Anxiety; Depression; Students health occupations

Descriptores

Ansiedad; Depresión; Estudiantes del área de la salud

Recebido

21 de Fevereiro de 2021

Aceito

6 de Maio de 2021

Conflitos de interesse:

nada a declarar.

Autor correspondente

Julya Thereza dos Santos Paixão

E-mail: julya_thereza25@hotmail.com

RESUMO

Objetivo: Analisar a prevalência de sintomas ansiosos e depressivos e suas associações com as características sociodemográficas, acadêmicas e de hábitos de saúde em universitários da área da saúde.

Métodos: Estudo transversal, censitário e com abordagem quantitativa, realizado em uma universidade pública de Alagoas. Participaram 140 universitários do último ano teórico de graduação dos cursos de Enfermagem, Fonoaudiologia, Medicina, Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Foram aplicados o questionário com aspectos sociodemográficos, acadêmicos e de hábitos de saúde e os inventários de Beck para ansiedade e depressão. Foram utilizados os testes G-Williams e Qui-quadrado com resíduos ajustados, sendo considerados estatisticamente significativos resultados com $p < 0,05$.

Resultados: Os sintomas ansiosos e depressivos foram evidenciados em 57,9% ($n=81$) e 34,3% ($n=48$) dos estudantes, respectivamente. Houve associação entre a depressão e horas de sono ($p=0,018$) e entre a ansiedade e estado civil ($p=0,021$).

Conclusão: Os sintomas ansiosos foram mais prevalentes que os sintomas depressivos. Ambos não apresentaram associação com as características acadêmicas, sugerindo que as condições sociais dos estudantes devem ser melhor investigadas.

ABSTRACT

Objective: To analyze the prevalence of anxious and depressive symptoms and their associations with sociodemographic, academic and health habits in university students in the health field.

Methods: Cross-sectional, census and quantitative approach, conducted at a public university in Alagoas. 140 university students from the last theoretical year of undergraduate courses in Nursing, Speech Therapy, Medicine, Physiotherapy and Occupational Therapy participated. The questionnaire with sociodemographic, academic and health habits aspects and Beck's inventories for anxiety and depression were applied. The G-Williams and Chi-square tests with adjusted residuals were used, and results with $p < 0,05$ were considered statistically significant.

Results: Anxious and depressive symptoms were seen in 57.9% ($n = 81$) and 34.3% ($n = 48$) of students, respectively. There was an association between depression and hours of sleep ($p = 0.018$) and between anxiety and marital status ($p = 0.021$).

Conclusion: Anxious symptoms were more prevalent than depressive symptoms. Both were not associated with academic characteristics, suggesting that students' social conditions should be further investigated.

RESUMEN

Objetivo: Analizar la prevalencia de síntomas ansiosos y depresivos y sus asociaciones con hábitos sociodemográficos, académicos y de salud en estudiantes universitarios del ámbito de la salud.

Métodos: Enfoque transversal, censal y cuantitativo, realizado en una universidad pública de Alagoas. Participaron 140 estudiantes universitarios del último año teórico de las carreras de grado en Enfermería, Logopedia, Medicina, Fisioterapia y Terapia Ocupacional. Se aplicó el cuestionario con aspectos sociodemográficos, académicos y de hábitos de salud y los inventarios de Beck para ansiedad y depresión. Se utilizaron las pruebas de G-Williams y Chi-cuadrado con residuos ajustados, y los resultados con $p < 0,05$ se consideraron estadísticamente significativos.

Resultados: Los síntomas de ansiedad y depresión se observaron en el 57,9% ($n = 81$) y el 34,3% ($n = 48$) de los estudiantes, respectivamente. Hubo asociación entre depresión y horas de sueño ($p = 0,018$) y entre ansiedad y estado civil ($p = 0,021$).

Conclusión: Los síntomas de ansiedad fueron más prevalentes que los depresivos. Ambos no se asociaron con características académicas, lo que sugiere que las condiciones sociales de los estudiantes deben investigarse más a fondo.

¹Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas, Maceió, AL, Brasil.

Como citar:

Paixão JT, Macêdo AC, Melo GC, Silva YS, Silva MA, Rezende NS, et al. Prevalência de sintomas ansiosos e depressivos em universitários da área da saúde. *Enferm Foco*. 2021;12(4):780-6.

DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n4.4595>

INTRODUÇÃO

O ingresso no ensino superior proporciona mudanças significativas e complexas no cotidiano de jovens-adultos. A rotina pode se tornar mais intensa, a carga horária de estudos mais elevada, há menor tempo para lazer e descanso e, em algumas vezes, ocorre a privação do convívio familiar.⁽¹⁾

Além dessas questões, os universitários da área da saúde vivenciam situações propícias à ansiedade. Dentre elas, destacam-se a supervisão dos instrutores nos cenários de estágio, constante exposição a casos de angústia e morte, realização de procedimentos técnicos e o medo de cometer erros durante a assistência.⁽²⁾

Tais aspectos podem ser identificados como estressores, uma vez que exigem do acadêmico um repertório comportamental para se organizar e conseguir enfrentar as diferentes demandas. Desta maneira, em indivíduos mal adaptados, podem contribuir no surgimento ou na exacerbação de agravos psicológicos, com ênfase para os transtornos de ansiedade e depressão.⁽³⁾

Apontada como um problema de saúde pública, a depressão caracteriza-se por perda de interesse em atividades diárias, alterações do humor, mudanças no padrão de sono e dificuldades cognitivas. Este transtorno é recorrente no ambiente universitário e pode desencadear também episódios de desmotivação, baixa autoestima e insegurança.⁽⁴⁾

A ansiedade, por sua vez, é definida como uma reação natural importante de autopreservação que motiva o indivíduo a alcançar suas metas. No entanto, em altos níveis, tem potencial de tornar-se patológica, provocando prejuízos à saúde mental e qualidade de vida.⁽⁵⁾

Constitui-se, principalmente, por dores no peito, palpitações, variações no sono, fadiga e falta de concentração. Ademais, a ansiedade pode ser capaz de interferir no comportamento assertivo, bastante relevante para a formação profissional, ocasionando repercussões negativas no próprio ambiente acadêmico.⁽⁶⁾

Estima-se que 15% a 25% dos universitários são afetados por transtornos mentais no decorrer do processo de formação.⁽⁷⁾ Assim, o espaço que seria oportuno para a construção do conhecimento transforma-se, por vezes, no principal desencadeador de eventos estressores.^(8,9)

Diante dessa problemática, a pesquisa foi motivada pelo interesse em responder os seguintes questionamentos: qual a prevalência de sintomas ansiosos e depressivos em universitários da área da saúde? Existe associação desses sintomas com as características sociodemográficas, acadêmicas e de hábitos de saúde dos estudantes?

Desse modo, o objetivo deste estudo foi analisar a prevalência de sintomas ansiosos e depressivos e suas

associações com as características sociodemográficas, acadêmicas e de hábitos de saúde em universitários da área da saúde.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo de delineamento transversal, com abordagem quantitativa.

O estudo foi conduzido em uma universidade pública de Alagoas.

Participaram universitários com idade igual ou superior a 18 anos, que estavam regularmente matriculados no último ano teórico dos cursos de Enfermagem, Fonoaudiologia, Medicina, Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Foram excluídos do estudo os acadêmicos afastados por licença médica, programas de mobilidade internacional ou trancamento do curso.

Considerando a amostragem censitária, a população inicial prevista foi de 161 universitários. No entanto 21 estudantes não aceitaram participar, o que representou uma perda de 13,4% da população da pesquisa. Sendo assim, a amostra final foi composta por 140 participantes.

A coleta de dados foi realizada entre os meses de setembro a dezembro de 2019 por meio da busca ativa dos estudantes em salas de aula, durante o intervalo de suas obrigações. Todos os participantes receberam esclarecimentos quanto a proposta do trabalho, seus benefícios e riscos, assim como questões referentes a sigilo e o caráter voluntário da participação.

Para coleta das informações foram entregues três instrumentos de autopreenchimento aos participantes, sendo eles: questionário sociodemográfico, acadêmico e de hábitos de saúde; Inventário de Beck para ansiedade (BAI) e Inventário de Beck para depressão (BDI).

O questionário sociodemográfico, acadêmico e de hábitos de saúde caracterizou os estudantes através das variáveis sexo, faixa etária, curso matriculado, estado civil, horas de sono, prática de atividade física, participação em atividades extracurriculares e utilização de assistência psicológica.

Os Inventários de Beck para Ansiedade e Depressão são instrumentos compostos por 21 afirmativas e com quatro possibilidades de respostas, que buscam avaliar a intensidade de sintomas ansiosos depressivos referidos pelo participante na última semana, incluindo o dia da aplicação¹.

Os escores são obtidos a partir da soma dos itens propostos pelas escalas. Para depressão, são consideradas as seguintes pontuações: 0 a 13, mínimo/sem depressão; 14 a 19, depressão leve; 20 a 28, depressão moderada e 29 a 63, depressão grave.⁽¹⁰⁾ Para classificação da ansiedade foram

estabelecidos quatro pontos de corte, sendo de 0 a 7, grau mínimo de ansiedade; 8 a 15, ansiedade leve; 16 a 25, ansiedade moderada e 26 a 63, ansiedade grave.⁽¹⁾

Os dados levantados foram armazenados em planilha eletrônica construída no software Microsoft Excel® 2016. A análise de dados foi realizada através do BioEstat versão 5.3. Foram utilizados o Teste Qui-quadrado de Pearson com resíduos ajustados padronizados e G-Williams para verificar as associações entre as características dos estudantes e a presença de sintomas ansiosos e depressivos. Foi adotado como nível de significância o valor de $p < 0,05$.

O estudo seguiu os princípios éticos de acordo com a Resolução 466/12 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o parecer 3.476.134.

RESULTADOS

Dos estudantes que participaram do estudo, 80% eram do sexo feminino, 90% solteiros e 50% com faixa etária de 22 a 24 anos. Quanto à formação complementar, 90% dos universitários estavam envolvidos em alguma atividade extracurricular, sendo que 46,4% participavam de até duas atividades (Tabela 1). Dentre as atividades extracurriculares, destacaram-se a participação em extensão universitária com 62,9% (n=88), em ligas acadêmicas com 55% (n=70) e em programas de monitoria com 45% (n=63). Quanto aos hábitos de saúde, 75,7% relataram dormir menos que 08 horas diárias e 46,4% praticavam algum tipo de atividade física. Em 17,9% dos acadêmicos foi verificada a realização de acompanhamento psicológico (Tabela 1).

Dos estudantes participantes, 39,3% (n=55) não apresentaram sintomatologia ansiosa ou depressiva. Por outro lado, 26,4% (n=37) evidenciaram apenas sintomas ansiosos, 2,9% (n=4) somente sintomas depressivos e 31,4% (n=44) reportaram ambos os sintomas. No que se refere aos sintomas depressivos, verificou-se prevalência de 34,3% (n=48) de estudantes com algum nível de depressão. Entre os pesquisados, 65,7% (n=92) apresentaram quantidade mínima ou ausência desses sintomas, 17,9% (n=25) depressão leve, 12,1% (n=17) depressão moderada e 4,3% (n=6) depressão grave. O curso que evidenciou a maior prevalência de sintomatologia depressiva foi o de Terapia Ocupacional com 50% (n=15), seguido de Fisioterapia com 42,9% (n=9), Enfermagem com 32,4% (n=12), Fonoaudiologia com 27,3% (n=6) e Medicina com 20% (n=6). Houve associação entre a presença de depressão e a variável horas de sono ($p=0,018$), conforme demonstrado na tabela 2. A análise dos resíduos ajustados

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica, acadêmica e de hábitos de saúde dos universitários (n=140)

Variáveis	n(%)
Faixa etária (anos)	
18-21	45(32,1)
22-24	70(50,0)
25-27	11(7,9)
28-30	6(4,3)
> 30	8(5,7)
Sexo	
Feminino	112(80,0)
Masculino	28(20,0)
Estado civil	
Solteiro	126(90,0)
Casado/União estável	14(10,0)
Curso	
Enfermagem	37(26,4)
Fonoaudiologia	22(15,7)
Medicina	30(21,4)
Fisioterapia	21(15,0)
Terapia ocupacional	30(21,4)
Atividades extracurriculares	
Uma a duas	65(46,4)
Três a quatro	48(34,3)
Cinco a sete	13(9,3)
Não participa	14(10,0)
Horas de sono	
< 8 horas	106(75,7)
≥ 8 horas	34(24,3)
Atividade física	
Sim	65(46,4)
Não	75(53,6)
Acompanhamento psicológico	
Sim	25(17,9)
Não	115(82,1)

indicou forte associação entre depressão e a condição de dormir menos que 08 horas diárias.

Quanto à frequência dos itens individuais da escala, observou-se para os sintomas de depressão que 88,6% (n=124) dos estudantes referiram fadiga na última semana, sendo a sensação mais pontuada. Adicionalmente, 72,9% (n=102) reportaram distúrbios do sono, 68,6% (n=96) irritabilidade, 62,1% (n=87) indecisão, 59,3% (n=83) inibição do trabalho e 54,3% (n=76) retração social. No que concerne aos sintomas ansiosos, identificou-se a prevalência de 57,9% (n=81) de estudantes com algum nível de ansiedade, sendo que 42,1% (n=59) apresentaram grau mínimo, 27,1% (n=38) ansiedade leve, 17,9% (n=25) ansiedade moderada e 12,9% (n=18) ansiedade grave. Os cursos que apresentaram maior prevalência de sintomatologia ansiosa foram os de Terapia Ocupacional com 66,7% (n=20) e Fisioterapia com 66,7% (n=14), seguidos de Fonoaudiologia com 63,6% (n=14), Enfermagem com 56,8% (n=21) e Medicina com 40% (n=12). Houve associação entre a presença de ansiedade e a variável estado civil ($p=0,021$), conforme demonstrado na tabela 3. A análise dos resíduos ajustados indicou forte associação entre ansiedade e o estado civil solteiro.

Tabela 2. Associação entre depressão e as variáveis sociodemográficas, acadêmicas e de hábitos de saúde em universitários conforme Inventário de Beck (n=140)

Variáveis	Depressão			p-value
	Não n(%)	Sim n(%)	Total n(%)	
Faixa etária (anos)				
18 a 21	24(54,3)	21(46,7)	45(100)	0,055†
22 a 24	47(67,1)	23(32,9)	70(100)	
25 a 27	9(81,8)	2(18,2)	11(100)	
28 a 30	6(100)	-(-)	6(100)	
> 30	6(75,0)	2(25,0)	8(100)	
Sexo				
Feminino	72(64,3)	40(35,7)	112(100)	0,476*
Masculino	20(71,4)	8(28,6)	28(100)	
Estado civil				
Solteiro	80(63,5)	46(36,5)	126(100)	0,082†
Casado/União estável	12(85,7)	2(14,3)	12(100)	
Curso				
Enfermagem	25(67,6)	12(32,4)	37(100)	0,124*
Fonoaudiologia	16(72,7)	6(27,3)	22(100)	
Medicina	24(80,0)	6(20,0)	30(100)	
Fisioterapia	12(57,1)	9(42,9)	21(100)	
Terapia ocupacional	15(50,0)	15(50,0)	30(100)	
Atividades extracurriculares				
Uma a duas	45(69,2)	20(30,8)	65(100)	0,602†
Três a quatro	31(64,6)	17(35,4)	48(100)	
Cinco a sete	9(69,2)	4(30,8)	13(100)	
Não participa	7(50,0)	7(50,0)	14(100)	
Horas de sono				
< 8 horas	64(60,4)	42(39,6)	106(100)	0,018*
≥ 8 horas	28(82,4)	6(17,6)	34(100)	
Atividade física				
Sim	47(72,3)	18(27,7)	65(100)	0,176*
Não	45(60,0)	30(40,0)	75(100)	
Acompanhamento psicológico				
Sim	13(52,0)	12(48,0)	25(100)	0,110*
Não	79(68,7)	36(31,3)	115(100)	

* Qui-quadrado de Pearson † G-Williams

Quanto aos sintomas ansiosos mais registrados, 81,6% (n=104) dos estudantes apresentaram incapacidade de relaxar, 72,9% (n=102) nervosismo, 62,1% (n=87) aceleração no coração, 59,4% (n=83) medo que aconteça o pior, 56,4% (n=79) sensação de calor e 55,7% (n=78) desconforto abdominal.

DISCUSSÃO

A prevalência de sintomas depressivos identificada neste estudo foi de 34,3%, o que pode estar relacionado aos hábitos de vida, relacionamentos interpessoais e as próprias mudanças advindas do ambiente acadêmico. As pesquisas que têm como objeto a saúde mental de estudantes de graduação e transtorno depressivo são cada vez mais frequentes.

No Brasil, especificamente, diferentes estudos já constataram o predomínio de sintomas depressivos leves entre os universitários da área da saúde.^(1,11) Contudo, percebe-se na literatura, a concentração de pesquisas sobre depressão com enfoque nos acadêmicos de medicina e enfermagem,

Tabela 3. Associação entre ansiedade e variáveis sociodemográficas, acadêmicas e de hábitos de saúde em universitários conforme Inventário de Beck (n=140)

Variáveis	Ansiedade			p-value
	Não n(%)	Sim n(%)	Total n(%)	
Faixa etária (anos)				
18 a 21	14(31,1)	31(68,9)	45(100)	0,283†
22 a 24	31(44,3)	39(55,7)	70(100)	
25 a 27	5(45,5)	6(54,5)	11(100)	
28 a 30	4(66,7)	2(33,3)	6(100)	
> 30	5(62,5)	3(37,5)	8(100)	
Sexo				
Feminino	47(42,0)	65(58,0)	112(100)	0,098*
Masculino	12(42,9)	16(57,1)	28(100)	
Estado civil				
Solteiro	49(38,9)	77(61,1)	126(100)	0,021†
Casado/União estável	10(71,4)	4(28,6)	14(100)	
Curso				
Enfermagem	16(43,2)	21(56,8)	37(100)	0,209*
Fonoaudiologia	8(36,4)	14(63,6)	22(100)	
Medicina	18(60,0)	12(40,0)	30(100)	
Fisioterapia	7(33,3)	14(66,7)	21(100)	
Terapia ocupacional	10(33,3)	20(66,7)	30(100)	
Atividades extracurriculares				
Uma a duas	32(49,2)	33(50,8)	65(100)	0,288*
Três a quatro	15(31,3)	33(68,8)	48(100)	
Cinco a sete	6(46,2)	7(53,8)	13(100)	
Não participa	6(42,9)	8(57,1)	14(100)	
Horas de sono				
< 8 horas	41(38,7)	65(61,3)	106(100)	0,142*
≥ 8 horas	18(52,9)	16(47,1)	34(100)	
Atividade física				
Sim	28(43,1)	37(56,9)	65(100)	0,834*
Não	31(41,3)	44(58,7)	75(100)	
Acompanhamento psicológico				
Sim	7(28,0)	18(72,0)	25(100)	0,114*
Não	52(45,2)	63(54,8)	115(100)	

* Qui-quadrado de Pearson † G-Williams

o que dificulta conhecer as vulnerabilidades psicológicas de outros estudantes.⁽¹²⁻¹⁵⁾

Sobre isto, faz-se necessário considerar que a formação profissional é atravessada por momentos estressores que muitas das vezes são normalizados, negligenciando-se a sua interferência na saúde mental do indivíduo. Neste sentido, pesquisadores da área recomendam que sentimentos como pessimismo, choro e autocrítica não devem ser tangenciados, pois configuram-se como possíveis indicativos para depressão,⁽¹⁰⁾ devendo receber olhares mais atenciosos, em especial, dos que convivem de maneira mais próxima com os universitários.

Embora as estatísticas para sintomas depressivos moderados a graves ainda não sejam predominantes, preocupa os percentuais para sintomatologia leve. Isto porque a probabilidade de uma pessoa desenvolver tais transtornos relaciona-se diretamente com a vivência dos fatores de risco e os fatores protetivos. Assim, um desequilíbrio nessa relação pode ocasionar a progressão dos sintomas.⁽¹⁶⁾

Quando analisados individualmente, o curso de Terapia Ocupacional apresentou os maiores índices de sintomatologia depressiva enquanto o de medicina foi o menos acometido. Estudo realizado no Rio Grande do Sul com 792 estudantes de graduação, evidenciou o predomínio de sintomas depressivos em acadêmicos de fonoaudiologia. Por outro lado, os estudantes de odontologia, fisioterapia e medicina obtiveram os menores percentuais.⁽¹⁰⁾

Estes resultados refletem a necessidade de investigações que contemplem universitários de diferentes segmentos da área da saúde, tendo em vista a variação de contextos aos quais estes estudantes estão expostos, a depender do curso. Outra questão que se faz necessária à reflexão é o perfil sociodemográfico e econômico do indivíduo que adentra à universidade.

Tanto a estabilidade financeira como a afetivo-emocional são importantes para o enfrentamento de situações desafiadoras às quais serão gatilhos para a externalização de sintomas depressivos e ansiosos durante o processo de formação. É neste sentido que considerar os aspectos individuais separados dos aspectos sociais pode levar a conclusões nem sempre assertivas e intervenções não resolutivas junto a este público.

Identificou-se a associação entre depressão e estudantes que dormiam menos que 08 horas diárias. Pesquisa realizada com universitários da região Nordeste apontou que discentes com quantidade insuficiente de sono possuíam o dobro de chances para desenvolver o transtorno depressivo.⁽¹¹⁾

O sono desempenha importante papel nos processos físicos, cognitivos e metabólicos do indivíduo. Entretanto, percebe-se que os universitários ainda destinam poucas horas para o descanso devido a questões como sobrecarga de estudos e incapacidade de conciliar as exigências acadêmicas com a vida pessoal. Estes aspectos podem condicionar ao desempenho acadêmico insatisfatório, sonolência excessiva diurna e vulnerabilidade aos transtornos mentais.⁽¹⁷⁾

No tocante à ansiedade, foi identificada a prevalência de 57,9%. Os universitários encontravam-se no último ano teórico do curso e conseqüentemente mais expostos a situações ansiogênicas, tais como a iminência do estágio supervisionado, o trabalho de conclusão de curso e preparação para processos seletivos.⁽¹⁸⁾

Ao longo do processo de formação acadêmica há uma crescente exigência das habilidades cognitivas do estudante, que aliada a aspectos como grande volume de atividades, contato com a doença e morte dos pacientes, avaliações de alta complexidade, além da suposta concorrência imposta pelo mercado de trabalho, podem desencadear sintomas ansiosos nos universitários.^(10,19)

Além disto, considera-se que a mudança de cenário, do ensino médio para o universitário, implica em mobilizar uma autonomia que nem sempre foi construída no decorrer do período pré-universitário. Estudar sozinho, estar exposto a metodologias ativas de ensino-aprendizagem, nem sempre são vivências fluidas ao estudante, que agora se depara em ter que ser protagonista do seu processo de aprendizagem.

Assim, em relação aos aspectos acadêmicos, verificou-se que parte considerável dos universitários se encontravam envolvidos em atividades extracurriculares. A participação nestas atividades potencializa a formação acadêmica, uma vez que as oportunidades durante a graduação nem sempre conseguem desenvolver todas as potencialidades do indivíduo em prol de sua futura atuação profissional.⁽²⁰⁾

Nesse sentido, surge a necessidade da busca de experiências complementares à grade curricular. Todavia, o excesso dessas atividades pode levar à sobrecarga e ao, conseqüente, acúmulo de demandas, gerando tensão e resultando em processos patológicos de ansiedade.^(19,21)

Alguns estudos apontaram que a prevalência de ansiedade esteve mais associada ao sexo feminino.^(11,22,23) Este fato pode ser explicado pela correlação de fatores sociais, genéticos e hormonais que possibilitam o desenvolvimento e a manifestação desses sintomas nesse segmento.⁽²³⁾ No entanto, esta pesquisa divergiu desses estudos no que concerne à relação sexo e ansiedade, dado que a associação entre sintomas ansiosos e o sexo feminino não apresentou significância estatística.

Em contrapartida, a associação entre estado civil e ansiedade mostrou-se estatisticamente significativa. De modo similar, um estudo com acadêmicos de Enfermagem no Peru verificou que o estado civil estava diretamente associado à presença de ansiedade. Os autores afirmaram, ainda, que solteiros podem apresentar menor suporte social e menor comportamento de promoção à saúde.⁽²⁴⁾

Nessa perspectiva, os estudantes ficam mais suscetíveis a comprometimentos psicológicos, visto que uma rede de apoio eficiente atua como mediadora entre os eventos estressores e a preservação da saúde mental do indivíduo.⁽¹⁹⁾

Constatou-se que embora um número significativo de universitários possua sintomatologia ansiosa e depressiva, existe baixa adesão ao acompanhamento psicológico. Alguns pesquisadores destacam que a demanda dos estudantes que necessitam de apoio emocional deve ser prontamente identificada, para que recebam o devido apoio evitando, assim, conseqüências graves decorrentes do sofrimento mental vivenciado.⁽²²⁾

Adicionalmente, níveis elevados de ansiedade são prejudiciais ao indivíduo e repercutem na memória, concentração, capacidade de raciocínio e relações sociais.⁽²⁵⁾ Logo, com apoio psicológico oportuno o desempenho acadêmico não seria comprometido, diminuindo os absenteísmos, trancamentos de matrícula e evasão acadêmica.

Além do reconhecimento dos fatores predisponentes, outras medidas preventivas podem ser utilizadas no enfrentamento desses sintomas, como prática regular de atividade física, técnicas de relaxamento, alimentação balanceada, entre outros.⁽¹⁹⁾

Considera-se importante que as universidades disponham de um serviço de assistência psicológica que permita o acompanhamento dos estudantes de maneira individual, humanizada, confidencial e que busque incentivá-los no cuidado constante à sua saúde mental.⁽²⁶⁾

Entretanto, apenas este aspecto pode não ser suficiente. Faz-se necessário que o Estado adote e implemente políticas públicas de saúde que incentivem atitudes e hábitos positivos e a construção de redes de apoio, desde a fase escolar à universitária, podendo assim contribuir para a melhora da saúde física e mental dos indivíduos.

Além disto, aponta-se que a formação social capitalista, em seu *modus operandi*, contribui significativamente para as sensações de fracasso, medo, frustração, devido a, muitas vezes, priorizar o ter em detrimento do ser. É neste sentido que, a partir dos dados deste estudo, foi percebida a necessidade de serem realizadas pesquisas que investiguem as influências das relações sociais nas respostas individuais, a fim de favorecer um olhar integral sobre este indivíduo.

Deve-se considerar que o estudo foi realizado com estudantes de períodos letivos específicos dos cursos. Apesar disso, os resultados alcançados podem subsidiar estratégias que atenuem os sintomas ansiosos e depressivos em estágios finais da graduação. Sugere-se que as próximas investigações contemplem acadêmicos de diferentes períodos, o que pode evidenciar um panorama representativo da saúde mental dos universitários da área da saúde.

Ao longo da graduação os estudantes são ensinados a prestar cuidados à população e nesse processo podem negligenciar o cuidado de si mesmo. Dessa forma, é fundamental que os universitários também sejam assistidos em toda sua integralidade, nos seus níveis físico e mental, a fim de atenuar possíveis estressores.

Por essa razão, estudos como este evidenciam a necessidade premente das universidades reconhecerem seu papel como serviço de acolhimento aos discentes, para

que eles estejam menos expostos à vivência do adoecimento mental durante o processo de ensino-aprendizagem e mesmo quando em sofrimento sejam adequadamente assistidos.

CONCLUSÃO

A prevalência de sintomas ansiosos e depressivos foi expressiva, manifestando-se, respectivamente, em 57,9% e 34,3% dos estudantes. A análise demonstrou uma associação entre a presença de depressão e o hábito de dormir menos que 08 horas diárias, assim como a presença de ansiedade e o estado civil dos estudantes. Tendo em vista a qualidade de vida dos universitários, aspectos da saúde mental devem ser observados com atenção no processo de formação profissional. Desse modo, é imprescindível que a universidade elabore projetos voltados para os estudantes e suas necessidades, principalmente, por meio da oferta e incentivo à assistência psicológica. Além disso, considera-se importante a criação de grupos que orientem os universitários para o desenvolvimento de estratégias que os auxiliem a lidar e gerenciar seus sentimentos e norteiem os docentes a como identificar precocemente os casos em potencial.

AGRADECIMENTOS

À Fundação de Amparo à Pesquisa de Alagoas (FAPEAL).

CONTRIBUIÇÕES

Julya Thereza dos Santos Paixão: concepção e desenho do estudo; coleta, análise e interpretação dos dados; redação e revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final a ser publicada. Amanda Cavalcante de Macêdo: concepção e desenho do estudo; coleta, análise e interpretação dos dados; redação e revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final a ser publicada. Géssyca Cavalcante de Melo: análise e interpretação dos dados; redação e revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final a ser publicada. Yhasmin Santos Silva: análise e interpretação dos dados; redação e revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final a ser publicada. Maria Andreza Marques da Silva: análise e interpretação dos dados; redação e revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final a ser publicada. Natália dos Santos Rezende: análise e interpretação dos dados; redação e revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final a ser publicada. Thyara Maia Brandão: análise e interpretação dos dados; redação e revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final a ser publicada.

REFERÊNCIAS

1. Fernandes MA, Vieira FE, Silva JS, Avelino FV, Santos JD. Prevalence of anxious and depressive symptoms in college students of a public institution. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(5):2298-304.
2. Marchi KC, Bárbaro AM, Miaso AI, Tirapelli CR. Ansiedade e consumo de ansiolíticos entre estudantes de enfermagem de uma universidade pública. *Rev Eletrônica Enferm*. 2013;15(3):731-9.
3. Preto VA, Garcia VP, Araújo LG, Flauzino MM, Teixeira CC, Parmegiane RS, et al. Perception of stress in nursing academics. *Rev Enferm UFPE on line*. 2018;12(3):708-15.
4. Barbosa LN, Asfora GC, Moura MC. Anxiety and depression and psychoactive substance abuse in university students. *Rev Eletrônica Saúde Mental Alcool Drog*. 2020;16(1):1-8.
5. Silva ML, Dias MD, Côrrea KC, Rondina RC, Bastos EF, Almeida CC. Vulnerabilidades na saúde mental de universitários em período de estágio clínico. *Rev Saúde Desenvol Humano*. 2020;8(3):49-60.
6. Lelis KC, Brito RV, Pinho S, Pinho L. Sintomas de depressão, ansiedade e uso de medicamentos em universitários. *Rev Port Enferm Saúde Mental*. 2020;23:9-14.
7. Santos KF, Ferreira VT, Silva PR, Vilella DV. Aplicabilidade do Inventário de Beck nos acadêmicos de enfermagem de uma instituição de ensino de Minas Gerais. *Enferm Foco*. 2018;9(3):81-8.
8. Cestari VR, Barbosa IV, Florêncio RS, Pessoa VL, Moreira TM. Stress in nursing students: study on sociodemographic and academic vulnerabilities. *Acta Paul Enferm*. 2017;30(2):190-6.
9. Brito MC, Araújo 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.
10. Bresolin JZ, Dalmolin GL, Vasconcellos SJ, Barlem EL, Andolhe R, Magnago TS. Depressive symptoms among healthcare undergraduate students. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2020;28(e3239):1-10.
11. Leão AM, Gomes IP, Ferreira MJ, Cavalcanti LP. Prevalência e fatores associados à depressão e ansiedade entre estudantes universitários da área da saúde de um grande centro urbano do nordeste do Brasil. *Rev Bras Educ Méd*. 2018;42(4):55-65.
12. Maia HA, Assunção AC, Silva CS, Santos JL, Menezes CJ, Bessa Júnior J. Prevalência de sintomas depressivos em estudantes de medicina com currículo de aprendizagem baseada em problemas. *Rev Bras Educ Méd*. 2020;44(3): e105.
13. Cybulski CA, Mansani FP. Análise da depressão, dos fatores de risco para sintomas depressivos e do uso de antidepressivos entre acadêmicos do curso de medicina da universidade estadual de Ponta Grossa. *Rev Bras Educ Méd*. 2017;41(1):92-101.
14. Facioli AM, Barros AF, Melo MC, Oligari IC, Custódio RJ. Depression among nursing students and its association with academic life. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(1):e20180173.
15. Fonseca JR, Calache AL, Santos MR, Silva RM, Moretto SA. Association of stress factors and depressive symptoms with the academic performance of nursing students. *Rev Esc Enferm USP*. 2019;53:03530.
16. Gomes CF, Pereira Júnior RJ, Cardoso JV, Silva DA. Common mental disorders in university students: epidemiological approach about vulnerabilities. *Rev Eletrônica Saúde Mental Alcool Drog*. 2020;16(1):1-8.
17. Santos AF, Mussi FC, Pires CG, Santos CA, Paim MA. Sleep quality and associated factors in nursing undergraduates. *Acta Paul Enferm*. 2020;eAPE20190144.
18. Lima BV, Trajano FM, Chaves Neto G, Alves RS, Farias JA, Braga JE. Evaluation of anxiety and self-esteem in students concluding the nursing graduation course. *Rev Enferm UFPE on line*. 2017;11(11):4326-33.
19. Costa CR, Maynard WH, Oliveira LB, Albuquerque MC, Correia DS. Estresse entre estudantes de graduação em enfermagem: associação de características sociodemográficas e acadêmicas. *Rev Pesqui Saúde*. 2018;11(3):475-82.
20. Oliveira CT, Santos AS, Dias AC. Percepções de estudantes universitários sobre a realização de atividades extracurriculares na graduação. *Psicol Ciênc Prof*. 2016;36(4):864-76.
21. Medeiros PP, Bittencourt FO. Fatores associados à ansiedade em estudantes de uma faculdade particular. *Id Online Rev Psico*. 2016;10(33):42-55.
22. Costa DS, Medeiros NS, Cordeiro RA, Frutuoso ES, Lopes JM, Moreira SN. Symptoms of depression, anxiety and stress in medical students and institutional coping strategies. *Rev Bras Educ Med*. 2020;44(1): e040.
23. Lantyer AS, Varanda CC, Souza FG, Padovani RC, Viana MB. Ansiedade e qualidade de vida entre estudantes universitários ingressantes: avaliação e intervenção. *Rev Bras Ter Comport Cogn*. 2016;18(2):4-19.
24. Diaz-Godíño J, Fernández-Henriquez L, Peña-Pastor F, Alfaro-Flores P, Manrique-Borjas G, Mayta-Tovalino F. Lifestyles, depression, anxiety, and stress as risk factors in nursing apprentices: a logistic regression analysis of 1193 students in Lima, Peru. *J Environ Public Health*. 2019;8(3):49-60.
25. Pereira FL, Medeiros SP, Salgado RG, Castro JN, Oliveira AM. Anxiety signs experienced by nursing undergraduates. *Rev Fund Care On line*. 2019;11(4):880-6.
26. Lima SO, Lima AM, Barros ES, Varjão RL, Santos VF, Mendonça AK, et al. Prevalência da depressão nos acadêmicos da área de saúde. *Psicol Ciênc Prof*. 2019;39:e187530.

SIGNIFICADO DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA PARA OS PROFISSIONAIS QUE ATUAM NA ASSISTÊNCIA AO PARTO

MEANING OF OBSTETRIC VIOLENCE FOR PROFESSIONALS WHO WORK IN THE CARE OF CHILDBIRTH

SIGNIFICADO DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA PARA PROFESIONALES QUE TRABAJAN EN ASISTENCIA AL PARTO

Angélica de Cássia Bitencourt¹ (<https://orcid.org/0000-0002-3516-9688>)

Samanta Luzia de Oliveira¹ (<https://orcid.org/0000-0001-9572-2054>)

Giseli Mendes Rennó¹ (<https://orcid.org/0000-0002-7359-4239>)

Descritores

Parto humanizado; Violência contra a mulher; Humanização da assistência

Descriptors

Humanizing delivery; Violence against women; Humanization of assistance

Descriptores

Parto humanizado; Violencia contra la mujer; Humanización de la atención

Recebido

24 de Fevereiro de 2021

Aceito

13 de Maio de 2021

Conflitos de interesse:

nada a declarar.

Autor correspondente

Angélica de Cássia Bitencourt
E-mail: angelicacbitencourt@gmail.com

RESUMO

Objetivo: Conhecer o significado de violência obstétrica para os profissionais que atuam na assistência ao trabalho de parto e parto.

Método: A pesquisa foi de abordagem qualitativa, do tipo descritivo, exploratório e transversal. Os participantes da pesquisa foram 22 profissionais que prestam ou prestaram assistência à mulher durante o trabalho de parto e parto. A análise dos dados coletados foi realizada utilizando a proposta de análise de conteúdo de Bardin.

Resultados: Foram encontradas as categorias "Não respeitar o protagonismo da mulher", "Intervenções desnecessárias", "Negar atendimento", "Relação profissional e parturiente conflituosa", "Agressão verbal", e "Desconhecimento de profissionais e parturientes".

Conclusão: Os profissionais conhecem o significado de violência obstétrica, pois as suas falas corroboram com a literatura e retratam uma realidade das maternidades.

ABSTRACT

Objective: To know the meaning of obstetric violence for professionals who work in the care of labor and delivery.

Methods: The research was qualitative, descriptive, exploratory and transversal. Research participants were 22 professionals providing or assisting women during labor and delivery. The analysis of the collected data was performed using the proposed content analysis of Bardin.

Results: The following categories were found "Not respecting the protagonism of the woman", "Unnecessary interventions", "Denial of care", "Conflicting professional and parturient relationship", "Verbal aggression", and "Lack of professional and parturient".

Conclusion: Professionals know the meaning of obstetric violence, as their speeches corroborate the literature and picture that this is a reality in maternity hospitals.

RESUMEN

Objetivo: Conocer el significado de la violencia obstétrica para los profesionales que laboran en el trabajo de parto y parto.

Métodos: La investigación fue cualitativa, descriptiva, exploratoria y transversal. Los participantes de la investigación fueron 22 profesionales que brindan o brindan asistencia a mujeres durante el trabajo de parto y el parto. El análisis de los datos recopilados se realizó utilizando la propuesta de análisis de contenido de Bardin.

Resultados: Se encontraron las categorías "No respetar el rol de la mujer", "Intervenciones innecesarias", "Negar cuidados", "Relación conflictiva profesional y parturienta", "Agresión verbal" e "Desconocimiento de profesionales y parturientas".

Conclusión: Los profesionales conocen el significado de violencia obstétrica, pues sus discursos corroboran la literatura y retratan una realidad de las maternidades.

¹Faculdade Wenceslau Braz, Itajubá, MG, Brasil.

Como citar:

Bitencourt AC, Oliveira SL, Rennó GM. Significado de violência obstétrica para os profissionais que atuam na assistência ao parto. *Enferm Foco*. 2021;12(4):787-93.

DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n4.4614>

INTRODUÇÃO

Ao longo dos anos diversas mudanças ocorreram no processo de nascimento levando a mulher a perder a sua autonomia e o protagonismo no trabalho de parto e parto. Na Idade Média o parto era compreendido como uma atividade feminina, as parturientes recebiam assistência empírica de mulheres e a presença masculina era proibida por decretos religiosos. Até no século passado, o cuidado à mulher e ao recém-nascido era realizado pelas mãos experientes das parteiras, em local privativo e familiar e rodeado por pessoas conhecidas e de confiança.^(1,2)

No entanto, na década de quarenta, com a Segunda Guerra Mundial, houve o aumento da institucionalização do parto. Em decorrência desta mudança a figura masculina aparece no nascimento; os avanços tecnológicos, científicos e na medicina acarretaram o aumento das intervenções e o uso de medicamentos, como consequência o parto passou a ocorrer na horizontal, para conforto do profissional e a episiotomia surgiu como rotina.^(1,2)

Embora o progresso da obstetrícia tenha ajudado na melhoria dos indicadores de morbimortalidade materna e perinatal, ele abriu espaço para que houvesse a solidificação de um modelo que vê a gravidez, o parto e o nascimento como doenças e não como sinais de saúde. As mulheres e recém-nascidos são sujeitos a várias intervenções que deveriam ser empregadas em caso de necessidade, e não como rotineiras.⁽³⁾

Em documento divulgado pela Defensoria Pública de São Paulo a Violência Obstétrica (VO) é definida como: "Apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais de saúde, através do tratamento desumanizado, abuso da medicalização e patologização dos processos naturais, causando a perda da autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres".⁽⁴⁾

A mulher pode sofrer violência institucional durante todas as etapas de sua gestação, mas neste trabalho um destaque é dado à violência que ocorre no momento do trabalho de parto e parto, período caracterizado por maior vulnerabilidade feminina e pela expectativa do nascimento de um filho. As dificuldades e problemas vivenciados pelas parturientes podem tornar a experiência da parturição dolorosa, sofrida e triste para mulher.^(5,6)

Este estudo teve como objetivo conhecer o significado de violência obstétrica para os profissionais que atuam na assistência ao trabalho de parto e parto.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo, exploratório e transversal.

Os participantes da pesquisa foram 22 profissionais que prestam ou prestaram assistência à mulher durante o trabalho de parto e parto, sendo enfermeiros, enfermeiro obstétrico, médico obstetra e técnico de enfermagem. O tamanho da amostra foi determinado quando as autoras identificaram redundância ou repetição das informações.⁽⁷⁾

Os critérios de elegibilidade foram os seguintes: ter prestado duas ou mais assistências à mulher durante o trabalho de parto e parto no ambiente hospitalar; ter prestado assistência à mulher durante o trabalho de parto e parto no município do estudo; ter prestado assistência à mulher durante o trabalho de parto e parto após 2015, ou seja, após a adesão municipal à Rede Cegonha.

Este estudo foi realizado na cidade de Itajubá, localizada no sul do estado de Minas Gerais, Brasil.

A coleta de dados ocorreu em 2018, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa. Para encontrar os profissionais foi utilizado a técnica Snow Ball ou Bola de Neve. Para aplicar a coleta de dados por Snow Ball, o primeiro participante da pesquisa indicou o próximo e assim sucessivamente até que o número de participantes necessários para a conclusão da pesquisa foi alcançado, neste trabalho, quando atingiu a saturação dos dados.⁽⁷⁾

No dia da entrevista foi apresentado e explicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, a entrevista somente teve início após a autorização e assinatura do documento. A coleta dos dados teve início com o preenchimento de um formulário sobre a caracterização pessoal e profissional do participante, com as seguintes variáveis: idade, gênero, profissão e titulação máxima. Após foi realizada uma entrevista semiestruturada gravada, na qual o participante respondeu à pergunta norteadora: qual o significado de violência obstétrica?

Os dados coletados nas entrevistas foram analisados utilizando a proposta de análise de conteúdo de Bardin. A análise de conteúdo é definida como "conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens".⁽⁸⁾

As diferentes etapas da análise se estabelecem em três polos, os quais: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. A pré-análise compreende a organização, sendo um momento que objetiva sistematizar as ideias. Nesta fase é realizada a escolha dos documentos a serem analisadas, a formulação de hipóteses e dos objetivos e a elaboração de indicadores que fundamentam a interpretação final.⁽⁸⁾

A exploração do material é uma fase longa o qual é constituída por operações de codificação, decomposição

ou enumeração. A codificação é composta por três escolhas: o recorte, escolha das unidades; a enumeração, escolha das regras de contagem; a classificação e a agregação e escolha das categorias⁸.

No tratamento dos resultados obtidos e interpretação, as categorias formadas foram discutidas nos dados significativos e ativos que respondem ao objetivo do estudo e realizado a comparação com os estudos existentes.⁽⁸⁾

O estudo seguiu os preceitos da Resolução nº 466/2012 do Ministério da Saúde. Este artigo faz parte da pesquisa intitulada "Significado e percepção de violência obstétrica para os profissionais que atuam na assistência ao trabalho de parto e parto". A pesquisa teve início após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob o protocolo CAAE: 80069417.3.0000.5099.

RESULTADOS

Em relação às características pessoais dos profissionais de saúde, 72,7% foram do gênero feminino e 27,3% foram do gênero masculino, com idade média de 36,3 anos. Em relação à profissão, 45,5% eram técnicos de enfermagem, 31,8% eram médicos e 22,7% eram enfermeiros. A titulação máxima mais observada foi o nível técnico com 45,5%, seguido pela pós-graduação com 40,9%, graduação com 9,1%, e o mestrado com 4,5%. Foram elencadas seis categorias, a seguir:

Não respeitar o protagonismo da mulher

As falas a seguir ilustram a violência obstétrica como práticas e condutas que geram desconforto à mulher e são realizadas sem o consentimento da mesma.

"Na realidade é tudo aquilo que gera um desconforto para a paciente e aquilo que ela não quer [...]" (P2)

"Quando o profissional de saúde coloca seus interesses ou o que acredita ser certo acima das queixas ou mesmo escolhas da gestante ou parturiente." (P8)

"[...] e até mesmo quando realizam procedimentos sem o consentimento da mãe." (P15)

"Violência para mim é tudo que você vai fazer que você não respeita a opinião dela e o corpo da parturiente [...]" (P20)

Revela-se a partir da fala do profissional que a violência obstétrica ocorre quando a mulher é direcionada de maneira imperativa a ser assistida por meio de determinadas práticas.

"A gente poderia distribuir a violência obstétrica em vários níveis, uma violência do ponto de vista

profissional, conduzindo às vezes de forma imperativa a paciente pra determinadas práticas, por exemplo, quando um profissional induz a paciente a não aceitar o parto normal e submeter à cesariana por conforto do profissional e não da paciente, isso é uma violência." (P1)

Intervenções desnecessárias

Ao significar a violência obstétrica, os participantes citam:

"Existem outras agressões, outras violências que é não respeitar a fisiologia e tentar, por exemplo, apressar o período expulsivo, como manobras tipo Kristeller, tipo excesso de medicação, não que essas manobras nunca possam ser utilizadas, mas elas seriam utilizadas em casos de extrema necessidade com risco de óbito pra mãe ou para o feto, não como prática corriqueira." (P1)

"O desconforto é gerado por exames mais doloridos de toque, às vezes não tem o cuidado e a paciente fica descoberta ali e entra muita gente, tudo isso pode gerar um desconforto [...]" (P2)

"E por parte do médico também, colocar a ocitocina, o tal do "sorinho" sem a permissão dela, usar o fórceps, subir "em cima dela (paciente)" para empurrar [...]" (P11)

"Violência obstétrica é quando o médico não deixa o bebê nascer natural ele faz com que o bebê nasça de várias formas como o uso do fórceps, ocitocina, Kristeller que é proibido e até hoje acontece e muito." (P16)

O profissional P3 afirma que o parto normal é um evento imprevisível e destaca a facilidade da cesárea.

"Trabalho de parto é tão imprevisível, porque pode sair tudo muito bonitinho e pode na hora H o neném dar uma girada, virar numa posição ruim de nascer e você precisar colocar um fórceps." (P3)

"Depois de ter vivido 34 anos, eu acho que a facilidade da cesárea é tão grande, o anestésico ali, eu tive uma paciente semana passada que foi cesárea e ela teve bebê às sete horas da manhã, às cinco horas da tarde ela já levantou, tomou banho, trocou de roupa, já tinha feito tudo e teve alta." (P3)

Negar atendimento

Os profissionais atribuíram como violência obstétrica o acesso negado à assistência ao ciclo gravídico-puerperal.

“E existe uma violência institucional também onde a assistência, se a gente imaginar, no Brasil como um todo, é uma violência quando as pessoas não recebem nenhuma assistência, nem antes nem durante e às vezes nem depois do parto.” (P1)

“[...] ou mesmo quando nega atendimento a gestante [...]” (P8)

Relação profissional e parturiente conflituosa

Nessa categoria, os profissionais atribuíram o significado de violência obstétrica como resultado da relação conflituosa entre profissional e parturiente.

“Então o significado de violência obstétrica eu acredito que seja mais na relação médico paciente, você passa a fazer uma violência quando a relação médico-paciente não é boa [...] muitas vezes o paciente vai ganhar neném lá na maternidade ela não conhece o médico ela nunca viu, aí chega lá pega um médico grosseiro, sem educação, grosso que não atende bem os pacientes [...]” (P4)

Agressão verbal

Os profissionais significaram a violência obstétrica como agressão verbal.

“Para mim, a violência obstétrica é a gente como profissional falar coisas indesejáveis para mãe, que está em um momento tão único e especial para ela, como por exemplo, “você fez as coisas agora aguenta, você quis agora vai ter que aguentar.” (P11)

“[...] psicológica quando vêm aquelas frases que quase todo mundo já ouviu alguém falar “na hora de fazer estava bom” “na hora de fazer não chamou Deus”, e tem vários outros tipos, é tudo que você faz que denigra a imagem da parturiente. (P17)”

Desconhecimento de profissionais e parturientes

Observa-se nos depoimentos que a violência obstétrica é decorrente do desconhecimento do profissional.

“O desconhecimento do profissional acaba gerando violência, acaba gerando conduta inadequada e até uma violência de você praticar uma coisa que não estava adequado para aquele momento.” (P1)

“É quando profissional de saúde usam práticas não mais usadas no parto que afetam tanto mãe/filho, ocasionando problemas mais graves.” (P17)

Em outra fala o profissional P5 afirma a necessidade de optar por determinadas atitudes como justificativa para salvar a vida da mãe e do filho.

“As pessoas não podem confundir as coisas e achar porque aconteceu alguma coisa isso foi uma violência para a paciente, não, às vezes o profissional tem que tomar certas atitudes para poder salvar a vida da criança, salvar a vida da mãe, por exemplo, uma paciente está descontrolada emocionalmente na hora do parto e fica se mexendo sem parar, não deixa você fazer o que foi treinado para fazer, às vezes você tem que falar de uma forma mais enérgica com o paciente, mas isso é natural. Essas coisas têm que ser muito bem separadas dentro do que se chama violência.” (P5)

O profissional P5 também alegou que usuário de saúde não conhece o que traz mais benefícios durante a assistência.

“[...] o que eu estou falando é que muitas vezes o que acontece é que o que você acha que é certo e o que você aprendeu para fazer muitas vezes o paciente não entende, ele não tem formação para aquilo, ele não estudou medicina, ele não se especializou, ele não ficou 2/3 anos dentro de uma maternidade fazendo parto, então muita coisa para ele entender é difícil.” (P5)

DISCUSSÃO

Na categoria “Não respeitar o protagonismo da mulher” os profissionais descrevem a violência obstétrica como ações que impedem a mulher de exercer o papel principal durante o processo parturitivo. O modelo obstétrico atual coloca a mulher em situação de fragilidade e submissão ao profissional, além de ser uma situação que torna o corpo como objeto. O parir passa a ser um procedimento técnico, a figura do médico assume o papel principal, retirando o protagonismo feminino.^(9,10)

A falta de explicações e orientações e o medo do que será realizado com a mulher retira dela o poder sobre seu corpo, fortalece a passividade e dificulta seu protagonismo e autonomia durante o trabalho de parto e parto. Nessa perspectiva, elas observam-se oferecendo seu corpo, sua vida e seus filhos nas mãos desconhecidas de profissionais de saúde.⁽¹¹⁾

O protagonismo da mulher é negligenciado diante da equipe de saúde que se coloca como detentora do conhecimento e das decisões.⁽¹²⁾ A violência obstétrica anula os direitos e protagonismo da mulher, retira o poder

de decisão e autonomia da mulher sobre o seu corpo.⁽¹³⁾ Corroborando com os autores, nessa pesquisa evidenciou-se que o desrespeito ao protagonismo da mulher é uma violência obstétrica.

Na categoria “Intervenções desnecessárias” os profissionais atribuíram como significado da violência obstétrica as práticas assistenciais realizadas durante o trabalho de parto sem necessidade clínica e embasamento científico.

O desrespeito à fisiologia ocorre quando é priorizado a evolução do trabalho de parto e o nascimento em curto espaço de tempo, em benefício da equipe profissional, visando à liberação dos mesmos para outras atividades. Essa conduta contribui para elevar o número de cesáreas e manter o modelo intervencionista.⁽¹⁴⁾ As falas dos participantes deste estudo corroboram com o autor, pois, atribuem como significado de violência obstétrica o desrespeito à fisiologia do parto, apressando o período de expulsivo.

Evidências científicas têm comprovado que muitas práticas na assistência obstétrica e neonatal são empregadas sem a validação por estudos científicos bem delimitados. O uso rotineiro de práticas vistas como arcaicas pelas evidências atuais deve ser evitado, como o enema, episiotomia de rotina, entre outros. Somente práticas validadas devem ser utilizadas, objetivando um nascimento seguro para a mãe e a criança, com o menor número de intervenções necessárias.⁽⁹⁾

No que diz respeito à visão do parto, muitas mulheres têm suas concepções embasadas na assistência intervencionista. Essa assistência invasiva quando vivenciada pelas mulheres contribuem para a visão do parto normal como um processo muito doloroso e sofrido.⁽¹⁵⁾ Essa noção advém do legado de um modelo tecnocrático de assistência ao parto, que compartilhou a ideia de passividade da parturiente imobilizada que sofre intervenções por profissionais desconhecidos para encurtar o tempo até o nascimento. Então originou-se socialmente uma cultura da cesárea, onde passou a ser vista como regra e mais confiável.⁽¹⁴⁾

O aumento dos índices de cesárea seria decorrente de fatores como a convicção dos médicos de que a cirurgia é mais segura, a pouca destreza dos profissionais para assistir o parto vaginal, maior vantagem e lucro para esses profissionais e também pelos médicos preverem que há uma predileção feminina pela cirurgia.⁽¹⁶⁾

Na categoria “Negar atendimento” a violência obstétrica é relacionada à falta de acesso à assistência obstétrica à mulher durante o processo parturitivo. A violência obstétrica pode dar-se por meio da falta de apoio, desrespeito e recusa de atendimento por parte de alguns profissionais, caracterizando a violência institucional.⁽¹⁷⁾

A precariedade do acesso aos serviços de saúde, faz com que algumas mulheres em trabalho de parto experimentem uma jornada à procura de uma vaga na rede pública hospitalar. Esse processo de peregrinação acarreta sério risco para a vida da mãe e do feto caso o acolhimento não aconteça em tempo hábil, propiciando desfechos negativos do parto e elevação das taxas de mortalidade materna e neonatal.⁽¹⁸⁾

Evidenciou-se na pesquisa “Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre o Parto e Nascimento” que somente 59% das mulheres entrevistadas receberam informações acerca da maternidade de referência para internação para o parto, contradizendo a Lei n. 11.634, de 27 de dezembro de 2007, que determina o direito da gestante a conhecer e vincular-se à maternidade onde receberá atendimento durante na esfera do SUS. O estudo apontou que aproximadamente um quinto das mulheres buscou mais de um serviço para ingresso durante o trabalho de parto. As principais justificativas para essa jornada em procura de uma maternidade foram à falha de condição de atendimento por falta de médicos, materiais e equipamentos.⁽¹⁹⁾

A “Relação profissional e parturiente conflituosa” é caracterizada como fator para a existência da violência obstétrica. A relação conflituosa entre o médico e a mulher é causada pela falta de informação sobre a fisiologia do parto, pela falta de solidariedade, responsabilidade e afetividade entre os sujeitos envolvidos, gerando desconforto entre o desejo da mulher e o que é determinado pelo médico.⁽²⁾

Os profissionais significaram a violência obstétrica como “Agressão verbal”. A agressão verbal é um tipo de violência verbal e está associada ao caráter psicológico, sendo todo ato verbal ou comportamental que gere na mulher sentimentos de inferioridade, abandono, vulnerabilidade, instabilidade emocional, medo, insegurança, alienação, perda da integridade, dignidade e acuação. Exemplos desse tipo de violência que ocorrem nas maternidades são: ameaças, mentiras, gozações, piadas, humilhações, grosserias, chantagens, ofensas, omissão de informações, informações oferecidas em linguagem pouco acessível, desrespeito ou desprezo de seus padrões culturais.⁽²⁰⁾

Uma pesquisa realizada em 14 maternidades do estado do Tocantins destacou a violência verbal como segundo tipo de violência mais praticada nas oito regiões de saúde. Caracterizado sob a forma de tratamento grosseiro, ameaças, repressões, entre outros. As mulheres relataram ter recebido orientações de outras parturientes a permanecerem caladas, reconhecendo que foram vítimas de violência no momento do parto.⁽²¹⁾

Na categoria “Desconhecimento de profissionais e parturientes” os profissionais identificaram o desconhecimento de profissional e parturiente no processo de parto como fator para a ocorrência de violência obstétrica.

No cenário atual brasileiro de atenção ao parto, o exercício dos profissionais de saúde não se encontra embasada em evidências e estaria vinculada ao desconhecimento e a uma crença dos profissionais de que a experiência profissional importa mais do que a produção científica da área de obstetria.⁽²²⁾

Corroborando com os achados, no estudo realizado em sete maternidades pertencentes à rede pública da Região Centro-Oeste de Minas Gerais, evidenciou que a relação entre o médico e a paciente usualmente é rodeada por um discurso dissimétrico entre um pressuposto saber do médico com uma imaginável não saber da paciente. O médico acredita ter um saber científico satisfatório para conduzir o trabalho de parto. Nos depoimentos dos participantes percebe-se que relação é considerada assimétrica, hierárquica e de poder.⁽²⁾

Estudo realizado com puérperas e profissionais trabalhadores de maternidades da região de São Paulo, permitiu evidenciar que alguns tipos de maus-tratos e desrespeitos podem ser vistos como violência em alguns casos, mas em outros como parte do exercício da autoridade profissional. O ato de gritar com a usuária pode ser considerado como tratamento grosseiro, porém se o ato é dirigido a uma paciente identificada como “descontrolada” pelo profissional não constitui como violência obstétrica.⁽²³⁾

A perpetuação da violência obstétrica decorre do desconhecimento da mulher em relação aos seus direitos sexuais e reprodutivos. Elas não conseguem diferir se sofreram ou não ações violentas pois confiam nos profissionais, e também pela própria ocasião de fragilidade física e emocional que os procedimentos obstétricos trazem.⁽²⁴⁾

Estudo realizado com 19 enfermeiras de um hospital de referência materno-infantil da cidade de Belém, Pará, evidenciou que as situações que predispoem as parturientes

a sofrerem Violência Obstétrica são a falta de escolaridade e a falta de conhecimento sobre os procedimentos realizados no parto. A carência de informação das mulheres as leva a entender que todos os procedimentos a serem realizados são rotinas do hospital para auxiliar a salvar a vida do recém-nascido.⁽²⁵⁾

A limitação do estudo advém da amostra não homogênea, com prevalência de entrevistadas do gênero feminino e desproporção entre as categorias profissionais.

Como contribuição para a prática, espera-se que os profissionais que atuam no atendimento ao ciclo gravídico-puerperal reflitam sobre a importância da assistência pautada em princípios humanísticos e evidências científicas sólidas.

CONCLUSÃO

O estudo permitiu verificar que os profissionais conhecem o significado de Violência Obstétrica, pois as suas falas corroboram com a literatura e retratam a realidade nas maternidades. Para a maioria dos profissionais a violência obstétrica é o desrespeito da mulher como protagonista do processo parturitivo. O emprego de intervenções desnecessárias, usadas em benefício do profissional e contra as evidências científicas, foram caracterizadas como Violência Obstétrica e apontadas como uma realidade a ser mudada.

AGRADECIMENTOS

O presente trabalho foi realizado com apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG).

CONTRIBUIÇÕES

a) concepção do estudo: ACB, GMR. b) desenho do estudo: GMR. c) coleta dos dados: ACB, SLO. d) análise e interpretação dos dados: ACB, SLO, GMR. e) redação do manuscrito: ACB. f) revisão crítica do manuscrito: ACB, GMR. g) aprovação da versão final a ser publicada: ACB, GMR.

REFERÊNCIAS

1. Gomes SC, Teodoro LP, Pinto AG, Oliveira DR, Quirino GS, Pinheiro AK. Rebirth of childbirth: reflections on medicalization of the Brazilian obstetric care. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(5):2594-8.
2. Oliveira VJ, Penna CM. O discurso da violência obstétrica na voz das mulheres e dos profissionais de saúde. *Texto Contexto Enferm*. 2017;26(2):e06500015.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017 [cited 2017 Jun 2]. Available from: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf
4. Venezuela. Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia [Internet]. *Diario Oficial de la Federación*; 2007 [cited 2017 Jul 20]. Available from: http://venezuela.unfpa.org/documentos/Ley_mujer.pdf
5. Organização Mundial da Saúde. Maternidade segura: Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde [Internet]. Genebra, Suíça; 2014 [cited 2017 May 1]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf;jsessionid=FC9E12A250EA82292D99AF939EAC917E?sequence=3

6. Rennó GM, Mairink AP, Gradim CV. Obstetric Violence: Women's Perception of Assistance. *EC Nursing Healthcare*. 2021;3(2):30-8.
7. Polit DF, Beck CT. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7a ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.
8. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
9. Andrade MA, Lima JB. O Modelo Obstétrico e Neonatal que Defendemos e com o qual Trabalhamos. In: Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos HumanizaSUS: Humanização do parto e do nascimento [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014 [citado 2017 Maio 1]. Disponível em: http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/caderno_humanizausus_v4_humanizacao_parto.pdf
10. Gonçalves L, Ferigato S, Souza TP, Cunha GT. Parto Domiciliar como um Dispositivo de Humanização das Práticas de Saúde no Brasil. In: Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos HumanizaSUS: Humanização do parto e do nascimento [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014 [citado 2017 Jan 12]. Disponível em: http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/caderno_humanizausus_v4_humanizacao_parto.pdf
11. Scarton J, Prates LA, Wilhelm LA, Silva SC, Possati AB, Ilha CB, et al. "No final compensa ver o rostinho dele": vivências de mulheres-primíparas no parto normal. *Rev Gaúcha Enferm*. 2015;36(Esp):141-3.
12. Martins CP, Nicolotti CA, Vasconcelos MF, Melo RA. Histórico do Modelo de Atenção ao Parto e Nascimento com que Trabalhamos. In: Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos HumanizaSUS: Humanização do parto e do nascimento [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014 [citado 2017 Maio 1]. Disponível em: http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/caderno_humanizausus_v4_humanizacao_parto.pdf
13. Rodrigues DP, Alves VH, Vieira RS, Leão DC, Paula E, Pimentel MM. A violência obstétrica no contexto do parto e nascimento. *Rev Enferm UFPE on line*. 2018;12(1):236-46.
14. Oliveira VJ, Penna CM. Every birth is a story: process of choosing the route of delivery. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(3):1228-36.
15. Bezerra EO, Bastos IB, Bezerra AK, Monteiro PV, Pereira ML. Aspectos da Violência Obstétrica Institucionalizada. *Enferm Foco*. 2020;11(6):157-64.
16. Riscado LC, Jannotti CB, Barbosa RH. A decisão pela via de parto no Brasil: temas e tendências na produção da saúde coletiva. *Texto Contexto Enferm*. 2016;25(1):e3570014.
17. Rodrigues DP, Alves VH, Penna LH, Pereira AV, Branco MB, Silva LA. A peregrinação no período reprodutivo: uma violência no campo obstétrico. *Esc Anna Nery*. 2015;19(4):614-20.
18. Castro AT, Rocha SP. Violência Obstétrica e os cuidados de enfermagem: reflexões a partir da literatura. *Enferm Foco*. 2020;11(1):176-81.
19. Brasil. Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre parto e nascimento. Sumário executivo temático nascer no Brasil [Internet]. Brasília (DF): Fundação Oswaldo Cruz; 2014 [citado 2019 Jan 12]. Disponível em: www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/anexos/nascerweb.pdf
20. Brasil. Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres. Violência Obstétrica: "Parirás com dor" [Internet]. Brasília (DF); 2012 [citado 2017 Maio 1]. Disponível em <https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>
21. Guimarães LB, Jonas E, Amaral LR. Violência obstétrica em maternidades públicas do estado do Tocantins. *Rev Estud Fem*. 2018;26(1):e43278.
22. Zanardo GL, Uribe MC, Nadal AH, Habigzang LF. Violência Obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. *Psicol Soc*. 2017;29:e155043.
23. Aguiar JM, d'Oliveira AF, Schraiber LB. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. *Cad Saúde Pública*. 2013;29(11):2287-96.
24. Jardim DM, Modena CM. Obstetric violence in the daily routine of care and its characteristics. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2018;26:e3069.
25. Leal SY, Lima VL, Silva AF, Soares PD, Santana LR, Pereira A. Percepção de enfermeiras obstétricas acerca da violência obstétrica. *Cogitare Enferm*. 2018;23(2):e52473.

CARACTERIZAÇÃO DE MEMBROS DE COMITÊS DE ÉTICA EM PESQUISA DE UMA CAPITAL DO NORDESTE BRASILEIRO

CHARACTERIZATION OF MEMBERS OF RESEARCH ETHICS COMMITTEES IN A CAPITAL OF NORTHEASTERN BRAZIL

CARACTERIZACIÓN DE LOS MIEMBROS DE LOS COMITÉS DE ÉTICA QUE INVESTIGAN UNA CAPITAL EN EL NORESTE DE BRASIL

Rosinete Souza Barata¹ (<https://orcid.org/0000-0002-9084-1625>)

Karla Ferraz dos Anjos¹ (<https://orcid.org/0000-0002-5453-8303>)

Ednalva Alves Heliodoro¹ (<https://orcid.org/0000-0003-4008-8417>)

Kelly Cruz Pimentel Sampaio¹ (<https://orcid.org/0000-0003-3494-7510>)

Alciene Pereira da Silva¹ (<https://orcid.org/0000-0001-8047-5994>)

Darci de Oliveira Santa Rosa¹ (<https://orcid.org/0000-0002-5651-2916>)

Descritores

Membro de comitê; Comitês de ética em pesquisa; Instituições de ensino; Ética em pesquisa; Bioética

Descriptors

Ethics committee; Ethics committees research; Teaching institutions; Research ethics; Bioethics

Descriptores

Comitê de ética; Comitês de ética em investigação; Instituciones académicas; Ética de la investigación; Bioética

Recebido

25 de Fevereiro de 2021

Aceito

15 de Maio de 2021

Conflitos de interesse:

manuscrito extraído da dissertação intitulada "Problemas morais e/ou éticos vivenciados por membros de comitês de ética em pesquisa", 2021, na Universidade Federal da Bahia. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde. Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Departamento de Enfermagem. Salvador, Bahia, Brasil.

Autor correspondente

Rosinete Souza Barata

E-mail: rsouzarabata.enfa@gmail.com

RESUMO

Objetivo: Caracterizar membros de comitês de ética em pesquisa implantados em instituições de ensino superior e em hospitais de uma capital do Nordeste brasileiro.

Métodos: Estudo descritivo, por meio de questionário online, aplicado na plataforma *Google Forms*, tendo como participantes 39 membros efetivos que atuavam em comitês de ética em pesquisa implantados em instituições de ensino superior e em hospitais.

Resultados: Dos participantes que responderam, 59,0% pertenciam ao gênero feminino, 51,2% eram pardos, 54,0% mestres, 49,0% casados, 38,4% pertencem à categoria profissional professor (a), 54,0% dos participantes disseram não haver treinamento inicial, 51% disseram haver formação continuada, 79,5% relataram atuar em comitês de ética em pesquisa na instituição na qual trabalham.

Conclusão: Os membros dos comitês de ética de uma capital no nordeste brasileiro possuem características necessárias para atuarem nesses colegiados, mas há necessidade de redimensionamento em alguns aspectos para que de fato possa haver proteção e garantia aos direitos e interesses dos participantes da pesquisa.

ABSTRACT

Objective: To characterize members of research ethics committees located in institutions of higher education and in hospitals in a capital of Northeastern Brazil.

Methods: A descriptive study, using an online questionnaire, applied on the Google Forms platform, with 39 effective members who worked on research ethics committees in higher education institutions and hospitals as participants.

Results: Of the participants who responded, 59.0% were female, 51.2% were brown, 54.0% masters, 49.0% married, 38.4% belong to the professional category teacher (a), 54.0% of participants said there was no initial training, 51% said there was continuing training, 79.5% reported working on research ethics committees at the institution where they work.

Conclusion: The members of the ethics committees of a capital city in northeastern Brazil have the necessary characteristics to act in these collegiate bodies, but there is a need to resize in some aspects so that in fact there can be protection and guarantee to the rights and interests of the research participants.

RESUMEN

Objetivo: Caracterizar a los miembros de los comités de ética en investigación ubicados en instituciones de educación superior y en hospitales de una capital del noreste de Brasil.

Métodos: Estudio descriptivo, mediante cuestionario online, aplicado en la plataforma Google Forms, con 39 miembros efectivos que trabajaron en comités de ética en investigación en instituciones de educación superior y hospitales como participantes.

Resultados: De los participantes que respondieron, 59,0% eran mujeres, 51,2% morenos, 54,0% maestros, 49,0% casados, 38,4% pertenecen a la categoría profesional docente (a), 54,0% de los participantes dijeron que no había formación inicial, el 51% dijo que había formación continua, el 79,5% informó que trabaja en comités de ética en investigación en la institución donde trabaja.

Conclusión: Los miembros de los comités de ética de una ciudad capital en el noreste de Brasil tienen las características necesarias para actuar en estos órganos colegiados, pero es necesario redimensionar en algunos aspectos para que de hecho pueda haber protección y garantía a los derechos y intereses de los participantes en la investigación.

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

Como citar:

Barata RS, Anjos KF, Heliodoro EA, Sampaio KC, Silva AP, Rosa DO. Caracterização de membros de Comitês de Ética em Pesquisa de uma capital do Nordeste brasileiro. *Enferm Foco*. 2021;12(4):794-800.

DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n4.4620>

INTRODUÇÃO

O controle social das pesquisas envolvendo seres humanos ganhou notoriedade com o julgamento, pelo Tribunal de Nuremberg, das atrocidades cometidas por soldados contra prisioneiros na Segunda Guerra Mundial. Desta forma, após esse julgamento, em 1947, criou-se o Código de Nuremberg, que é reconhecido internacionalmente como marco na recomendação de diretrizes éticas para pesquisas envolvendo seres humanos. Em 1964, foi publicada a Declaração de Helsinque pela Associação Médica Mundial, que entre outras contribuições, após atualização em 1975, introduziu a recomendação de criação de Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs).⁽¹⁾

Os CEPs possibilitam que as pesquisas realizadas nas instituições sejam desenvolvidas conforme os padrões éticos, além de favorecer aproximação entre pesquisadores, instituições envolvidas e diretrizes éticas.⁽²⁾ Além da função deliberativa, esses comitês têm função educativa e consultiva e, nesse sentido, se assemelham às funções desempenhadas pelos Comitês de Ética de Enfermagem (CEE).⁽³⁾ Por meio dos membros desses colegiados, são defendidos e protegidos os direitos dos participantes da pesquisa, bem como garantido que pesquisas envolvendo seres humanos sejam desenvolvidas conforme os princípios éticos e bioéticos.⁽⁴⁾

Portanto, faz-se necessário que as pessoas que se voluntariam para atuar como membros em CEP sejam imbuídas de valores éticos e morais, que se coadunem com a defesa e o respeito à vida daqueles que, de forma, também voluntária, se colocam como participantes de pesquisas. A consideração a esses princípios deve ser observada inclusive em relação à autonomia pessoal em final de vida, ou seja, quando a pessoa tenha deixado sua vontade expressa nas Diretivas Antecipadas da Vontade (DAV) e seu familiar e/ou responsável legal seja o encarregado de cumpri-las, por exemplo, doação do corpo para pesquisa.^(5,6)

Nesse sentido, importa que os membros de CEPs tenham perfil crítico, reflexivo, protetor e respeitador da dignidade dos participantes de pesquisa e disposição para garantir que os projetos de pesquisa analisados de fato possam contribuir para o desenvolvimento da ciência dentro de padrões éticos. Este perfil deve englobar flexibilidade para analisar diferentes desenhos de estudos, tendo em vista que cada área do saber tem peculiaridades.⁽⁷⁾ Também deve haver multidisciplinariedade e interesse pelo estudo da bioética por parte dos membros desses Comitês.⁽⁸⁾

A despeito da importância de se conhecer os membros de CEPs, não há quantidade significativa de estudos abordando as características destes membros. Todavia, estudar sobre formas de fortalecimento do controle social nas pesquisas com seres humanos é prioridade na Agenda Nacional

de Prioridades de Pesquisa em Saúde (ANPPS).⁽⁹⁾ Dessa forma, estudar sobre a caracterização de membros de comitê de ética em pesquisa tem relação com a relevância deste estudo, pois a forma de atuação desses Comitês pode estar relacionada às características de seus membros, e é possível que, por exemplo, a formação influencie na tomada de decisão dessas pessoas.⁽¹⁰⁾ Assim, este estudo objetiva caracterizar membros de CEPs implantados em instituições de ensino superior e em hospitais de uma capital do Nordeste brasileiro.

MÉTODOS

Estudo descritivo com abordagem qualitativa.

O estudo foi realizado em 10 CEPs, localizados em uma capital do Nordeste brasileiro e selecionados por conveniência: 01 implantado em instituição de ensino superior (IES) estadual; 07 em IES vinculadas a órgão público federal; e 02 em hospitais, também vinculados a órgão público federal.

Participaram da pesquisa 39 pessoas que atuavam como membros efetivos de CEPs, dos quais 04 coordenadores, 05 vice-coordenadores e 05 representantes dos usuários. Definiu-se como critérios de inclusão ser membro efetivo de CEP, independentemente das características sociodemográficas e/ou atribuição no Comitê e, ser responsável por analisar e emitir parecer de projetos de pesquisa. Quanto aos critérios de exclusão foram definidos estar de licença, estar de férias, ou estar afastado por qualquer motivo.

A disponibilização dos contatos para envio de convites ocorreu após discussão do projeto nas reuniões de cada CEP e mediante autorização de seus membros. Assim, foram encaminhados 104 convites aos membros de cada comitê, via e-mail e /ou WhatsApp, incluindo nesse convite o *link* para acesso do questionário online. Foi também encaminhado a cada pessoa texto com apresentação da pesquisadora e da equipe, um breve relato sobre a intenção do estudo e cópia do parecer de aprovação do projeto de pesquisa.

Os dados foram coletados por questionário desenvolvido e aplicado por meio da plataforma *Google Forms*, com questões elaboradas pela pesquisadora e auto aplicado. A coleta de dados teve início em 10 de setembro de 2020 e foi encerrada em 13 de outubro do mesmo ano. O instrumento de coleta de dados foi dividido em três partes e continha questões fechadas e abertas, algumas com possibilidade de mais de uma resposta objetiva (caixas de seleção).

Após coleta, os dados foram organizados por CEP, em planilha Excel, com codificação para evitar identificação dos participantes. Os resultados foram apresentados de forma descritiva, conforme frequências simples e percentual calculado, considerando gênero, cor autodeclarada, escolaridade, estado civil, religião, profissão, ocupação,

treinamento inicial e formação continuada do membro de CEP, a participação desse membro em atividades educativas e o local de implantação do CEP.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo CEP da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (Parecer nº 4.255.337; CAAE 36248120.7.0000.5531). O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi inserido no questionário online e assinado virtualmente à medida que a pessoa concordasse em participar da pesquisa. Foi disponibilizado link para realização de download do TCLE pelo participante.

RESULTADOS

A tabela 1 apresenta a síntese dos principais resultados relativos aos dados sociodemográficos dos membros dos CEPs. Foi visto que a maioria dos participantes do estudo é do gênero feminino (59,0%), pessoas pardas (51,2%) e pouca participação de pretos (18,0%), casados (49,0%). Ressalte-se que há maior percentual de pessoas com cursos de especialização e (31,0%) e mestrado (54,0%). A religião que se destacou entre os participantes foi a católica (46%).

Tabela 1. Dados sociodemográficos dos membros de CEP

Características	n(%)
Gênero	
Masculino	16(41,0)
Feminino	23(59,0)
Raça/cor da pele autodeclarada	
Branca	12(31,0)
Preta	7(18,0)
Parda	20(51,2)
Escolaridade/Pós-Graduação	
Especialização	12,0(31,0)
Mestrado	21,0(54,0)
Doutorado	18(46,1)
Pós-Doutorado	4(10,0)
Estado civil	
Solteiro (a)	14(36,0)
Casado (a)	19(49,0)
União estável	4(10,0)
Divorciado (a)	2(5,1)
Religião	
Católica	18(46,1)
Outras	12(31,0)
Sem religião e/ou não responderam	9(23,1)

No que tange à área de formação, nota-se a maioria dos participantes enquadra-se na categoria das ciências da saúde (51,3%) demonstrado na tabela 2. Houve participantes com formação em mais de uma área do conhecimento (8,0%).

Quanto a categoria profissional dos participantes houve destaque para a docência (23,1%), mas foi na área da saúde maior percentual de profissionais (41,0%) como pode ser visto na tabela 3. A área de formação nem sempre coincide

Tabela 2. Áreas do conhecimento dos membros de CEP

Áreas do conhecimento	n(%)
Ciências da saúde	
Medicina	5(13,0)
Farmácia	3(8,0)
Enfermagem	4(10,2)
Odontologia	4(10,2)
Nutrição	4(10,2)
Ciências sociais aplicadas	
Direito	3(8,0)
Administração	1(3,0)
Serviço social	2(5,1)
Ciências humanas	
Filosofia	4(10,2)
Psicologia	5(13,0)
Ciências biológicas	
Biologia	2(5,1)
Ciências exatas e da terra	
Estatística	2(5,1)
Ciências agrárias	
Medicina veterinária	1(3,0)
Linguística, letras e artes	
Letras	1(3,0)
Outros	
Pedagogia	2(5,1)
Interdisciplinar em saúde	1(3,0)
Licenciatura em ciências	1(3,0)
Dupla formação	3(8,0)

com a categoria profissional do participante, a exemplo do que ocorre nas áreas/profissões de Enfermagem e de Farmácia. Um dos representantes dos usuários, participante do estudo, tem formação universitária em Pedagogia, com curso de doutorado (não especificado).

Tabela 3. Categorias profissionais dos membros de CEP

Profissão	n(%)
Ciências da saúde	
Médico (a)	5(13)
Farmacêutico (a)	1(3,0)
Enfermeiro (a)	3(3,0)
Dentista	4(10,2)
Nutricionista	3(8,0)
Ciências sociais aplicadas	
Advogado (a)	1(3,0)
Administrador (a)	1(3,0)
Assistente social	1(3,0)
Ciências humanas	
Filósofo (a)	2(5,1)
Psicólogo (a)	4(10,2)
Antropólogo (a)	1(3,0)
Ciências biológicas	
Biólogo (a)	1(3,0)
Ciências exatas e da terra	
Estatístico (a)	2(5,1)
Ciências agrárias	
Médico (a) veterinário (a)	1(3,0)
Outros	
Pesquisador (a)	2(5,1)
Sanitarista	1(3,0)
Professor (a)	9(23,1)
Atua em mais de uma profissão	2(5,1)

De acordo com a tabela 4, 54,0% dos participantes não receberam treinamento inicial para atuar como membro de CEP e 26,0%) relataram não participação na formação continuada promovida pelo respectivo Comitê. A respeito da periodicidade com que ocorre a formação continuada do membro de CEP, 44,0% disseram ser anual. Entre as atividades educativas desenvolvidas pelo CEP para promoção de educação continuada, destaca-se a participação em seminários (51,3%). As atividades identificadas como 'outros', estão cursos oferecidos pela Comissão Nacional de Pesquisa (CONEP). Nota-se que 79,5% dos Comitês estão implantados em instituição onde o participante trabalha, incluindo nesse percentual o participante de usuário. Sobre trocas de experiências com membros de outros Comitês, 56,4% disseram inexistir trocas. Quanto à existência de incentivos pela instituição que trabalha por atuar como membro de CEP, 51,3% negaram recebimento de incentivos.

Tabela 4. Treinamento inicial, atividades para educação continuada, local de implantação do CEP e trocas de experiências dos membros de CEPs

Atividades	n(%)
Treinamento inicial	
Sim	17(44,0)
Não	21(54,0)
Não respondeu	1(3,0)
Periodicidade da formação continuada	
Mensalmente	2(5,1)
Semestralmente	2(5,1)
Anualmente	17(44,0)
Não recebeu	9(23,1)
Outros	6(15,4)
Não respondeu	3(8,0)
Atividades educativas para realizadas pelo CEP para formação continuada	
Seminários	20(51,3)
Palestras	18(46,1)
Congresso	1(3,0)
Outros	4(10,2)
Não participou	10(26,0)
Participou em mais de uma atividade	11(28,2)
Não respondeu	1(3,0)
CEP implantado em instituição onde participante trabalha	
Sim	31(79,5)
Não	7(18,0)
Não respondeu	1(3,0)
Trocas de Experiências com membros de outros CEPs	
Página eletrônica	8(20,5)
Fale conosco	3(8,0)
Outros	8(20,5)
Não há	22(56,4)
Não respondeu	1(3,0)
Incentivos pela instituição que trabalha por atuar como membro de CEP	
Sim	18(46,1)
Não	20(51,3)
Não respondeu	1(3,0)

DISCUSSÃO

A decisão tomada pelos membros de CEPs, ao analisarem projetos envolvendo seres humanos, não repercute apenas sobre o pesquisador, mas pode gerar consequências para seus respectivos Comitês, tornando-os corresponsáveis pelo projeto, bem como para o participante de pesquisa e a comunidade, que sofrerão os impactos oriundos da pesquisa desenvolvida.⁽¹¹⁾ Dessa forma, como toda pesquisa envolvendo seres humanos deve passar por um CEP, se torna relevante que, na composição desses Comitês, haja pessoas com capacidade para contribuir nas discussões com fundamentos éticos e/ou científicos adequados.⁽⁶⁾

Neste estudo, observou-se, na composição dos Comitês, preponderância do gênero feminino. Tem sido recorrente pesquisas científicas negligenciarem as diferenças de gênero o que pode limitar a generalização dos resultados e sua aplicação na prática. De igual modo, descuidar da distribuição equilibrada do gênero na composição do CEP pode comprometer a qualidade da discussão e da análise dos projetos de pesquisas, uma vez que o gênero pode influenciar comportamentos, percepções, divisão de poder e recursos, bem como inviabilizar as chances de inovação dentro de cada Comitê.⁽¹²⁾ Aliado a isso, a Norma Operacional (NOP) nº 001/2013 orienta ser necessária a equidade na distribuição do gênero na composição de um CEP.⁽¹³⁾

Foi observado haver predomínio de pessoas na raça/cor autodeclarada parda e pouca participação de pretos no estudo. A existência de predomínio de raça/cor também é relatada em outro estudo, que descreve maioria branca no perfil dos membros de CEP.⁽¹⁴⁾ A CONEP não exige equidade de raça/cor autodeclarada composição dos Comitês, o que pode contribuir para ausência de representatividade da variedade racial brasileira nesses colegiados. Embora a atuação como membro seja voluntária, a participação balanceada entre as diferentes raças, contribui para combater as desigualdades raciais existentes na sociedade brasileira e mitigar os impactos provenientes dessas diferenças, bem como enriquecer as discussões dos projetos de pesquisa com diferentes opiniões.⁽¹⁵⁾

Adicionalmente, foi observada na composição dos Comitês a predominância de membros com formação na área da saúde, como pode ser identificado em estudos sobre CEP de Jácome, Araújo e Garrafa (2017)⁽¹⁶⁾ e de Freitas e Novaes (2010).⁽¹⁷⁾ Em relação às categorias profissionais, embora a docência tenha se destacado, a maioria dos profissionais foram da área da saúde. A orientação da CONEP é que a distribuição dos membros de CEP, na profissão de origem, não exceda 50% da mesma categoria profissional.⁽¹⁸⁾ Todavia, foi visto no estudo a existência de participantes

com dupla formação e atuando em mais de uma categoria, o que pode gerar imprecisão nessa distribuição.

A distribuição balanceada dos membros de CEPs, em diferentes áreas do conhecimento e categorias profissionais, é essencial para contemplar o aspecto de interdisciplinaridade exigido pela CONEP e pode ampliar a percepção dos membros de CEP para avaliação ética durante as discussões dos projetos de pesquisa. Dessa forma, embora tenha sido visto maioria de profissionais formados e atuando na área da saúde, houve presença de pessoas com formação em outras áreas, que pode favorecer a discussão sobre temas comumente debatidos, por exemplo, nas ciências sociais aplicadas e humanas.⁽¹⁹⁾

No que diz respeito à maior formação acadêmica dos participantes da pesquisa observou-se predominância de Mestres, ao contrário do estudo de Lemos *et al.* (2019),⁽²⁰⁾ que relata maioria de Doutores. A NOP 001/2013 estabelece a quantidade mínima de 50% de experiência em pesquisa pelos membros de CEP.⁽¹³⁾ Dessa forma, o fato de os membros terem concluído (ou estar concluindo) curso de pós-graduação *stricto sensu* revela o engajamento dessas pessoas em pesquisas, o que pode indicar experiência em pesquisa e, portanto, possibilitar melhor compreensão dos aspectos científicos dos estudos apreciados.

Com relação ao representante dos usuários, não há norma exigindo formação acadêmica, embora, neste estudo, todos possuem curso de graduação, embora isto não seja uma exigência da CONEP. A Resolução 240, de 1997 define este representante como pessoa capacitada a contribuir com ideias e/ou opiniões que possam favorecer os interesses dos participantes de pesquisa e da coletividade.⁽²¹⁾ Dessa forma, o que deve ser exigido do representante dos usuários é sua aptidão para contribuir ética e criticamente nas discussões e a capacidade para entender as explicações feitas pelos especialistas de cada CEP sobre os aspectos científicos envolvidos em cada pesquisa.⁽²²⁾

Foi descrito pela maioria dos participantes a ausência de treinamento inicial promovida por seus respectivos Comitês e houveram participantes que relataram não participação em atividades de capacitação continuada. Além disso, a maioria afirmou inexistir trocas de experiências com membros de outros CEP. A capacitação dos membros tem relação com o direito à informação e o fato de não haver treinamento inicial e não participação nas atividades para capacitação continuada, além de interferir na concretização deste direito, contraria determinações da NOP 001/2013, que estabelece ser obrigatória, a capacitação inicial e continuada dos membros.^(10,13)

Todavia, a despeito de existir essa exigência normativa, Freitas e Novaes (2010)¹⁷ em estudo sobre o perfil de

lideranças dos CEP no Brasil, descrevem situação na qual a capacitação inicial para atuar nos Comitês ocorria de forma autodidata. Por outro lado, esta situação não é específica do Brasil, pois estudo internacional alerta para a existência de treinamento insuficiente dos membros de CEP apesar do relevante serviço que eles prestam à sociedade.⁽²³⁾

Aliado a isso, a capacitação dos membros e as trocas de experiências entre eles podem favorecer ao fortalecimento das decisões de seus membros e prepará-los para defender e proteger os interesses do participante de pesquisa além de possibilitar que os Comitês obtenham um discurso próprio.⁽¹⁶⁾ Por isso, é imprescindível que sejam ofertados cursos para preparação dos membros o que pode incluir o estudo da bioética envolvendo pesquisas com seres humanos, discussão de casos e encontros com congêneres e estimulá-los a encontrarem oportunidades extramuros através de cursos de curta duração e eventos científicos.

Quando investigado se o Comitê em que atuam, estão implantados na instituição onde estão alocados, os resultados refletem número significativo de membros atuando na mesma instituição, incluindo representantes dos usuários nesse quantitativo. No entanto, a CONEP determina que estes representantes não devem atuar em Comitê na instituição e/ou órgão de gestão governamental a que ele tenha vínculo.⁽¹⁸⁾ Essa determinação é relevante, pois a presença do representante dos usuários no CEP é uma forma de se oportunizar a participação de pessoas que utilizam os serviços prestados pela instituição, e/ou pessoas que, com mais frequência, se voluntariam como participantes de pesquisa. Assim, ter vínculo com a instituição pode comprometer a opinião dessas pessoas durante as discussões dos protocolos, podendo não refletir os interesses da comunidade a que pertencem.

Quanto à previsão de incentivos aos membros pelas instituições nas quais os Comitês estão inseridos, 46,1% afirmaram inexistir este incentivo aproximando-se dos resultados encontrados em estudo de Barbosa, Francisco & Martinez (2018).⁽¹⁴⁾ Todavia, por exercerem atividades de relevância pública, a CONEP orienta que as instituições nas quais os membros trabalhem devam dispensá-los nos horários que estiverem atuando no Comitê.⁽¹⁸⁾ Além do estabelecimento dessa carga horária específica, outras formas de incentivo podem ser estabelecidas como a participação do membro para pontuação durante a avaliação de produtividade e/ou da progressão funcional.⁽¹⁰⁾ São formas de incentivar a participação dessas pessoas, uma vez que cada vez mais há aumento no número de projetos submetidos aos CEP e há uma tendência na recusa para atuar como membro de Comitês de Ética pela ausência de incentivos.⁽⁷⁾

Este estudo tem limitações, entre as quais, ausência de maior adesão dos membros de CEPs no estudo, o que pode comprometer a generalização dos resultados para os demais Comitês distribuídos no Brasil.

Os resultados desse estudo poderão ser úteis para subsidiar políticas e/ou estratégias para a estruturação de novos CEPs, para a formação e capacitação de seus membros de modo a fortalecer o controle social nas pesquisas envolvendo seres humanos.

CONCLUSÃO

Verificou-se que, os membros de CEPs do estudo são predominantemente do gênero feminino, com raça/cor autorreferida parda e casados. A maioria possui formação na área de ciências da saúde e titulação de mestre e atuam como professores. A alta qualificação acadêmica contribui para atuação no CEP, porém sugere-se a formação e/ou cursos de curta duração em ética em pesquisa e bioética como pré-requisito para atuação em CEP. Os resultados da investigação demonstraram ainda, a existência de

peças que se comprometem, de forma voluntária, para que as pesquisas envolvendo seres humanos desenvolvessem-se conforme padrões éticos. Desse modo, os autores recomendam que se reflita sobre os princípios éticos e bioéticos como forma de maximizar a relevância das atividades realizadas por membros de CEPs e de se manter uma composição conforme as orientações preconizadas pela CONEP. Por outro lado, embora a pesquisa revele importantes informações, é temerário fazer generalizações a respeito dos dados encontrados, pois deve haver mais estudos nessa temática para melhor apreensão do fenômeno.

CONTRIBUIÇÕES

Concepção e/ou desenho do estudo: Rosinete Souza Barata, Karla Ferraz dos Anjos, Darci de Oliveira Santa Rosa; redação, análise e interpretação dos dados, revisão crítica, revisão e aprovação da versão final do manuscrito: Rosinete Souza Barata, Karla Ferraz dos Anjos, Ednalva Alves Heliodoro, Kelly Cruz Pimentel Sampaio, Alciene Pereira da Silva, Darci de Oliveira Santa Rosa.

REFERÊNCIAS

- Barbosa CA, Veras RM. Perspectivas históricas dos comitês de ética em pesquisa no Brasil: Uma revisão da literatura. *Saúde Transform Soc.* 2020;11(2):133-42.
- Beshir L. Research ethics committees in laboratory medicine. *EJIFCC.* 2020;31(4):282-91.
- Brito GM, Nascimento Sobrinho CL, Rosa DO. Caracterização das comissões de ética de enfermagem em um município do nordeste brasileiro. *Enferm Foco.* 2019;10(5):72-8.
- Binsfeld P. Sistema Nacional de Ética de Pesquisas com Seres Humanos. *Cad Ética Pesqui.* 2019;1(1):17-30.
- Cogo SB, Lunardi VL, Nietche AL. Considerações acerca da atuação do enfermeiro na aplicabilidade das diretivas antecipadas de vontade. *Enferm Foco.* 2017;8(2):26-30.
- Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013 [citado 2020 Dez 18]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
- Amorim KP. Research ethics in the Brazilian CEP-CONEP system: necessary reflections. *Ciênc Saúde Colet.* 2019;24(3):1033-40.
- Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Manual operacional para comitês de ética em pesquisa [Internet]. 4a. ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2007 [citado 2021 Fev 12]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/Manual_Operacional_miolo.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde [Internet]. 2a. ed., 4. reimpr. Brasília (DF):
- Ministério da Saúde; 2015 [citado 2021 Jan 11]. Disponível em: http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_nacional_prioridades_2ed_4imp.pdf
- Thomasi TZ. Comitês de Ética em Pesquisa: da linguagem técnico-científica à normatização. *Cad Ibero-Amer Dir Sanit.* 2016;5(3):10-30.
- Mendes CC. Considerações bioéticas acerca dos princípios que sustentam as pesquisas envolvendo seres humanos e a responsabilidade civil dos pesquisadores. *Braz J of Dev.* 2021;7(1):5740-58.
- Heidari S, Babor TF, Castro P, Tort S, Curno M. Equidade de sexo e gênero na pesquisa: fundamentação das diretrizes SAGER e uso recomendado. *Epidemiol Serv Saúde.* 2017;26(3):665-76.
- Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Norma Operacional nº 001/2013. Dispõe sobre Organização e funcionamento do Sistema CEP/Conep e procedimentos para submissão, avaliação e acompanhamento do desenvolvimento da pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013 [citado 2021 Jan 12]. Disponível em: http://www.hgb.rj.saude.gov.br/ceap/Norma_Operacional_001-2013.pdf
- Barbosa IP, Francisco FR, Martinez LL. Perfil dos Comitês de Ética em Pesquisa no Brasil: uma análise do sistema de regulação ética da pesquisa clínica, pontos estratégicos e desafios. *Arq Med Hosp Fac Ciênc Med Santa Casa São Paulo.* 2018;63(3):145-59.
- Marteleto LJ, Miranda VF. Diferenças Educacionais entre Coortes de Adultos no Século XX: O Papel do Sexo e da Raça. In: *Anais do XIV Encontro Nacional de Estudos Populacionais* [Internet]; 2004 Set 20-24; Caxambú, MG; 2004 [citado 2021 Fev 13]. Disponível em: <http://www.abep.org.br/publicacoes/index.php/anais/article/viewFile/1422/1387>
- Jácome MO, Araujo TC, Garrafa V. Research ethics committees in Brazil: a study with coordinators. *Rev Bioét.* 2017;25(1):61-71.

17. Freitas CB, Novaes HM. Research Ethics committees' leaderships in Brazil: profile and performance. *Rev Bioét.* 2010;18(1):185-200.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Orientações para Registro de Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2019 [citado 2021 Jan 11]. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/Web_comissoes/conep/aquivos/cep/orientacoes_gerais/Orientacoes_para_Registro2019.pdf
19. Jácome MO, Araujo TC. Concepções de Membros de Comitês de Ética em Pesquisa acerca do Processo de Avaliação. *Amazôn Rev Antropol.* 2018;10(2):392-411.
20. Lemos PB, Aquino FJ, Silva SA, Juca SC, Silva FE. Análise do perfil acadêmico e profissional dos membros de comitês de ética em pesquisa implantados em instituições da rede federal de educação profissional, científica e tecnológica da região nordeste do Brasil. *Res Soc Dev.* 2019;8(9):1-15.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução nº 240, de 05 de junho de 1997. Dispõe sobre a definição de representação de usuários nos CEP e orienta a escolha [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1997 [citado 2020 Dez 31]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1997/res0240_05_06_1997.html
22. Schramm FR. A moralidade da prática de pesquisa nas ciências sociais: aspectos epistemológicos e bioéticos. *Ciênc Saúde Colet.* 2004;9(3):773-84.
23. Chatfield K, Schroeder D, Guantai A, Bhatt K, Bukusi E, Odhiambo JA, et al. Preventing ethics dumping: the challenges for Kenyan research ethics committees. *Res Ethics.* 2021;17(1):23-44.

PERFIL DOS ACIDENTES DE TRÂNSITO ATENDIDOS POR SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA

PROFILE OF TRAFFIC ACCIDENTS SERVED BY THE MOBILE EMERGENCY CARE SERVICE

PERFIL DE ACCIDENTES DE TRÁFICO ATENDIDOS POR EL SERVICIO MÓVIL DE EMERGENCIAS

Agnes Claudine Fontes de La Longuiniere¹<https://orcid.org/0000-0003-2407-3338>Ana Claudia Batista Silva¹<https://orcid.org/0000-0002-7963-3745>Deisiane Rodrigues de Araújo¹<https://orcid.org/0000-0002-6597-1161>Gabriel Cardoso da Silva¹<https://orcid.org/0000-0003-1027-2336>Mariana Oliveira Antunes Ferraz¹<https://orcid.org/0000-0002-7328-6025>**Descritores**

Acidentes de trânsito; Serviços médicos de emergência; Unidades móveis de saúde

Descriptors

Accidents traffic; Emergency medical services; Mobile health units

Descriptores

Accidentes de tránsito, Servicios médicos de emergencia, Unidades móviles de salud

Recebido

26 de Fevereiro de 2021

Aceito

15 de Maio de 2021

Conflitos de interesse:

nada a declarar.

Autor correspondente

Agnes Claudine Fontes de La Longuiniere

E-mail: agnesfontes@yahoo.com.br

RESUMO

Objetivo: Descrever o perfil dos acidentes de trânsito e das vítimas assistidas pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.

Método: Estudo epidemiológico descritivo. A coleta dos dados foi realizada em 633 fichas de atendimento do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de uma cidade do interior do Brasil. Os dados foram transferidos para o programa estatístico *Statistical Package for Social Sciences* e realizada uma análise descritiva dos dados.

Resultados: 74% das vítimas foram do sexo masculino, com idade mais prevalente de 20 a 29 anos (37%). As motocicletas estiveram mais envolvidas nos acidentes e ocorreram em maior parte nos dias de finais de semana. Todos os óbitos registrados por esse serviço envolviam motos.

Conclusão: os dados apresentados neste estudo são semelhantes com as características do perfil de acidentes de trânsito encontradas em outras pesquisas realizadas no país, principalmente em relação a motociclistas.

ABSTRACT

Objective: To describe the profile of traffic accidents and victims assisted by the Mobile Emergency Care Service.

Methods: Descriptive epidemiological study. Data collection was carried out on 633 medical charts of the Mobile Emergency Care Service in a city in the Brazilian countryside. The data were transferred to the statistical program *Statistical Package for Social Sciences*, and then a descriptive analysis was performed.

Results: A total of 74% of the victims were male, with the most prevalent age between 20 and 29 years old (37%). Motorcycles were more involved in accidents, which occurred mostly on weekends. All deaths recorded by this service involved motorcycles.

Conclusion: It is concluded that the data presented in this study are similar to the characteristics of the profile of traffic accidents found in other surveys conducted in the country, mainly in relation to motorcyclists.

RESUMEN

Objetivo: Describir el perfil de accidentes de tráfico y víctimas atendidas por el Servicio Móvil de Emergencias.

Método: Estudio epidemiológico descriptivo. La recolección de datos se realizó sobre 633 expedientes de atención del Servicio Móvil de Emergencia en una ciudad del interior de Brasil. Los datos fueron transferidos al programa estadístico *Statistical Package for Social Sciences* y se realizó un análisis descriptivo de los datos.

Resultados: El 74% de las víctimas eran hombres, siendo la edad más prevalente entre 20 y 29 años (37%). Las motocicletas estuvieron más involucradas en accidentes y ocurrieron principalmente los fines de semana. Todas las muertes registradas por este servicio involucraron motocicletas.

Conclusión: Se concluye que los datos presentados en este estudio son similares a las características del perfil de accidentes de tránsito encontrados en otras encuestas realizadas en el país, principalmente en relación a motociclistas.

¹Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Candeias, BA, Brasil.

Como citar:

La Longuiniere AC, Silva AC, Araújo DR, Silva GC, Ferraz MO. Perfil dos acidentes de trânsito atendidos por serviço de atendimento móvel de urgência. *Enferm Foco*. 2021;12(4):801-5.

DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n4.4625>

INTRODUÇÃO

Os acidentes de trânsito constituem um grande problema de saúde pública, trazendo consequências sociais e econômicas para o país. Esses acidentes são responsáveis por grande número de óbitos e invalidez prolongada ou mesmo permanente,⁽¹⁾ comprometendo a saúde e qualidade de vida dos cidadãos. No Brasil, segundo o relatório Acidentes de Trânsito nas Rodovias Federais Brasileiras, os acidentes de transporte terrestre são responsáveis por aproximadamente 43 mil mortes por ano.⁽²⁾

As mortes e as incapacidades decorrentes dos acidentes de trânsito sobrecarregam o sistema de seguridade social e de saúde em razão das mortes precoces e internações prolongadas, seguidas de reabilitação. Podem, também, afetar diretamente na economia da vítima e da sua família, pois um grande número de indivíduos deixa de trabalhar temporariamente ou permanentemente devido às lesões, prejudicando a qualidade de vida.⁽³⁾

Atualmente, há uma expansão de veículos que circulam nas cidades e isso tem sido favorecido pela facilidade que o brasileiro possui para adquirir veículo como resultado do maior acesso aos bens e serviços. Nesse sentido, o número de acidentes que envolvem os meios de transporte também vem crescendo, seja pelo não cumprimento das leis de trânsito ou por outros fatores como a desorganização do trânsito, a deficiência geral da fiscalização, o comportamento dos usuários, uso de bebida alcoólica e a impunidade dos infratores.⁽⁴⁾

Os traumas relacionados aos acidentes de trânsito constituem um dos maiores problemas de saúde pública atualmente. Esse evento traz consequências sociais e econômicas à população de modo que a assistência qualificada e, sobretudo no atendimento pré-hospitalar, é um fator decisivo para reduzir a morbimortalidade e a ocorrência de complicações.⁽⁵⁾

O perfil dos acidentes de trânsito e das vítimas assistidas pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) possibilita traçar medidas preventivas locais para redução dos índices desse agravo, visto que as ações podem ser direcionadas aos grupos com maior risco e embasar planejamentos de medidas intersetoriais. Assim, os resultados desta pesquisa poderão gerar discussões e reflexões sobre os acidentes ocorridos e planejamento de medidas para preveni-los e, ainda, fortalecer políticas no âmbito local na implantação de ações para redução da morbimortalidade decorrente dos acidentes visando à preservação da vida e qualidade de vida da população.

O estudo tem como objetivo descrever o perfil dos acidentes de trânsito e das vítimas assistidas pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência na cidade de Jequié, Bahia.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo e transversal, desenvolvido na Central de Regulação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), no município de Jequié, Bahia, Brasil.

O SAMU de Jequié é regionalizado, abrangendo outras cidades próximas, ficando a Central de Regulação localizada em Jequié.

A coleta de dados foi realizada por meio de dados secundários, obtidos a partir das fichas de ocorrências do SAMU que continham o atendimento em casos de acidentes, disponibilizados por meio do Banco de Dados da Central de Regulação do SAMU/Jequié. Como critérios de inclusão estabelecidos para a constituição da amostra deste estudo, consideraram-se as fichas de atendimento de acidentes de trânsito ocorridos no município de Jequié, atendidos pelo SAMU no período de junho de 2015 a maio de 2016. Excluíram-se as demais ocorrências que não estavam relacionadas com os acidentes de trânsito, bem como os acidentes de trânsito que não estavam dentro do período determinado para este estudo.

Para a transcrição dos dados, criou-se uma planilha no Programa Excel com base nas informações contidas nas fichas de atendimento de ocorrências. Avaliaram-se as seguintes variáveis: sexo, idade, uso de álcool, natureza do acidente, dia da semana, veículo envolvido e óbitos.

Os dados coletados foram tabulados, realizada a dupla digitação e posteriormente comparados. Quando verificado a existência de erros de digitação, procedeu-se com as correções necessárias; em seguida, os dados foram transferidos para o programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 21.0. Realizou-se a análise descritiva dos dados a partir das frequências absolutas e relativas que subsidiaram a construção de tabelas para discussão dos resultados.

Esta pesquisa respeitou os princípios éticos estabelecidos pelo Conselho Nacional de Saúde para a utilização de dados. Enquanto projeto foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisada da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, sendo aprovado para coleta de dados em fontes secundárias por meio do parecer nº 1.709.501 e CAAE 567894.5.0000.0055.

RESULTADOS

No período de junho de 2015 a maio de 2016, registraram-se 633 acidentes de trânsito atendidos pelo SAMU no município de Jequié. Destes, a maioria das pessoas envolvidas era do sexo masculino (74%) com idade entre 20 e 29 anos (37%) e idade média de 24 anos. Em relação ao consumo de álcool antes do acidente, anotaram-se 70 casos em que as vítimas

havia feito uso dessa substância, sendo a ocorrência maior entre os homens, conforme demonstrado na tabela 1.

Tabela 1. Distribuição das vítimas de acidentes de trânsito assistidas pelo SAMU: relação entre uso de álcool e sexo

Uso de álcool	Sexo			Total n(%)
	Feminino n(%)	Masculino n(%)	Não informado n(%)	
Sim	9(1,4)	60(9,4)	1(0,15)	70(11)
Não	151(23,8)	412(65)	0(0)	563(89)
Total	160(25,2)	472(75,4)	1(0,15)	633(100)

Os tipos de acidentes de trânsito que mais ocorreram nesse período foram as quedas de moto (57,5%); em seguida, aparecem as colisões, que no total chegam a um percentual de 29%, como pode ser observado na tabela 2. Em relação aos dias da semana em que ocorreram os acidentes de trânsito, o dia em que houve mais registros foi em finais de semana, sábado com 22% dos casos atendidos, seguido do domingo (18,3%). A segunda-feira foi o dia da semana que registrou o menor número de acidentes, com 9,8%. Quando avaliado o tipo de veículo envolvido, a moto foi o tipo que mais se envolveu em acidentes no período de um ano. Do total de 633 acidentes atendidos pelo serviço, cinco óbitos foram registrados na ficha de atendimento do SAMU, todos por acidentes envolvendo motos, conforme se observa na tabela 3.

Tabela 2. Distribuição das vítimas de acidentes de trânsito assistidas pelo SAMU: natureza do acidente

Natureza do acidente	n(%)
Queda de moto	364(57,5)
Colisão sem especificar	13(2,1)
Colisão moto e carro	81(12,8)
Colisão carro e bicicleta	9(1,4)
Colisão bicicleta e moto	9(1,4)
Colisão moto e moto	35(5,5)
Colisão carro e carro	13(2,1)
Colisão caçamba e carro	3(0,5)
Colisão com animal	14(2,2)
Colisão com poste	4(0,6)
Colisão com muro	1(0,2)
Colisão carro e caminhão	1(0,2)
Colisão moto e ônibus	2(0,3)
Capotamento	12(1,9)
Atropelamento	71(11,2)
Não informado	1(0,2)
Total	633(100)

Tabela 3. Distribuição das vítimas de acidentes de trânsito assistidas pelo SAMU: veículo envolvido e óbitos

Veículo envolvido	Óbito		Total n(%)
	Sim n(%)	Não n(%)	
Motocicleta	5(0,7)	519(81,9)	524(82,7)
Carro	0(0)	77(12,3)	77(12,3)
Bicicleta	0(0)	32(5,0)	32(5,0)
Total	5(0,7)	628(99,2)	633(100)

DISCUSSÃO

A pesquisa demonstrou que aproximadamente 75% dos envolvidos em acidentes de trânsito eram do sexo masculino, convergindo com outros estudos que evidenciam a predominância do sexo masculino em acidentes de trânsito e complicações devido aos traumas por esse tipo de ocorrência.^(6,7)

A prevalência de homens em acidentes de trânsito tem sido justificada por questões de gênero, influenciado por aspectos sociais e de cultura,⁽⁸⁾ com maior agressividade na condução de veículos, o que proporciona maior vulnerabilidade à morte por causas externas.⁽⁵⁾ As políticas de promoção da cultura de paz devem ser valorizadas nesses contextos.

Além dessa característica, a incidência dos acidentes foi maior em adultos jovens com idade de 20 a 29 anos (37%) e idade média de 24 anos. Resultados similares foram apontados em estudos cujos acidentes de trânsito prevalecem como responsáveis pela maior parte dos traumas, com destaque para as motocicletas.^(9,10) Os resultados de outra pesquisa realizada na central do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência corroboram com este estudo, pois houve uma predominância de jovens nos acidentes de trânsito, sendo maior percentual por faixa etária também de 20 a 29 anos.⁽¹⁾

Estes achados sinalizam para a importância da discussão sobre medidas mais incisivas na prevenção desses eventos, em virtude da relevância e das repercussões dos traumas sofridos, com limitações reversíveis ou não, em questões econômicas e sociais.

Quanto à natureza do acidente, o presente estudo aponta que a queda de motocicletas teve envolvimento em mais da metade das ocorrências, com 364 casos (57,5%), seguida das colisões (29%). A queda de moto se apresenta como principal causa de acidente envolvendo veículos, corroborando com estudo que traz a queda acidental de moto como um dos mais frequentes tipos de ocorrência.⁽¹¹⁾

Em um grupo de pacientes que sofreram traumas múltiplos por acidentes de trânsito, internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de um hospital universitário em Minas Gerais, Brasil, a proporção mais elevada de vítimas de acidentes de trânsito foi constituída por motociclistas (56,9%)³. Em estudo com motociclistas envolvidos em acidentes, destacou-se a percepção sobre a insegurança desse transporte, porém sua escolha é devido a fatores relacionados à agilidade, economia de tempo entre os trajetos e valor de aquisição do veículo mais acessível.⁽¹²⁾

Nesse ponto, encontra-se um cerne de discussão que inclui a condição econômica das vítimas de acidentes, aspecto discutido recentemente em uma edição da revista *Radis*, abordando a questão da violência do trânsito.⁽¹³⁾ A questão socioeconômica envolve tanto a aquisição de um

transporte mais econômico quanto os riscos da população menos favorecida da sociedade, exposta de forma mais acentuada. Nessa mesma edição, a entrevista com um médico especialista em medicina do tráfego sinaliza que em seus estudos, desde 1990, evidenciaram-se os acidentes com motociclistas entre as principais causas de trauma no Brasil. Esse relato corrobora com o presente estudo que informa que as motos estiveram envolvidas no maior número de acidentes e óbitos registrados pelo SAMU.

Os acidentes automobilísticos, em especial os que envolvem as motocicletas, apesar de permanecer atual, é um problema antigo de saúde pública. Em relatório da Organização Mundial da Saúde, destacam-se algumas estratégias adotadas em diversos países para a redução dos acidentes, contudo as mudanças ainda são insuficientes na manutenção da segurança viária.⁽¹⁴⁾

Nesse aspecto, a redução dos acidentes no Brasil é citada a partir da adoção de fiscalizações e campanhas midiáticas. Essas ações se referem também à instituição da “lei seca”, Lei Federal de número 11.705, instituída em 2008 que altera o Código de Trânsito Brasileiro, impondo penalidades mais severas para condutores que dirigem sob efeito de álcool.⁽¹⁵⁾

Registraram-se 70 casos (11%) em que as vítimas haviam feito uso de bebida alcóolica avaliado durante o atendimento do pré-hospitalar móvel, sendo a maior ocorrência entre os homens (89,8%). Estudo aponta a relação entre a ingestão de álcool e os acidentes de trânsito, uma vez que a bebida traz uma sensação de confiança nos condutores de veículos, embora tal atitude traga alterações fisiológicas, como perda em suas habilidades de tempo e coordenação, contribuindo para a ocorrência dos acidentes de trânsito.⁽¹⁶⁾

Neste estudo, verificou-se que a maior parte dos acidentes ocorreu aos sábados e domingos, coincidindo com o perfil de acidentes que envolveram motociclistas, em âmbito nacional.⁽¹⁷⁾ Há uma maior probabilidade de condutores do sexo masculino se envolverem em acidentes entre o período da sexta-feira a domingo, quando ocorre um aumento de consumo de álcool em atividades de lazer e encontros sociais.⁽¹⁸⁾

Estudos apontam o uso de álcool e outras drogas relacionadas à ocorrência de acidentes,⁽⁹⁾ todavia outras

drogas não foram alvo desta pesquisa. Considerando, ainda, que esse registro geralmente é realizado nos casos de notória embriaguez, esse número pode ser aumentado, em caso de utilização de exames específicos para detecção de alcoolemia.

As limitações no estudo estão relacionadas à incompletude de informações nas fichas de atendimento e às grafias ilegíveis que dificultavam o entendimento dos relatos.

De uma maneira geral, os resultados evidenciaram a necessidade de medidas educativas e preventivas para sensibilizar toda a população, especialmente os condutores de motocicletas, sobre o risco das condutas inadequadas e uso de bebida alcóolica visando reduzir o número de ocorrências.

CONCLUSÃO

O estudo alcançou o objetivo proposto de traçar o perfil das vítimas e dos acidentes de trânsito atendidos pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Os resultados apresentados permitem concluir que a frequência de acidente de trânsito no município de Jequié envolve, sobretudo, pessoas do sexo masculino em idade produtiva nos finais de semana e com o uso de bebida alcóolica. Essa situação repercute na economia da cidade, principalmente nos custos diretos para o setor saúde, além dos custos sociais. Torna-se importante a inclusão de discussões e pesquisas sobre essa temática para a possibilidade de atuação em medidas de caráter preventivo e educativo à população em geral. Os dados apresentados neste trabalho têm semelhança com dados apresentados em relatos congêneres realizados no território nacional, principalmente em relação ao envolvimento de motociclistas, e desfecho com óbitos registrados pelo serviço de atendimento móvel de urgência.

CONTRIBUIÇÕES

a) concepção e/ou desenho do estudo: ACFL; ACBS. b) coleta, análise e interpretação dos dados: ACFL; ACBS; MOAF. c) redação e/ou revisão crítica do manuscrito: ACFL; ACBS; DRA; GCS; MOAF. d) aprovação da versão final a ser publicada: ACFL; ACBS; DRA; GCS; MOAF.

REFERÊNCIAS

1. Carvalho IC, Saraiva IS. Perfil das vítimas de trauma atendidas pelo serviço de atendimento móvel de urgência. *Rev Interdiscip*. 2015;8(1):137-48
2. Brasil. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea). Relatório de Pesquisa: Rodovias Federais Brasileiras: caracterização, tendências e custos para a sociedade. Brasília (DF): Instituto de Pesquisa Econômica

Aplicada; 2015 [citado 2021 Jan 30]. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/relatoriopesquisa/150922_relatorio_acidentes_transito.pdf

3. Paiva L, Monteiro DA, Pompeo DA, Ciol MA, Dantas RA, Rossi LA. Readmissions Due to Traffic Accidents at a General Hospital. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2015;23(4):693-9.

4. Cavalcante AK, Holanda VM, Rocha CF, Cavalcante SW, Sousa JP, Sousa FH. Perfil dos Acidentes de Trânsito atendidos por Serviço Pré-Hospitalar Móvel. *Rev Baiana Enferm.* 2015;29(2):135-45.
5. Gomes AT, Silva MF, Dantas BA, Dantas RA, Mendonça AE, Torres GV. Caracterização dos acidentes de trânsito assistidos por um serviço de atendimento móvel de urgência. *Rev Pesqui Cuid Fundam.* 2016;8(2):4269-79.
6. Castillejos MA, Cadena JL, Romero RM, Rodriguez EB, Luna LM, Zetina CC. Frequency of vertebral fractures in high-energy trauma. *Coluna/Columna.* 2018;17(2):147-50.
7. Zanette GZ, Waltrick RS, Monte MB. Perfil epidemiológico do trauma torácico em um hospital referência da Foz do Rio Itajaí. *Rev Col Bras Cir.* 2019;46(2):e2121.
8. Moreira MR, Ribeiro JM, Motta CT, Motta JI. Mortalidade por acidentes de transporte de trânsito em adolescentes e jovens, Brasil, 1996-2015: cumpriremos o ODS 3.6? *Ciênc Saúde Colet.* 2018;23(9):2785-96.
9. Greve JM, Resende MR, Carvalho HB, Andreuccetti G, Bernini CO, Leyton V. Factors related to motorcycle accidents with victims: an epidemiological survey. *Med Expres.* 2018;5:mo18007.
10. Silva PF, Silva AS, Olegário WK, Furtado BM. Caracterização das vítimas de traumatismo encefálico que evoluíram para morte encefálica. *Rev Cuid.* 2018;9(3):2349-60.
11. Ganne N, Martinez AT, Rodrigues C, Delgado MH, Souza FA. Estudo sobre acidentes de trânsito envolvendo motocicletas, ocorridos no Município de Corumbá, Estado de Mato Grosso do Sul, Brasil, no ano 2010. *Rev Pan-Amaz Saude.* 2013;4(1):15-22.
12. Souza HN, Malta SC, Freitas MI. Narrativas de motociclistas accidentados sobre riesgos y los diversos medios de transporte. *Interface (Botucatu).* 2018;22(67):1159-71.
13. Brasil. Fundação Oswaldo Cruz (*Fiocruz*). Velozes e vulneráveis [Internet]. Brasília (DF): Fundação Oswaldo Cruz; 2019 [citado 2021 Jan 30]. Disponível em: <https://radis.ensp.fiocruz.br/index.php/home/reportagem/velozes-e-vulneraveis>
14. World Health Organization (WHO). Global status report on road safety 2018. Geneva: World Health Organization; 2018 [cited 2021 Jan 30]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565684>
15. Brasil. Presidência da República. Lei 11.705 de 19 de junho de 2008. Brasília; 2008.
16. Dantas BA, Gomes AT, Silva MF, Dantas RA, Torres GV. Avaliação do trauma nos acidentes com motocicletas atendidos por um serviço pré-hospitalar móvel de urgência. *Rev Cuba Enferm.* 2017;33(2).
17. Mascarenhas MD, Souto RM, Malta DC, Silva MM, Lima CM, Montenegro MM. Características de motociclistas envolvidos em acidentes de transporte atendidos em serviços públicos de urgência e emergência. *Ciênc Saúde Colet.* 2016;21(12):3661-71.
18. Barros CS, Dias ML, Silva TF, Fernandes FE. Characterization of land transport accidents occurring in federal roads. *Arq Ciênc Saúde.* 2018;25(1):35-40.

ENVOLVIMENTO DO PACIENTE NA SEGURANÇA DO CUIDADO HOSPITALAR: PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

PATIENT INVOLVEMENT IN SAFE HOSPITAL CARE: PERCEPTION OF HEALTHCARE PROFESSIONALS

PARTICIPACIÓN DEL PACIENTE EN LA SEGURANÇA EN LA ATENCIÓN HOSPITALARIA: PERCEPCIÓN DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

Emanuela Sofia Dantas Ferraz¹

Pedro Rodrigues Carvalho¹

Cristiane Chagas Teixeira²

Johnatan Martins Sousa²

Ana Lúcia Queiroz Bezerra²

Thatianny Tanferri de Brito Paranaçuá¹

(<https://orcid.org/0000-0003-4574-2473>)

(<https://orcid.org/0000-0002-8436-8528>)

(<https://orcid.org/0000-0002-4752-0439>)

(<https://orcid.org/0000-0002-1152-0795>)

(<https://orcid.org/0000-0002-6439-9829>)

(<https://orcid.org/0000-0003-0562-8975>)

Descritores

Segurança do paciente; Assistência centrada no paciente; Participação do paciente; Assistência ao paciente

Descriptors

Patient safety; Patient-centered care; Patient participation; Patient care

Descriptores

Seguridad del paciente; Atención centrada en el paciente; Participación del paciente; Atención al paciente

Recebido

26 de Fevereiro de 2021

Aceito

16 de Maio de 2021

Conflitos de interesse:

nada a declarar.

Autor correspondente

Thatianny Tanferri de Brito

Paranaçuá

E-mail: paranaguá@unb.br

RESUMO

Objetivo: Analisar a prática e importância atribuída ao envolvimento do paciente na segurança do cuidado durante internação hospitalar, na percepção dos profissionais de saúde.

Métodos: Estudo exploratório, descritivo, com abordagem qualitativa. Dados coletados em setembro de 2018, por meio de entrevista com 34 profissionais de saúde, em hospital público do Distrito Federal, Brasil. Análise norteada pela técnica de análise de conteúdo, modalidade temática, proposta por Bardin. Estudo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

Resultados: Emergiram três categorias temáticas: Desenvolvendo a autonomia do paciente e família para o cuidado seguro, Práticas facilitadoras para envolver o paciente e familiar no cuidado seguro e Envolvimento do paciente: desafios para a consolidação no cenário hospitalar.

Conclusão: A incorporação do envolvimento do paciente para a segurança do cuidado na prática dos profissionais revelou desafios relacionados à capacitação dos profissionais de saúde, adequação de recursos humanos e materiais e letramento em saúde.

ABSTRACT

Objective: To analyze the practice and importance attributed to the involvement of the patient in the safety of care during hospitalization, in the perception of health professionals.

Methods: Exploratory, descriptive study with a qualitative approach. Data collected in September 2018, through an interview with 34 health professionals, in a public hospital in the Federal District, Brazil. Analysis guided by the technique of content analysis, thematic modality, proposed by Bardin. Study approved by the Research Ethics Committee.

Results: Three thematic categories emerged: Developing patient and family autonomy for safe care, Facilitating practices to involve the patient and family in safe care and Patient involvement: challenges for consolidation in the hospital setting.

Conclusion: The incorporation of patient involvement for the safety of care in the practice of professionals revealed challenges related to the training of health professionals, adequacy of human and material resources and health literacy.

RESUMEN

Objetivo: Analizar la práctica e importancia atribuída a la implicación del paciente en la seguridad del cuidado durante la hospitalización, en la percepción de los profesionales sanitarios.

Métodos: Estudio exploratorio descriptivo con abordaje cualitativo. Datos recolectados en septiembre de 2018, a través de una entrevista a 34 profesionales de la salud, en un hospital público del Distrito Federal, Brasil. Análisis guiado por la técnica de análisis de contenido, modalidad temática, propuesta por Bardin. Estudio aprobado por el Comité de Ética en Investigación.

Resultados: Surgieron tres categorías temáticas: Desarrollar la autonomía del paciente y la familia para una atención segura, Facilitar prácticas para involucrar al paciente y su familia en la atención segura y Participación del paciente: desafíos para la consolidación en el ámbito hospitalario.

Conclusión: La incorporación de la participación del paciente para la seguridad del cuidado en la práctica de los profesionales reveló desafíos relacionados con la formación de los profesionales de la salud, la adecuación de los recursos humanos y materiales y la alfabetización en salud.

¹Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil.

²Universidade Federal de Goiás, Goiânia, GO, Brasil.

Como citar:

Ferraz ES, Carvalho PR, Teixeira CC, Sousa JM, Bezerra AL, Paranaçuá TT. Envolvimento do paciente na segurança do cuidado hospitalar: percepção dos profissionais de saúde. *Enferm Foco*. 2021;12(4):806-12.

DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n4.4628>

INTRODUÇÃO

No cenário hospitalar, a exposição de pacientes a diversos riscos assistenciais é recorrente.⁽¹⁾ Diante disso, na contemporaneidade, a segurança do paciente tem ganhado notoriedade a nível mundial e exigido das instituições de saúde a busca por soluções que reduzam incidentes e aumentem a qualidade do cuidado.⁽²⁾

Nessa perspectiva, foi criado o Programa Pacientes para a Segurança dos Pacientes para estimular o envolvimento do paciente, da família e da comunidade em todos os níveis de atenção à saúde,⁽³⁾ por meio do engajamento e empoderamento desses atores, de forma que atuem como barreira à redução de incidentes.

O envolvimento no cuidado relaciona-se à participação ativa na tomada de decisão sobre questões de saúde, no planejamento, monitoramento e avaliação da assistência.⁽⁴⁾ Essa prática associa-se à melhor percepção sobre a qualidade da assistência hospitalar e à redução em 50% da probabilidade de ocorrer um evento adverso.⁽⁵⁾ As estratégias mais utilizadas convergem à comunicação efetiva, desenvolvimento da autonomia para o autocuidado, disponibilidade de materiais educativos sobre a doença do paciente e identificação dos riscos assistenciais.⁽⁶⁾

O Canadá tem investido no desenvolvimento de competências profissionais para o cuidado centrado no paciente e na elaboração de indicadores específicos para avaliar essa prática.⁽⁷⁾ Oferecer cuidado centrado no paciente e família implica ter capacidade para dar respostas às necessidades de cada núcleo familiar em situação de hospitalização.⁽⁸⁾ A centralidade no paciente e família, portanto, exige incorporar valores, afeto e respeito durante o processo de interação,⁽⁹⁾ promovendo ambiente favorável para o envolvimento na segurança assistencial.

O Plano de Ação Global para os anos de 2021 a 2030 destaca o envolvimento de pacientes e familiares na segurança da assistência, inclusive no desenvolvimento de políticas.⁽⁹⁾ No Brasil, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) reforça essa necessidade e incentiva a ampliação do acesso a informações sobre segurança assistencial pela população⁽¹⁰⁾ e o Plano de Segurança do Paciente nos serviços de saúde estimula essa participação ativa.⁽¹¹⁾

Frequentemente o envolvimento de pacientes e familiares na segurança da assistência depende da proatividade de pacientes e famílias, não sendo estimulado pelos profissionais de saúde.⁽¹²⁾ Essa realidade foi refletida em avaliação do programa de melhoria da qualidade e segurança da assistência de instituições de saúde brasileiras, que constatou que 70% delas estão no estágio inicial de envolvimento do paciente e familiar nos processos avaliativos.⁽¹³⁾

A fim de subsidiar a promoção de estratégias que ampliem a incorporação dessa prática na cultura organizacional, o estudo objetivou analisar a prática e importância atribuída ao envolvimento do paciente na segurança do cuidado durante internação hospitalar, na percepção dos profissionais de saúde.

MÉTODOS

Estudo exploratório, descritivo, de abordagem qualitativa.⁽¹⁴⁾ A descrição do estudo seguiu os critérios consolidados para a divulgação de estudos qualitativos – COREQ.⁽¹⁵⁾

Foi desenvolvido em hospital público do Distrito Federal, Brasil, destinado à atenção hospitalar de média complexidade.

A população foi composta pelos profissionais de saúde vinculados às unidades de internação pediátrica, clínica e cirúrgica, pronto socorro, unidade de cuidados intermediários neonatais e centro cirúrgico. Os critérios de inclusão foram, estar em exercício de atividade assistencial; atuar na instituição pelo período mínimo de seis meses, por considerar o tempo mínimo para que o profissional pudesse analisar a cultura do envolvimento do paciente no cuidado. Como critério de exclusão, estar de licença ou afastamento, por qualquer motivo, durante a coleta de dados.

Elaborou-se instrumento específico, submetido a teste piloto com cinco profissionais de saúde, que não entraram na pesquisa, para avaliar semântica e alcance do objetivo. O instrumento constituiu-se de itens para levantamento do perfil profissional e das questões: Para você, qual o significado do envolvimento do paciente na própria segurança durante a internação? Qual sua opinião sobre a importância da participação do paciente nas questões que envolvem o seu cuidado? De que forma você envolve o paciente durante a assistência que você desenvolve? Como você percebe a prática de envolver o paciente na segurança do cuidado pela equipe de saúde dessa instituição? Na sua opinião, o que facilita e o que dificulta a prática do envolvimento do paciente no cuidado? Como você se sente capacitado para envolver o paciente no cuidado? Qual suporte oferecido pela instituição para envolver o paciente na sua segurança?

Os dados foram coletados em setembro de 2018, por meio de entrevista individual, gravada, realizada por acadêmica de enfermagem com conhecimento sobre a técnica utilizada e temática de estudo, em local privativo, no trabalho do profissional e durou, em média, dezessete minutos. Utilizou-se amostragem por conveniência, totalizando 34 profissionais de saúde. O número de entrevistados selecionados ocorreu por saturação de dados.

Os dados quantitativos foram analisados descritivamente. Os dados qualitativos foram transcritos na íntegra formando um *corpus* de análise e codificados com a letra P, de profissional, seguido de número cardinal, conforme a ordem da coleta de dados. Foram submetidos à análise de conteúdo, modalidade temática, proposto pelo referencial de Bardin,⁽¹⁶⁾ seguindo três etapas cronológicas: pré-análise (escolha de documentos a serem analisados, formulação das hipóteses e elaboração de indicadores para a interpretação final); exploração do material (codificação para o alcance do núcleo de compreensão do texto); e tratamento dos dados obtidos (realização de inferências, interpretações e confrontações). As unidades de significado foram definidas por temas.

Os discursos revelaram nove unidades de significados, classificadas pelo critério semântico em três categorias temáticas: 'Desenvolvendo a autonomia do paciente e família para o cuidado seguro', constituída pelas unidades de significação 'autonomia do paciente', 'entendimento dos riscos assistenciais', 'continuidade do cuidado'; 'Práticas facilitadoras para envolver o paciente e familiar no cuidado seguro', revelada pelas unidades de significação 'interação paciente-profissional', 'capacidade do paciente' e 'ferramentas para o gerenciamento do cuidado'; e 'Envolvimento do paciente: desafios para a consolidação no cenário hospitalar', pelas unidades de significação 'qualificação profissional insuficiente', 'adequação de recursos humanos e materiais' e 'necessidade de letramento em saúde'.

Estudo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, CAAE nº 88474218.6.0000.0030, parecer nº 2.745.812. Aspectos éticos conforme Resolução CNS nº 466/2012.⁽¹⁴⁾

RESULTADOS

Participaram do estudo 34 profissionais de saúde, sendo 94,1% (32) do sexo feminino, com idade entre 27 e 61 anos, média de 38 anos + 8,5 anos. A área de formação predominante foi de técnicos de enfermagem (50%; 17), seguida de enfermeiros (32,4%; 11), nutricionista (8,8%, 3), assistente social (5,9%) e fisioterapeuta (2,9%, 1). O tempo de formado variou de cinco a 23 anos, o tempo de experiência profissional de três a 23 anos e o tempo de trabalho na instituição de seis meses a 16 anos.

Desenvolvendo a autonomia do paciente e família para o cuidado seguro

Os relatos dos profissionais de saúde revelaram que a prática do envolvimento do paciente e familiares é importante por promover o desenvolvimento da autonomia do paciente. As orientações sobre os procedimentos a serem

realizados foram levantadas como parte desse processo, tornando o paciente parceiro ativo do cuidado:

Ele tem que saber o que tá fazendo com ele, a conduta que tá sendo tomada, o que ele vai tomar de medicação, o que vai ser feito de procedimento. Eu tento ter um diálogo com ele, expondo tudo que eu vou fazer, de qual forma. (P10)

Quanto mais ativo e independente o paciente, mais importante pra eles e pra gente. Ele vai estar ciente do que está precisando e só ele pode falar o que ele precisa, quais as queixas. O paciente tem que estar sabendo tudo sobre o seu caso, quais os encaminhamentos, quais os riscos, pra cuidar de si. (P12)

Tem que fazer o paciente se sentir ativo no seu processo de cuidar, no processo saúde doença. Ele tem que ser ativo no seu processo de segurança. (P18)

Revelou-se que conhecer os riscos de sofrer incidentes também é importante no processo de envolvimento do paciente na sua segurança:

As informações têm que ser claras. Eu dou o exemplo ao ir no banheiro, ter cuidado, levantar as grades... Eu preciso que o paciente também seja envolvido nessa segurança. (P07)

Uma medicação que ele pode se sentir mal, por exemplo, eu já informo pra ele. A infecção (risco) por conta de curativos, porque têm uns que retiram e vão pro banheiro. (P23)

Os discursos evidenciaram a influência dessa relação na transição de cuidado ao auxiliar o desenvolvimento da autonomia do paciente para sua segurança, mesmo após a alta hospitalar, favorecendo a continuidade e avaliação do cuidado:

Peço para eles fazerem em casa, peço para eles mandarem um vídeo, se eles estão fazendo, se eles têm dúvida, alguma coisa nova que a criança faz. (P05)

A corresponsabilização de pacientes e familiares foi revelada como fator importante para prestar um cuidado seguro:

Você vai fazer uma medicação no paciente, você pode errar. O paciente, então, quando você orienta, se não for para fazer aquela medicação ele fala: não vou fazer essa medicação, não fui orientada em relação a essa medicação, o médico não me falou nada. (P09)

A gente estimula a autonomia dos pais na unidade neonatal. Eles são orientados quanto à manipulação ao retirar da incubadora, colocar na incubadora, que tem que ter um profissional, ou fazendo a atividade ou próximo. (P26)

Práticas facilitadoras para envolver o paciente e familiar no cuidado seguro

Dentre as práticas que facilitam o envolvimento do paciente na segurança do cuidado, os discursos revelaram a interação profissional-paciente, que inclui a disponibilidade do profissional de saúde em orientar, considerar a individualidade e limitações e atender às necessidades que emergem durante a hospitalização:

É uma interação do profissional com o paciente. Você tem que perguntar se está tudo bem. Cada paciente é individual, você tem que ler o paciente, entender o acompanhante, entender que cada um é cada um. (P06)

Muitas vezes eles vêm pro serviço social para tirar alguma dúvida que, com os médicos, não têm abertura pra falar. Tem questão com cuidado paliativo, que a família não entende o que é, e acaba vindo pra tentar conversar de forma que eles consigam entender melhor. (P17)

Procuro explicar, checar se entenderam a fala, os termos. Procurar ser menos técnico possível e mais termos populares, para que eles entendam o tratamento, os cuidados que eles vão receber. Você tem que acolher, cativar, escutar, compreender as limitações. (P31)

A capacidade do paciente e familiares em se envolverem no cuidado também foi revelada como fatores que facilitam esse processo:

O que facilita é ele estar apto a participar do cuidado, eu falo a ponto dele ser capaz. (P11)

Tem paciente que já tem uma mente mais aberta, tem facilidade de compreender as coisas. Tem uns que têm acompanhante, que ajuda bastante, que têm facilidade de pegar a explicação. (P25)

Outro fator facilitador foi o uso de ferramentas para o gerenciamento do cuidado, com destaque ao checklist e formulários específicos para admissão e transição de cuidados:

Tudo isso a gente vai tentando ver para minimizar os riscos ao paciente, os danos. Antes dele descer para

o Centro Cirúrgico a gente faz um checklist pra tentar minimizar erros. Ele participa. (P11)

Se tem um checklist, você sempre vai fazer a identificação completa do paciente, ver se tem alguma comorbidade, se trouxe algum exame, se tem doença de base. Isso facilitou bastante esse cuidado com o paciente. (P20)

Envolvimento do paciente: desafios para a consolidação no cenário hospitalar

As necessidades que os profissionais apontaram para envolver o paciente no cuidado seguro convergiram para três desafios inerentes à consolidação dessa prática na cultura organizacional. Alguns profissionais de saúde demonstraram lacunas no conhecimento sobre o que é e como desenvolver a autonomia do paciente, como envolvê-lo no cuidado. Esses profissionais vincularam a responsabilidade de envolver o paciente no cuidado aos profissionais do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente da instituição:

A equipe não é treinada. Desde cima, do médico, da enfermagem. Ninguém é treinado. (P15)

Eu não vejo o responsável pela segurança do paciente vindo conversar com os pacientes e estar falando. Já teve pra gente, mas diretamente pro paciente não. (P23)

O reflexo desse pensamento/comportamento pode estar associado à ausência de qualificação e/ou capacitação dos profissionais quanto à segurança do paciente. Profissionais buscaram treinamentos fora do local de trabalho e alguns não tiveram essa oportunidade durante o processo de formação acadêmica ou no serviço:

Treinamento fora do hospital, eu fui pra saber o que poderia fazer para minimizar riscos. Eu tento ir atrás desse conhecimento, no que possa me ajudar na prática, na assistência. (P11)

A instituição oferece cursos de atualização para os profissionais, embora por questões de data não seja possível todo mundo participar. (P18)

O segundo desafio convergiu para as limitações de pessoal e material, que dificultam o envolvimento do paciente no cuidado, pois os profissionais acabam priorizando outras demandas. Consideram que para envolver, orientar ou esclarecer o paciente sobre seus cuidados e segurança assistencial demanda um tempo muito grande, do qual não dispõem:

Muitos pacientes para poucos profissionais, falta materiais. Como eu vou falar de segurança do paciente e não tenho nenhuma grade adequada para levantar e para explicar para o paciente o porquê que tem de ficar suspensa, porque é pra segurança dele. É muito complicado você falar, mas não ter os instrumentos na prática. (P18)

O terceiro desafio trouxe o letramento em saúde e aspectos sociais. Os relatos mostraram que muitos pacientes chegam a atenção hospitalar sem entender seu processo saúde-doença:

Muitas vezes o paciente não tem ideia do que está acontecendo. A própria dificuldade de percepção do paciente, não tem consciência da realidade das coisas. Tem dificuldade de entender as situações. A gente lida com gente humilde, não aderem o tratamento. E tem a ver com a baixa escolaridade de, muitas vezes, não entenderem as coisas. (P17)

É uma população menos esclarecida. Eles sentem vergonha de chegar até o médico e o médico não tem o momento de passar o quadro clínico. (P26)

DISCUSSÃO

Os relatos mostraram a importância da corresponsabilização do cuidado entre pacientes, familiares e profissionais de saúde em busca de maior independência e adesão às práticas terapêuticas, gerando impacto positivo nos resultados assistenciais. Nesse processo, os profissionais de saúde assumem função significativa no fornecimento de orientações e informações sobre o processo saúde e doença.

Empoderar o paciente e ativá-lo para participar do seu cuidado é um processo necessário no qual confere às pessoas maior controle sobre as decisões e ações que afetam sua saúde. A ativação do paciente se refere à capacidade que ele tem em se envolver no cuidado, considerando possíveis interferências cognitiva, social, emocional ou psíquica. Para dar respostas às demandas relacionadas à hospitalização e ao plano terapêutico, portanto, é necessário que paciente, família e acompanhante entendam seus papéis e tenham conhecimento quanto às formas de se envolverem.^(3,17,18)

Para viabilizar o envolvimento desses atores durante o processo assistencial no contexto hospitalar e, consequentemente, diminuir os riscos à saúde, os relatos mostraram a importância da interação/comunicação, bem como o uso de ferramentas de gestão do cuidado que incorporam a

participação do paciente e, ainda, a capacidade dele em se envolver com os aspectos do cuidado.

Ao mapear os requisitos de um projeto que coloque o paciente no centro do cuidado, as instituições hospitalares precisam incluir análise do relacionamento com os seus pacientes, para que consigam atender as demandas trazidas por eles.⁽¹⁹⁾ Importante estabelecer uma relação de confiança entre profissionais de saúde, pacientes e familiares a fim de favorecer o intercâmbio de informações sobre o processo terapêutico, fazendo com que todos se sintam pertencentes e atuantes para a efetivação do cuidado seguro, antes da realização dos procedimentos.

A interação profissional-paciente assume condição positiva nesse processo, assim como a comunicação efetiva entre os pares.⁽¹⁸⁾ Na perspectiva do cuidado centrado no paciente, essa relação se associa ao sucesso das condutas terapêuticas, que é dependente da construção de vínculo e confiança e que impacta tanto na qualidade dos cuidados como nos custos da atenção à saúde.⁽²⁰⁾

Esses achados dialogam com a relevância da participação de familiares para efetivar o cuidado seguro no contexto hospitalar. Especialmente no cenário da pediatria, os acompanhantes são importantes aliados da equipe de saúde para o estabelecimento da segurança do paciente.⁽²¹⁾

Os profissionais de saúde reconheceram que além da relação profissional-paciente, características cognitivas dos pacientes e fatores organizacionais do sistema de saúde influenciam o grau de envolvimento do paciente. A cultura e o clima de segurança institucional podem ampliar de forma mais incisiva esse processo.⁽²²⁾ Na contramão, a gravidade da doença e a autopercepção de estar subordinado aos médicos são causas para que os pacientes não se envolvam.⁽²³⁾

Problemas ligados à estrutura física e à escassez de recursos materiais e de pessoas também são considerados empecilhos para a consolidação da cultura de segurança do paciente e, frequentemente, são apontados como desafios da prática profissional para o alcance das metas e objetivos do PNSP.⁽²⁴⁾ Diante de um cenário de recursos escassos, envolver o paciente no cuidado configura mais uma barreira para reduzir danos e aumentar a segurança. Do ponto de vista da gestão organizacional, identificar os fatores que influenciam a promoção de um ambiente convergente à cultura de envolvimento do paciente na prática dos profissionais é o caminho mais assertivo para guiar a tomada de decisão e tornar possível essa realidade nos serviços de saúde.

A qualificação profissional, tendo como pilar o envolvimento do paciente, também se revelou como desafio.

Atitudes em relação à segurança do paciente produzem impactos substanciais nas decisões comportamentais do ambiente clínico.⁽²⁵⁾ O perfil profissional apresentou características sociais e de formação diversificadas, o que favorece a troca de experiências, saberes e oportunidade de aprendizagem organizacional. Nesse sentido, consolidar uma assistência segura depende de processos formativos que direcionam a equipe de saúde para a prática baseada em evidência, considerando talentos e especificidades de cada cenário.⁽²⁴⁾

A qualificação em segurança do paciente, portanto, torna-se fundamental para a adoção de práticas seguras.⁽²⁵⁾ Inclusive, observa-se maior grau de participação dos pacientes na assistência em ambiente com profissionais de saúde competentes para o cuidado centrado no paciente e trabalho em equipe.⁽²²⁾

Outro desafio apontado foi o letramento em saúde, que se refere à habilidade do indivíduo acessar, compreender, avaliar e usar informações e serviços para tomar decisões sobre saúde, incluindo a capacidade de se comunicar, afirmar e agir sobre tais decisões.⁽²⁷⁾ Identificam-se evidências consistentes de associação entre o letramento em saúde e a mortalidade, especialmente em pacientes com doenças crônicas.⁽²⁸⁾ Considerando que o nível de letramento também pode estar associado à proatividade do paciente em se ativar no seu processo saúde-doença, ambas as características (letramento em saúde e ativação) são importantes para a segurança do cuidado.

Revelou-se maior participação dos pacientes em situações em que existem ferramentas que favorecem essa prática, como o *checklist* de cirurgia segura. Entretanto, os discursos trouxeram de forma incipiente o envolvimento do paciente em cuidados relacionados às metas internacionais de segurança do paciente. A literatura aponta que esse envolvimento tem sido mais frequente no cumprimento dos protocolos de cirurgia segura e de prevenção de queda, entretanto, ainda se mostra dependente do comportamento proativo de paciente/família.⁽¹²⁾

Nos Estados Unidos a presença do *advocacy nursing* assume o papel de intervir pelo paciente, como um defensor dos seus direitos, ampliando a participação efetiva nas questões de assistência e segurança.⁽²⁹⁾ O Brasil ainda precisa avançar nessa discussão, trazendo, inclusive, outros profissionais de saúde e/ou representantes legais do paciente.

O estudo aponta para uma perspectiva da segurança assistencial que exige mudanças culturais nos serviços de saúde, voltadas para o cuidado centrado no paciente e família. Investir no desenvolvimento de competências tem se mostrado um caminho promissor para as transformações no contexto da segurança. As competências necessárias para

prestar um cuidado seguro versam sobre o cuidado centrado no paciente, trabalho em equipe, prática baseada em evidências, uso de indicadores para melhoria da qualidade, desenvolvimento de segurança via eficácia do sistema e desempenho individual e uso de tecnologias para comunicação, aprimoramento, mitigação de erros e tomada de decisões.⁽³⁰⁾

A consolidação da segurança do paciente no cenário hospitalar está intimamente ligada à oferta de uma assistência efetiva e contribui, significativamente, para um melhor desempenho das instituições de saúde.⁽³¹⁾ Nesta direção, os profissionais precisam se apropriar desse conhecimento, incorporando-o em sua prática diária e, especialmente, receber suporte institucional ao efetivo exercício do envolvimento do paciente e família na segurança do cuidado.

O estudo apresenta como limitação o cenário de pesquisa, refletindo aspectos locais da cultura organizacional.

Verificou-se a necessidade de fortalecer o cuidado centrado no paciente e família nas instituições hospitalares, por meio da adequação de recursos estruturais e materiais, da qualificação profissional e do empoderamento de pacientes e familiares. Desenvolver uma cultura de segurança, pautada nesse modelo de assistência, pode tornar a prática de envolver pacientes e familiares no cuidado mais incisiva, com reflexo nos resultados assistenciais.

CONCLUSÃO

A importância atribuída ao envolvimento do paciente na segurança da assistência foi associada à autonomia do paciente, o que agrega valor na sua segurança durante o processo de hospitalização. As práticas que facilitam o envolvimento do paciente no cuidado se relacionaram à interação entre paciente-profissional, à capacidade do paciente para se envolver e ao uso de ferramentas para o gerenciamento do cuidado. A incorporação do envolvimento do paciente para a segurança do cuidado na prática dos profissionais revelou desafios relacionados à capacitação dos profissionais de saúde, adequação de recursos humanos e materiais e letramento em saúde.

CONTRIBUIÇÕES

Autor 1: Concepção e desenho do estudo; coleta, análise e interpretação dos dados; redação e revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final a ser publicada. Autor 2: Concepção e desenho do estudo; análise e interpretação dos dados; revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final a ser publicada. Autor 3: Desenho do estudo; análise e interpretação dos dados; revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final a ser publicada. Autor 4: Desenho do estudo; interpretação dos dados; revisão crítica

do manuscrito; aprovação da versão final a ser publicada. Autor 5: Desenho do estudo; interpretação dos dados; revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final a ser

publicada. Autor 6: Concepção e desenho do estudo; análise e interpretação dos dados; redação e revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final a ser publicada.

REFERÊNCIAS

1. Angeli JC, Ximenes Neto FR, Cunha IC. Avaliação dos riscos à saúde dos trabalhadores de enfermagem do pronto socorro de um hospital universitário. *Enferm Foco*. 2020;11(4):119-27.
2. Costa CO, Souza TL, Matias EO, Gurgel SS, Mota RO, Lima FE. Segurança do paciente pediátrico no processo de administração de medicamento endovenoso. *Enferm Foco*. 2020;11(4):194-201.
3. World Health Organization (WHO). Patients for Patient Safety: forward program [Internet]. Genebra: WHO; 2004 [cited 2019 Abr 10]. Available from: http://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/en/
4. Sahlström M, Partanen P, Rathert C, Turunen H. Patient participation in patient safety still missing: Patient safety experts' views. *Int J Nurs Pract*. 2016;22(5):461-9.
5. Weingart SN, Zhu J, Chiappetta L, Stuver SO, Schneider EC, Epstein AM, et al. Hospitalized patients' participation and its impact on quality of care and patient safety. *Int J Qual Health Care*. 2011;23(3):269-77.
6. Silva TO, Bezerra AL, Paranaquá TT, Teixeira CC. O envolvimento do paciente na segurança do cuidado: revisão integrativa. *Rev Eletrônica Enferm*. 2016;18: e1173.
7. Gomes PH, Mendes Júnior WV. O cuidado centrado no paciente nos serviços de saúde: estratégias de governos e organizações não governamentais. *Rev Acred*. 2017;7(13):23-43.
8. Jardien-Baboo S, Van Rooyen D, Ricks E, Jordan P. Perceptions of patient-centred care at public hospitals in Nelson Mandela Bay. *Health Sa Gesondheid*. 2016;21:397-405.
9. World Health Organization (WHO). Global Patient Safety Action Plan 2021-2030 Towards Zero Patient Harm in Health Care [Internet]. Genebra: WHO; 2020 [cited 2021 Feb 20]. Available from: https://www.who.int/docs/default-source/patient-safety/1st-draft-global-patient-safety-action-plan-august-2020.pdf?sfvrsn=9b1552d2_4
10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013 [citado 2021 Feb 19]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html
11. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº. 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013 [citado 2021 Feb 19]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html
12. Costa DG, Moura GM, Pasin SS, Costa FG, Magalhães AM. Patient experience in co-production of care: perceptions about patient safety protocols. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2020;28:e3272.
13. Saut AM, Berssaneti FT. Patient involvement in quality management of healthcare services. *Acta Paul Enferm*. 2016;29(5):579-85.
14. Polit DF, Beck CT. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 9a ed. Porto Alegre: Artmed; 2019.
15. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007;19(6):349-57.
16. Bardin L. Análise de conteúdo. 3a reimp. tradutor, Reto LA, Pinheiro A, editores. Lisboa, Portugal: Edições 70; 2018.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Conselho Nacional de Saúde [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012 [citado 2021 Feb 19]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
18. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática [Internet]. Brasília (DF): Anvisa; 2017 [citado 2021 Feb 19]. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/caderno-1-assistencia-segura-uma-reflexao-teorica-aplicada-a-pratica>
19. Oliveira HC, Pedron CD. Patient relationship management: levantamento de requisitos para um projeto com foco no relacionamento com os pacientes. *Rev Adm Hosp Inov Saúde*. 2019;16(2):94-109.
20. Agreli HF, Peduzzi M, Silva MC. Patient centred care in interprofessional collaborative practice. *Interface*. 2016;20(59):905-1016.
21. Hoffman LM, Rodrigues FA, Biasibetti C, Peres MA, Vaccari A, Wegner W. Patient safety incidents reported by relatives of hospitalized. *Rev Gaúcha Enferm*. 2020;41(esp):e20190172.
22. Hwang JI, Kim SW, Chin HJ. Patient Participation in Patient Safety and Its Relationships with Nurses' Patient-Centered Care Competency, Teamwork, and Safety Climate. *Asian Nurs Res*. 2019;13(2):130-6.
23. Berger Z, Flickinger TE, Pfon E, Martinez KA, Dy SM. Promoting engagement by patients and families to reduce adverse events in acute care settings: a systematic review. *BMJ Qual Saf*. 2014;23(7):548-55.
24. Siman AG, Braga LM, Amaro MO, Brito MJ. Practice challenges in patient safety. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(6):1504-11.
25. Park KW, Park KH, Kang Y, Kwon OY. The attitudes of Korean medical students to ward patient safety. *Korean J Med Educ*. 2019;31(4):363-9.
26. Cauduro FL, Kindra T, Ribeiro ER, Mata JA. Uso da problematização com apoio do Arco de Maguerez como estratégia de educação permanente para a promoção da segurança do paciente. *Espaç Saúde*. 2017;18(1):150-6.
27. Dodson S, Good S, Osborne RH. Health literacy toolkit for low and middle-income countries: a series of information sheets to empower communities and strengthen health systems. New Delhi: World Health Organization, Regional Office for South-East Asia [Internet]. 2015 [cited 2021 Feb 19]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/205244>
28. Neter E, Brainin E. Association between health literacy, eHealth literacy, and health outcomes among patients with long-term conditions: a systematic review. *Eur Psychol*. 2019;24(1):68-81.
29. Nsiah C, Siakwa M, Ninnoni JPK. Registered Nurses' description of patient advocacy in the clinical setting. *Nurs Open*. 2019;6(3):1124-32.
30. QSEN. Quality and Safety Education for Nurses. QSEN Competencies. Nursing Outlook [Internet]. 2007 [cited 2021 Feb 19];55(3):122-31. Available from: <http://qsen.org/competencies/pre-licensure-ksas/>
31. Costa CO, Souza TL, Matias EO, Gurgel SS, Mota RO, Lima FE. Segurança do paciente pediátrico no processo de administração de medicamento endovenoso. *Enferm Foco*. 2020;11(4):194-201.

CARACTERIZAÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL AO PARTO E NASCIMENTO REALIZADO POR RESIDENTES DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICA

CHARACTERIZATION OF THE ASSISTANCE MODEL FOR PARTURITION AND BIRTH PERFORMED BY OBSTETRIC NURSING RESIDENTS

CARACTERIZACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN AL PARTO Y AL NACIMIENTO REALIZADO POR RESIDENTES DE ENFERMERÍA OBSTÉTRICA

Stéphanie Marques Alves Vieira Angelim¹ (<https://orcid.org/0000-0003-4679-1197>)
 Amanda Santos Fernandes Coelho² (<https://orcid.org/0000-0001-5379-2740>)
 Ana Cláudia Andrade Cordeiro Pires² (<https://orcid.org/0000-0003-1017-164X>)
 Aline Bueno Coelho¹ (<https://orcid.org/0000-0002-9356-0482>)
 Leiliane Sabino Oliveira Ribeiro³ (<https://orcid.org/0000-0003-4687-6959>)
 Juliana Machado Schadosim⁴ (<https://orcid.org/0000-0003-2368-5834>)
 Fernanda Matos Cordeiro⁵ (<https://orcid.org/0000-0002-3643-1510>)
 Lídia Maria do Carmo⁵ (<https://orcid.org/0000-0001-8502-4949>)

Descritores

Enfermagem obstétrica; Parto humanizado; Trabalho de parto; Nascimento

Descriptors

Obstetric nursing; Humanized birth; Labor; Birth

Descriptores

Enfermería obstétrica; Parto humanizado; Trabajo; Nacimiento

Recebido

2 de Março de 2021

Aceito

21 de Maio de 2021

Conflitos de interesse:

nada a declarar.

Autor correspondente

Ana Claudia Andrade Cordeiro Pires
 E-mail: anaclaudia2@gmail.com

RESUMO

Objetivo: Caracterizar o modelo assistencial ao parto e nascimento realizado por residentes de um programa estadual de residência na região central do Brasil e verificar o impacto desse modelo assistencial na repercussão clínica materna e neonatal. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal, retrospectivo, com abordagem quantitativa, composto por 356 mulheres e seus neonatos que tiveram seu parto assistido pelas residentes em enfermagem obstétrica em uma maternidade de risco habitual pública estadual, em Goiás, no período de 2017 a 2019. Para a análise estatística os dados quantitativos foram analisados através de distribuição de frequências, porcentagens, média e desvio padrão.

Resultados: Verificou-se a realização de boas práticas ao parto e nascimento: alimentação livre durante o trabalho de parto (76,97%), escolha do acompanhante (58,43%), amniotomia (28,93%), baixa taxa de episiotomia (4,78%), contato pele a pele (91,29%), clameamento oportuno do cordão umbilical (56,18%), amamentação na 1ª hora de vida (62,64).

Conclusão: A qualidade da assistência prestada por residentes de enfermagem obstétrica foi intimamente expressada pela proporção de parturientes que não foram submetidas a intervenções desnecessárias, bem como apontou desfechos neonatais satisfatórios somados às boas práticas proporcionadas.

ABSTRACT

Objective: Characterize the assistance model of childbirth and birth carried out by obstetric nursing residents on a state program in the central region of Brazil and verify the impact of this assistance model on maternal and neonatal clinical repercussion.

Methods: This is a cross-sectional, descriptive, and retrospective study, with a quantitative approach, composed of 356 women and their newborns who had their birth assisted by obstetric nursing residents in a usual risk state hospital, in Goiás, from 2017 to 2019. For statistical analysis, quantitative data were covered by the distribution of frequencies, percentages, means, and standard deviation.

Results: Good practices were observed in parturition and birth: free feed during labor (76,97%), choice of companion (58,43%), amniotomy (28,93%), low episiotomy rate (4,78%), skin to skin contact (91,29%), timely clamping of the umbilical cord (56,18%), breastfeeding in the first hour of life (62,64).

Conclusion: The quality of assistance provided by obstetric nursing residents was intimately expressed by the proportion of parturients who were not submitted to unnecessary interventions, as well as indicated satisfactory neonatal outcomes added to the good practices provided.

RESUMEN

Objetivo: Caracterizar el modelo de parto y atención al nacimiento que realizan los residentes de un programa estatal de residencia en el centro de Brasil y verificar el impacto de este modelo asistencial en las repercusiones clínicas maternas y neonatales.

Métodos: Se trata de un estudio transversal y retrospectivo con un enfoque cuantitativo, compuesto por 356 mujeres y sus recién nacidos que tuvieron su parto asistidos por residentes en enfermería obstétrica en una maternidad de riesgo habitual del Estado, en Goiás, en el período de 2017 a 2019. Para el análisis estadístico, los datos cuantitativos se analizaron utilizando la distribución de frecuencias, porcentajes, media y desviación estándar.

Resultados: Se verificaron buenas prácticas se realizaron en el parto y el nacimiento: alimentación gratuita durante trabajo de parto (76,97%), elección de compañero (58,43%), amniotomía (28,93%), baja tasa de episiotomía (4,78%), contacto piel con piel (91,29%), sujeción oportuna del cordón umbilical (56,18%), lactancia materna en la primera hora de vida (62,64).

Conclusión: La calidad de la atención prestada por residentes en enfermería obstétrica se expresó estrechamente por la proporción de parturientes que no fueron sometidos a intervenciones innecesarias, así como señaló resultados neonatales satisfactorios añadidos a las buenas prácticas proporcionadas.

¹Secretaria de Estado de Saúde de Goiás, Goiânia, GO, Brasil.

²Hospital Materno Infantil, Goiânia, GO, Brasil.

³Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, GO, Brasil.

⁴Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil.

⁵Maternidade Nascer Cidadão, Goiânia, GO, Brasil.

Como citar:

Angelim SM, Coelho AS, Pires AC, Coelho AB, Ribeiro LS, Schadosim JM, et al. Caracterização do modelo assistencial ao parto e nascimento realizado por residentes de enfermagem obstétrica. *Enferm Foco*. 2021;12(4):813-9.

DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n4.4639>

INTRODUÇÃO

O parto humanizado tem como foco o protagonismo da parturiente no processo de parir, respeitando a mulher como sujeito ativo e empoderado sobre seu corpo e suas escolhas evitando intervenções desnecessárias.⁽¹⁻³⁾

As Diretrizes para o Parto Humanizado estabelecidas pelo Ministério da Saúde em consonância com a Organização Mundial da Saúde buscam uma assistência digna e respeitosa através de boas práticas como: dieta livre no trabalho de parto, utilização dos métodos não farmacológicos de alívio da dor, mudança de posição, deambulação durante o trabalho de parto, clameamento oportuno do cordão, contato pele-a-pele, amamentação na primeira hora de vida e assistência materna imediata após o parto.⁽⁴⁾

Essas ações visam reduzir a violência obstétrica sofrida pelas parturientes, seja nas instituições privadas ou públicas, bem como difundir práticas baseadas em evidência, reduzir divergências de condutas, reduzir intervenções ao parto normal e tornar mais humanizado o processo de nascer e parir.⁽²⁾

Estudos mostram que a Enfermagem Obstétrica é uma mediadora importante no processo de educação e fortalecimento da autonomia da mulher. Esses profissionais contribuem no preparo destas mulheres desde o planejamento familiar até o puerpério, proporcionando uma assistência mais humanizada e de qualidade, de acordo com a necessidade de cada paciente durante o ciclo gravídico-puerperal.⁽⁵⁾

O Programa Nacional de Residência em Enfermagem Obstétrica, é uma ação estratégica da Rede Cegonha que visa um cuidado orientado pelas boas práticas em todo o ciclo gravídico-puerperal, evidências científicas, diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e pelas recomendações da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, buscando melhoria da qualidade, mudança dos cenários e contribuir com a redução das cesarianas desnecessárias.^(6,7)

A Enfermagem Obstétrica tem seu exercício profissional regulamentado pela Lei nº. 7.498/86 e pelo Decreto 94.406/87 e pela Resolução do Conselho Federal de Enfermagem de nº 516 de 2016 que normatiza a atuação do Enfermeiro, Enfermeiro Obstetra e Obstetrix na assistência às gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos nos Serviços de Obstetrícia.^(8,9)

A análise da assistência prestada ao trabalho de parto em relação à utilização de boas práticas é de suma importância pois permite identificar pontos de melhoria no atendimento prestado e verificar a atuação de Residentes em Enfermagem Obstétrica, o que poderá contribuir para mudanças ou reformulações do processo educativo dessas profissionais, para o fortalecimento da atuação das

mesmas na busca de um atendimento mais humanizado com vistas à promoção do parto normal.

Diante do contexto exposto, a presente pesquisa tem como objetivo caracterizar o modelo assistencial ao parto e nascimento realizado por residentes de um programa estadual de residência na região central do Brasil e verificar o impacto desse modelo na repercussão clínica materna e neonatal.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, retrospectivo, com abordagem quantitativa.

Foram utilizados dados secundários coletados no caderno de registro de partos da residência de enfermagem obstétrica e nos prontuários das mulheres que tiveram seus partos realizados em uma maternidade pública estadual em Goiás, no período de 2017 a 2019.

Foram adotados como critérios de inclusão mulheres admitidas na maternidade de estudo que tiveram seus partos assistidos por residentes de enfermagem obstétrica, durante o período de 2017 a 2019, bem como seus recém-nascidos.

Os critérios de exclusão compreenderam mulheres que não tiveram os prontuários encontrados por erro de arquivamento, nessas condições, dentre os 462 prontuários, foram excluídos 106. Dessa forma, a amostra totalizou 356 prontuários.

A maternidade em estudo tem foco no atendimento de baixa complexidade, de pequeno porte e é campo de estudo para as residências médicas de Ginecologia/Obstetrícia e Residência em Enfermagem Obstétrica. Também oferece campo de estágio para a formação de profissionais da saúde de nível superior. Os residentes de enfermagem obstétrica, iniciaram atuação nessa instituição em 2017.

O pré-parto da instituição comporta 4 leitos compartilhados em uma mesma enfermaria com apenas um banheiro e no momento do período expulsivo as gestantes são encaminhadas ao centro cirúrgico.

Os dados foram obtidos a partir do preenchimento de um questionário estruturado para coleta de dados nos prontuários, em formato de *check list* com variáveis sociodemográficas, obstétricas, do parto e nascimento, e relativas à assistência prestada, com perguntas fechadas e abertas, baseadas na revisão da literatura. A coleta de dados teve início em maio de 2020.

Não foi realizado cálculo amostral, pois a coleta foi baseada no total de pacientes que tiveram seu parto assistido por residentes de enfermagem obstétrica, em todo o período entre 2017 a 2019. Para a análise estatística os dados quantitativos foram analisados através de distribuição de frequências, porcentagens, médias e desvio padrão.

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa via Plataforma Brasil obtendo Parecer Consubstanciado 3.857.800 e CAAE: 24833719.9.0000.5080. A pesquisa foi realizada de acordo com os princípios éticos e legais estabelecidos pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde de nº 466/2012.⁽¹⁰⁾

RESULTADOS

No período delimitado, 462 partos foram assistidos por residentes de enfermagem obstétrica, todavia, atendendo aos critérios de exclusão, a amostra foi composta por 356 partos. Deste total, 84 partos foram realizados em 2017, 177 partos em 2018 e 95 partos realizados em 2019. A atuação dos residentes em 2017 iniciou no mês de junho, em 2018 houve atuação de quatro residentes e em 2019 o número de partos reduziu devido à desistência de 3 residentes da turma vigente. A tabela 1 exibe uma maior frequência de parturientes na faixa etária entre 18 e 35 anos de idade (81,18%) com média de idade de 24,6 anos. A maioria se autodeclarou parda (83,99%) e houve predominância de gestantes da capital onde se localiza a maternidade (85,67%). A maior parte das mulheres possuíam 8 ou mais anos de estudo (87,36%), assim como um número mais expressivo para aquelas que possuíam atividade remunerada, (52,81%) e que afirmaram ter companheiro (68,82%) (Tabela 1).

Tabela 1. Perfil sociodemográfico das mulheres que foram assistidas por residentes de enfermagem obstétrica

Variáveis sociodemográficas	n(%)
Faixa etária	
<18 anos	43(12,08)
18-35 anos	289(81,18)
>35 anos	24(6,74)
Raça (autodeclarada)	
Amarela	10(2,81)
Branca	27(7,58)
Indígena	2(0,56)
Parda	299(83,99)
Preta	10(2,81)
Não informado	8(2,25)
Procedência	
Capital	305(85,67)
Interior	50(14,04)
Não informado	1(0,28)
Escolaridade	
<8 anos	37(10,39)
≥ 8	311(87,36)
Não informado	8(2,25)
Profissão	
Com remuneração	188(52,81)
Sem remuneração	165(46,35)
Não informado	3(0,84)
Estado civil	
Com companheiro	245(68,82)
Sem companheiro	106(29,78)
Não informado	5(1,40)

Sobre o perfil clínico-obstétrico dessas pacientes (Tabela 2), foram observados mais casos de nulíparas (48,03%), com idade gestacional a termo (98,88%). Foi maior a quantidade de gestantes que realizaram mais de 6 consultas de pré-natal (53,65%) e que o iniciaram precocemente, no primeiro trimestre de gestação (74,44%). A maioria não tinha nenhuma comorbidade prévia (94,38%). A maior parte não utilizou nenhuma substância psicoativa durante a gestação (70,22%), mas, entre as que referiram o uso, o álcool foi a substância mais utilizada (11,24%). Houve gestantes que referiram uso de mais de uma substância (Tabela 2).

Tabela 2. Perfil clínico e obstétrico das mulheres que foram assistidas por residentes de enfermagem obstétrica

Variáveis obstétricas clínicas	n(%)
Paridade	
Nulípara	171(48,03)
Multipara	145(40,73)
Grande multipara	40(11,24)
Idade gestacional	
Pré-termo	4(1,12)
Termo	352(98,88)
Pós-termo	0(0,00)
Consultas de pré-natal	
<6 consultas	106(29,78)
6 consultas	59(16,57)
>6 consultas	191(53,65)
Início do pré-natal	
1º trimestre	265(74,44)
2º trimestre	65(18,26)
3º trimestre	10(2,81)
Não informado	11(3,09)
Não realizaram	5(1,40)
Doenças prévias	
Não	336(94,38)
Sim	5(1,40)
Não informado	15(4,21)
Uso de substâncias psicoativas	
Álcool	40(11,24)
Crack	2(0,56)
Maconha	4(1,12)
Tabaco	24(6,74)
Não usaram	250(70,22)
Não informado	56(15,73)

A análise dos dados referentes à assistência obstétrica demonstrou que houve maior admissão de gestantes com dilatação de colo uterino menor que 6 cm (91,01%) e com membranas amnióticas íntegras (73,03%). Entre as gestantes, 274 (76,97%) receberam alimentação livre durante o trabalho de parto (Tabela 3). Quanto às boas práticas obstétricas, 261 (73,31%) gestantes foram submetidas à, no máximo, 5 toques vaginais, 208 (58,43%) gestantes tiveram a presença do acompanhante de escolha durante o trabalho e parto e parto, no entanto um número expressivo ainda representou as gestantes que

tiveram esse direito violado (37,64%). A evolução do trabalho de parto foi acompanhada por partograma em 274 (76,97 %) casos (Tabela 3). Entre os métodos não farmacológicos, não invasivos e liberdade de posição a maioria das parturientes recebeu orientações quanto ao banho morno (55,62%) e deambulação (51,12%). Ressalta-se que foi ofertado mais de um tipo de método à maioria das parturientes (Tabela 3). Mais da metade das parturientes (68,82%) estavam com acesso venoso durante o trabalho de parto e tiveram condução do parto com ocitocina sintética (65,17%). Foi realizada amniotomia em apenas 28,93% delas e 20,22% dos casos apresentou líquido amniótico meconial. Apenas duas parturientes realizaram analgesia no trabalho de parto (Tabela 3). A posição litotômica teve maior porcentagem (81,74%). Em relação ao trauma perineal, 17 parturientes foram submetidas à episiotomia, a maioria delas sofreu laceração de 1º grau (43,26%) e observou-se que 41,57% não sofreram nenhum trauma. O trauma grave, de grau 3, acometeu apenas duas parturientes (Tabela 3).

Tabela 3. Boas práticas de assistência obstétrica, segundo o registro dos partos normais das mulheres que foram assistidas por residentes de enfermagem obstétrica

Variáveis obstétricas assistenciais	n(%)
Fase de TP na admissão	
<6 cm	324(91,01)
≥6 cm	21(5,90)
Não informado	11(3,09)
Estado das membranas amnióticas	
Íntegras	260(73,03)
Rotas	91(25,56)
Não informado	5(1,40)
Alimentação durante o TP	
Livre	274(76,97)
Branda	22(6,18)
Líquida	27(7,58)
Hipossódica	1(0,28)
Zero	20(5,62)
Não informado	12(3,37)
Número de exames vaginais	
Até 5	261(73,31)
6 a 10	81(22,75)
11 ou mais	10(2,81)
Não informado	4(1,12)
Presença do acompanhante	
Sim	208(58,43)
Não	134(37,64)
Recusado pela gestante	6(1,69)
Presente apenas no pré-parto	8(2,25)
Evolução do trabalho de parto acompanhado por partograma	
Sim	274(76,97)
Não	81(22,75)
Não informado	1(0,28)

Continua...

Continuação.

Variáveis obstétricas assistenciais	n(%)
Métodos não farmacológicos e não invasivos e liberdade de posição	
Deambulação	182(51,12)
Estímulo a posições verticais	113(31,74)
Banho morno	198(55,62)
Bola suíça	99(27,81)
Massagem	50(14,04)
Agachamento	116(32,58)
Rebozo	1(0,28)
Técnica Respiratória	158(44,38)
Musicoterapia	7(1,97)
Penumbra	15(4,21)
Aromaterapia	0(0,00)
Cateter venoso no trabalho de parto	
Sim	245(68,82)
Não	111(31,18)
Uso de medicação	
Condução com ocitocina	232(65,17)
Sem uso de ocitocina	124(34,83)
Ruptura de Membranas Amnióticas	
Espontânea	247(69,38)
Artificial	103(28,93)
Não informado	6(1,69)
Aspecto do líquido amniótico	
Meconial	72(20,22)
Claro	284(79,78)
Analgesia	
Sim	2(0,56)
Não	354(99,44)
Posição no período expulsivo	
Litotômica	291(81,74)
Semi-sentada	14(3,93)
Gaskin	3(0,84)
Cócoras na banquetta	48(13,48)
Trauma perineal	
Episiotomia	17(4,78)
Laceração Grau 1	154(43,26)
Laceração Grau 2	52(14,61)
Laceração Grau 3	2(0,56)
Sem trauma	148(41,57)

No que concerne ao perfil clínico e obstétrico dos RN de partos assistidos por residentes de enfermagem obstétrica, foi atribuído Apgar ≥7 no primeiro minuto à 94,38% dos casos e à 99,44% dos casos no quinto minuto. Houve prevalência do sexo masculino (55,06%) e de RN a termo, segundo a idade gestacional calculada pelo Método de Capurro, (96,35%) (Tabela 4). Em relação ao peso do RN ao nascimento, 341 (95,79%) deles apresentaram mensuração ≥2500 g e, dentre eles, 306 (85,96%) foram classificados como adequados para a idade gestacional (AIG) (Tabela 4).

O contato pele a pele foi estabelecido a 325 binômios, a hora de ouro da amamentação foi proporcionada a 223 (62,64%) deles e o clampamento oportuno foi realizado em 200 (56,18%) nascimentos (Tabela 5). Os registros apontaram a ocorrência de apenas 14 (3,93%) partos com

Tabela 4. Perfil clínico-neonatal segundo o registro dos partos normais das mulheres que foram assistidas por residentes de enfermagem obstétrica

Variáveis neonatais clínicas	n(%)
Apgar 1º minuto	
<7	20(5,62)
≥7	336(94,38)
Apgar 5º minuto	
<7	2(0,56)
≥7	354(99,44)
Sexo do recém-nascido	
Feminino	160(44,94)
Masculino	196(55,06)
Idade gestacional (Capurro)	
Pré-termo	8(2,25)
Termo	343(96,35)
Pós-termo	0(0,00)
Não informado	5(1,40)
Peso (g)	
<2500	14(3,93)
≥2500	341(95,79)
Não informado	1(0,28)
Classificação do peso de acordo com a idade gestacional	
Pequeno para idade gestacional	30(8,43)
Adequado para idade gestacional	306(85,96)
Grande para idade gestacional	19(5,34)
Não informado	1(0,28)

distócia, dentre eles, a manobra de desprendimento mais utilizada pelas residentes foi McRoberts (6,18%).

Tabela 5. Boas práticas prestadas à assistência neonatal segundo o registro dos partos normais das mulheres que foram assistidas por residentes de enfermagem obstétrica

Variáveis neonatais assistenciais	n(%)
Contato pele a pele	
Sim	325(91,29)
Não	31(8,71)
Clampamento do cordão umbilical	
Precoce	156(43,82)
Oportuno	200(56,18)
Amamentação na 1ª hora	
Não	132(37,08)
Sim	223(62,64)
Não informado	1(0,28)

DISCUSSÃO

Os dados sociodemográficos desse estudo evidenciaram uma maior parte de mulheres jovens adultas, entre 18 e 35 anos, pardas, provenientes da capital onde se encontra a maternidade, atendendo ao princípio de descentralização do SUS. A maioria referiu escolaridade maior ou igual a 8 anos, com remuneração corroborando com uma pesquisa semelhante realizada em uma maternidade de risco habitual em Maceió - AL. O nível de instrução com escolaridade maior ou igual a 8 anos de estudo é considerado fator de proteção para complicações gestacionais.^(11,12)

A pesquisa nacional *Nascer no Brasil*, corroborou com este estudo quando apontou a maioria de mulheres com

companheiro (79,8%) e sem doença prévia à gestação (92,2%). A situação conjugal tem impacto diretamente relacionado à rede de apoio e por isso é muito importante incluir a participação ativa do companheiro durante todo período de gestação.⁽¹³⁾

Em relação ao perfil clínico e obstétrico das parturientes, a maioria era nulípara com idade gestacional a termo apresentados na tabela 2, fato que confere com estudos realizados no Distrito Federal e no Rio Grande do Sul.^(14,15)

O Ministério da Saúde recomenda que o pré-natal de baixo risco ideal seja composto por, no mínimo, 6 consultas intercaladas entre médico e enfermeiro e que tenha início precoce, ainda no primeiro trimestre. A maior porcentagem das gestantes desse estudo atendeu a essa recomendação, assim como foi percebido em alguns estudos porcentagens como 38% e 62%.^(11,14)

Entre as práticas claramente úteis e que devem ser estimuladas, recomendadas pela Organização Mundial de Saúde, estão o oferecimento de dieta, liberdade de movimentação, presença do acompanhante, uso do partograma e métodos não farmacológicos para alívio da dor. No presente estudo, todas essas variáveis obtiveram importância significativa, o que vai ao encontro do achado em um dos hospitais com presença de enfermeira obstetra atuante em Minas Gerais. Esse estudo demonstrou que quando comparado a hospitais que não havia presença atuante de enfermeiras obstetras esses dados sofreram redução relevante.^(2,16)

Estudo realizado em Santa Maria - RS, afirmou que as internações precoces podem sujeitar as gestantes a intervenções obstétricas desnecessárias, como por exemplo a alta porcentagem de ocitocina sintética prescrita para as pacientes desse estudo correlacionando à maior porcentagem de admissões médicas de mulheres com menos de 6 cm de dilatação. O uso rotineiro de ocitocina está entre as práticas comprovadamente danosas e que devem ser evitadas, segundo as recomendações da Organização Mundial de Saúde, pois está associada a uma experiência mais dolorosa, que limita a movimentação da gestante e que pode resultar em desfechos materno-fetais indesejáveis.^(2,15)

Ainda não existem motivos claros que justifiquem a ruptura artificial das membranas amnióticas, mas sabe-se que esse procedimento pode favorecer a evolução do trabalho de parto, bem como reduzir a infusão de ocitocina sintética. Entretanto, esse procedimento pode ocasionar desacerelações precoces dos batimentos cardíacos fetais, maior risco de infecção ovular e puerperal.^(11,15)

Uma menor porcentagem das parturientes desse estudo foi submetida à amniotomia. A baixa taxa de realização

do procedimento também foi encontrada em estudo realizado no Nordeste (13,2%) e no Sul (27,5%).^(11,15)

De acordo com o Ministério da Saúde o líquido meconial é observado em, aproximadamente, 10% a 20% das gestações, o que concorda com o achado nesse estudo (20,22%). Os mecanismos associados à excreção de mecônio no líquido amniótico são: maturidade fetal, sofrimento fetal e compressão mecânica do abdome durante o trabalho de parto relacionado à trabalhos de parto prolongados.⁽⁷⁾

A baixa taxa de realização de analgesia no trabalho de parto desse estudo confere com estudo realizado em Belo Horizonte - MG. No estudo em comparação, os pesquisadores relacionaram o fato à presença da enfermagem obstétrica, a presença do acompanhante e a realização de métodos não farmacológicos para alívio da dor.⁽¹⁶⁾

Estudos realizados demonstraram uma maior parte de mulheres em posição litotômica no período expulsivo do trabalho de parto, 73,9% e 89,8% respectivamente.^(14,15) Esse dado também foi encontrado nesse estudo e reflete o modelo tradicional de assistência ao parto e nascimento das instituições referidas quando se refere a falta de infraestrutura adequada, resistência de outros profissionais da equipe e falta de conhecimento da mulher, o que resulta em estranhamento e insegurança, mesmo que a maioria delas tenha recebido orientações acerca da deambulação e posições verticais durante o trabalho de parto.^(3,15)

No que diz respeito à integridade perineal, esse estudo demonstrou que houve uma frequência significativa de parturientes não teve nenhum tipo de trauma, entretanto, a porcentagem de laceração de 1º grau foi significativa e pode estar diretamente relacionada à posição litotômica no período expulsivo como aponta as evidências científicas.⁽¹⁵⁾

Ressalta-se ainda a baixa porcentagem de realização de episiotomia como é recomendado pela Organização Mundial de Saúde. Foram encontrados dados congruentes em estudo realizado em uma maternidade em Santa Maria - RS. Esses dados vão ao encontro as recomendações da Organização Mundial de Saúde, quanto a não realização rotineira da episiotomia em partos de risco habitual.^(2,15)

O Índice de Apgar expressa a vitalidade do recém-nascido (RN) ao nascer no 1º e 5º minutos de vida. Os dados coletados nessa pesquisa mostraram que houve um predomínio de neonatos que obtiveram Índice de Apgar >7 no 1º e 5º minuto, demonstrando que a maior parte deles recuperou sua vitalidade, o que refletiu o baixo índice de reanimação e/ou desconforto respiratório, justificando a alta porcentagem de neonatos que não necessitaram de nenhum suporte ventilatório como demonstrado na tabela 4.

Apesar de ter sido encontrada uma baixa ocorrência de distócias na análise dos dados desse estudo, percebeu-se que as residentes as solucionaram com manobras de desprendimento adequadas. Uma revisão bibliográfica apontou que a participação do enfermeiro obstetra no parto com distócia ampara as necessidades do binômio mãe-filho, assim como está à disposição para resolver, em tempo hábil, situações de risco, transmitindo segurança e humanização.⁽¹⁷⁾

Percebeu-se que o modelo tradicional de assistência e a infraestrutura ocasionou uma maior taxa de parturientes em posição litotômica no segundo período do parto, além do uso de ocitocina sintética endovenosa. Fatores humanos interferiram nas boas práticas neonatais: clampamento oportuno do cordão umbilical e amamentação na primeira hora de vida. Viu-se a dificuldade na coleta de dados em prontuários manuais, visto que a caligrafia dificultou o entendimento de alguns dados, além da ausência de registros em outros casos, o que tornou o período de coleta mais prolongado.

Os resultados apresentam a responsabilidade das profissionais diante das evidências científicas propostas pelas organizações de saúde, assim como o respeito à fisiologia do processo de parir como um resgate à autonomia e protagonismo da mulher. Porém, é importante ressaltar a necessidade de educação continuada e alinhamento de equipe para melhora dos índices referentes às boas práticas maternas e neonatais que vão de encontro ao título de Hospital Amigo da Criança.

CONCLUSÃO

Esse estudo pôde comprovar, por meio de um panorama transversal de análise, a importância da atuação da enfermagem obstétrica no cenário de parto, a necessidade da ampliação de mais profissionais e a interferência da infraestrutura nesse interim. A divulgação de dados como os abordados nesse estudo reforça o êxito das mudanças no cenário obstétrico brasileiro ocasionado pela mudança de paradigma assistencial aos cuidados maternos e neonatais.

CONTRIBUIÇÕES

Stéphanie Marques Alves Vieira Angelim: Concepção e/ou desenho do estudo; coleta, análise e interpretação dos dados; redação do manuscrito. Amanda Santos Fernandes Coelho: Concepção e/ou desenho do estudo; interpretação dos dados; revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final a ser publicada. Ana Cláudia Andrade Cordeiro Pires: Concepção e/ou desenho do estudo; interpretação dos dados; revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final a ser publicada. Aline Bueno Coelho: Revisão

crítica do manuscrito; aprovação da versão final a ser publicada. Leiliane Sabino Oliveira Ribeiro: Revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final a ser publicada. Juliana Machado Schadosim: Revisão crítica do manuscrito;

aprovação da versão final a ser publicada. Fernanda Matos Cordeiro: Revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final a ser publicada. Lídia Maria do Carmo: Revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final a ser publicada.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Humanização do parto e do nascimento [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014 [citado 2021 Mar 10]. Disponível em: http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/caderno_humanizausus_v4_humanizacao_parto.pdf
2. Organização Mundial da Saúde (OMS). Recomendações da OMS: Cuidados intrapartos para uma experiência positiva de parto. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2018 [citado 2021 Mar 10]. Disponível em: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>
3. Souza FM, Santos WN, Santos RS, Rodrigues OB, Santiago JC, Silva RA. Tecnologias apropriadas ao processo do trabalho de parto humanizado. *Enferm Foco*. 2019;10(2):118-24.
4. Veloso AC, Silva LS, Barros PG, Gomes RR, Santos AS, Oliveira HM. Atuação dos profissionais de saúde e o processo de humanização no centro obstétrico. *Nursing*. 2020;23(268):4570-4.
5. Kottwitz F, Gouveia HG, Gonçalves AC. Via de parto preferida por puérperas e suas motivações. *Esc Anna Nery*. 2018;22(1):e20170013.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Portaria conjunta nº 5 de 31 de outubro de 2012. Homologa o resultado do processo de seleção dos projetos que se candidataram ao Programa Nacional de Bolsas para Residência em Enfermagem Obstétrica (PRONAENF) [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012 [citado 2021 Mar 10]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sgtes/2012/prt0005_31_10_2012.html
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011 [citado 2021 Mar 10]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_v1.pdf
8. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução Cofen n.º 516 de 24 de junho de 2016. Dispõe sobre a atuação de Enfermeiros na assistência às gestantes, parturientes e puérperas [Internet]. Brasília (DF): Conselho Federal de Enfermagem; 2016 [citado 2021 Mar 10]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05162016_41989.html
9. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei n.º 7.498 de 25 de Junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências [Internet]. Brasília (DF): Presidência da República [citado 2021 Mar 10]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm
10. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466 de 12 de Dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012 [citado 2021 Mar 10]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
11. Vieira MJ, Santos AA, Silva JM, Sanches ME. Assistência de enfermagem obstétrica baseada em boas práticas: do acolhimento ao parto. *Rev Eletrônica Enferm*. 2016;18:e1166.
12. Medeiros FD, Silva MG, Sales JC, Ribeiro SG, Silva Júnior FJ, Parente AC. Aspectos relacionados às internações por intercorrências gestacionais. *Enferm Foco*. 2020;11(4):41-8.
13. Bittencourt SD, Cunha EM, Domingues RM, Dias BA, Dias MA, Torres JA, et al. Nascer no Brasil: continuidade do cuidado na gestação e pós-parto à mulher e ao recém-nato. *Rev Saúde Publica*. 2020;54:100.
14. Campos BC, Pereira EP, Medeiros GA, Pereira EP. Perfil da assistência hospitalar prestada por enfermeiras residentes em obstetria em Brasília, Distrito Federal. *Comun Ciênc Saúde*. 2017;47(4):291-300.
15. Reis TR, Zamberlan C, Quadros JS, Grasel JT, Moro AS. Enfermagem obstétrica: contribuições às metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. *Rev Gaúcha Enferm*. 2015;36(spe):94-101.
16. Silva TP, Dumont-Pena E, Sousa AM, Amorim T, Tavares LC, Nascimento DC, et al. Obstetric nursing in best practices of labor and delivery care. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(Suppl 3):235-42.
17. Costa CS, Dias NA, Dourado ZF. Participação do enfermeiro obstetra no trabalho de parto com distócias. *Rev Cuid Enferm CESUCA*. 2019;5(6):82-92.

HEART QUIZ: PROTÓTIPO DE GAME PARA OS ESTUDOS EM CARDIOLOGIA

HEART QUIZ: PROTOTYPE OF GAME FOR CARDIOLOGY STUDIES

EXAMEN DEL CORAZÓN: PROTOTIPO DEL JUEGO PARA ESTUDIOS DE CARDIOLOGÍA

Débora Martins Werkema¹

Claudinalle Farias Queiroz de Souza²

Helen Conceição dos Santos Elihimas³

Carlos Eduardo Rodrigues Saraiva⁴

Évelyn Cristina Morais Pessôa Lima²

Ronalberto Lopes de Araujo²

Matheus Beltrão Silva⁴

(<https://orcid.org/0000-0002-1962-752X>)

(<https://orcid.org/0000-0003-1541-3089>)

(<https://orcid.org/0000-0003-3921-4332>)

(<https://orcid.org/0000-0002-8955-3781>)

(<https://orcid.org/0000-0002-1862-8491>)

(<https://orcid.org/0000-0001-6476-1421>)

(<https://orcid.org/0000-0002-7059-4233>)

Descritores

Jogos experimentais; Educação em enfermagem; Pessoal de saúde; Ensino; Cardiologia

Descriptors

Games, Experimental; Education nursing; Health personnel; Teaching; Cardiology

Descriptores

Juegos experimentales; Educación en enfermería; Personal de salud; Enseñanza; Cardiología

Recebido

5 de Março de 2021

Aceito

15 de Maio de 2021

Conflitos de interesse:

o manuscrito foi extraído de uma monografia com o seguinte título: "Heart Quiz: Protótipo de game para os estudos em cardiologia" defendida como etapa final para obtenção do título de especialista em Cardiologia pelo programa de pós-graduação em enfermagem da Universidade de Pernambuco (UPE) na modalidade de residência uniprofissional no ano 2019 tendo como polo o Hospital Agamenon Magalhães, HAM, Recife, Pernambuco (PE).

Autor correspondente

Claudinalle Farias Queiroz de Souza
E-mail: claudinalle.souza@upe.br

RESUMO

Objetivo: Prototipar um jogo digital para o estudo da Cardiologia por profissionais e estudantes de saúde.

Métodos: Pesquisa de finalidade aplicada do tipo exploratória e de desenvolvimento tecnológico. Desenvolvido em parceria entre a Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças da Universidade de Pernambuco e a Faculdade Nova Roma, no período de fevereiro a setembro de 2018. Para a construção, utilizou-se da plataforma Unity versão 2017.1, e a metodologia Scrum.

Resultados: O game que se trata de um quiz com perguntas e respostas que geram pontuação para avançar em sete níveis. Para testar os conhecimentos em cardiologia, os jogadores estarão utilizando um universo tridimensional, com características lúdicas e movimentam-se por um cenário similar a uma emergência hospitalar, encontrando desafios baseados nas necessidades clínicas dos pacientes.

Conclusão: A construção do Heart Quiz trouxe uma proposta inovadora para estudos em cardiologia, sendo aplicável em contextos de interesses diferentes, graduação ou pós-graduação.

ABSTRACT

Objective: Prototype a digital game for the study of Cardiology by health professionals and students.

Methods: Research of applied purpose of the exploratory type and of technological development. Developed in partnership between the Faculty of Nursing Nossa Senhora das Graças of the University of Pernambuco and the Faculty Nova Roma, from February to September 2018. For the construction, it was used the platform Unity version 2017.1, and the Scrum methodology.

Results: The game is a quiz with questions and answers that generate scores to advance in seven levels. To test their knowledge in cardiology, players will be using a three-dimensional universe, with playful characteristics and moving through a scenario similar to a hospital emergency, meeting challenges based on the clinical needs of patients.

Conclusion: The construction of the Heart Quiz brought an innovative proposal for studies in cardiology, being applicable in contexts of different interests, undergraduate or graduate.

RESUMEN

Objetivo: Prototipo de un juego digital para el estudio de Cardiología por parte de profesionales de la salud y estudiantes.

Métodos: Investigación del propósito aplicado del tipo exploratorio y desarrollo tecnológico. Desarrollado en colaboración entre la Facultad de Enfermería Nossa Senhora das Graças de la Universidad de Pernambuco y Facultad Nova Roma, de febrero a septiembre de 2018. Para el En la construcción, se utilizó la plataforma Unity versión 2017.1 y la metodología Scrum.

Resultados: El juego que es un cuestionario con preguntas y respuestas que generan puntuación para avanzar a través de siete niveles. Para probar sus conocimientos en cardiología, los jugadores usarán un universo tridimensional, con características lúdicas y moverse a través de un escenario similar a una emergencia hospitalaria, encontrando desafíos basados en las necesidades clínicas de los pacientes.

Conclusión: La construcción de Heart Quiz trajo una propuesta innovadora para estudios en cardiología, siendo aplicable en contextos de diferentes intereses, pregrado o posgrado.

¹Hospital Agamenon Magalhães, Recife, PE, Brasil.

²Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças, Universidade de Pernambuco, Recife, PE, Brasil.

³Hospital Militar de Área do Recife, Recife, PE, Brasil.

⁴Faculdade Nova Roma, Fundação Getúlio Vargas, Recife, PE, Brasil.

Como citar:

Werkema DM, Souza CF, Elihimas HC, Saraiva CE, Lima EC, Araujo RL, et al. Heart quiz: protótipo de game para os estudos em cardiologia. *Enferm Foco*. 2021;12(4):820-5.

DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n4.4656>

INTRODUÇÃO

Com a evolução do conhecimento, novas modalidades de educação têm surgido utilizando-se da mediação tecnológica, o que permite o fornecimento eficiente de conteúdos em locais diversos, favorecendo a autonomia, a flexibilidade do indivíduo, o acesso rápido e atualização instantânea de conteúdo.⁽¹⁾

No contexto da saúde, estas novas tecnologias têm sido muito bem utilizadas, tanto como estratégia de promoção à saúde das mais diversas populações, quanto na formação e capacitação de profissionais para atuação em suas determinadas áreas ou em habilidades e competências específicas.⁽¹⁾

A utilização de *games* é bem difundida atualmente como estratégia didática, pois possibilita o desenvolvimento de habilidades sensório-motoras, capacidade estratégica e entendimento das regras, a depender do objetivo proposto. A atividade de jogar é apreciada por diversas sensações que é capaz de gerar, além de ser uma atividade lúdica e prazerosa para o usuário.^(2,3)

Os jogos se propõem a testar limites, apresentar situações novas, além de possibilitar a construção de conhecimentos e treinamentos. Aqueles que possuem metas e propósitos específicos são chamados *serious games*. É uma ferramenta útil e de boa receptividade pelas pessoas, pois formula hipóteses, possui atividades lúdicas e promove o entretenimento.^(1,2)

A diferença entre os *serious games* (*SG*) e os demais jogos digitais é o objetivo final de aprendizagem. Os *SG* possuem elevado potencial no processo ensino-aprendizagem por proporcionarem uma motivação intrínseca no ato de jogar, além de viabilizarem a construção do conhecimento e o aprendizado significativo. Têm sido utilizados nos mais diversos públicos, de crianças a idosos, atendendo às mais diversas necessidades.⁽¹⁾

Na área de cardiologia, são numerosos os cursos de formação profissional já que é uma grande área, na qual busca-se conhecimento contínuo para propor mudanças no perfil dos indivíduos. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2015, 17,7 milhões de pessoas morreram de doenças cardiovasculares (DCV), estas representam 31% de todas as mortes por doenças não transmissíveis. Sabe-se que os profissionais de saúde necessitam de formação de qualidade e de forma continuada para prestar uma assistência rápida e eficaz, a fim de oportunizar seguimento clínico aos pacientes crônicos e desfechos positivos após eventos agudos.⁽⁴⁾

Diante deste contexto, este estudo propôs a construção de um *game* com a finalidade de apoiar o preparo teórico deste grande público, desde a graduação e ainda os

profissionais já em atividade nos diversos serviços de saúde do Brasil.

O presente estudo tem como objetivo descrever um protótipo de jogo digital (*game*) para o estudo da Cardiologia por profissionais e estudantes de saúde.

MÉTODOS

Pesquisa de finalidade aplicada do tipo exploratória e de desenvolvimento tecnológico.

O estudo foi desenvolvido em parceria com discentes da Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças (FENSG) da Universidade de Pernambuco (UPE), e da Faculdade Nova Roma, da Fundação Getúlio Vargas, ambas localizadas em Recife/PE durante o período de fevereiro a setembro de 2018.

Toda a proposta do jogo foi desenvolvida por uma equipe multidisciplinar, composta por docentes com experiência em jogos educacionais, enfermeiras especialistas em cardiologia, residente do programa de pós-graduação de enfermagem em cardiologia, e por docentes e discentes do curso de Ciências da Computação. Nesta fase da pesquisa não houve participantes, as etapas da prototipação foram realizadas exclusivamente pela equipe de pesquisa.

A proposta do trabalho foi desenvolver um *game*, a partir de um protótipo, para apoiar o desenvolvimento profissional daqueles que desejam se aprofundar nos conhecimentos sobre o tratamento de pacientes cardiopatas.

A construção do *game* foi realizada em fases, para isso, foi utilizado no desenvolvimento do projeto o *Scrum*, uma metodologia ágil para desenvolvimento e gestão de projetos de software. Todas as fases descritas foram realizadas em concordância com a equipe de desenvolvimento de *software*. Para a construção do *game* utilizou-se da plataforma *Unity* versão 2017.1.

Com o objetivo de delimitar a ideia central do *game*, foram realizadas reuniões quinzenais com a equipe de produção de *software* e com a equipe de enfermagem para estruturar e relatar como o protótipo do *game* se comportaria. Diante disso, as reuniões foram de extrema importância, pois fomentaram possíveis debates a respeito das limitações da plataforma e as possíveis alterações no protótipo do *game*.

Didaticamente, as fases de desenvolvimento do projeto foram pensadas de forma sistemática e que pudessem atender todos os requisitos que um *game* deveria conter. As fases foram divididas conforme descritas a seguir: Fase 1 - Definição do escopo: Foram observados os objetivos de aprendizagem estabelecidos para o *game*, as habilidades que serão desenvolvidas e as formas de melhor explorá-las

através do *game*. Para isto, buscou-se na literatura os principais pontos a serem abordados nos desafios, dentro dos conteúdos da Cardiologia e das outras ciências que englobam o atendimento holístico ao paciente. Essa etapa contou com uma busca na literatura de referência em Cardiologia e questões validadas, para observar os conteúdos necessários para aprendizagem. Nesta etapa também foi realizada a proposta de ambientação do cenário e jogador, o que incluiu a escolha de ambientes e cores, dentro da perspectiva de uma unidade hospitalar, assim como os personagens, o mais próximo da realidade possível, sem perder as características lúdicas.

Na Fase 2 - Prototipação do *game*, foi utilizada a plataforma *Unity* versão 2017.1 e a prototipação dividida em etapas, descritas a seguir: Etapa 1: Planejamento, no qual definiu-se a melhor forma de alcançar as necessidades de aprendizagem pré-definidas através dos desafios propostos no jogo, permitindo tornar práticas e aplicáveis à realidade de uma estrutura hospitalar. Etapa 2: Modelagem, onde foi definido o "esqueleto" do *game*, implementando a criação dos cenários e elaborando os personagens de cada um deles. Etapa 3: Implementação, foi nesta etapa que ocorreu a programação propriamente dita do *game*, criação dos personagens e ambientes, unindo com as questões e roteiros pré-definidos. Etapa 4: fase de testes.

O presente estudo é parte integrante de um projeto principal aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Complexo Hospitalar HUOC/PROCAPE sob parecer nº 3.045.869 e CAAE nº 02431018.2.0000.5192.

RESULTADOS

A elaboração do *game* surgiu da necessidade de abordar de forma lúdica e prazerosa, as questões de aprendizagem necessárias aos profissionais de saúde que lidam com os pacientes cardiopatas. Partindo de uma revisão da sistemática da literatura na qual foram encontrados trabalhos com propósito semelhantes e com bons resultados, foi desenvolvido o projeto com a finalidade de permitir a difusão de conhecimento aos profissionais de forma fácil, atrativa e lúdica.

O *game* que se trata de um Quiz, essencialmente um tipo de jogo com perguntas e respostas que geram uma pontuação, tem características lúdicas, e é acessado por uma ferramenta computacional (Figura 1). Tem como objetivo principal testar os conhecimentos em cardiologia através de um universo tridimensional, onde o jogador movimenta-se pelas salas encontrando os desafios propostos em cada uma delas, levando em consideração as necessidades dos seus pacientes, elaboradas a partir de questões

validadas pela literatura especializada em Cardiologia e em Enfermagem.

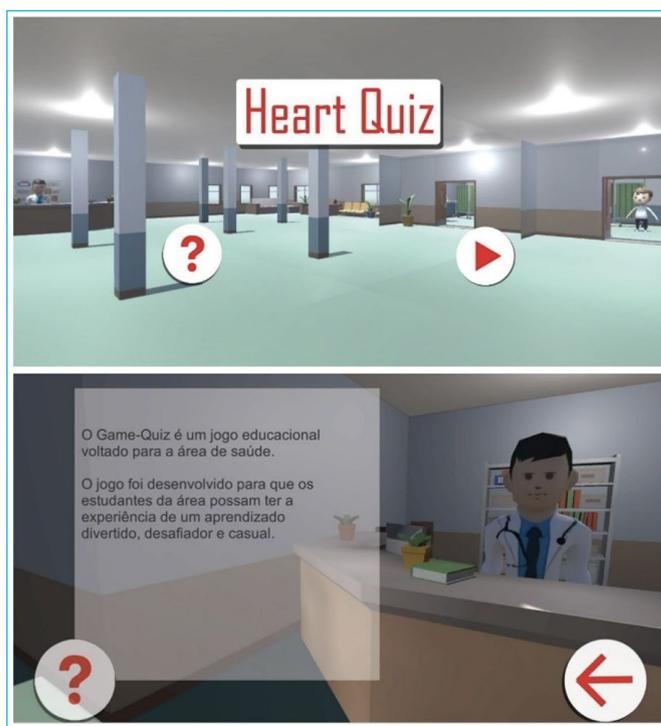


Figura 1. Visão inicial do game Heart Quiz

O protótipo foi elaborado de forma que no primeiro momento em que o jogador acesse o aplicativo, se cadastre no jogo. Em seguida ele é convidado a escolher o seu perfil de jogador, uma vez que as questões propostas nas fases serão específicas para o seu perfil, sendo elas, estudante, enfermeiro ou médico. Em seguida ele escolhe um personagem que será uma animação que o representará durante o jogo. Após o cadastro o jogador acessa o cenário do *game* propriamente dito, um espaço em 3D que reproduz uma unidade de emergência cardiológica. A partir daí ele se movimenta pelos espaços avançando nos níveis propostos até a finalização do jogo. Os níveis incluem a triagem, nível bônus de Semiologia e Semiotécnica, sala de eletrocardiograma (ECG), laboratório, radiologia, consultório, sala de emergência, sala de procedimentos e sala vermelha (Figura 2).

Para que o jogador acesse cada ambiente, ele precisa concluir a pontuação referente ao nível atual e para isso, precisa responder às questões propostas a ele. Tais questões são exibidas ao jogador no momento em que ele entra na sala em questão, por exemplo, na sala de triagem. Ao abrir uma porta, o cenário deixa de ser tridimensional e passa a ser bidimensional, aparecendo uma caixa de diálogo ao lado do avatar que representa o paciente naquela situação. As questões são propostas dentro dessa

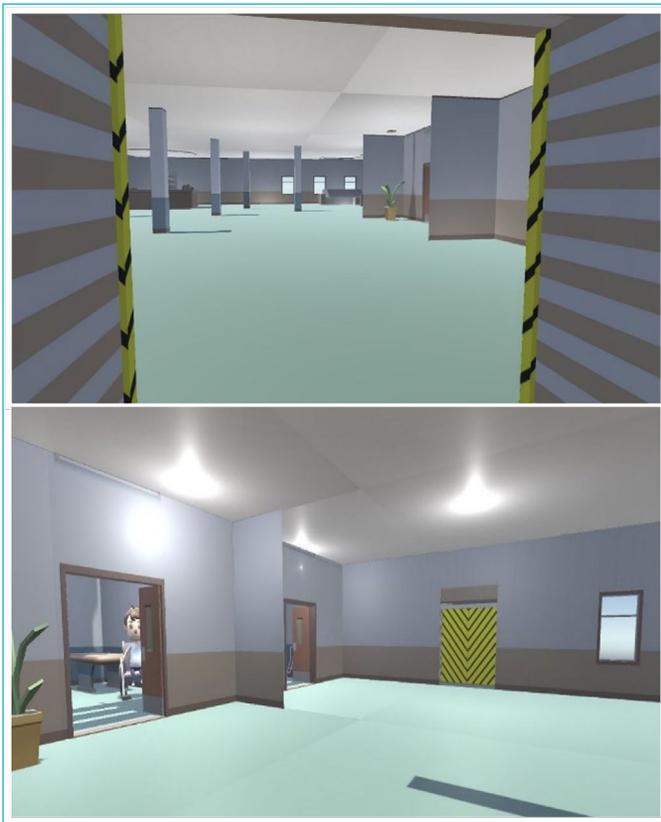


Figura 2. Visão da entrada e das salas de alguns níveis do game

caixa de diálogo, assim como as alternativas de respostas e observações ao responder tal desafio. O primeiro nível é a Triagem, este é o espaço onde o jogador terá que responder questões que tratam da classificação dos pacientes quanto à gravidade e urgência do atendimento. Utilizamos para tanto, questões que abordam o protocolo de Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência do Ministério da Saúde. Na versão atual temos cinco questões a serem respondidas pelo jogador, e para o jogador avançar o nível ele necessariamente deve responder corretamente três. Logo em seguida há um nível bônus de semiologia e semiotécnica abordando conteúdos relacionados ao exame físico e a procedimentos da área da saúde. Após concluídas as questões da triagem e do nível bônus o jogador pode acessar a Sala de ECG (2º nível). Neste nível as questões são relacionadas à realização e interpretação do eletrocardiograma de repouso, um exame simples e muito utilizado para o diagnóstico de cardiopatias. A complexidade das questões que aparecem para o jogador nesse nível depende do perfil que ele escolheu ao entrar no jogo (Figura 3).

O 3º nível é o ambiente do Laboratório, com perguntas sobre a realização e interpretação de exames laboratoriais. A etapa seguinte é a Radiologia (4º nível). Neste ambiente são apresentadas questões sobre a realização e

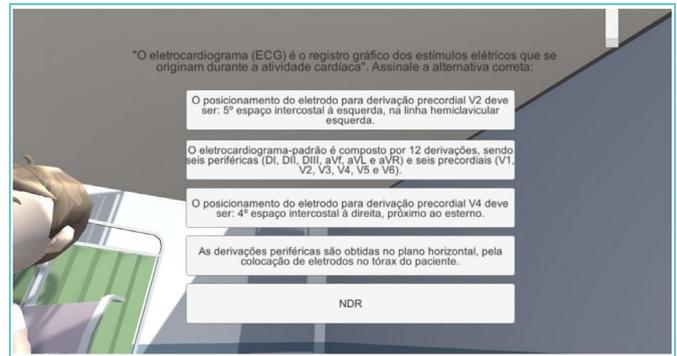


Figura 3. Exemplo de questão acessada no 2º nível Sala de ECG do game heart Quiz

interpretação dos exames de imagem mais comuns à clínica dos pacientes cardiopatas. O próximo nível do game é o Consultório (5º nível). Nesta sala, o jogador se depara com um caso clínico completo, incluindo a classificação de acordo com a gravidade e os exames previamente realizados. Neste nível o jogador é desafiado a solucionar questões sobre o diagnóstico do paciente a depender do perfil. Para isso, são propostos desafios que envolvem a anamnese e o exame clínico cardiológico. Concluídos os desafios do consultório, o jogador é habilitado a entrar na Sala de emergência (6º nível). Neste espaço optou-se por simular um setor de emergência em que temos a disposição de alguns leitos e seus respectivos pacientes, separados de acordo com a classificação. Ao se aproximar de um leito o jogador tem um desafio relacionado àquele atendimento, podendo ser uma pergunta relacionada à necessidade específico do paciente. O penúltimo nível do jogo é chamado de Sala de procedimentos. Nesta etapa o jogador tem questões relacionadas a procedimentos simples e comuns ou até mesmo específicos da cardiologia. No último nível do game (7º nível), o jogador se depara com questões mais complexas que envolvem o atendimento de pacientes graves. Os desafios envolvem perguntas de alto grau de complexidade que dependem do perfil do jogador, e incluem desde a organização da equipe para uma reanimação cardiorrespiratória até a indicação ou não de uma cardioversão elétrica. Foi definido neste protótipo que para finalização completa do game, o jogador precisa responder as questões obrigatórias de cada nível, totalizando vinte e quatro questões. A duração total do jogo, na versão atual, foi calculada entre vinte e cinco e trinta minutos. Caso o jogador não consiga acertar as questões, é liberada uma nova questão do mesmo nível para que ele responda. Após responder a quantidade de questões obrigatórias, ele é avisado que está apto para o próximo nível até a conclusão do jogo.

DISCUSSÃO

A utilização dos *games* como estratégia educacional nos diversos públicos tem sido bastante difundida nos últimos anos, trazendo uma infinidade de possibilidades e aplicações para essa ferramenta. Uma delas permite tornar mais acessível e lúdico o conhecimento de temas complexos e que integram várias ciências, como é o caso da Cardiologia.⁽²⁾

Serious games são citados por especialistas médicos como uma importante ferramenta para adesão de pacientes ao tratamento em diversas faixas etárias, principalmente em jovens e crianças. Em 2018, foram publicados alguns trabalhos que endossam essa afirmação, como o estudo piloto com vinte e um adolescentes com Diabetes tipo 1. Eles testaram a utilização de um *game* que estimula a adesão ao controle glicêmico e tratamento. Os resultados desse estudo demonstraram uma grande adesão dos participantes ao método.⁽⁵⁾

Na área da cardiologia outras abordagens foram utilizadas em estudos com *serious games*, como é o caso do manejo da dor pós-operatória de cirurgia cardiotorácica. Neste contexto, um *game* foi criado para auxiliar os pacientes a lidarem com a dor no pós-operatório. O estudo apontou que a utilização de um jogo de computador pode ser um método eficiente de aprender sobre o controle da dor; tem o potencial de melhorar o conhecimento e foi apreciado positivamente pelos usuários. A limitação que o estudo apresentou estava relacionada ao número de participantes da pesquisa.⁽⁶⁾

Além disso, estudos evidenciam sobre os benefícios de incrementar a informatização na área da enfermagem. O *software Nurse* foi construído com o intuito de auxiliar na sistematização da assistência enfermagem em doenças tropicais e infectocontagiosas otimizando o tempo gasto na produção de diagnósticos e intervenções de enfermagem gerando intervenções ao paciente mais rápidas e precisas.⁽⁷⁾

Na área da formação em saúde, apesar do avanço, os modelos tradicionais de educação ainda estão presentes na formação acadêmica e na educação continuada dos profissionais, permitindo que o modelo biomédico se mantenha firme e enraizado nas instituições formadoras e prestadoras de cuidados em saúde. Esse evento apresenta-se como um grande empecilho à difusão de novos conceitos e à integração de profissionais numa equipe interdisciplinar, além de diversas vezes, limitar a atuação de profissionais de outras áreas de saúde.⁽³⁾

Somado a isso, ainda há o desafio durante a formação profissional, em que existe uma dicotomia entre a necessidade de formar profissionais generalistas e ao mesmo tempo que atinjam os níveis de conhecimento necessários

às especialidades do mercado. O que torna a necessidade de fortalecimento de estratégias pedagógicas inovadoras ainda mais urgentes⁸. E quando se fala de ensino técnico, o problema se torna ainda maior, visto que os estudos mais recentes apontam para uma precariedade nos métodos de ensino, que por sua vez estão desatualizados e ultrapassados se comparados com as metodologias mais recentes e comprovadas.^(9,10)

A construção desse protótipo teve por objetivo contemplar essas lacunas e dificuldades na construção de conhecimentos, ela resulta da aplicação de uma estratégia atual e bem aceita para desenvolver habilidades e transmitir conteúdos, visando englobar metodologias mais eficazes de ensino. Deste modo, ao acessar os cenários que simulam a realidade, ele se depara com situações que testam suas habilidades e conhecimentos através de vários estímulos diferentes, estímulos tais que atingem os objetivos de aprendizagem evidenciados pelos trabalhos atuais.^(8,11)

Em outros contextos educacionais em saúde, como na promoção de saúde em adolescentes escolares, essa metodologia tem sido de grande valia para mestres e educadores. Há também equipes que a utilizam para promover a saúde dos pacientes, através de jogos que estimulem o autocuidado e o crescimento do nível de informação dos mesmos.^(12,13) Os dados apresentados pelos estudos mais recentes apontam que as publicações na linha de pesquisa tecnológica de jogos educativos utilizados em saúde, ainda são um campo em crescente expansão.⁽¹⁾

Diversos jogos têm sido desenvolvidos com estratégia pedagógica na graduação em enfermagem, mostrando que o jogo constitui uma estratégia não tradicional que favorece aos alunos "a aproximação com a prática profissional, a participação ativa na experiência de aprendizagem, a autorreflexão e a reflexão sobre a formação e a futura prática profissional".⁽¹²⁾

Além de *games*, outras tecnologias educacionais são utilizadas para simulação prática de situações vivenciadas na prática clínica cardiológica, como é o caso de softwares que simulam de forma realística casos clínicos graves.⁽³⁾ Esse método se baseia na Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP). Nesse formato, os estudantes trabalham com o objetivo de solucionar um problema real ou simulado a partir de um contexto. Trata-se, portanto, de um método de aprendizagem centrado no aluno, que deixa o papel de receptor passivo do conhecimento e assume o lugar de protagonista de seu próprio aprendizado por meio da pesquisa.^(14,15)

Visto que a literatura disponível sobre o tema ainda está em crescimento, percebeu-se um número limitado de artigos que validem através de métodos confiáveis a eficácia

dos *games* comparado a outras metodologias educacionais tecnológicas. Como estudos futuros, o *Heart Quiz* será validado por especialistas na área de cardiologia para finalmente ser disponibilizado para os usuários, através de plataformas virtuais de download.

Durante a construção do *Heart Quiz* foi possível identificar diversas possibilidades de aprendizagem que unem os fundamentos da simulação realística e dos *videogames*, oferecendo ao jogador um ambiente que imita a realidade, com questões baseadas nas situações clínicas comuns na emergência e com a praticidade de não ter que se deslocar para acessar esse ambiente de aprendizagem.

A proposta é que o estudo sirva de base para o aprimoramento técnico e científico dos profissionais de saúde, transmitindo conhecimento atualizado de forma lúdica, interativa. No quesito acadêmico, destaca-se o sucesso resultante da parceria multidisciplinar, promovendo interação entre as áreas de ciências da enfermagem e tecnologia da informação.

CONCLUSÃO

A construção de um protótipo de *game* simples, de fácil acesso, disponível através de aparelhos *smartphones* com *Android*, possui como característica importante o alcance

da ferramenta entre estudantes de graduação e especialização, assim como por profissionais que atuam na cardiologia e desejam testar e ampliar seus conhecimentos.

AGRADECIMENTOS

A Vanessa Beltrão Silva, acadêmica do Curso Cinema e Audiovisual da Universidade Federal de Pernambuco pelo apoio. O estudo foi financiado pelos próprios pesquisadores, tendo a residente de enfermagem recebido bolsa de permanência no Programa pela Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco.

CONTRIBUIÇÕES

Débora Martins Werkema: concepção do estudo; coleta, análise e interpretação dos dados, redação. Claudinalle Farias Queiroz de Souza: concepção do estudo; revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final a ser publicada. Helen Conceição dos Santos Elhimas: revisão crítica do manuscrito. Carlos Eduardo Rodrigues Saraiva: desenho do estudo. Évelyn Cristina Morais Pessoa Lima: concepção do estudo; coleta, análise e interpretação dos dados, redação. Ronalberto Lopes de Araujo: concepção do estudo; coleta, análise e interpretação dos dados, redação. Matheus Beltrão Silva: desenho do estudo.

REFERÊNCIAS

1. Deguirmendjian SC, Miranda FM, Zem-Mascarenhas SH. Serious Game desenvolvidos na Saúde: Revisão Integrativa da Literatura. *J Health Inform.* 2016;8(3):110-6.
2. Dankbaar ME, Richters O, Kalkman CJ, Prins G, Cate OT, Merrienboer JJ, et al. Comparative effectiveness of a serious game and an e-module to support patient safety knowledge and awareness. *BMC Med Educ.* 2017;17(1):30.
3. Fabbro MR, Salim NR, Bussadori JC, Okido AC, Dupas G. Active teaching and learning strategies: perceptions of nursing students. *Rev Min Enferm.* 2018;22:e-1138.
4. Martínez-García M, Salinas-Ortega M, Estrada-Arriaga I, Hernández-Lemus E, García-Herrera R, Vallejo M. A systematic approach to analyze the social determinants of cardiovascular disease. *PLoS ONE.* 2018;13(1):e0190960.
5. Klaassen R, Bul KC, Akker RO, Burg GJ, Kato PM, Di Bitonto P. Design and evaluation of a pervasive coaching and gamification platform for young diabetes patients. *Sensors.* 2018;18(2):402.
6. Ingadottir B, Blondal K, Thue D, Zoega S, Thylen I, Jaarsma T. Development, Usability, and Efficacy of a Serious Game to Help Patients Learn About Pain Management After Surgery: An Evaluation Study. *JMIR Serious Games.* 2017;5(2):e10.
7. Menezes EG, Lopes Neto D. Software-protótipo para sistematização da assistência enfermagem em doenças tropicais e infectocontagiosas. *Enferm Foco.* 2019;10(5):65-72.
8. Koerich C, Erdmann AL. Gerenciando práticas educativas para o cuidado de enfermagem qualificado em cardiologia. *Rev Bras Enferm.* 2016;69(5):872-80.
9. Góes FS, Camargo RA, Hara CY, Fonseca LM. Tecnologias educacionais digitais para educação profissional de nível médio em enfermagem. *Rev Eletrônica Enferm.* 2014;16(2):453-61.
10. Goes FS, Camargo RA. As novas tecnologias no processo de ensino e aprendizagem na educação profissional de nível médio em enfermagem [Internet]. São Carlos (SP): Universidade Federal de São Carlos; 2012 [citado 2020 Jan 20]. Disponível em: <http://sistemas3.sead.ufscar.br/ojs/Trabalhos/146-933-1-ED.pdf>
11. Holanda VR, Pinheiro AK, Holanda ER, Santos MC. Teaching and Learning in a Virtual Environment: Nursing Students' Attitude. *Rev Min Enferm.* 2015;19(1):141-7.
12. Soares AN, Gazzinelli MF, Souza V, Henrique L, Araújo L. 600-Relato de Experiência: Role Playing Game (RPG) como estratégia pedagógica na formação do enfermeiro: relato de experiência de criação do jogo 1. *Texto Contexto Enferm.* 2015;24(2):600-8.
13. Dias JD, Mekaro MS, Lu JK, Otsuka JL, Fonseca LM, Zem-Mascarenhas SH. Serious game development as a strategy for health promotion and tackling childhood obesity. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2016;24:e2759.
14. Souza SC, Dourado L. Aprendizagem baseada em problemas (ABP): Um método de aprendizagem inovador para o ensino educativo. *Holos.* 2015;5:182-200.
15. Lira AL, Fernandes MI, Costa IA, Silva RS. Estratégia de Aprimoramento do Ensino do Exame Físico em Enfermagem. *Enferm Foco.* 2015;6(1/4):57-61.

O PAPEL DA ENFERMAGEM PARA A PROMOÇÃO DA SUSTENTABILIDADE EM POPULAÇÕES VULNERÁVEIS

THE ROLE OF NURSING FOR SUSTAINABILITY PROMOTION IN VULNERABLE POPULATIONS

EL PAPEL DE LA ENFERMERÍA PARA LA PROMOCIÓN DE LA SOSTENIBILIDAD EN POBLACIONES VULNERABLES

Monaliza Ribeiro Mariano Grimaldi¹
 Climene Laura de Camargo²
 Marimeire Morais da Conceição²
 Maria Carolina Ortiz Whitaker²
 Paula Marciana Pinheiro de Oliveira¹

(<https://orcid.org/0000-0002-8718-4783>)
 (<https://orcid.org/0000-0002-4880-3916>)
 (<https://orcid.org/0000-0002-9568-6468>)
 (<https://orcid.org/0000-0003-0253-3831>)
 (<https://orcid.org/0000-0001-9091-0478>)

Descritores

Enfermagem; Desenvolvimento sustentável; Populações vulneráveis; Enfermagem em saúde comunitária; Enfermagem transcultural

Descriptors

Nursing; Sustainable development; Vulnerable populations; Community health nursing; Transcultural nursing

Descriptores

Enfermería; Desarrollo sustentable; Poblaciones vulnerables; Enfermería de salud comunitaria; Enfermería transcultural

Recebido

30 de Janeiro de 2021

Aceito

25 de Abril de 2021

Conflitos de interesse:

O manuscrito é extraído e adaptado de um recorte do relatório de Pós-Doutoramento da primeira autora intitulado "Acesso ao sistema de saúde de pessoas com deficiência da comunidade quilombola" e está vinculado ao curso de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.

Autor correspondente

Marimeire Morais da Conceição
 E-mail: enfufba2002@yahoo.com.br

RESUMO

Objetivo: Discutir o papel da enfermagem na promoção da sustentabilidade em comunidades vulneráveis.

Métodos: Estudo reflexivo fundamentado na Teoria do Cuidado Transcultural, competências do enfermeiro e no conceito de sustentabilidade associado ao desenvolvimento de populações vulneráveis, especificamente, em comunidades quilombolas.

Resultados: Enfermeiros devem estar sensíveis às diferenças culturais, inserindo-as no planejamento do cuidar, pois a interação e assimilação das ações propostas, estão relacionadas aos valores culturais dos indivíduos. Práticas de saúde desenvolvidas pela enfermagem, na perspectiva da promoção da saúde devem considerar o empoderamento das populações vulneráveis, através de ações sustentáveis, possibilitando melhorias socioeconômicas, refletindo no bem-estar ambiental e na saúde.

Conclusão: A enfermagem deve realizar o cuidado ético, considerando as particularidades culturais, proporcionando promoção da saúde através de práticas sustentáveis.

ABSTRACT

Objective: Vulnerable populations like the remaining Quilombola community need health care tailored to their demands and needs. The purpose of this study is to discuss the role of nursing in promoting sustainability in vulnerable communities.

Methods: Reflective study based on the Theory of Culture Care, nursing competencies, and on the concept of sustainability.

Results: Nurses must be sensitive to cultural differences inserting themselves in care planning strategies as nursing actions must consider the cultural values of individuals. Health practices developed by nurses, in the perspective of health promotion, must consider the empowerment of vulnerable populations through sustainable actions, enabling socioeconomic improvements and reflecting on environmental well-being and health.

Conclusion: Nurses must perform ethical care considering cultural particularities and promoting health through sustainable practices. This reflection article presents possibilities of action in the broader view of health to vulnerable communities providing support to health professionals.

RESUMEN

Objetivo: Discutir el papel de la enfermería en la promoción de la sostenibilidad en comunidades vulnerables.

Métodos: Estudio reflexivo basado en la Teoría del Cuidado Transcultural, las competencias enfermeras y el concepto de sustentabilidad asociado al desarrollo de poblaciones vulnerables, específicamente en comunidades quilombolas.

Resultados: El enfermero debe ser sensible a las diferencias culturales, insertándolas en la planificación de los cuidados, ya que la interacción y asimilación de las acciones propuestas están relacionadas con los valores culturales de los individuos. Las prácticas de salud desarrolladas por la enfermería, en la perspectiva de la promoción de la salud, deben considerar el empoderamiento de las poblaciones vulnerables, a través de acciones sostenibles, posibilitando mejoras socioeconómicas, reflexionando sobre el bienestar y la salud ambiental.

Conclusión: Enfermería debe realizar un cuidado ético, considerando las particularidades culturales, brindando promoción de la salud a través de prácticas sostenibles.

¹Instituto de Ciências da Saúde, Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, Redenção, CE, Brasil.

²Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, Brasil.

Como citar:

Grimaldi MR, Camargo CL, Conceição MM, Whitaker MC, Oliveira PM. O papel da enfermagem para a promoção da sustentabilidade em populações vulneráveis. *Enferm Foco*. 2021;12(4):826-31.

DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n4.4501>

INTRODUÇÃO

A Enfermagem tem evoluído como profissão e ciência, ampliando suas funções e competências respaldadas em evidências científicas. Seu exercício perpassa e acompanha a evolução do conceito de saúde, que abrange o indivíduo de forma holística, considerando o contexto social, espiritual, cultural e econômico.

Desta forma, ao longo dos anos, diversos espaços de atuação foram conquistados, a fim de fortalecer a promoção da saúde e qualidade de vida dos indivíduos, famílias, grupos e coletividade. Assim, busca-se contemplar, em especial, as populações vulneráveis, as quais evidenciam condições de saúde precárias, que exigem atenção diferenciada com ações e estratégias de saúde que supram suas demandas, atendendo ao princípio de equidade do Sistema Único de Saúde (SUS).

Dentre os grupos populacionais vulneráveis, pode-se citar os remanescentes de quilombos, que são definidos como grupos étnico-raciais, com premissa de ancestralidade negra, com cultura particular e que se distribui no território brasileiro.⁽¹⁾ Concentram-se, principalmente, em locais afastados dos centros urbanos, ficando em desvantagem em relação aos serviços disponibilizados pelo poder público, trazendo como consequências escassez de emprego, de acesso à saúde, educação, lazer e transporte. Impõe, além de condições precárias de moradia e saneamento básico, desprovimento de infraestrutura e investimentos sociais fundamentais.⁽²⁾

Pesquisa realizada em uma comunidade Quilombola identifica que, em relação à escolaridade, metade das informantes possuía apenas o Ensino Fundamental e a ocupação majoritária foi a mariscagem. Foram encontrados como atividades: dona de casa, faxineira, artesã e comerciante. Quase a totalidade, relatou ser beneficiada pelo Programa Bolsa Família, tendo como mediana renda familiar R\$ 890,00 e renda domiciliar per capita R\$ 212,50. Em adição, o acesso a serviços de urgência/emergência é dificultado por fatores como distância dos núcleos urbanos e insuficiência de transportes.⁽³⁾

O acesso geográfico está relacionado à distância, às barreiras a serem transpostas, ao tempo de deslocamento e meios de transporte a serem disponibilizados até o serviço de saúde.⁽⁴⁾ O deslocamento e a locomoção difíceis em busca de atendimento de saúde também são destaque em estudos.^(3,5) Esse contexto precário de subsistência contribui para a permanência em condições de exclusão e marginalização desse grupo étnico, o que impacta de forma negativa em sua saúde.

Para que a enfermagem possa planejar ações que sejam eficazes a esta clientela, deve-se ter como premissa

a peculiaridade da cultura, manifestada em seu cotidiano pois, a partir dos valores culturais das comunidades em questão, busca-se contribuir para a melhoria da qualidade de vida de seus membros por meio de ações sustentáveis. Para tanto, faz-se necessário lançar mão da Teoria do Cuidado Transcultural e, por meio de estratégias em conjunto com a comunidade, desenvolver ações para a melhoria da saúde e da qualidade de vida.

No intuito de promover a saúde das comunidades quilombolas (CQ) a enfermagem apropria-se do conceito de sustentabilidade interligado à saúde e age de forma a potencializar os saberes e práticas destas, estimulando os indivíduos a assumirem o papel de protagonistas sociais⁶. Assim, contribui para diminuição das iniquidades e favorece o crescimento econômico por meio de processos sustentáveis, com consequente melhoria da qualidade de vida e saúde. Diante dessas novas práticas, o enfermeiro exerce o papel de multiplicador dos princípios sustentáveis na interação da prática de enfermagem e a sustentabilidade ambiental,^(6,7) relacionados ao conceito de saúde.

Nesse contexto, objetivamos discutir o papel da enfermagem para a promoção da sustentabilidade em comunidades vulneráveis com base na Teoria do Cuidado Transcultural.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo reflexivo fundamentado nas competências da enfermagem e no conceito de sustentabilidade atrelado ao desenvolvimento de populações vulneráveis, especificamente, as CQ, tendo como fundamentação teórica a Teoria do Cuidado Transcultural. Destaca-se que a construção deste trabalho foi realizada com leitura sobre evidências científicas que versam sobre a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural, do Modelo Conceitual do Cuidado de Enfermagem Transcultural e de literatura específica sobre segurança do paciente, cultura e comunidade Quilombolas. Esta busca se deu a partir de periódicos científicos também encontrados na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), que resultaram na leitura e compreensão sobre os conceitos apresentados e sua relação, permitindo a reflexão, paráfrase e aplicação.

Competências da Enfermagem na Prática do Cuidado Universal Conforme a Teoria do Cuidado Transcultural

Historicamente, desde o período de Florence Nightingale, que a enfermagem tem seu conhecimento direcionado ao cuidado humano. No decorrer do tempo, vêm-se aprimorando sua prática, realizando a assistência de enfermagem ao indivíduo, família e comunidade, em sua totalidade,

quer seja no processo saúde-doença como na promoção da saúde.^(6,7)

Assim, a prática da enfermagem é fundamentada no cuidado humano, sendo considerado incoerente e inaceitável que este seja realizado de forma mecânica e técnica.⁽⁸⁾ É factível que, ao cuidar deve-se considerar a individualidade de cada ser, com suas crenças, valores, princípios, sentimentos e opiniões, pois o processo de cuidar apenas técnico não considera o indivíduo de forma holística,⁽⁹⁾ podendo desencadear uma assistência de enfermagem vazia, distanciando o enfermeiro da sua função essencial de cuidar.

Apesar dos profissionais de enfermagem terem o cuidado como base da profissão, ainda precisam reconhecer o cuidado na perspectiva ontológica de sua existência, para que possam desenvolver uma prática de enfermagem humana e solidária. Para além da técnica,⁽¹⁰⁾ considera-se que cada indivíduo possui necessidades específicas e, assim, deve-se estar atento a realizar uma prática diferenciada em saúde. Para tanto usa-se análise crítica e reflexão socioantropológica sobre as condutas adotadas em diferentes culturas, a fim de proporcionar a promoção da saúde adequada e respeitosa, atuando de forma eficaz no processo saúde-doença.

A partir da Teoria Ambientalista, proposta por Florence Nightingale, diversas teorias têm sido desenvolvidas por enfermeiras teóricas no intuito de favorecer um cuidado de excelência e fortalecer a enfermagem como profissão e ciência. A maioria dessas teorias têm a perspectiva de compreender e explicar os aspectos biopsicossocio-culturais envolvidos no processo de saúde-doença de indivíduos, famílias e sociedade, as quais se destina o cuidado de enfermagem.⁽¹¹⁾

Teorias com abordagem cultural é uma especialidade na Enfermagem, pois traz como objetivo desenvolver conhecimentos científico e humanístico que direcione seus estudos na comparação e análise das diferentes culturas, na perspectiva de avaliar com respeito o comportamento dos indivíduos, a fim de prover cuidados baseados em aspectos específicos e universais.^(9,12)

Dentre as teorias para embasar o cuidado de forma científica, considerando a cultura do indivíduo/comunidade, tem-se a Teoria do Cuidado Transcultural, desenvolvida por Leininger, que traz como essencial para o cuidado os fatores culturais, ampliando-se, assim, o escopo das ações do enfermeiro, com vistas ao cuidado holístico.^(8,12)

De acordo com a análise da Teoria de Enfermagem Transcultural a luz do Modelo de Análise de Teoria, as teóricas mencionam dois conceitos principais ou maiores: (1) Cuidado Culturalmente Competente e (2) Comunicação

Cultural, e, ainda, oito subconceitos ou conceitos menores: avaliação cultural, valores culturais, diversidade biocultural, habilidade cultural, conhecimento cultural, identidade cultural, código cultural e empatia cultural Cuidado Culturalmente Competente.⁽¹¹⁾

Esta teoria traz "O Método *Sunrise*" (Sol Nascente) que explica a influência dos componentes da teoria na saúde dos indivíduos, das famílias, grupos e instituições, bem como o cuidado oferecido sendo permeado por princípios culturais. Enfatiza o cuidado transcultural em quatro níveis, que vão da estrutura cultural e social, passando por indivíduos, família, grupos e instituições.⁽¹³⁾

O Brasil é um país de grande extensão territorial, associado a muitas diferenças culturais. Portanto, há necessidade do enfermeiro apropriar-se de diversos conhecimentos (culturas), desde o modo como as sociedades se organizam, aos significados atribuídos aos fenômenos vividos, a fim de entender, à luz da teoria transcultural, a aceção das práticas de cuidado específicas de cada cultura e suas influências com o propósito de tornar o cuidado integral e acolhedor.^(8,13,14)

Isto porque as diversidades culturais e étnicas repercutem no cuidado, justificando a formulação de modelos teóricos de enfermagem voltados a explicar a relação entre cuidado humano e cultura. Competência cultural pode ser definida como um conjunto de comportamentos harmoniosos, atitudes e políticas reunidas na formação de profissionais que os capacita para trabalhar de modo eficaz em situações interculturais. A autoavaliação do enfermeiro deve considerar conflitos étnicos e raciais; problemas sociais e religiosos; dificuldades físicas e mentais e políticas inclusivas.⁽¹¹⁾

Os enfermeiros devem estar sensíveis às diferenças culturais, compreendendo que estas devem compor o cerne do planejamento das ações do cuidar, pois a interação e assimilação das ações propostas, estão diretamente relacionadas com os valores culturais de indivíduos e coletividades. Para isso, deve estar capacitado culturalmente, o que significa que deve ter uma comunicação e aceitar a pessoa, ajudar e conhecer seus problemas e advogar nos contextos socialmente construídos.

O modelo da competência cultural tem como pressuposto que o profissional da saúde aprenda algumas atitudes e habilidades de relacionamento e comunicação com o intuito de auxiliar a trabalhar eficazmente no contexto cultural dos pacientes. A humildade cultural é conceito que pode ser definido como um processo de ciência sobre como a cultura pode interferir nas atitudes relacionadas à saúde. Diferentemente da competência cultural, a humildade

cultural não conjectura um conjunto quantificável de atitudes. Refere-se ao processo contínuo de sensibilização, pensamento, reflexão e crítica. Desenvolver a humildade cultural, portanto, admite aos profissionais contemplar a cultura como entidade dinâmica.⁽¹⁴⁾

Em estudo realizado com a mulheres que são mães em comunidade Quilombolas a fim de analisar a percepção destas sobre urgência/emergência pediátricas e identificar as dificuldades no enfrentamento dessas situações, percebeu-se a associação entre alguns pressupostos da Teoria Transcultural com as percepções de urgência/emergência, demonstrando que dificuldades com alguns conceitos relacionados às diferenças culturais existentes entre as pessoas dificultam o acesso aos serviços de saúde.⁽⁴⁾

Em outra pesquisa cujo objetivo foi descrever proposições de cuidado cultural para a enfermagem frente a aspectos da saúde reprodutiva de mulheres quilombolas rurais, concluiu-se que as suposições de cuidado cultural para a enfermagem frente aos aspectos da saúde reprodutiva de mulheres em estudo possibilitou maior empoderamento das participantes e o enfrentamento de vulnerabilidades sociais.⁽¹⁵⁾

Pondera-se que a Enfermagem é desbravadora nas atuações que envolvem a cultura de segurança e aceita a liderança na preservação do paciente nas instituições de saúde. Porém, é essencial, para que ocorra progresso, a participação ativa de gestores, profissionais, pacientes e familiares com o objetivo de elaborar gestão compartilhada para o incremento do cuidado.

Essa sensibilidade e respeito à cultura de indivíduo/comunidade pode ser percebida na assistência de enfermagem prestada às CQ. De acordo com a Teoria Transcultural, é importante que o enfermeiro conheça a cultura do indivíduo a fim de evitar choque cultural, que é a diferença entre a cultura do cuidador e ser cuidado, e assim culminar em uma imposição cultural, característica ainda presente nos cuidados de saúde ofertados no mundo ocidental.

Aplicando-se a Teoria Transcultural para a realização do cuidado, constrói-se um cuidado congruente.⁽⁸⁾ Dessa forma, é necessário que o enfermeiro direcione seu cuidado, considerando os padrões culturais de cada sociedade, a percepção sobre saúde, bem como sua forma particular de pensar, agir, tomar decisões e conforme suas necessidades, valores, crenças, normas e práticas de vida aprendidas, partilhadas e transmitidas por um determinado grupo que norteiam seu modo.

Para isso é necessário que o enfermeiro aprimore sua competência profissional, que têm um conceito multifacetado e compreenda a capacidade de mobilizar recursos

(cognitivos, psicomotores, afetivos) de forma individual a fim de resolver problemas do cotidiano, sendo composta por: "habilidades (saber fazer), atitudes (saber ser) e conhecimento (saber)".⁽¹⁶⁾ Ainda, abrange enfoques teóricos em diferentes campos de atuação, considerando a influência do contexto, da cultura e dos valores éticos na construção do conhecimento. Isso porque na interculturalidade, mesmo a realização de procedimentos estritamente técnicos, se dá no contexto de outra cultura, permeado por noções e interpretações muito diferentes da biomedicina.

A Prática da Enfermagem e a Sustentabilidade nas Comunidades Quilombolas como empoderamento e melhoria da Saúde

O cuidado de enfermagem deve compreender a abrangência do ser, e buscar atingir a integralidade dos seres humanos num entendimento profundo e significativo sobre a diversidade dos contextos socioculturais, com uma perspectiva fundamentada na complexidade.

O modo de viver, comportamentos e hábitos são parte integrante da cultura de cada um e influenciam as práticas de saúde e de Enfermagem. Entende-se que as práticas de saúde impositivas não favorecem a autonomia e a tomada de decisão do indivíduo, de modo que mudanças de hábitos e comportamentos para a busca de melhor qualidade de vida não são realizadas. As enfermeiras têm buscado desenvolver o cuidado de forma holística e com ênfase nas especificidades e necessidades de indivíduos ou grupos.^(13,15)

A comunidade quilombola é considerada uma população vulnerável não somente por suas disparidades sociais, econômicas e de condições de saúde, mas também, na desvalorização individual e coletiva, que interferem negativamente na apropriação e desfrute de suas próprias riquezas naturais e humanas, consequência de anos de desigualdade social e discriminação cultural, prejudicando seu desenvolvimento e qualidade de vida.

Dessa forma, as práticas de saúde, em específico, desenvolvidas pela enfermagem na perspectiva da promoção da saúde, devem considerar o estímulo e favorecimento do empoderamento dessa população, que pode ser realizado por meio de ações de desenvolvimento sustentável, possibilitando melhoria nos aspectos sociais, econômicos e, refletindo diretamente no bem-estar ambiental e na saúde, além de contribuir para aumentar índice de desenvolvimento humano dos habitantes.

O empoderamento desses indivíduos por meio da promoção da saúde articulado ao desenvolvimento sustentável valoriza as potencialidades dos recursos naturais nas comunidades e coloca os indivíduos na posição de atores

sociais e protagonistas do seu desenvolvimento em geral fortalecendo tanto o individual como coletivo.

Nesse sentido, a prática de saúde articuladas com o desenvolvimento sustentável realizada por enfermeiros revela novos modelos de cuidar em saúde, principalmente nas comunidades vulneráveis, favorecendo a descoberta de novos campos para a prática e participação da enfermagem na construção de uma sociedade mais democrática.^(6,7,9)

A enfermagem moderna ultrapassa os paradigmas do sistema biomédico e cada vez mais realiza ações inovadoras nas diversas condições socioeconômicas e de saúde, enfatizando a complexidade no ato de cuidar que transcende a esfera individual e procura atender as demandas coletivas, considerando as particularidades de cada população.

Promover saúde é realizar atividades que estimulem e valorizem o desenvolvimento humano em todas suas necessidades: física, mental, social, espiritual. Assim, compreende-se que promover saúde com sustentabilidade é realizar ações que simultaneamente valorizem e respeite o ser humano, a comunidade e o ambiente no qual está inserido, com sua cultura e biodiversidade.

Como exemplo de ações de promoção de sustentabilidade e saúde em comunidades vulneráveis, podemos citar os projetos que vêm sendo realizados por um grupo de Enfermeiros, docentes da Escola de Enfermagem das Universidade Federal da Bahia (EUFBA), em CQ. Os projetos foram planejados e realizados em parcerias firmadas com a comunidade por meio de lideranças comunitárias, religiosas, professores e gestores das escolas locais. Assim, as atividades foram elaboradas buscando valorizar as tradições locais: festas, rituais, encontros, saberes intergeracionais e práticas de atividades na comunidade.

Um projeto de extensão multidisciplinar com acadêmicos de enfermagem, arquitetura e engenharia, artesãos locais foram estimulados a reutilizar os resíduos fibrosos da cana-brava, dendê e piaçava para produzir placas acústicas. Esses resíduos, a partir da mobilização social são coletados, triturados, processados e transformados em artefatos acústicos, que se transformam em fonte de renda extra para comunidade, além de auxiliar na redução do acúmulo de resíduos no meio ambiente.

Em outro projeto, visando a sustentabilidade e melhoria da qualidade de vida dessas comunidades, bem como o fortalecimento da cultura local e promoção do empreendedorismo, mulheres quilombolas foram incentivadas e treinadas para produção de doces caseiros. Buscava-se aprimorar a produção do doce de banana enquanto participavam de atividades de educação em saúde. Ao mesmo tempo atividade de promoção da saúde e preservação

ambiental são desenvolvidas com crianças e adultos jovens por meio de atividades lúdicas.

Os projetos têm o intuito de promover o cuidado à saúde com ênfase na diversidade cultural e sustentabilidade. Apesar de tímida, esta é uma iniciativa importante, considerando a urgente necessidade de incorporar ao currículo do ensino superior a temática sobre saúde de populações tradicionais.⁽¹⁷⁾

Valorizar e respeitar a cultura, crenças e tradições dessas comunidades proporciona uma visão ampla de estratégias que o enfermeiro pode lançar mão para proporcionar uma promoção e qualidade de vida mais efetiva e eficaz. Outro exemplo de trabalho desenvolvido foi o "Reconhecimento dos Conhecimentos Tradicionais", que realizou atividades com idosos, visando dar visibilidade às práticas tradicionais de cuidado à saúde, como a utilização de chás, unguentos, entre outros, pela comunidade local. Ainda, o projeto "Reconstrução do Desenvolvimento Histórico das Comunidades", que buscou reconstruir os marcos históricos, as expressões artísticas e culturais das comunidades em questão, com a finalidade de contribuir com o orgulho étnico de seus habitantes, elevando assim a autoestima coletiva.

Todas essas atividades favoreceram o cuidado baseado no respeito à cultura e tradições, por meio de espaços que possibilitou a participação da comunidade de forma sustentável, visando e contribuindo para melhoria da qualidade de vida dessas pessoas.

A ideia central do estudo não é esgotar e/ou simplificar conceitos e possibilidades de práticas de saúde aliados a sustentabilidade nas comunidades em vulnerabilidade social, mas provocar reflexão acerca da evolução e fortalecimento da enfermagem enquanto profissão e ciência norteada pelo respeito à diversidade cultural, exercendo de forma justa o princípio da equidade. Também apontar diretrizes e possibilidades para Promoção da Saúde nessas populações.

Este artigo de reflexão apresenta possibilidades de atuação em comunidades vulneráveis, com visão ampla de saúde, proporcionando apoio e orientação aos profissionais de saúde, inclusive enfermeiros, no desenvolvimento de práticas e estratégias de promoção da saúde, a fim de promover o empoderamento desta população, tornando-as protagonistas da sua condição social e de saúde. Visa ainda, instigar as organizações e gestores de saúde para capacitar os profissionais, no atendimento à estas comunidades e subsidiar a elaboração de políticas públicas que atendam aos princípios de respeito às diversidades culturais.

CONCLUSÃO

A enfermagem é uma profissão multifacetada, científica, com premissa de cuidar do ser humano, família e comunidades, contemplando suas particularidades, incluindo aspectos que perpassam o físico e biológico, incluindo o bem-estar físico, emocional e espiritual, bem como seus valores, crenças e cultura. Assim, a fim de exercer a profissão como ciência e o cuidado completo e ético, as teorias de enfermagem subsidiam a prática e permitem que esta seja baseada em evidências. Com relação as CQ, é de suma importância que profissionais de saúde atuantes desnudem seu olhar, por vezes preconceituosos, para que possam ver as potencialidades individuais e coletivas

existentes, incorporando saberes tradicionais em suas práticas cotidianas às ações de promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças. Neste sentido, estarão planejando e desenvolvendo ações possíveis de serem compreendidas e seguidas pela população, com base nos princípios do SUS.

AGRADECIMENTOS

Ao grupo de Estudos sobre Atenção à Saúde de Crianças e Adolescentes (CRESCER), da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Trabalho financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

REFERÊNCIAS

1. Matos WS, Eugênio BG. Comunidades quilombolas: elementos conceituais para sua compreensão. *RACS, Rev Eletrônica Humanid Curso Ciênc Soc UNIFAP*. 2018;11(2):141-53.
2. Santos VC, Boery EN, Pereira R, Rosa DO, Vilela AB, Anjos KF, et al. Socioeconomic and health conditions associated with quality of life of elderly quilombolas. *Texto Contexto Enferm*. 2016;25(2):e1300015.
3. Siqueira SM, Jesus VS, Santos LF, Muniz JP, Santos EN, Camargo CL. Quilombo women's perceptions of acute and emergency pediatric care: an approach in the light of Leininger. *Rev Enferm UERJ*. 2018;26:e21492.
4. Vargas AM, Ferreira EF, Mattos FF, Vasconcelos M, Drummond MM, Lucas SD. O acesso aos serviços públicos de saúde em área limítrofe entre municípios. *Saude Soc*. 2011;20(3):821-8.
5. Prates LA, Possati AB, Timm MS, Cremonese L, Oliveira G, Ressel LB. Significados Atribuídos por Mulheres Quilombolas ao Cuidado à Saúde. *Rev Fund Care Online*. 2018;10(3):847-55.
6. Jesus VS, Siqueira SMC, Camargo CL, Felzemburgh RD, Whitaker MC, Santos ML, et al. Promotion of health, sustainability and social development of a vulnerable community. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(6):3109-14.
7. Mendes DP, Barlem EL, Vachetti HH, Hirsch CD. Práticas sustentáveis no âmbito hospitalar: percepção dos enfermeiros. *Rev Enferm UFSM*. 2018;8(4):769-79.
8. Oliveira MF, Carraro TE. Cuidado em Heidegger: uma possibilidade ontológica para a enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2011;64(2):376-80.
9. Guimarães GL, Goveia VR, Mendoza IY, Souza KV, Guimarães MO, Matos SS. Contribuição da teoria de horta para crítica dos diagnósticos de enfermagem no paciente em hemodiálise. *Rev Enferm Reuol*. 2016;10(2):554-61.
10. Santos AG, Monteiro CF, Nunes BM, Benicio CD, Nogueira, LT. The nursing care analyzed according the essence of the care of Martin Heidegger. *Rev Cuba Enferm*. 2017;33(3):628-36.
11. Chinn PL, Kramer MK. Integrated theory and knowledge development in nursing. 3a ed. Saint Louis: Elsevier/Mosby; 2011.
12. Leininger M. Culture care diversity and universality: a theory of nursing. New York (USA): National League for Nursing Press; 2001.
13. Broch D, Crossetti MG, Riquinho DL. Reflections on violence against women in the perspective of Madeleine Leininger. *Rev Enferm UFPE online*. 2017;11(12):5079-84.
14. Santana C. Humildade cultural: conceito estratégico para abordar a saúde dos refugiados no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2018;34(11):e00098818.
15. Santos AN, Nascimento ER. Proposições de cuidado cultural à enfermagem frente a aspectos da saúde reprodutiva de mulheres quilombolas. *Rev Baiana Enferm*. 2019;33:e33375.
16. Saupe R, Benito GA, Wendhausen AL, Cutolo LR. Conceito de competência: validação por profissionais de saúde. *Saúde Rev*. 2006;8(18):31-7.
17. Castro NJ, Mesquita DS, Naka KS, Teixeira JB, Borges RS. Ensino da Saúde das Populações tradicionais em cursos de graduação em Enfermagem. *Enferm Foco*. 2019;10(6):36-41.

PRO-TRAUMA: PROTOCOLO PARA PROMOÇÃO DO CONFORTO ÀS VÍTIMAS DE TRAUMA IMOBILIZADAS

PRO-TRAUMA: PROTOCOL TO PROMOTING COMFORT IN IMMOBILISED TRAUMA VICTIMS

PRO-TRAUMA: PROTOCOLO PARA PROMOVER LA COMODIDAD EN LAS VÍCTIMAS DE TRAUMAS INMOVILIZADOS

Mauro Mota^{1,2} (<https://orcid.org/0000-0001-8188-6533>)

Madalena Cunha³ (<https://orcid.org/0000-0003-0710-9220>)

Margarida Reis Santos¹ (<https://orcid.org/0000-0002-7948-9317>)

Descritores

Trauma; Assistência pré-hospitalar;
Imobilização; Conforto do paciente

Descriptors

Trauma; Prehospital care;
Immobilization; Patient comfort

Descriptores

Trauma; Atención prehospitalaria;
Inmovilización; Comodidad del
paciente

Recebido

9 de Fevereiro de 2021

Aceito

21 de Março de 2021

Conflitos de interesse:

nada a declarar.

Autor correspondente

Mauro Mota
E-mail: maurolopesmota@gmail.com

RESUMO

Objetivo: Apresentar o protocolo de um estudo que procura desenvolver uma escala para avaliação do desconforto provocado pela imobilização nas vítimas de trauma e um modelo de maca eficaz na imobilização da vítima de trauma em desenvolvimento.

Métodos: Realizar-se-ão quatro estudos sequenciais: Estudo descritivo, exploratório de abordagem quantitativa para avaliar o grau de desconforto provocado pela imobilização na maca de vácuo e/ou plano duro; Estudo psicométrico para construir e validar um instrumento que permita avaliar o desconforto provocado pela imobilização na maca de vácuo e plano duro; Construção da ImoComfort Mattress para imobilização e transporte de vítimas; e Ensaio clínico randomizado para avaliar a eficácia da ImoComfort Mattress quanto ao conforto, imobilização, aquecimento e controlo da trepidação/vibração provocada pelo transporte.

Considerações finais: A criação de um instrumento que monitorize o desconforto durante o socorro e transporte com imobilização, contribuirá para melhorar o tratamento implementado às vítimas de trauma. Espera-se que a ImoComfort Mattress contribua para a melhoria da qualidade da assistência clínica durante o socorro extra-hospitalar.

ABSTRACT

Objective: To present the protocol of a study that seeks to develop a scale to assess the discomfort caused by immobilisation in trauma victims and an effective mattress model for immobilization of trauma victims, in development.

Methods: Four sequential studies will be carried out: Descriptive, exploratory quantitative approach study to assess the degree of discomfort caused by the vacuum mattress splint and/or spine board; Psychometric study to construct and validate an instrument to assess the discomfort caused by immobilization on vacuum mattress splint and/or spine board; Construction of the ImoComfort Mattress for immobilization and transportation of victims; Randomized clinical trial to assess the effectiveness of the mattress in terms of comfort, immobilization, rewarming and control of trepidation/vibration caused by transportation.

Final considerations: The creation of an instrument to monitor discomfort during rescue and transport with immobilisation will help to improve all the treatment implemented for trauma victims. The construction of ImoComfort Mattress will improve the quality of clinical care during out-of-hospital rescue.

RESUMEN

Objetivo: Presentar el protocolo de un estudio que pretende desarrollar una escala para evaluar las molestias causadas por la inmovilización en las víctimas de trauma y un modelo de una camilla efectiva para la inmovilización de la víctima de trauma en desarrollo.

Métodos: Se llevarán a cabo cuatro estudios secuenciales: Estudio descriptivo y exploratorio del enfoque cuantitativo para evaluar el grado de incomodidad causado por la camilla de vacío y/o plano duro; Estudio psicométrico para construir y validar un instrumento para evaluar la incomodidad causada por la inmovilización; Construcción del ImoComfort Mattress para la inmovilización y el transporte de las víctimas; Ensayo clínico aleatorio para evaluar la eficacia de la camilla respecto a la comodidad, la inmovilización, el calentamiento y el control de las trepidaciones/vibraciones causadas por el transporte. Consideraciones finales: La creación de un instrumento para monitorizar la incomodidad durante el rescate y el transporte con inmovilización contribuirá a mejorar todo el tratamiento aplicado a las víctimas de trauma. La construcción del ImoComfort Mattress mejorará la calidad de la atención clínica durante la ayuda extrahospitalaria.

¹University of Porto, Porto, Portugal.

²Superior Health School of Viseu, Viseu, Portugal.

³Health School of Polytechnic Institute of Viseu, Viseu, Portugal.

Como citar:

Mota M, Cunha M, Santos MR. PRO-Trauma: protocolo para promoção do conforto às vítimas de trauma imobilizadas. *Enferm Foco*. 2021;12(4):832-7.

DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n4.4529>

INTRODUÇÃO

O socorro pré-hospitalar às pessoas vítimas de trauma deve dar prioridade à manutenção da via aérea, ao controlo das hemorragias externas e do choque, à imobilização, e transporte para a unidade hospitalar mais próxima, dando natural preferência a um centro de trauma.⁽¹⁾

As vítimas com suspeita de lesões na coluna vertebral requerem o uso de plano duro para prevenção de lesões secundárias, resultantes da sua extração, transporte e cuidados pré e intra-hospitalares.⁽²⁾ A imobilização da coluna vertebral, muitas vezes mandatória, está associada a uma série de complicações, como lesões por pressão, pressões intracranianas elevadas, dor e desconforto.^(3,4) O plano duro é de difícil utilização em pessoas com lordose cervical e/ou lombar.⁽⁵⁾ Dadas as implicações da utilização do plano duro no transporte das vítimas de trauma, com necessidade de imobilização, a adoção da Maca de Vácuo, dispositivo que tem a capacidade de se moldar ao corpo da vítima, permite melhorar, aparentemente, as pressões da interface pessoa/maca.⁽²⁾ Alguns estudos reportam que uma melhor gestão das pressões, gera uma melhoria global do conforto do doente^(6,7) e diminuição do risco de lesão por pressão⁽²⁾ comparativamente ao uso de plano duro. Todavia, outros contrariam estes resultados demonstrando que o conforto e a dor não melhoram significativamente.⁽⁸⁾

Em Portugal, nas Ambulâncias Suporte Imediato de Vida (ASIV) o transporte da vítima de trauma, com suspeita de lesão da coluna vertebral, é realizado com recurso a ambos os dispositivos. Com a ausência de consenso quanto à eficácia da utilização do plano duro ou maca de vácuo na gestão da dor e desconforto, impera a necessidade de se desenvolverem linhas de investigação que contribuam para a otimização do conforto global da vítima. A gestão da dor, a diminuição da pressão intracraniana, o aquecimento das vítimas com hipotermia e a diminuição do impacto da trepidação/vibração resultante do transporte, são medidas a ter em consideração no desenvolvimento de novos dispositivos a implementar no socorro às vítimas de trauma.

Os objetivos gerais deste protocolo são (1) desenvolver uma escala para avaliação do desconforto provocado pela imobilização nas vítimas de trauma e (2) desenvolver um modelo de maca eficaz na imobilização da vítima de trauma. Para o conhecimento da real perceção dos níveis de desconforto das vítimas de trauma durante o socorro, o relato destas pessoas é absolutamente determinante.

Com a identificação dos aspetos responsáveis pela incapacidade da correta gestão da dor por parte dos profissionais de saúde, a abordagem à vítima tornar-se-á mais

dirigida às reais necessidades. Neste sentido, assume-se como fundamental identificar e descrever as experiências vivenciadas pelas vítimas de trauma, como contributo para o desenvolvimento de uma escala que permita monitorizar o desconforto resultante da imobilização, assim como, para o desenvolvimento de uma maca capaz de melhorar a gestão global do desconforto.

MÉTODOS

Para a consecução desta investigação estruturaram-se quatro estudos sequenciais:

- Estudo 1 - O Desconforto da Imobilização em Vítimas de Trauma no Socorro Pré-hospitalar;
- Estudo 2 - Construção e validação da Escala de Avaliação do Desconforto provocado pela Imobilização das Vítimas de Trauma;
- Estudo 3 - Construção da ImoComfort Mattress: maca para imobilização e transporte de vítimas de trauma;
- Estudo 4 - Avaliação da eficácia da ImoComfort Mattress na imobilização e conforto das vítimas de trauma no socorro pré-hospitalar: Estudo Piloto.

Estudo 1 - O Desconforto da Imobilização em Vítimas de Trauma no Socorro Pré-hospitalar

- Objetivos:
 - Identificar os principais determinantes do desconforto originado pelas macas em uso no socorro pré-hospitalar (maca de vácuo e plano duro);
 - Avaliar o grau de desconforto provocado pela maca de vácuo e/ou plano duro.
- Métodos:
 - Tipo de estudo - Estudo descritivo, exploratório de abordagem quantitativa;
 - Método de colheita de dados - Entrevista estruturada;
 - Instrumento de colheita de dados - Guião de entrevista que engloba questões de caracterização socio-demográfica e clínica, a escala numérica de avaliação de dor e a Cold Discomfort Scale⁽⁹⁾. A entrevista será realizada pelo investigador principal ou por outro elemento da equipa de investigação.
- Participantes:
 - 100 a 200 vítimas de trauma com idade superior ou igual a 18 anos, internadas em cinco hospitais das regiões norte, centro e sul de Portugal Continental.
- Critérios de inclusão:
 - Vítimas de trauma, socorridas no pré-hospitalar e submetidas a medidas de imobilização (plano duro e/ou maca de vácuo);

- Estado de consciência, avaliado pela Escala de Coma de Glasgow, igual a 15 durante todo o período de socorro.
- Tratamento de dados:
 - Todas as análises serão realizadas usando o IBM SPSS *Statistics* 25.
- Questões éticas:
 - Será solicitado autorização, para a realização do estudo, aos Conselhos de Administração dos Hospitais e parecer às respetivas Comissões de Ética;
 - Todos os participantes assinarão o termo de Consentimento Informado.

Estudo 2 – Construção e validação da Escala de Avaliação do Desconforto provocado por Imobilização e em Vítimas de Trauma

- Objetivos:
 - Construir e validar um instrumento que permita avaliar o desconforto, provocado pela imobilização, em vítimas de trauma.
- Métodos:
 - Tipo de estudo – Estudo Psicométrico;
 - Método de colheita de dados – Entrevista estruturada;
 - Instrumento de colheita de dados – Guião de entrevista, que engloba questões de caracterização sociodemográfica e clínica e a escala numérica de avaliação do Desconforto provocado pela imobilização, em vítimas de trauma, no socorro pré-hospitalar. A entrevista será realizada pelo investigador principal ou por outro elemento da equipa de investigação.
- Participantes:
 - 100 pessoas saudáveis com idade superior ou igual a 18 anos.
- Critérios de inclusão:
 - Voluntários sem deficit cognitivo ou prótese de membros;
 - Índice de Massa Corporal correspondente a peso normal;
 - Não ingerir bebidas alcoólicas nem fumar nas 24 horas anteriores à participação no estudo.
- Técnica:
 - Os participantes serão submetidos a dois ensaios idênticos em duas ocasiões diferentes (intervalo de aproximadamente duas semanas);
 - Os participantes serão submetidos a um período de 50 minutos de imobilização em maca de vácuo;
 - O desconforto provocado pela imobilização será avaliado ao 5º, 10º, 15º, 20º, 25º, 30º, 35º, 40º, 45º

e 50º minuto, através da Escala de Avaliação do Desconforto provocado por Imobilização em Vítimas de Trauma;

- Avaliar-se-á o desconforto global dos participantes e não de partes específicas do corpo, através da atribuição, pelos participantes, do *score* de desconforto provocado pela imobilização.
- Tratamento de dados:
 - Todas as análises serão realizadas com recurso ao IBM SPSS *Statistics* 25;
 - Realizar-se-á o teste - re-teste, e validade de critério, definida como a capacidade de detetar uma diferença no desconforto cumulativo ao longo do tempo.⁽⁹⁻¹¹⁾
- Questões Éticas:
 - Será solicitado parecer à Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Viseu (Despacho N.º 69/2019);⁽¹²⁾
 - Todos os participantes assinarão o termo de Consentimento Informado.

Estudo 3 – ImoComfort Mattress: maca para imobilização e transporte de vítimas de trauma

- Objetivos:
 - Conceber e construir uma maca capaz de responder às principais queixas apontadas pelas vítimas de trauma.
- Fundamentação:
 - A maca que se pretende desenvolver assentará em quatro princípios fundamentais: Conforto, Imobilização, Aquecimento e Controlo da trepidação/vibração provocada pelo transporte;
 - Uma vez que as medidas de aquecimento passivo e ativo devem ser implementadas para prevenção da perda de calor,^(13,14) o dispositivo deverá ser capaz de prevenir e tratar a hipotermia;
 - Acreditamos que o transporte das vítimas de trauma pode ser otimizado quanto ao controlo da trepidação/vibração da maca de transporte. O transporte de helicóptero, destas vítimas, parece, à partida, ser mais favorável, e vários estudos comprovam esse aspecto,^(15,16) contudo, outros demonstram que não existem diferenças significativas entre ambos os tipos de transportes.⁽¹⁷⁾ Por outro lado, a transferência de vítimas gravemente feridas, por helicóptero, pode estar contraindicada, sendo a opção do transporte por estrada a mais segura.⁽¹⁸⁾ Por força das circunstâncias, o transporte de ambulância das vítimas de trauma pode ser a única opção, e a premência de ser

feito com segurança imprime a necessidade de criação de uma maca que diminua a instabilidade gerada pela trepidação/vibração decorrente da deslocação em pisos nem sempre nas melhores condições;

- Todos os componentes do Sistema ImoComfort Mattress, serão radiopacos, permitindo que a vítima se mantenha imobilizada durante a realização de exames imagiológicos.

Estudo 4 – Eficácia da ImoComfort Mattress na imobilização e conforto das vítimas de trauma no socorro pré-hospitalar: Estudo Piloto

- Objetivos:
 - Avaliar a eficácia da ImoComfort Mattress quanto à capacidade de imobilização da vítima de trauma;
 - Avaliar a eficácia da ImoComfort Mattress na redução do desconforto nas pessoas imobilizadas;
 - Avaliar a eficácia da ImoComfort Mattress quanto à sua capacidade de aquecimento da vítima de trauma;
 - Avaliar a eficácia da ImoComfort Mattress quanto à sua capacidade de reduzir a trepidação/vibração da vítima de trauma durante a transferência desde o local do acidente até ao hospital.
- Métodos:
 - Tipo de estudo – Ensaio Clínico Randomizado;
 - Método de colheita de dados – Entrevista estruturada;
 - Instrumento de colheita de dados – Guião de entrevista, que engloba:
 - Questões de caracterização sociodemográfica e clínica;
 - Escala de Avaliação do Desconforto provocado pela Imobilização em Vítimas de Trauma;
 - Mapas de avaliação da pressão corporal;
 - Medidor de trepidação/vibração no corpo humano;
 - Escala de Avaliação da capacidade de aquecimento da ImoComfort Mattress;
 - A entrevista será realizada pelo investigador principal ou por outro elemento da equipa de investigação.
- Participantes:
 - 100 pessoas com idade superior ou igual a 18 anos;
 - 50% do sexo masculino e 50% do sexo feminino.
- Critérios de inclusão:
 - Voluntários sem deficit cognitivo ou prótese de membros;
 - Índice de Massa Corporal correspondente a peso normal;

- Não ingerir bebidas alcoólicas nem fumar nas 24 horas anteriores à participação no estudo.

- Tratamento de dados:
 - Todas as análises serão realizadas usando o IBM SPSS *Statistics* 25.
- Questões Éticas:
 - Será solicitado parecer à Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viseu.
 - Todos os participantes assinarão o termo de Consentimento Informado.

DISCUSSÃO

A imobilização é uma técnica aplicada às vítimas de trauma com o objetivo de impedir qualquer movimento da coluna, e assim, proteger a medula espinhal de uma segunda lesão. É também recomendada para diminuir a dor decorrente do trauma.^(19,20)

Apesar destas recomendações, não é certo que a imobilização não constitua, por si só, um fator de desconforto para as vítimas de trauma, no decorrer do seu transporte para as unidades hospitalares onde receberá tratamentos complementares.

Os cuidados de saúde prestados durante o socorro, além de procurarem reduzir as taxas de mortalidade e/ou morbidade, devem ser capazes, também, de adotar critérios relacionados com a gestão da dor, do frio, do contexto adverso e de todas as condicionantes que comprometem todas as dimensões da Saúde.⁽²¹⁾ Assim, acreditamos que a definição de instrumentos credíveis de avaliação do desconforto é importante no socorro às vítimas de trauma, isto porque, apenas nos parece possível melhorar o conforto global, com a monitorização do mesmo antes e após intervenções específicas para o seu tratamento/alívio. A dor aguda no trauma tem uma prevalência superior a 70% no contexto pré-hospitalar,⁽²²⁾ e a imobilização, recorrentemente utilizada para prevenção de outras lesões e também para o próprio alívio da dor,^(19,20) é, paradoxalmente, responsável por múltiplas alterações dos sistemas corporais,⁽²³⁾ o que, potencialmente, poderá intensificar a própria sensação de dor. Assim, as próprias intervenções analgésicas, em muitas circunstâncias, podem acabar por ser, em grande medida, ineficazes por não se ajustarem à necessidade existente de melhorar o desconforto provocado pela imobilização. Avaliar, monitorizar e intervir sobre o desconforto poderá, assim, melhorar o conforto e também a própria sensação de dor que a vítima apresenta.

A presente investigação procura dar resposta à evidência da dificuldade existente na gestão do desconforto,

durante o socorro pré-hospitalar, a vítimas de trauma.^(24,25) Numa primeira fase, urge a necessidade de perceber quais as queixas mais referidas pelas vítimas de trauma relativamente à imobilização durante o transporte. Em Portugal, as vítimas de trauma com suspeita de lesão vertebral são instaladas num plano duro ou numa maca de vácuo, para impedir que sofram movimentos que agravem a sua condição clínica. O primeiro estudo procura, portanto, conhecer as fragilidades destes dispositivos na gestão do desconforto. Vítimas de trauma, internadas em cinco unidades hospitalares de Portugal, serão incluídas na investigação. Objetiva-se que os resultados do estudo forneçam contributos para o desenho e desenvolvimento de uma maca capaz de manter os princípios fundamentais da imobilização e de melhorar o conforto global da vítima.

Para monitorizar o desconforto provocado pela imobilização em vítimas de trauma, e à semelhança do que se faz com a dor, com recurso à Escala numérica de avaliação da dor, e com o desconforto provocado pelo frio, com recurso à *Cold Discomfort Scale*.⁽⁹⁾ pretende-se, no estudo 2, construir e validar um instrumento que o permita avaliar. A criação de uma escala que monitorize o desconforto durante o transporte com imobilização, contribuirá para melhorar o tratamento implementado pelos enfermeiros às vítimas de trauma.

O desenvolvimento da ImoComfort Mattress basear-se-á nos resultados obtidos no estudo 1 e assentará essencialmente em quatro princípios principais: Conforto, Imobilização, Aquecimento e Controlo da trepidação/vibração provocada pelo transporte. Para monitorizar o conforto, utilizar-se-á a escala resultante do estudo 2 e mapas de avaliação da pressão corporal. Para avaliar a eficácia da ImoComfort Mattress quanto à sua capacidade de imobilização, recorrer-se-á a entrevistas estruturadas aos participantes, questionando-os sobre a eficácia desta em comparação com as restantes opções. Para a avaliação da eficácia quanto ao controlo da vibração, utilizar-se-á um

medidor de vibração no corpo humano durante um transporte pré-definido para as três modalidades existente de imobilização da coluna.

A imobilização da pessoa vítima de trauma é fundamental para a prevenção de lesões secundárias, pelo que, durante o socorro, torna-se prioritário que se implementem medidas diretamente relacionadas com os dispositivos de imobilização, que melhorem o prognóstico da vítima. Para a hipotermia, recomenda-se que sejam oferecidas medidas precoces de aquecimento para diminuir a perda de calor e ao mesmo tempo, medidas que sejam capazes de aquecer a pessoa a fim de alcançar a normotermia.⁽²⁶⁾ Assim, consideramos que os dispositivos de imobilização utilizados no pré-hospitalar devem, por si só, ser capazes de aquecer a vítimas.

A construção de uma maca com estas características ajudará a responder às fragilidades já identificadas relativas à difícil abordagem holística a vítimas de trauma no socorro pré-hospitalar.⁽²¹⁾

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Portugal tem assistido a uma importante evolução na capacidade de otimizar a sua assistência pré-hospitalar às vítimas de trauma. Com esta investigação, a imobilização será abordada numa perspetiva mais complexa e abrangente, permitindo que a mesma seja parte integrante de todo o socorro, ganhando nova força e importância. O projeto de criação de uma nova maca, procura dar resposta à apresentação de um novo dispositivo clínico. Este visa promover essencialmente quatro requisitos principais da intervenção clínica pré-hospitalar, como sejam: conforto, imobilização, aquecimento e controlo da trepidação/vibração provocada pelo transporte. A gestão adequada do desconforto global das vítimas de trauma e a melhoria da qualidade da assistência clínica, serão as implicações mais determinantes da investigação decorrente deste protocolo.

REFERÊNCIAS

1. American College of Surgeons ACS. ATLS Advanced Trauma Life Support. Student Course Manual. 10 ed. Chicago: American College of Surgeons; 2019.
2. Pernik MN, Seidel HH, Blalock RE, Burgess AR, Horodyski M, Rehtine GR, et al. Comparison of tissue-interface pressure in healthy subjects lying on two trauma splinting devices: the vacuum mattress splint and long spine board. *Injury*. 2016;47(8):1801-5.
3. Bruijns SR, Guly HR, Wallis LA. Effect of spinal immobilization on heart rate, blood pressure and respiratory rate. *Prehosp Disaster Med*. 2013;28(3):210-4.
4. Holla M, Driessen M, Eggen TG, Daanen RA, Hosman AJ, Verdonchot N, et al. A New Craniocervical Mattress for Immobilization of the Cervical Spine in Critical Care Patients. *J Trauma Nurs*. 2017;24(4):261-9.
5. Baldwin KM, Ziegler SM. Pressure ulcer risk following critical traumatic injury. *Adv Wound Care*. 1998;11(4):168-73.
6. Chan D, Goldberg RM, Mason J, Chan L. Backboard versus mattress splint immobilization: a comparison of symptoms generated. *J Emerg Med*. 1996;14(3):293-8.
7. Hamilton RS, Pons PT. The efficacy and comfort of full-body vacuum splints for cervical-spine immobilization. *J Emerg Med*. 1996;14(5):553-9.

8. Etier Jr BE, Norte GE, Gleason MM, Richter DL, Pugh KF, Thomson KB, et al. A Comparison of Cervical Spine Motion After Immobilization With a Traditional Spine Board and Full-Body Vacuum-Mattress Splint. *Orthop J Sports Med.* 2017;5(12):2325967117744757.
9. Lundgren P, Henriksson O, Kuklane K, Holmer I, Naredi P, Bjornstig U. Validity and reliability of the Cold Discomfort Scale: a subjective judgement scale for the assessment of patient thermal state in a cold environment. *J Clin Monit Comput.* 2014;28(3):287-91.
10. Jensen MP. The validity and reliability of pain measures in adults with cancer. *J Pain.* 2003;4(1):2-21.
11. Williamson A, Hoggart B. Pain: a review of three commonly used pain rating scales. *J Clin Nurs.* 2005;14(7):798-804.
12. Brasil. Ministério da Educação. Portaria nº 69 de 26 de Fevereiro de 2019. Estabelece o currículo dos ensinos básico e secundário, os princípios orientadores da sua conceção, operacionalização e avaliação das aprendizagens, de modo a garantir que todos os alunos adquiram os conhecimentos e desenvolvam as capacidades e atitudes que contribuem para alcançar as competências previstas no Perfil dos Alunos à Saída da Escolaridade Obrigatória [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Educação; 2019 [citado 2021 Jan 30]. Disponível em: <https://files.dre.pt/1s/2019/02/04000/0142801434.pdf>
13. Alex J, Lundgren P, Henriksson O, Saveman BI. Being cold when injured in a cold environment--patients' experiences. *Int Emerg Nurs.* 2013;21(1):42-9.
14. Kornhall DK, Martens-Nielsen J. The prehospital management of avalanche victims. *J R Army Med Corps.* 2016;162(6):406-12.
15. Mitchell AD, Tallon JM, Sealy B. Air versus ground transport of major trauma patients to a tertiary trauma centre: a province-wide comparison using TRISS analysis. *Can J Surg.* 2007;50(2):129-33.
16. Sullivent EE, Faul M, Wald MM. Reduced mortality in injured adults transported by helicopter emergency medical services. *Prehosp Emerg Care.* 2011;15(3):295-302.
17. Taylor CB, Stevenson M, Jan S, Middleton PM, Fitzharris M, Myburgh JA. A systematic review of the costs and benefits of helicopter emergency medical services. *Injury.* 2010;41(1):10-20.
18. Black JJ, Ward ME, Lockey DJ. Appropriate use of helicopters to transport trauma patients from incident scene to hospital in the United Kingdom: an algorithm. *Emerg Med J.* 2004;21(3):355-61.
19. McSwain EN, Frame S, Salomone PJ. *Pre Hospital Trauma Life Support.* 8th ed: Jones & Bartlett Learning; 2016.
20. Portugal. Ordem dos Médicos. Normas de Boa Prática em Trauma [Internet]. Lisboa: Ordem dos Medicos; 2009 [cited 2020 Out 12]. Available from: <https://ordemdosmedicos.pt/normas-de-boa-pratica-em-trauma>
21. Mota M, Cunha M, Santos M, Cunha IC, Alves M, Marques N. Pre-Hospital Nursing Interventions: Narrative Review. *Enferm Foco.* 2019;10(4):122-8.
22. Berben SA, Schoonhoven L, Meijs TH, van Vugt AB, van Grunsven PM. Prevalence and relief of pain in trauma patients in emergency medical services. *Clin J Pain.* 2011;27(7):587-92.
23. Saunders CB. Preventing secondary complications in trauma patients with implementation of a multidisciplinary mobilization team. *J Trauma Nurs.* 2015;22(3):170-5.
24. Ottosen CI, Steinmetz J, Larsen MH, Baekgaard JS, Rasmussen LS. Patient experience of spinal immobilisation after trauma. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med.* 2019;27(1):70.
25. Oosterwold JT, Sagel DC, van Grunsven PM, Holla M, Man-van Ginkel J, Berben S. The characteristics and pre-hospital management of blunt trauma patients with suspected spinal column injuries: a retrospective observational study. *Eur J Trauma Emerg Surg.* 2017;43(4):513-24.
26. Spahn DR, Bouillon B, Cerny V, Duranteau J, Filipescu D, Hunt BJ, et al. The European guideline on management of major bleeding and coagulopathy following trauma: fifth edition. *Crit Care.* 2019;23:2-74.