

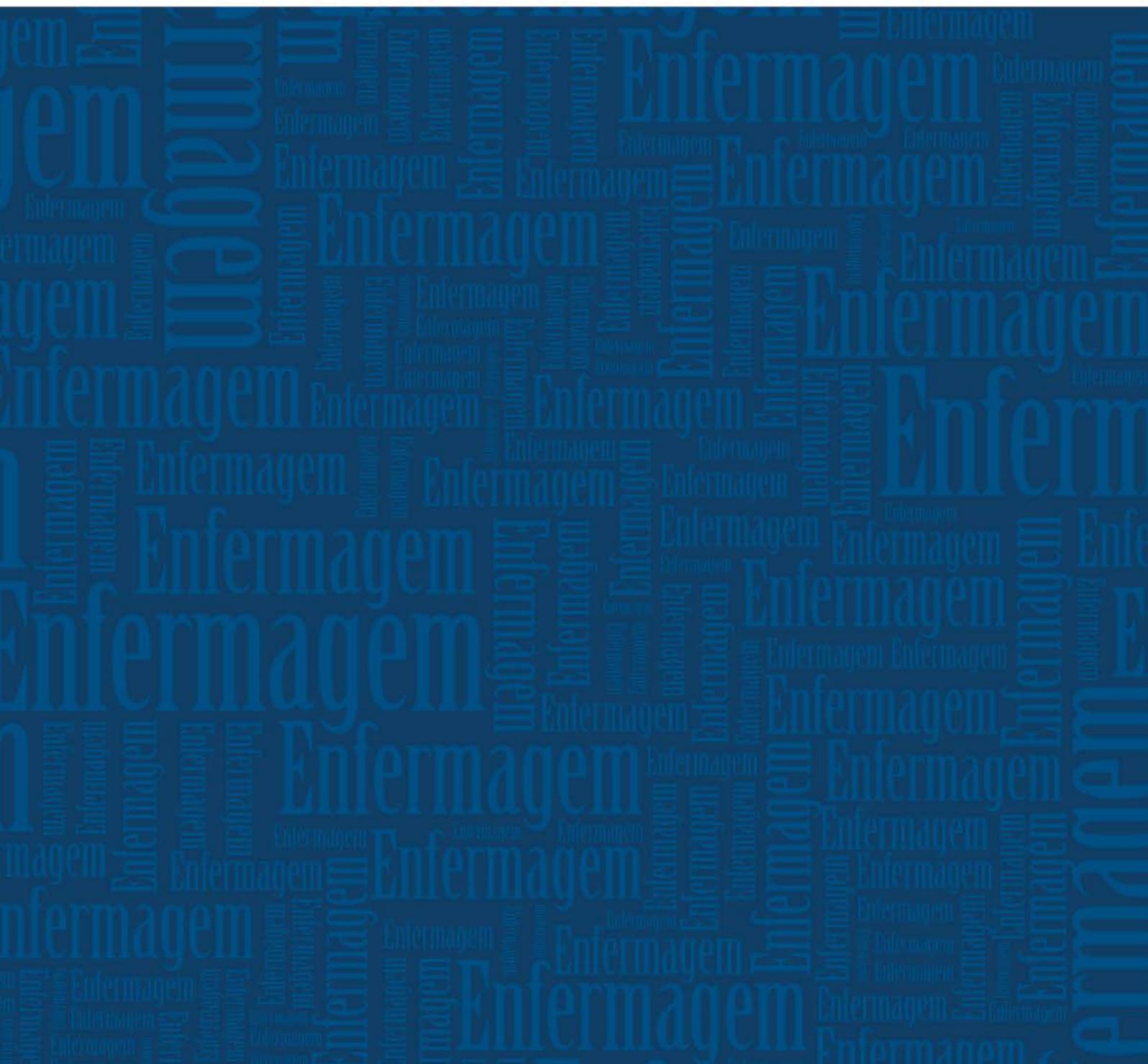


ISSN 2357.707X

Enfermagem

REVISTA OFICIAL DO CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM

em Foco



VOLUME 12 , NÚMERO 6

CONSELHEIROS EFETIVOS

PRESIDENTE:

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

VICE-PRESIDENTE:

Antônio Marcos Freire Gomes (Coren-PA nº 56.302)

PRIMEIRA-SECRETÁRIA:

Silvia Maria Neri Piedade (Coren-RO nº 92.597)

SEGUNDO-SECRETÁRIO:

Oswaldo Albuquerque Sousa Filho (Coren-CE nº 56.145)

PRIMEIRO-TESOUREIRO:

Gilney Guerra de Medeiros (Coren-DF nº 143.136)

SEGUNDO-TESOUREIRO:

Wilton José Patrício (Coren-ES nº 68.864)

Helga Regina Bresciani (Coren-SC nº 29.525)

Daniel Menezes de Souza (Coren-RS nº 105.771)

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

CONSELHEIROS SUPLENTE

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

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

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

Josias Neves Ribeiro (Coren-RR nº 142.834)

Ivone Amazonas Marques Abolnik (Coren-AM nº 82.356)

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

Lisandra Caixeta de Aquino (Coren-MG nº 118.636)

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

Tatiana Maria Melo Guimarães (Coren-PI nº 110.720)



CORPO DIRETOR DA REVISTA ENFERMAGEM EM FOCO 2021



Betânia Maria Pereira dos Santos

Diretora Presidente

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



Isabel Cristina Kowal Olm Cunha

Editora Chefe

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



Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto

Editor Associado

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



Carlos Leonardo Figueiredo Cunha

Editor Associado

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



Luciano Garcia Lourenção

Editor Associado

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



Jose Luis Guedes dos Santos

Editor Associado

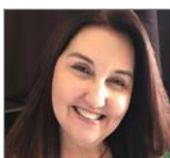
Graduado em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria - UFSM (2007). Mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS (2010) e Doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC (2014), com período sanduíche na Kent State University College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



Neyson Pinheiro Freire

Editor de Comunicação e Publicação

Mestre em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Possui MBA em Gestão Pública pela Uniderp. Graduação em Tecnologia em Gestão Pública pela Universidade Anhanguera. Jornalista (Registro 0011083/DF). 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 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 e infodemia.



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

1060

A REPERCUSSÃO MIDIÁTICA DOS ÓBITOS DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM POR COVID-19 NO BRASIL

Neyson Pinheiro Freire, Luciano Garcia Lourenção

ARTIGOS ORIGINAIS

1063

CENSO DOS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM BRASILEIROS PRESENCIAIS E À DISTÂNCIA

Anaísa Cristina Pinto, Sônia Barros, Lara Simone Messias Floriano, Thiago Eduardo França, Aida Iglesias Di Lincoln Camarini, Leticia Marques Silva

1070

O ENGAJAMENTO POLÍTICO E O *FEEDBACK* SOCIAL COMO ESTRATÉGIAS DE VALORIZAÇÃO PROFISSIONAL DA ENFERMAGEM

Yan Lucas Martins Silva, Ana Laura Silveira Lima, Tayna Gonçalves Barbosa, Orlene Veloso Dias, Henrique Andrade Barbosa, Cristina Andrade Sampaio

1077

CUIDADOS REALIZADOS PELO ENFERMEIRO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE AO IDOSO NO ESPAÇO DOMICILIAR

Natália Carvalho Barbosa de Sousa, Paulo Sérgio da Silva

1084

CUIDADO AO PACIENTE CLÍNICO COM SINTOMAS PSIQUIÁTRICOS: PERCEPÇÕES DOS ENFERMEIROS

Maria de Lourdes Custódio Duarte, Sandro dos Santos Pereira, Daniela Giotti da Silva, Mariana Mattia Correa Bagatini

1091

GERENCIAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL: UMA ANÁLISE A PARTIR DA PERCEPÇÃO DE ESPECIALISTAS

Nayana Cintia Silveira, Marcos Aguiar Ribeiro, Izabelle Mont'Alverne Napoleão Albuquerque, Isabel Cristina Kowal Olm Cunha, Maria do Socorro Melo Carneiro, Carina Guerra Cunha, Ana Beatriz Oliveira do Nascimento, Francisca Erandielly Lopes Sousa

1098

AVALIAÇÃO DO RISCO DO DESENVOLVIMENTO DE LESÕES POR PRESSÃO EM PACIENTES DE UMA UNIDADE HOSPITALAR

Izabela Figueiredo Pires, Vitória Maria Luna Faria, Márcia Matos Sá Ottoni Letro, Mara Rúbia Maciel Cardoso do Prado, Patricia de Oliveira Salgado, Cristiane Chaves de Souza, Luciene Muniz Braga, Pedro Paulo do Prado Júnior

1106

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19

Davydson Gouveia Santos, Evangelia Kotzias Atherino dos Santos, Gisele Knop Aued, Rafaella Queiroga Souto, Juliana Silveira Bordignon, Marli Terezinha Stein Backes

1113

VALIDAÇÃO DE UM INSTRUMENTO PARA CONTROLE DE CURA SIFILÍTICA EM PUÉRPERAS E RECÉM-NASCIDOS

Manoel Vítor Martins Marinho, Diana da Costa Lobato

1119

VIVÊNCIA COM A DOENÇA CRÔNICA NA INFÂNCIA: PERCEPÇÃO DA FAMÍLIA

Alyssia Daynara Silva Lopes, Thamires Vitória Archanjo da Paixão, Camila Thayná Oliveira dos Santos, Lays da Silva Fidelis Freire, Mabelly Cavalcante Rego, Ana Patrícia da Rocha Lima de Paula, Ana Carolina Santana Vieira, Ingrid Martins Leite Lúcio

1125

CONHECIMENTO DAS GESTANTES RESIDENTES EM COMUNIDADES RURAIS SOBRE O ALEITAMENTO MATERNO

Dayana da Silva de Amaral, Anne Fayma Lopes Chaves, Ana Carolina Maria Araújo Chagas Costa Lima, Leilane Barbosa de Sousa, Bruna Kely Oliveira Santos, Daniela Raulino Cavalcante, Camila Chaves da Costa

1132

AMAMENTAÇÃO E ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR: EXPERIÊNCIAS DE MÃES E PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM REGIÃO DE FRONTEIRA

Aline Renata Hirano, Maria Aparecida Baggio, Rosângela Aparecida Pimenta Ferrari

1139

RISCO CARDIOMETABÓLICO EM PACIENTES SOBREPESADOS E OBESOS: UM ESTUDO COMPARATIVO ENTRE OS SEXOS

Gustavo de Araújo Sacchi, Heloá Costa Borim Christinelli, Greice Westphal, Vinicius Luis da Silva, Nelson Nardo Junior, Carlos Alexandre Molena Fernandes

1145

ASSISTÊNCIA AO SUICÍDIO E AGRESSIVIDADE NO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA

Larissa Castelo do Amaral, Aline Conceição Silva, Kelly Graziani Giaccherro Vedana

1151

IMPACTO DO EXERCÍCIO FÍSICO NO COMPORTAMENTO DE IDOSAS COM ALZHEIMER

Tiffany Bianca Lage da Costa, Patrícia Fera Azevedo, Marcelo Luis Marquenzi, Juliana Monique Lino Aparecido

1159

FATORES INTERVENIENTES NO CUIDADO DE IDOSOS DOMICILIADOS: ANÁLISES DE ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Natália Carvalho Barbosa de Sousa, Leandro Pereira Lopes, Jackeline da Costa Maciel, Paulo Sérgio da Silva

1166

ATUAÇÃO DA EQUIPE DE CUIDADOS PALIATIVOS FRENTE A PACIENTES COM A COVID-19

Sarah Vieira Figueiredo, Juliana Carollyne Moreira Jorge Guimarães, Luciana Leite de Figueiredo Magalhães, Nathalia de Oliveira Pires, Camila Pinto De Nadai, Maria Luiza Pereira Costa, Ana Karine Martins Feitosa, Adla Cristina Alves de Oliveira

1173

QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COM DIABETES SEIS MESES APÓS TÉRMINO DE PROGRAMA EDUCATIVO

Thaynara Silva dos Anjos, Gabriela Menezes Gonçalves de Brito, José Rodrigo Santos Silva, Cristiane Franca Lisboa Gois

1178

COMPREENDENDO O SENTIDO DE SER-COM REAÇÕES HANSÊNICAS: IMPLICAÇÕES PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM

Thayná Desirée Rodrigues Martins, Antônia Margareth Moita Sá, Marcandra Nogueira de Almeida Santos, Iaci Proença Palmeira

1184

DESENVOLVIMENTO DE TECNOLOGIA EDUCACIONAL PARA FAMILIARES SOBRE O BANHO DE OFURÔ NO DOMICÍLIO PARA RECÉM-NASCIDOS

Ana Beatriz Gomes Guimarães, Lihsieh Marrero, Alessandra Pinheiro Vidal, Aline Libório de Oliveira, Eielza Guerreiro Menezes, Aldalice Aguiar de Souza, Elizabeth Teixeira

1189

A PERCEPÇÃO SOBRE O BRINQUEDO TERAPÊUTICO NA ÓTICA DOCENTE

Sabrina Vieira Ricardo da Silva, Adrielle Cristine Sacramento da Silva, Andressa Tavares Parente, Aline Macêdo de Queiroz, Sheila Barbosa Paranhos, Edficher Margotti, Nádile Juliane Costa de Castro, Thamyles da Silva Dias

1196

MODELO PREDITIVO DE AVALIAÇÃO DO TEMPO ENTRE O DIAGNÓSTICO DO HIV E PRIMEIRA HOSPITALIZAÇÃO

Renata Rabelo Pereira, Oriana Deyze Correia Paiva Leadebal, Rebeca Bezerra Chaves, Leidyanny Barbosa de Medeiros, Ana Cristina de Oliveira e Silva, Jordana de Almeida Nogueira

1204

PERCEPÇÃO DA ARTETERAPIA COMO RECURSO À PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM HOSPITALAR

Joseli Aparecida Caldi, Marcos Hirata Soares, Júlia Trevisan Martins, Maira Bonafé Sei, Leilane de Jesus de Martini Lopes Vilar, Maria José Quina Galdino, Aline Aparecida Oliveira Moreira

1210

PERCEPÇÃO DOS ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM SOBRE AUTISMO

Isabella Martins Camelo, Edna Chaves Camelo, Kelly Rose Tavares Neves, Gislei Frota Aragão

1217

SOBREVIDA E PRINCIPAIS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM EM PACIENTES PEDIÁTRICOS EM USO DA OXIGENAÇÃO POR MEMBRANA EXTRACORPÓREA

Amanda Sayuri Miyamae, Evelise Helena Fadini Reis Brunori, Sérgio Henrique Simonetti, João Ítalo Dias França

1224

PROFESSOR EM TEMPOS DE PANDEMIA: EMOÇÕES E SENTIMENTOS DO ENFERMEIRO-PROFESSOR

Rita Neuma Dantas Cavalcante de Abreu, Fabrício Bezerra Eleres, Fernanda Jorge Magalhães, Karla Maria Carneiro Rolim, Vima Ribeiro Feitosa Cestari, Thereza Maria Magalhães Moreira

1229

CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA: INCOMPLETUDE DOS PARÂMETROS AVALIADOS NA CONSULTA

Karolaine Fernanda Marques, Luana da Silva, Márcia Aparecida dos Santos Silva Canario, Rosângela Aparecida Pimenta Ferrari

1235

INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS DE PRESCRIÇÕES MÉDICAS EM PACIENTES ACOMETIDOS PELO CORONAVÍRUS DA SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE

Julia Beatriz Lacet Nóbrega da Silva Lima, Keylla Talitha Fernandes Barbosa, Felipe Pereira Nunes, Fabiana Maria Rodrigues Lopes de Oliveira, Gabriela Lisieux Lima Gomes, Natalia Pessoa Rocha Leal

1242

TRABALHO DE ENFERMAGEM EM UNIDADE DE INTERNAÇÃO PEDIÁTRICA: DESAFIOS DO COTIDIANO

Andressa da Silveira, Alexa Pupiará Flores Coelho, Bruna Mara Picollo

1249

POTENCIALIDADES DE UM WEBSITE PARA UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIL

Lilian Cruz Souto de Oliveira Sperb, Valéria Cristina Cristello Coimbra, César Brasil Sperb, Wendy Gifford, Amanda Vandyk, Evangeline Danseco, Luciane Prado Kantorski

ARTIGOS DE REVISÃO

1256

PRÁTICAS AVANÇADAS DE ENFERMAGEM NO BRASIL

Ellen Marcia Peres, Bruna Maiara Ferreira Barreto Pires, Sílvia Maria de Sá Basílio Lins, Helena Ferraz Gomes, Betânia Maria Pereira dos Santos, Lilian Prates Belem Behring, Manoel Carlos Neri da Silva, Neyson Pinheiro Freire

A REPERCUSSÃO MIDIÁTICA DOS ÓBITOS DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM POR COVID-19 NO BRASIL

Neyson Pinheiro Freire¹ (<https://orcid.org/0000-0002-9038-9974>)

Luciano Garcia Lourenção² (<https://orcid.org/0000-0002-1240-4702>)

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

²Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, RS, Brasil.

Conflitos de interesse: nada a declarar

Autor correspondente: Neyson Pinheiro Freire | E-mail: neysonfreire@gmail.com

Como citar:

Freire NP, Lourenção LG. A repercussão midiática dos óbitos de profissionais de enfermagem por COVID-19 no Brasil [editorial]. *Enferm Foco*. 2021;12(6):1060-2.

DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n6.6404>

A pandemia de COVID-19, doença causada pelo vírus Sars-CoV-2 colocou os profissionais de Enfermagem em evidência, tanto pela determinação e coragem desses atores sociais frente aos riscos da linha de frente, quanto pela alta taxa de letalidade da doença entre esses trabalhadores.⁽¹⁾ Se antes prevalecia a invisibilização, passou a ser regra a superexposição dos desafios e da realidade enfrentada por quem faz os sistemas de saúde funcionarem. Reportagens sobre o exemplo de vida e de morte dessas pessoas se tornaram cotidianas, nos grandes veículos de comunicação e levaram à elaboração de uma espécie de empatia, solidariedade e de luto coletivo no seio da sociedade, em relação a esses protagonistas.⁽²⁾

A construção desses personagens jornalísticos, pela grande mídia, foi expressada pela exploração de elos familiares, de amizade e de trabalho, por meio de metanarrativas que simbolizam a heroização de profissionais sacrificados pelo vírus.⁽²⁾ De início, as reportagens deixaram patentes a personalidade, o medo e a insegurança de trabalhadores expostos e sem garantias mínimas, frente à possibilidade de perder a vida a qualquer momento e deixar a família desamparada.⁽³⁾ Entretanto, o volume de óbitos por COVID-19 se tornou exponencial ao longo de dois anos de pandemia. Com isso, a cobertura jornalística se massificou e se desumanizou ao longo do tempo, reduzindo essa tragédia a números e fotos em miniatura.⁽²⁾

No Brasil, o Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) contabiliza o número de profissionais mortos pela COVID-19 desde o início da pandemia. Segundo dados, até 20 de março de 2022, foram registradas 872 mortes de profissionais de enfermagem em todo o país.⁽⁴⁾

Como se pode notar, a disponibilidade e a indisponibilidade de dados e informações oficiais sobre óbitos de trabalhadores da saúde por COVID-19 se refletiu na cobertura da imprensa, que restou concentrada em apenas duas categorias (médicos e profissionais de enfermagem),^(2,5) que conseguiram sistematizar essa contabilidade de forma adequada e confiável.

Nesse sentido, a experiência do Cofen mostra que a utilização de observatórios para monitorar e avaliar situações de trabalho é um bom mecanismo de alimentação da imprensa, com informações oficiais, seguras e confiáveis sobre óbitos de profissionais em serviço.⁽⁶⁾ Aliás, o Observatório da Enfermagem é um projeto ino-

vador. A maioria dos países desenvolvidos, a exemplo dos Estados Unidos, não contam com um banco de dados dessa magnitude. O Brasil é o único país do mundo que monitorou, em tempo real, e documentou com precisão, detalhes e eficiência as mortes de profissionais de enfermagem por COVID-19. Naturalmente, a riqueza das informações e conhecimentos acumulados nesta plataforma é extremamente útil para entender a situação atual e serão ainda mais importantes para a compreensão das futuras consequências devastadoras dessa doença, além de servir como preparação para outras pandemias que estão no horizonte.⁽⁷⁾

Notadamente, essas fontes são importantes para o jornalismo e para a história, além de relevantes para a compreensão da gravidade do presente. Isso resta claro a partir da análise de 154 textos jornalísticos sobre essa temática. Nesses textos, 33% dos personagens das matérias jornalísticas sobre óbitos de trabalhadores causados pela COVID-19, no Brasil, são médicos e profissionais de enfermagem, considerando todas as profissões.⁽²⁾

Uma pesquisa sobre 136 reportagens relacionadas à atuação da equipe de saúde na pandemia da COVID-19 no Brasil, veiculadas por grandes veículos de comunicação, entre 16 de março e 31 de maio de 2020, confirma o predomínio de abordagens sobre a letalidade da infecção entre trabalhadores da linha de frente. Este estudo apontou que 17,7% das matérias falavam do protagonismo político e profissional da categoria; 23,5% tratavam sobre condições de trabalho desses profissionais; e 58,8% abordou a vulnerabilidade, adoecimento e morte de profissionais de saúde por COVID-19. Símbolo de uma sociedade hiperconectada, a *internet* responde por 66,2% do conteúdo analisado, os telejornais por 25% e as rádios, por 7,4%.⁽⁸⁾

Ao traçar uma linha do tempo da cobertura jornalística sobre esses fatos, percebe-se que as reportagens inicialmente abordaram denúncias sobre falta ou escassez de equipamentos de proteção. Foi um verdadeiro drama para as equipes de saúde lidar com um vírus desconhecido, sem a disponibilidade de máscaras adequadas e suficientes para trabalhar. Em seguida, predominaram conteúdos a respeito do avanço da pandemia sobre profissionais de enfermagem e, conseqüentemente, houve uma densa cobertura sobre o alto número de mortes desses trabalhadores, tanto na imprensa nacional quanto na mídia internacional. Como par-

te do roteiro, a falta de empatia com quem se encontrava nessas condições tornou o Brasil um pária mundial no enfrentamento à pandemia da COVID-19. O país figurou marcado pelo negacionismo científico e pela banalização das mortes.⁽⁶⁾

Levantamento do Conselho Internacional de Enfermeiros, publicado em 6 de maio de 2020, com base em 30 países e amplo impacto na imprensa, indica que 6% de todos os casos de COVID-19 que ocorreram até essa data foram entre profissionais de saúde. Esse percentual elevado de infecções se seguiu à falta de equipamentos de proteção individual, aumento da jornada de trabalho, cansaço, estresse e negligência com medidas de segurança, tópicos essencialmente presentes nos editoriais e obituários.⁽⁹⁾ Esses episódios estão registrados no jornalismo e na história, como rastro da alta mortalidade que acometeu o Brasil.

A enfermagem representa aproximadamente 59% da força de trabalho da saúde mundial.⁽⁶⁾ No Brasil, a equipe de enfermagem corresponde a 70,02% dos recursos humanos na área da saúde.⁽⁷⁾

A imprensa tem explorado cotidianamente dados sobre a letalidade dos profissionais de enfermagem pelo novo coronavírus. O Brasil responde por um terço das mortes de profissionais de enfermagem por COVID-19 no mundo^(9,10) e essa notícia tem especial repercussão, inclusive na grande mídia internacional.⁽¹¹⁾ Esses fatores explicam a divisão, na imprensa, do protagonismo da enfermagem com os médicos, que antes detinham exclusividade na atenção da mídia.

No romance *A Peste*, publicado em 1947, o escritor Albert Camus conta a história de uma pequena cidade abalada pela chegada de uma pandemia letal, destacando o negacionismo e a hesitação das autoridades diante da gravidade da situação, o medo e a desinformação que se alastram junto à doença.⁽¹²⁾ Passados 70 anos, a análise da cobertura jornalística sobre a pandemia da COVID-19 no Brasil mostra que a realidade se identifica com a ficção de Camus e esses tópicos permearam as matérias sobre a pandemia da Covid-19 no Brasil.⁽¹³⁾

Mas as atividades da mídia brasileira foram além da cobertura sobre o que acontecia na linha de frente. O setor atuou proativamente diante do ambiente de contradição que se instalou no país, marcado pela falta de entendimento, coesão, coerência e estratégia entre o governo federal, os governos estaduais e municipais,

as autoridades sanitárias e os líderes políticos. Inclusive, diante da ameaça de apagão dos dados públicos sobre os óbitos causados pela doença no país, diversos veículos de imprensa formaram um consórcio, para realizar a contagem e a reportagem própria dos casos.⁽¹⁴⁾ Essa medida foi determinante para que a população devesse o domínio do fato e entendesse a gravidade do problema.

De acordo com a pesquisa *Condições de Trabalho dos Profissionais de Saúde no Contexto da Covid-19*, realizada pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), a pandemia alterou significativamente a vida de 95% dos profissionais de saúde.⁽¹⁵⁾ Na maioria absoluta dos casos, mudou para pior, tanto que a morte passou a ser uma ameaça constante. Em suma, os resultados indicam que 40% dos profissionais já viveu algum tipo de violência no ambiente de trabalho; 18% relataram medo generalizado de se contaminar no trabalho; 15,8% sofrem com perturbação do sono; 13,6% relatam irritabilidade/choro frequente; 11,7% referem incapacidade de relaxar/estresse; 9,1% tem perda de satisfação na carreira ou na vida/tristeza/apatia; e 8,3% está com sensação negativa do futuro/pensamento negativo/suicida.⁽¹⁵⁾ Inconfundivelmente, são fatores de morte.

Como a desinformação também é um fator de morte preponderante em tempos de pandemia, importante destacar que a mesma pesquisa da Fiocruz, amplamente difundida pela mídia,⁽¹⁴⁾ indica que, para mais de 90% dos profissionais de saúde, as notícias falsas são um obstáculo no combate ao novo coronavírus e 76% declarou já ter atendido paciente que expressou crença em *fake news* sobre vacinas, curas milagrosas, medicamentos ineficazes. Para mais de 70% desses trabalhadores, os posicionamentos das autoridades têm sido pouco consistentes e esclarecedores nesse sentido.⁽¹⁵⁾

Concretamente, ainda que persista a tentativa de ocultar informações sobre sequelas e óbitos por parte dos governos, a liberdade de imprensa assegura a atualização diária de dados oficiais sobre a pandemia, sobretudo o número de brasileiros que morreram em decorrência da doença, com recortes pontuais sobre os óbitos de profissionais de saúde. Inclusive, em abril de 2021, os editoriais apontavam a redução do número de mortes de profissionais de saúde como indicativo do efeito positivo das vacinas e do arrefecimento da pandemia. Não obstante, as mortes continuam a ser o carro-chefe do jornalismo brasileiro.

REFERÊNCIAS

1. Lopes R. Brasil perde ao menos um profissional de saúde a cada 19 horas para a COVID. São Paulo: Folha de São Paulo; 2021 [citado 2022 Mar 20]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2021/03/brasil-perde-ao-menos-um-profissional-de-saude-a-cada-19-horas-para-a-covid.shtml>
2. Aguiar S. Memoriais on-line às vítimas da Covid-19 no Brasil: narrativas sensíveis à dor alheia. Estudos J Mídia. 2021;18(1): 11-24.
3. Teixeira EG, Machado MH, Freire NP. Luto pelos profissionais de saúde. Rio de Janeiro: O Globo; 2021 [citado 2022 Mar 20]. Disponível em: <https://blogs.oglobo.globo.com/opiniaopost/luto-pelos-profissionais-de-saude.html>
4. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Observatório da Enfermagem. Brasília (DF): COFEN; 2022 [citado 2022 Mar 20]. Disponível em: <http://observatoriodaenfermagem.cofen.gov.br/>
5. Pellegrini A. Profissionais de saúde: a agonia em meio a recordes de mortes. São Paulo: Nexo Jornal; 2021 [citado 2022 Mar 20]. Disponível em: <https://www.nexojornal.com.br/expresso/2021/03/03/Profissionais-de-sa%C3%BAde-a-agonia-em-meio-a-recordes-de-mortes>
6. Persegona MF, Pires RA, Medeiros GG, Pinheiro FA, Lopes M, Nascimento Junior A, et al. Observatório da Enfermagem: ferramenta de monitoramento da COVID-19 em profissionais de enfermagem. *Enferm Foco*. 2020;11(2):6-11.
7. David HM, Rafael RM, Alves MG, Breda KL, Faria MG, Neto M, et al. Infection and mortality of nursing personnel in Brazil from COVID-19: A cross-sectional study. *Int J Nurs Stud*. 2021;124:104089.
8. Freire NP, Castro DA, Fagundes MC, Ximenes Neto FR, Cunha IC, Silva MC. Notícias sobre a Enfermagem Brasileira na pandemia da COVID-19. *Acta Paul Enferm*. 2021;34:eAPE02273.

9. Alessi G. Brasil responde por um terço das mortes globais entre profissionais de enfermagem por COVID-19. Madri: El País; 2021 [citado 2022 Mar 20]. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/brasil/2021-01-08/brasil-responde-por-um-terco-das-mortes-globais-entre-profissionais-de-enfermagem-por-covid-19.html>
10. Estúdio Folha. Uma triste liderança. São Paulo: Folha de São Paulo; 2021 [citado 2022 Mar 20]. Disponível em: <https://estudio.folha.uol.com.br/cofen-perigosdacovid/2020/05/1988718-uma-triste-lideranca.shtml>
11. Bloomberg. Covid-19 is killing nurses in Brazil more than anywhere else. Nova York: Bloomberg; 2020 [citado 2022 Mar 20]. Disponível em: <https://www.bloomberg.com/news/articles/2020-05-21/covid-19-is-killing-nurses-in-brazil-more-than-anywhere-else>
12. Camus A. A Peste. 25a ed. Rio de Janeiro: Editora Record; 2019.
13. Pereira NB, Monteiro P, Bonifácio SA. Inumeráveis: as características do webjornalismo no obituário contemporâneo. In: Jornalismo em tempos de pandemia: reconfigurações na TV e na internet. João Pessoa: Editora UFPB; 2020. p. 14-46.
14. Associação Brasileira de Jornalismo Investigativo (Abraji). Ação colaborativa une veículos para evitar apagão de dados sobre pandemia. São Paulo: Abraji; 2020 [citado 2022 Mar 20]. Disponível em: <https://www.abraji.org.br/noticias/acao-colaborativa-une-veiculos-para-evitar-apagao-de-dados-sobre-pandemia>
15. Leonel F. Pesquisa analisa o impacto da pandemia entre profissionais de saúde. Brasília (DF): Fundação Oswaldo Cruz; 2021 [citado 2022 Mar 20]. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/pesquisa-analisa-o-impacto-da-pandemia-entre-profissionais-de-saude>
16. Fantástico. Choro, medo e exaustão: pesquisa inédita revela o colapso dos profissionais de saúde. Rio de Janeiro: Globo; 2021 [citado 2022 Mar 20]. Disponível em: <https://globoplay.globo.com/v/9369197/>

CENSO DOS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM BRASILEIROS PRESENCIAIS E À DISTÂNCIA

CENSUS OF UNDERGRADUATE AND DISTANCE LEARNING BRAZILIAN NURSING COURSES

CENSO DE CURSOS DE ENFERMERÍA BRASILEÑOS DE PREGRADO Y EDUCACIÓN A DISTANCIA

Anaísa Cristina Pinto¹

Sônia Barros¹

Lara Simone Messias Floriano²

Thiago Eduardo França³

Aida Iglesias Di Lincoln Camarini¹

Letícia Marques Silva¹

(<https://orcid.org/0000-0001-7235-8165>)

(<https://orcid.org/0000-0002-6346-9717>)

(<https://orcid.org/0000-0003-4801-2767>)

(<https://orcid.org/0000-0003-4987-625X>)

(<https://orcid.org/0000-0003-0480-2900>)

(<https://orcid.org/0000-0002-5299-0961>)

Descritores

Ensino; Programas de graduação em enfermagem; Enfermagem; Educação à distância; Credenciamento

Descriptors

Teaching; Nursing degree programs; Nursing; Distance education; Accreditation

Descriptores

Docencia; Programas de grado en enfermería; Enfermería; Educación a distancia; Acreditación

Submetido

24 de Março de 2021

Aceito

25 de Maio de 2021

Conflitos de Interesse:

manuscrito extraído da tese "Escala de avaliação da qualidade do ensino em enfermagem em saúde mental e psiquiátrica: validação de conteúdo", defendida em 2020, no Programa Interunidades de Doutorado da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUUSP.

Autor correspondente

Lara Simone Messias Floriano
E-mail: larasmessias@gmail.com

RESUMO

Objetivo: Realizar um censo dos cursos de graduação em Enfermagem em instituições de Ensino Superior brasileiras, segundo credenciamento presencial e à distância.

Métodos: Estudo de abordagem quantitativa, de base documental, do tipo analítico-descritivo, que utilizou dados sobre os cursos de Enfermagem brasileiros do portal e-MEC e das páginas destes, nos sites das IES.

Resultados: Dos 1.668 cursos de Enfermagem brasileiros, 105 (6,29%) eram EAD e 1.563 (93,70%) presenciais. Todos os cursos EAD eram privados. Vale ressaltar que, dos 105 cursos EAD localizados, 50 se autodenominavam semipresenciais. Na Enfermagem, profissão que essencialmente envolve o cuidado humano, questiona-se a qualidade de educação, que o ensino à distância oferece.

Conclusão: Existem questionamentos com relação à qualidade da educação empregada pelo EAD que, por ser aplicada fora do ambiente palpável e observável de prática, coloca em xeque a confiabilidade da metodologia de formação, bem como a competência dos profissionais formados.

ABSTRACT

Objective: To carry out a census of undergraduate nursing courses in Brazilian Higher Education institutions, according to face-to-face and distance accreditation.

Methods: Study of quantitative approach, based on documents, analytical-descriptive type, which used data on Brazilian Nursing courses from the e-MEC portal and their pages, on the websites of the HEIs.

Results: Of the 1,668 Brazilian nursing courses, 105 (6.29%) were distance learning and 1,563 (93.70%) in person. All distance learning courses were private. It is worth mentioning that, of the 105 distance learning courses located, 50 called themselves semi-presential. In Nursing, a profession that essentially involves human care, the quality of education that distance learning offers is questioned.

Conclusion: There are questions regarding the quality of education employed by EAD, which, being applied outside the palpable and observable environment of practice, puts in check the reliability of the training methodology, as well as the competence of the trained professionals.

RESUMEN

Objetivo: Realizar un censo de los cursos de licenciatura en enfermería en las instituciones de educación superior brasileñas, según acreditación presencial y a distancia.

Métodos: Estudio de abordaje cuantitativo, basado en documentos, tipo analítico-descriptivo, que utilizó datos de los cursos de Enfermería brasileños del portal e-MEC y sus páginas, en los sitios web de las IES.

Resultados: De los 1.668 cursos de enfermería brasileños, 105 (6,29%) fueron a distancia y 1.563 (93,70%) presenciales. Todos los cursos de educación a distancia fueron privados. Cabe mencionar que, de los 105 cursos a distancia localizados, 50 se autodenominaron semipresenciales. En Enfermería, profesión que involucra esencialmente el cuidado humano, se cuestiona la calidad de la educación que ofrece la educación a distancia.

Conclusion: Existen interrogantes sobre la calidad de la educación empleada por EAD, que al ser aplicada fuera del ámbito de práctica palpable y observable, pone en jaque la confiabilidad de la metodología de formación, así como la competencia de los profesionales capacitados.

¹Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

²Universidade Estadual de Ponta Grossa, Ponta Grossa, PR, Brasil.

³Universidade Estadual de Londrina, Londrina, PR, Brasil.

Como citar:

Pinto AC, Barros S, Floriano LS, França TE, Camarini AI, Silva LM. Censo dos cursos de graduação em enfermagem brasileiros presenciais e à distância. *Enferm Foco*. 2021;12(6):1063-9.

DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n6.4722>

INTRODUÇÃO

A história do processo ensino-aprendizagem assinala essencialmente dois atores: os estudantes, no papel de receptores de conhecimento e; os professores: como detentores do conhecimento. As evoluções científicas e tecnológicas têm apontado à necessidade de ampliar os modelos e métodos, para acompanhar tais evoluções. A Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), defende que, para se avançar no processo ensino-aprendizagem, os países devem investir em políticas de incentivo ao uso das tecnologias em sala de aula.⁽¹⁾

Isto se justifica, porque a modernidade é tomada por frenéticas evoluções socioculturais, que geram contínuas mudanças no pensamento e nas organizações humanas.⁽²⁾ Mais recentemente, o próprio ensino incorporou a evolução tecnológica e, não apenas integrou as tecnologias no processo ensino-aprendizagem, como se reestruturou tecnologicamente no Ensino A Distância (EAD).⁽³⁾ Na atualidade, o EAD se reestruturou mais robustamente, pela internet e pela flexibilização do ensino.^(2,4)

No Brasil, as Instituições de Ensino Superior (IES) têm a possibilidade de se credenciar como instituição de ensino presencial ou EAD (em até 40% da carga horária), independentemente da área do curso, com exceção ao curso de medicina.⁽⁵⁾ A Enfermagem, que é a profissão da área da saúde que permanece mais tempo em contato com o usuário do serviço,⁽⁶⁾ e que é essencialmente voltada para o cuidado e para a preservação do princípio elementar da vida, pode ter sua formação à distância. Até 2008 os bacharéis em Enfermagem eram formados exclusivamente por via presencial.⁽⁶⁾ A partir deste ano, houve abertura de cursos EAD e, mais recentemente houve crescimento massivo de cursos com este credenciamento.⁽⁷⁾

Com o expressivo crescimento dos cursos superiores EAD nos últimos anos, a Enfermagem e o Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) enfrentam os problemas gerados pela graduação em Enfermagem por EAD, pelos possíveis riscos envolvidos na futura atuação desses profissionais.⁽⁶⁾ Assim, é necessário que se avalie como está o ensino nas modalidades presencial e EAD, para poder analisar criticamente a eficiência de cada modalidade.

Esta questão surgiu com o entendimento de que, nas discussões curriculares, é importante que se atente para o fato de que o processo ensino-aprendizagem não deve ser isolado das lutas econômicas, políticas e ideológicas da sociedade. Então é crucial o diagnóstico constante dos resultados sociais que o ensino promove, e por isto, a necessidade de produzir dados censitários sobre o ensino na área. Assim, o objetivo deste estudo foi realizar um

censo dos cursos de graduação em Enfermagem em instituições de Ensino Superior brasileiras, segundo credenciamento presencial e à distância.

MÉTODOS

Estudo de abordagem quantitativa, de base documental, do tipo analítico-descritivo. Utilizaram-se dados sobre todos os cursos de Enfermagem brasileiros do portal e-MEC e das páginas nos sites das IES, nas categorias administrativa, tipo de credenciamento, organização acadêmica, grau e regiões em que estão localizados os cursos. Os dados foram coletados e organizados entre setembro de 2018 a julho de 2019. As análises foram estratificadas por categoria administrativa, com auxílio do software R 3.5.1.^(8,9) Não foram conduzidos testes de hipóteses por tratar-se de valores populacionais. Como os dados eram de domínio público, o estudo não foi submetido à Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

RESULTADOS

Em algumas categorias a quantidade de dados encontrados foram diversos. São elas: duração (1.663); CH mínima (1.656); turno (1.206); em notas e-MEC foram de 1.342 para CC, 1.042 para ENADE, 1.014 para CPC e 1.003 para IDD e; vagas (1.666). Dos 1.668 cursos de Enfermagem brasileiros, 105 (6,29%) eram EAD e 1.563 (93,70%) presenciais. Todos os cursos EAD eram privados. Vale ressaltar que, dos 105 cursos EAD localizados, 50 se autodenominavam semipresenciais. Dentre os públicos (159 ou 9,53%), a maioria dos cursos era de IES federais (82 ou 51,57%), seguidas das estaduais (74 ou 46,50%) e municipais (3 ou 1,88%) (Tabela 1).

Tabela 1. Cursos de Enfermagem brasileiros por tipo de credenciamento, segundo organização acadêmica

Organização Acadêmica	Total no Brasil n(%)	Ensino à distância n(%)	Presencial n(%)
Faculdade	762(45,68)	-(-)	762 (100,00)
Universidade	511(30,63)	69(13,50)	442 (86,49)
Centro Universitário	393(23,56)	36(9,16)	357 (90,83)
IF	2(0,11)	-(-)	2 (100,00)
Total	1668(100,00)	105 (6,32%)	1.563 (93,70)

Nota-se que todos os cursos em Faculdades, 762 (45,68%) eram presenciais; que, dos 511 (30,63%) cursos que aconteciam em Universidades, 69 (13,50%) eram EAD (o maior valor para este tipo de credenciamento) e 442 (86,49%) presenciais; que, dos 393 (23,56%) cursos que aconteciam em Centros Universitários, 36 (9,16%) eram EAD e 357 (90,83%) presenciais e; todos os cursos

em Institutos Federais de Educação, Ciência e Tecnologia eram presenciais. Quanto à duração (n=1.663), existiam as possibilidades de 8, 9,10 e 12 semestres, para a realização do curso. Em 8 semestres, 45 (42,90%) eram EAD e 242 (15,50%) presenciais; dos que aconteciam em 9 semestres, nenhum era EAD e 77 (4,90%) presenciais; em 10 semestres, 60 (57,10%) eram EAD e 1.237 (79,40%) presenciais e; em 12 semestres, nenhum era EAD e 2 (0,10%) eram presenciais. Sobre a CH mínima (n=1.656), nos cursos EAD, a menor carga encontrada foi de 4.000 horas e a maior foi de 4.274 horas. Nos cursos presenciais, a menor CH mínima foi de 2.840 horas e a maior CH mínima foi de 13.515 horas (o que foi reconfirmado no e-MEC, por serem CH mínimas muito baixa e muito alta, respectivamente). A média e mediana de cargas horárias mínimas foram maiores em cursos presenciais (4.395,10 e 4.056) do que em EAD (4.011,70 e 4.000). Sobre qual turno acontece (em um turno ou integral) o ensino, obtivemos 1.206 respostas, entre os 1.668 cursos. Dos cursos EAD, apenas 1 apresentou este dado. Entre os presenciais 1.205 apresentaram este dado sendo, 1.052 (87,30%) em um turno e 153 (12,70%) integrais (Tabela 2).

Tabela 2. Cursos de Enfermagem brasileiros, por tipo de credenciamento, segundo as notas de avaliações do Ministério da Educação

Notas do Ministério da Educação	Total no Brasil n(%)	Ensino à distância n(%)	Presencial n(%)
CC			
1	1(0,07)	-(-)	1(100,00)
2	16(1,19)	-(-)	16(100,00)
3	508(37,85)	14(2,75)	494(97,24)
4	697(51,93)	-(-)	697(100,00)
5	119(8,86)	-(-)	119(100,00)
6	1(0,07)	-(-)	1(100,00)
n(%)	1342(100,00)	14(1,04)	1328(98,95)
ENADE			
1	37(3,55)	-(-)	37(100,00)
2	335(32,14)	14 (4,17%)	321(95,82)
3	429(41,17)	-(-)	429(100,00)
4	186(17,85)	-(-)	186(100,00)
5	55(5,27)	-(-)	55(100,00)
n(%)	1.042(100,00)	14(1,34)	1028(98,65)
CPC			
1	1(0,09)	-(-)	1(100,00)
2	71(7,00)	-(-)	71(100,00)
3	574(56,60)	14 (2,43)	560(97,56)
4	344(33,92)	-	344(100,00)
5	24(2,36)	-	24(100,00)
n(%)	1014(100,00)	14 (1,38)	1000(98,61)
IDD			
1	16(1,59)	-(-)	16(100,00)
2	142(14,15)	14 (9,85)	128(90,14)
3	646(64,40)	-(-)	646(100,00)
4	151(15,05)	-(-)	151(100,00)
5	48(4,78)	-(-)	48(100,00)
n(%)	1003(100,00)	14(1,39)	989(98,60)

Dos 105 cursos EAD que existiam no país, apenas 13,33% apresentaram notas em avaliações do MEC. Dos 1.342 cursos que apresentaram nota para o CC, todos que eram EAD (14) ficaram com nota 3 (2,75% dos que tiveram esta nota neste conceito) e, a maioria dos presenciais (697 ou 52,48% dos 1.328 e 100,00% de todos com esta nota) ficaram com nota 4, seguida da nota 3 (494 ou 37,19% dos 1.328 e 97,24% dos que ficaram com nota 3), da nota 5 (119 ou 8,96% dos 1.328 e 100,00% dos que ficaram com nota 5) e das notas 1 e 6 (ambas aconteceram em 1 caso, ou 0,52% dos 1.328 e em 100,00% dos que ficaram com estas notas para o conceito de curso). Dos 1.042 cursos que apresentaram nota para o ENADE, todos que eram EAD (14) ficaram com nota 2 (4,17% dos que tiveram nota neste conceito) e, a maioria dos presenciais ficou com nota 3 (429 ou 41,73% dos 1.028 e 100,00% de todos com esta nota), seguida da nota 2 (321 ou 31,22% dos 1.028 e 95,82% dos que ficaram com nota 2), da nota 4 (186 ou 18,09% dos 1.028 e 100,00% dos que ficaram com nota 4), da nota 5 (55 ou 5,35% dos 1.028 e 100,00% de todos com esta nota) e, da nota 1 (37 ou 3,59% dos 1.028 ou 100,00% dos que ficaram com nota 1 no ENADE). Dos 1.014 cursos apresentaram nota para o CPC, todos que eram EAD (14) ficaram com nota 3 (ou 2,43% dos que tiveram nota neste conceito) e, a maioria dos presenciais ficaram com nota 3 (560 ou 56,00% dos 1.000 e 97,56% de todos com esta nota), seguida da nota 4 (344 ou 34,40% dos 1.000 e 100,00% de todos com esta nota), da nota 2 (71 ou 7,10 dos 1.000 ou 100,00% de todos com esta nota), da nota 5 (24 ou 2,40% dos 1.000 ou 100,00% de todos com esta nota) e da nota 1 (1 ou 0,10% dos 1.000 e 100,00% dos com nota 1). Dos 1.003 cursos que apresentaram nota para o IDD, todos que eram EAD (14) ficaram com nota 2 (9,85% dos que tiveram nota neste conceito) e, a maioria dos presenciais ficaram com nota 3 (646 ou 65,31% dos 989 e 100,00% de todos com esta nota), da nota 4 (151 ou 15,26% dos 989 ou 100,00% de todos com esta nota), da nota 3 (128 ou 12,94% dos 989 ou 90,14% dos que tiveram esta nota), da nota 5 (48 ou 4,85% dos 989 ou 100,00% dos que tiveram esta nota) e da nota 1 (16 ou 1,61% dos 989 ou 100,00% dos com nota 1 no IDD). Em relação à quantidade de vagas EAD e presenciais, dois cursos privados e presenciais não apresentaram estes dados, então o número de cursos que apresentaram dados sobre vagas foi de 1.666 (105 EAD e 1.561 presenciais). O total de vagas de Enfermagem no país foi de 260.408, sendo destas 80.908 (31,06%) de cursos EAD e 179.500 (68,93%) de privados. O número mínimo de vagas em cursos EAD foi de 26,00 e, em cursos presenciais foi de 0,00 (o que aconteceu em poucos casos,

e sugere algum problema na alimentação da plataforma e-MEC). Os números máximos de vagas são de 1.773,33 em cursos EAD e de 1.610 em cursos presenciais. As médias de vagas também são maiores para cursos os EAD, do que para os presenciais (771,00 e 115,00, respectivamente) e, as medianas também (334,00 em cursos EAD e 100,00 em cursos presenciais). As IES EAD apresentavam na plataforma e-MEC, a quantidade total de vagas do curso, todas as vezes que o curso apareceria. Então, um mesmo curso que aparecia em mais de um Estado, apresentava a mesma quantidade de vagas em todos os Estados que tinham o curso. Para não superestimar esta quantidade de vagas, as 47.880 vagas foram divididas pelos 27 Estados, por isto o número máximo de vagas que um curso de Enfermagem apresentou foi quebrado (1.733,33). A seguir a tabela 3, com os dados sobre em quantidade de cursos EAD por regiões e Estados brasileiros. O n da tabela era de 1.668.

Tabela 3. Cursos de Enfermagem brasileiros, por tipo de credenciamento, segundo regiões e unidades federativas brasileiras

Variáveis	Ensino à distância n(%)	Presencial n(%)
Região brasileira em que o curso acontece		
Nordeste (NE)	33(31,40)	430(27,50)
Norte (N)	21(20,00)	110(7,00)
Sudeste (SE)	20(19,00)	649(41,50)
Centro-Oeste (CO)	18(17,10)	156(10,00)
Sul (S)	13(12,40)	218(13,90)
Total	105(100,00)	1563(100,00)
Unidade Federativa do Brasil em que o curso acontece		
Acre (AC)	4(3,80)	4(0,30)
Alagoas (AL)	3(2,90)	24(1,50)
Amapá (AP)	2(1,90)	9(0,60)
Amazonas (AM)	3(2,90)	19(1,20)
Bahia (BA)	4(3,80)	113(7,20)
Ceará (CE)	4(3,80)	72(4,60)
Distrito Federal (DF)	6(5,70)	42(2,70)
Espírito Santo (ES)	4(3,80)	38(2,40)
Goiás (GO)	3(2,90)	57(3,60)
Maranhão (MA)	3(2,90)	45(2,90)
Mato Grosso (MT)	4(3,80)	36(2,30)
Mato Grosso do Sul (MS)	5(4,80)	21(1,30)
Minas Gerais (MG)	5(4,80)	153(9,80)
Pará (PA)	4(3,80)	36(2,30)
Paraíba (PB)	4(3,80)	31(2,00)
Paraná (PR)	5(4,80)	83(5,30)
Pernambuco (PE)	3(2,90)	64(4,10)
Piauí (PI)	2(1,90)	35(2,20)
Rio de Janeiro (RJ)	6(5,70)	131(8,40)
Rio Grande do Norte (RN)	7(6,70)	28(1,80)
Rio Grande do Sul (RS)	5(4,80)	74(4,70)
Rondônia (RO)	3(2,90)	24(1,50)
Roraima (RR)	1(1,00)	5(0,30)
Santa Catarina (SC)	3(2,90)	61(3,90)
São Paulo (SP)	5(4,80)	327(20,90)
Sergipe (SE)	3(2,90)	18(1,20)
Tocantins (TO)	4(3,80)	13(0,80)
Total	105(100,00)	1563(100,00)

A região Nordeste era a que mais tinha cursos EAD (33 ou 31,40%), seguida da Norte (21 ou 20,00%), da Sudeste (20 ou 19,00%), Centro-Oeste (18 ou 17,10%) e da Sul (13 ou 12,40%). Em relação aos cursos presenciais, a região Sudeste era a com mais cursos (649 ou 41,50%), seguida da Nordeste (430 ou 27,50%), da Sul (218 ou 13,90%), da Centro-Oeste (156 ou 10,00%) e da Norte (110 ou 7,00%). Em relação à quantidade de cursos por Estados, o Rio grande do Norte é o que mais tem EADs (7 ou 6,70% deles) e São Paulo é o que mais tem presenciais (327 ou 20,90% deles).

DISCUSSÃO

Os resultados apontaram possíveis falhas na alimentação e na inserção de dados da plataforma e-MEC e dos sites dos cursos de Enfermagem. Isto é problemático, pois dificulta a avaliação do curso tanto in loco, como na generalização de dados, dificultando a produção de conhecimento científico, mais condizente com a realidade.

A maioria (1.563) dos cursos eram presenciais, sendo 105 cursos EAD, todos eles privados e destes, 50 se autodenominaram semipresenciais. Os cursos semipresenciais são aqueles garantidos pela legislação brasileira, que podem ser ofertados como EAD, desde que não ultrapassem 20,00% da carga horária total do curso, com atividades à distância.⁽¹⁰⁾ Já os cursos EAD, segundo Decreto,⁽¹¹⁾ são aqueles cursos que se caracterizam na modalidade educacional à distância em que a mediação pedagógica e didática do processo ensino-aprendizagem ocorre pela utilização de meios de informação e tecnologias de comunicação, com estudantes e professores desenvolvendo atividades educativas em lugares e tempos diversos, como dispõe o 1.º artigo, do capítulo I, das disposições gerais do Decreto.⁽¹¹⁾

Em relação à organização acadêmica destes cursos, as IES podem ser credenciadas em: Faculdades, Centros Universitários, Universidades e Institutos Federais de Educação, Ciência e Tecnologia. Faculdades abrangem menos áreas do saber e têm menor autonomia.⁽¹²⁾ Este tipo de credenciamento foi o mais prevalente, entre os cursos presenciais. Isto pode ter se dado pelo fato de que esta é a organização com menor grau de exigência para a abertura e administração.

A maioria dos cursos EAD e presenciais aconteciam em 10 semestres, ou seja, tem a duração mínima de 5 anos. Segundo a legislação brasileira, o formato dos períodos letivos independe do regime acadêmico adotado, mas, como previsto na Lei n.º 9.394/96 da Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB), a duração do ano letivo deve completar 200 dias de trabalho acadêmico.⁽¹¹⁾

Apesar de, na época da coleta, a minoria dos cursos serem à distância (6,29%), quando se faz um paralelo deste

dado, com o que trazia informações sobre quantidade de vagas, nota-se que a diferença entre cursos presenciais e EAD, diminuiu. Os 6,29% de cursos EAD, ofertam 31,06% das vagas de Enfermagem no país (a plataforma e-MEC não apresenta dados sobre concluintes nos cursos, por isto esta análise não foi feita).

Quanto aos números máximos de vagas e médias de vagas em cursos presenciais e EAD, estas vagas são maiores em cursos EAD (1.773,33) do que em cursos presenciais (1.610) e as médias de vagas também, sendo quase 7 maiores em cursos EAD do que em presenciais. Isto pode se dar pelo fato de o ambiente virtual necessitar de menor investimento por aluno enquanto o presencial, exige um maior emprego de capital. Além disto, todas os cursos EAD são privados. As IES privadas, pela sua origem, em muitos casos, patrimonialista, têm o ensino como fonte de lucro. Assim, nas sociedades capitalistas, o ensino privado é uma conveniente fonte de ganho monetário.

Outro importante fator para esta oferta de vagas é a rápida expansão de cursos EAD no país. Esta pesquisa concluiu que a maioria dos cursos EAD estão na região Nordeste, seguida da Norte, Sudeste, Centro-Oeste e Sul, enquanto a maioria das presenciais estão nas regiões Sudeste, Nordeste, Sul, Centro-Oeste e Norte.

Um levantamento de 2012 mostrou que, as regiões com maiores PIB são a Sudeste (R\$ 2.424.005.000), a Sul (R\$ 710.860.000), a Nordeste (R\$ 595.382.000), a Centro Oeste (R\$ 430.463.000) e a Norte (R\$ 231.383.000).⁽¹³⁾ Então, é possível observar que, as três regiões mais ricas do país também foram as regiões com mais IES presenciais. As regiões Centro Oeste e Norte, foram as com PIB menores em 2012 e as com menos IES presenciais. Isto aponta para o fato de que, em cursos em que exigem a presença do estudante e do professor para acontecer, a riqueza da região, determina a quantidade de cursos de enfermagem que elas terão.

Atualmente, a região Sudeste (a mais rica do país) tem o maior número de cursos de Enfermagem presenciais. Esta área concentra parcela importante da atividade produtiva e renda nacionais.⁽¹⁴⁾ Estudo relatara a falta de enfermeiros(as) em determinadas localidades, e a dificuldade na fixação de profissionais da saúde em municípios de pequenos portes, bem como em regiões mais pobres e com menor infraestrutura.⁽¹⁵⁾ Segundo pesquisa realizada pelo IBGE, e divulgada pelo COFEN, mais da metade (53,90%) dos enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem se concentra na região sudeste,⁽¹⁶⁾ o que corrobora com os dados sobre cursos presenciais, apresentados na Tabela 3.

Sobre o tema avaliação do MEC, com exceção do CPC (que a maioria dos cursos, independente de tipo de credenciamento, teve nota 3), em todos os outros tipos de avaliação (ENADE, CC e IDD) os cursos presenciais eram mais bem avaliados do que os EAD.

No ano de 2017, seguindo uma agenda mercantilista e de retrocessos de políticas públicas, foi publicado o Decreto nº 9.235,⁽⁶⁾ com o objetivo de ampliar a oferta de cursos superiores na modalidade EAD. O censo da educação superior brasileira do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio da Teixeira (INEP) revela que nos últimos anos, o número de cursos de graduação eram: 33.501 (32.028, ou 95,6% presenciais e 1.473, ou 4,40% EAD), em 2015; 34.366 (32.704 ou 95,1% presenciais e 1.662 ou 4,9% EAD), em 2016 e; 35.380 (33.272 ou 94,04% presenciais e 2.108 e 5,96% EAD), em 2017.⁽⁶⁾

De 2015 a 2017 (ano da promulgação do Decreto nº 9.235) o aumento no número de IES na modalidade EAD foi de 43,10%. Este aumento se justifica pois, antes do Decreto n.º 9.235, mesmo que a IES tivesse autonomia, o MEC precisava fazer visita de avaliação in loco, para a autorização de abertura de cursos EAD. Atualmente não há mais a necessidade de visita técnica do MEC, para o credenciamento de cursos EAD, aos polos de apoio presenciais destes cursos. Estes dados revelam como as políticas públicas para a educação, interferem rapidamente no resultado, ainda mais quando envolve interesse financeiro.

Os dados sobre quantidade e expansão dos cursos EAD são preocupantes, pois, para a Enfermagem, área que se incube de ampliar a visão sobre o cuidado humano, além de favorecer, restaurar e ajudar a saúde,⁽¹⁷⁾ questiona-se a qualidade de educação, que o ensino à distância oferece. Além disto, o uso das tecnologias de informação e comunicação empregadas no ensino à distância, não garantem o sucesso na qualidade do processo ensino-aprendizagem, devendo-se considerar os problemas existentes entre o uso destas, e a área de ciências da saúde humana, tais como modelos pedagógicos inadequados, dificuldade de integração curricular, falta de familiaridade do educador com as tecnologias em questão e métodos avaliativos inadequados.⁽¹⁸⁾

A limitação se refere à falta de dados sobre os cursos, tanto no portal e-MEC, quanto nas páginas dos cursos, nos sites das IES, gerando um quantitativo que não é 100,00% fidedigno.

Os dados do censo dos cursos de Enfermagem brasileiros apontam as fortalezas e as fragilidades do ensino, podendo servir de ferramenta de direcionamento de melhoria da qualidade do ensino.

CONCLUSÃO

Desde 2016, está um curso no Brasil, um processo de enfraquecimento e desmantelamento de políticas públicas, de várias áreas, inclusive nas prioritárias, como saúde e educação. Além do empenho em privatizar a educação pública, há o fortalecimento descomedido do setor privado, sem a previdências quanto à qualidade do ensino e à universalidade e do acesso à educação. É sabido que, se o sistema público de educação tem as suas fragilidades e o sistema privado não redime os problemas da educação pública. Vários dados desta pesquisa refletem isto. Das 251.165 vagas em cursos privados (96,45%), 80.908 (32,21%) são de cursos EAD, em um curso de natureza relacional e que tem como principal ferramenta de trabalho, o cuidado. Também existem questionamentos com relação à qualidade da educação empregada pelo EAD que, por ser aplicada fora do ambiente palpável e observável de prática, coloca em xeque a confiabilidade da metodologia de formação, bem como a competência dos profissionais formados. Além disto, com a crise do novo coronavírus, muitos estudantes tiveram aulas suspensas ou reconfiguradas para EAD. Os efeitos

da pandemia afetarão permanentemente diversos aspectos do modo de vida, o que pode incluir o processo ensino-aprendizagem, de modo que ensino à distância passe a ser regra, não exceção. Apesar deste fato, o sistema educacional brasileiro ainda não adquiriu maturidade suficiente, para implementar o EAD de maneira massiva. Isto pode gerar graves consequências, na qualidade do ensino e da atuação profissional.

Agradecimentos

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo apoio financeiro que possibilitou o custeio dos gastos com a pesquisa.

Contribuições

Concepção e desenho do estudo: Pinto AC, Barros S; Coleta, análise e interpretação dos dados: Pinto AC, França TE, Camarini ALI, Silva LM; Redação e/ou revisão crítica do manuscrito: Pinto AC, Barros S, Floriano LSM; Aprovação da versão final a ser publicada: Pinto AC, Barros S, Floriano LSM, França TE, Camarini ALI, Silva LM.

REFERÊNCIAS

1. Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO). Policy Guidelines for Mobile Learning. Paris: UNESCO; 2018 [cited 2018 Mar 27]. Available from: <http://unesdoc.unesco.org/images/0021/002196/219641E.pdf>.
2. Meneghetti FK. Pensamento Crítico e Teoria das Organizações. Maringá (PR): Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração; 2004 [citado 2020 Abr 4]. Disponível em: <http://www.anpad.org.br/admin/pdf/enanpad2004-teo-2806.pdf>
3. Oliveira C, Moura SP, Sousa ER. TIC'S na Educação: a utilização das tecnologias da informação e comunicação na aprendizagem do aluno. *Pedagog Ação*. 2015;7(1):75-95.
4. Fernandes SM, Henn LG, Kirst LB. O ensino a distância no Brasil: alguns apontamentos Distance learning in Brazil: some notes *Aprendizaje a distancia en Brasil: algunas notas*. *Res Soc Dev*. 2020;9(1):e21911551.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.117, de 6 de Dezembro de 2019. Dispõe sobre a oferta de carga horária na modalidade de Ensino a Distância - EaD em cursos de graduação presenciais ofertados por Instituições de Educação Superior - IES pertencentes ao Sistema Federal de Ensino. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2019 [citado 2020 Abr 4]. Disponível em: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.117-de-6-de-dezembro-de-2019-232670913>.
6. Humerez DC, Silva MC, Ohl RI, Jankevicius JV, Dias OV, Borges RF. Normativas regulatórias dos cursos de enfermagem a distância: ações e reações do conselho federal de enfermagem. *Enferm Foco*. 2019;10(2):142-8.
7. Brasil. Ministério da Educação. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. Censo da educação Superior. Brasília (DF): Ministério da Educação; 2019 [citado 2020 Abr 4]. Disponível em: <https://www.gov.br/inep/pt-br/areas-de-atuacao/pesquisas-estatisticas-e-indicadores/censo-da-educacao-superior>
8. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto nº 9.235, de 15 de Dezembro de 2017. Dispõe sobre o exercício das funções de regulação, supervisão e avaliação das instituições de educação superior e dos cursos superiores de graduação e de pós-graduação no sistema federal de ensino. Brasília (DF): Presidência da República; 2017 [citado 2020 Abr 4]. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=78741-d9235-pdf&category_slug=dezembro-2017-pdf&Itemid=30192
9. R Core Team. R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing. Vienna: Austria; 2018.
10. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Decreto nº 9.057, de 25 de maio de 2017. Regulamenta o art. 80 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília (DF): Presidência da República; 2017 [citado 2020 Abr 4]. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/KujjrW0TZC2Mb/content/id/20238603/do1-2017-05-26-decreto-n-9-057-de-25-de-maio-de-2017-20238503
11. Brasil. Câmara dos Deputados. Palácio do Congresso Nacional. Praça dos Três Poderes. Decreto nº 5.622, de 19 de dezembro de 2005. Regulamenta o art. 80 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília (DF): Câmara dos Deputados; 2005 [citado 2020 Abr 4]. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2005/decreto-5622-19-dezembro-2005-539654-publicacaooriginal-39018-pe.html>
12. Santini FD, Ladeira WJ, Araújo CF, Finkler EN. A relação entre percepção de valor e retenção: uma análise comparativa entre faculdades e universidades particulares. *Rev Gest*. 2016;22(3):417-33.

13. Brasil. Ministério da Economia. Banco Central do Brasil. A Economia Brasileira: Boletim do Banco Central do Brasil – Relatório Anual 2012. Brasília (DF): Ministério da Economia; 2012 [citado 2019 Dez 5]. Disponível em: <https://www.bcb.gov.br/pec/boletim/banual2012/rel2012cap1p.pdf>

14. Verissimo MP. Perfil exportador e crescimento econômico dos Estados da região Sudeste Brasileira. *Rev Econ Nordeste*. 2016;47(1):65-80.

15. Medeiros KR, Machado HD, Albuquerque PC, Gurgel Junior GD. O Sistema de Informação em Saúde como instrumento da política de recursos humanos: um mecanismo importante na detecção das necessidades da força de trabalho para o SUS. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005;10(2):433-40.

16. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). PESQUISA inédita traça perfil da enfermagem. Brasília (DF): COFEN; 2015 [citado 2019 Dez 5]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/pesquisa-inedita-traca-perfil-da-enfermagem_31258.html

17. Crivaro ET, Almeida IS, Souza IE. O cuidar humano: articulando a produção acadêmica de enfermagem ao cuidado e ao cuidador. *Rev Enferm UERJ*. 2007;15(2):248-54.

18. Goudouris ES, Giannella TR, Struchiner M. Tecnologias de Informação e Comunicação e Ensino Semipresencial na Educação Médica. *Rev Bras Educ Med*. 2013;37(3):396-407.

O ENGAJAMENTO POLÍTICO E O *FEEDBACK* SOCIAL COMO ESTRATÉGIAS DE VALORIZAÇÃO PROFISSIONAL DA ENFERMAGEM

POLITICAL ENGAGEMENT AND SOCIAL FEEDBACK AS STRATEGIES FOR PROFESSIONAL VALORIZATION OF NURSING
EL COMPROMISO POLÍTICO Y LA RETROALIMENTACIÓN SOCIAL COMO ESTRATEGIAS PARA LA VALORIZACIÓN PROFESIONAL DE LA ENFERMEIRA

Yan Lucas Martins Silva¹ (<https://orcid.org/0000-0002-1275-7284>)

Ana Laura Silveira Lima¹ (<https://orcid.org/0000-0002-7667-0700>)

Tayna Gonçalves Barbosa¹ (<https://orcid.org/0000-0003-1189-8891>)

Orlene Veloso Dias¹ (<https://orcid.org/0000-0002-9017-7875>)

Henrique Andrade Barbosa¹ (<https://orcid.org/0000-0001-8650-8064>)

Cristina Andrade Sampaio¹ (<https://orcid.org/0000-0002-9067-4425>)

Descritores

Enfermagem; Valorização social;
Engajamento e comprometimento;
Interacionismo simbólico

Descriptors

Nursing; Social desirability;
Work engagement; Symbolic
interactionism

Descriptores

Enfermería; Deseabilidad
social; Compromiso laboral;
Interaccionismo simbólico

Submetido

17 de Março de 2021

Aceito

21 de Julho de 2021

Conflitos de interesse:

nada a declarar.

Autor correspondente

Yan Lucas Martins Silva

E-mail: yan.lucas40@yahoo.com.br

RESUMO

Objetivo: Compreender os significados que cercam o tema "valorização profissional" e suas implicações no agir e pensar dos sujeitos envolvidos.

Métodos: Trata-se de um estudo exploratório de abordagem qualitativa ancorado na teoria do Interacionismo Simbólico de Blumer e nos postulados da Análise do Conteúdo de Bardin. A coleta de dados ocorreu mediante entrevistas semiestruturadas, com profissionais e estudantes das várias áreas de atuação da enfermagem, cuja pergunta central foi "O que é valorização profissional para você?". Os diálogos foram gravados e posteriormente transcritos, analisados e categorizados, foi utilizado o *software* Atlas.ti.

Resultados: A partir do conteúdo das falas, pôde-se agrupá-las em categorias, a saber: engajamento político, *feedback* social, investimento de recursos, relação interpessoal e realização profissional. Todas essas categorias foram elencadas devido à relação direta, segundo os entrevistados, com o tema valorização profissional considerando que se evidenciou esses fatores para se instigar o sentimento do sentir-se valorizado.

Conclusão: Em consonância com a teoria empregada pôde-se ratificar a interferência das experiências e desafios profissionais nas concepções e juízos acerca do mote central deste estudo. Ademais, evidenciou-se o enfoque concedido ao engajamento político e ao *feedback* social como formas eficazes de se alcançar a valorização.

ABSTRACT

Objective: To understand the meanings surrounding the theme "professional valorization" and its implications for the actions and thinking of the subjects involved.

Methods: This is an exploratory study with a qualitative approach anchored, mainly, in the theory of Symbolic Interactionism by Blumer and in the postulates of Bardin's Content Analysis. Data collection took place through semi-structured interviews, with professionals and students from the various areas of nursing practice, whose central question was "What is professional valorization for you?". The dialogues were recorded and later transcribed, analyzed and categorized using the Atlas.ti software.

Results: Based on the statements, it was possible to group them into categories, namely: political engagement, social feedback, investment of resources, interpersonal relationships and professional achievement. All of these categories were listed due to the direct relationship with the theme of professional valorization since the great importance of these factors was evidenced to instigate the feeling of feeling valued.

Conclusion: According to the theories discussed, it was possible to ratify the interference of professional experiences and challenges in the conceptions and judgments about the central motto of this study. Moreover, the focus on political engagement and social feedback was shown to be effective ways of achieving appreciation.

RESUMEN

Objetivo: Comprender los significados que rodean el tema "valorización profesional" y sus implicaciones para las acciones y el pensamiento de los sujetos involucrados.

Métodos: Se trata de un estudio exploratorio con enfoque cualitativo anclado, principalmente, en la teoría del Interacionismo Simbólico de Blumer y en los postulados del Análisis de Contenido de Bardin. La recolección de datos se realizó a través de entrevistas semiestructuradas, con profesionales y estudiantes de las distintas áreas de la práctica de enfermería, cuya pregunta central fue "¿Qué es para ti la valorización profesional?". Los diálogos fueron grabados y sistematizado utilizando el software Atlas.ti.

Resultados: Fue posible agrupar el contenido en categorías, a saber: compromiso político, retroalimentación social, inversión de recursos, relaciones interpersonales y logros profesionales. Todas estas categorías fueron enumeradas debido a la relación directa, con el tema de la valoración profesional desde que se hizo evidente su importancia para instigar el sentimiento de apreciación.

Conclusión: En línea con las teorías, se logró ratificar la interferencia de experiencias y desafíos profesionales en las concepciones y juicios sobre el lema central de este estudio. Además, se demostró que el enfoque en el compromiso político y la retroalimentación social son formas efectivas de lograr el reconocimiento.

¹Universidade Estadual de Montes Claros, Montes Claros, MG, Brasil.

Como citar:

Silva YL, Lima AL, Barbosa TG, Dias OV, Barbosa HA, Sampaio CA. O engajamento político e o feedback social como estratégias de valorização profissional da enfermagem. *Enferm Foco*. 2021;12(6):1070-6.

DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n6.4714>

INTRODUÇÃO

A enfermagem concentra hoje mais da metade do contingente de trabalhadores da área da saúde.⁽¹⁾ Todavia, a valorização desses trabalhadores ainda não pode ser considerada proporcional a esse vultoso número. Isto decorre, em parte, do histórico vínculo da mulher à enfermagem, o que se traduz em desvalorização e invisibilidade social.⁽²⁾

Vale reiterar que esse papel, desde há muito assentado, de subserviência e desvalorização moral-profissional, está a ser posto em cheque, principalmente no momento de crise sanitária pandêmica pelo qual se passa.^(2,3) Assim, esse cenário, aos poucos, está mudando, principalmente pela notoriedade granjeada pelo esforço da enfermagem na situação de grave calamidade hoje vivenciada.⁽⁴⁾ Dessa forma, várias propostas de valorização profissional têm sido aventadas por diferentes meios e em distintas aplicações.

Destaca-se, nesse ponto, a função desempenhada pelas mídias sociais como forma de reconhecer as potencialidades e de expor as necessidades que precisam ser atendidas, para proporcionar maior dignidade ao exercício da enfermagem.⁽⁵⁾ A campanha *Nursing Now*, por exemplo, serve bem a esse propósito, pois cria uma relação identitária e de valorização dos profissionais que diariamente se esforçam grandemente para prestar um trabalho digno àqueles que dele necessitem.⁽⁶⁾

No entanto, permanecem ainda tais ou quais manifestações aviltantes para contra as categorias de enfermagem, materializadas não só em baixos salários, mas também em desmerecimento da lida empreendida nas extenuantes rotinas. Além disso, todos esses fatores trazem consigo sérios agravos tanto físicos, quanto psíquicos aos profissionais; além de contribuírem para certo desvalor do importante fazer da enfermagem.⁽⁴⁾ Para tanto, estratégias que visem à sua valorização perfazem alguns caminhos ainda pouco trilhados, os quais têm por fim último o almejado reconhecimento que é propriamente devido a esses agentes do cuidar.

Em suma, este trabalho busca compreender os significados que permeiam a valorização profissional da enfermagem de modo que, tanto as experiências, quanto as interações sociais individuais, possam ser evidenciadas e discutidas. Outro aspecto que dá relevância a esse estudo é o fato de haver poucas abordagens sobre esse tema em sentido lato.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa em que se pretende interpretar os significados conferidos pelos indivíduos sobre o conceito de valorização profissional

e descrever quais as suas singularidades e perspectivas. Assim, a pesquisa qualitativa de cunho exploratório-descriptivo surge como ferramenta profícua para tal.⁽⁷⁾

A pesquisa foi desenvolvida entre os meses de julho e outubro de 2019 e teve como cenário alguns espaços de atuação de profissionais e estudantes de enfermagem da Universidade Estadual de Montes Claros, localizada no município de Montes Claros, Minas- Gerais, Brasil.

Os sujeitos da pesquisa foram estudantes e profissionais das categorias de enfermagem, a saber: auxiliares, técnicos e enfermeiros. Todos foram selecionados a partir da adequação ao critério de estarem a atuar na área, ou se já houvessem atuado. Cabe elencar também que o número de participantes do estudo foi de dez entrevistados. Ao todo, entrevistaram-se quatro enfermeiros, quatro técnicos de enfermagem e dois estudantes, a saber: um aluno de nível técnico e o outro acadêmico de nível superior.

A coleta de dados se deu por meio de entrevistas individuais e semiestruturadas, de modo que o entrevistado pudesse espontaneamente contribuir com seus raciocínios sobre o tema proposto.⁽⁷⁾ Os encontros ocorreram em ambientes apropriados com presença de um ou dois entrevistadores e tempo médio de sete minutos.

Ademais, como questão sumária, foi proposta a seguinte indagação: “O que você entende por valorização e sua aplicação na enfermagem?” A partir dela, progressivamente surgiram outras, como: “Você acha importante o engajamento para a enfermagem?” e “Como você vê o retorno que a sociedade dá ao seu trabalho?” Todas essas interações foram de fundamental importância para que o diálogo fosse norteado no sentido de se buscarem as percepções individuais no ato de resposta.

Devido ao teor subjetivo presente nas concepções carregadas por cada um no que tange à temática, o interacionismo simbólico foi eleito como referencial teórico, haja vista a possibilidade de se melhor compreender os aspectos individuais subjacentes nas falas dos entrevistados e sua relação com o agir, pensar e sentir de cada participante do trabalho.⁽⁸⁾ Ademais, utilizou-se a análise de conteúdo de Bardin, que sugere a organização do material para análise da seguinte maneira: pré-análise (sistematização das ideias), exploração do material (leitura flutuante do *corpus*) e tratamento dos resultados (categorização e inferências).^(9,10)

Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas tão logo se realizaram. Após isso, as falas foram categorizadas por meio do *software* de análises ATLAS. Ti® para que se possibilitasse uma sistematização eficaz do *corpus*.⁽¹¹⁾

Este trabalho foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros- MG

sob CAAE nº 16518719.6.0000.5146 e recebeu parecer substanciado de deferimento. Outrossim, todos os participantes da pesquisa assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o qual teve seu conteúdo previamente discutido, além de se ter ressaltado o comprometimento quanto à preservação dos dados coletados. Nesse sentido, com a finalidade de assegurar o sigilo, cada indivíduo será representado por acrônimos e a respectiva numeração arábica seguindo a ordem em que se fizeram as entrevistas, eil-os: ET (estudante de curso técnico); EG (estudante de graduação); ENF (enfermeiro); TCE (técnico de enfermagem).

RESULTADOS

Com relação ao perfil socioprofissional dos 10 participantes, cabe destacar que: todos eram do sexo feminino e as idades dos indivíduos estão contidas no intervalo de 18 a 50 anos. Notou-se também que a maioria dos entrevistados pertence às categorias de enfermeiras e de técnicas em enfermagem. Estes dados, em consonância com a teoria do interacionismo simbólico, tomam relevância na medida em que esses aspectos foram preponderantes para modular as análises individuais sobre o tema abordado nas entrevistas. Ao se levar em conta a análise do conteúdo das falas, e, à luz do interacionismo simbólico, foram encontradas três principais categorias discursivas (Figura 1).

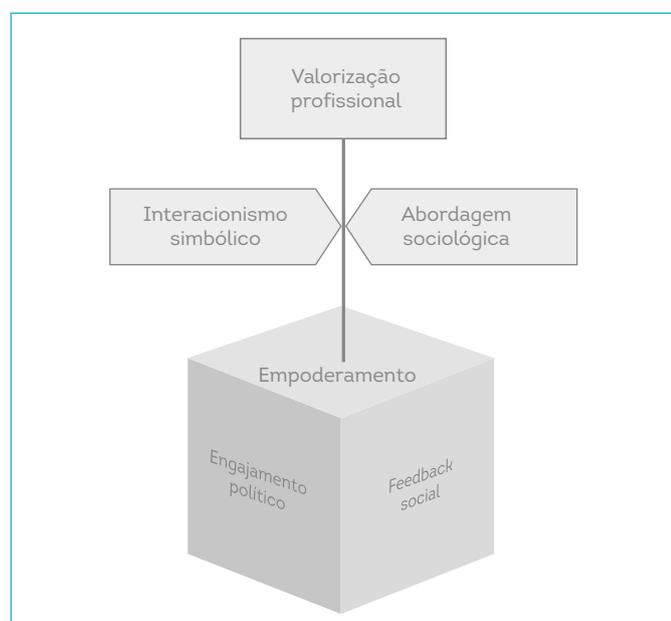


Figura 1. Categorias conceituais referentes à valorização profissional e influência de aspectos sociológicos em sua análise

ABORDAGEM SOCIOLÓGICA E INTERACIONISMO SIMBÓLICO

A partir da leitura da imagem, observa-se que o engajamento político, o empoderamento e o retorno da sociedade ao

trabalho dos profissionais de enfermagem (*feedback social*) constituíram-se como eixos axiais da discussão sobre a valorização profissional. Entretanto, cabe salientar que houve desdobramento dessas categorias em outros assuntos também correlacionados aos temas centrais. Este processo tomou forma a partir do momento em que se levaram em conta os principais determinantes do interacionismo simbólico prezados pela abordagem de Mead e Blumer, os quais nortearam prioritariamente o estudo das estratégias para a valorização profissional da enfermagem (Figura 2).

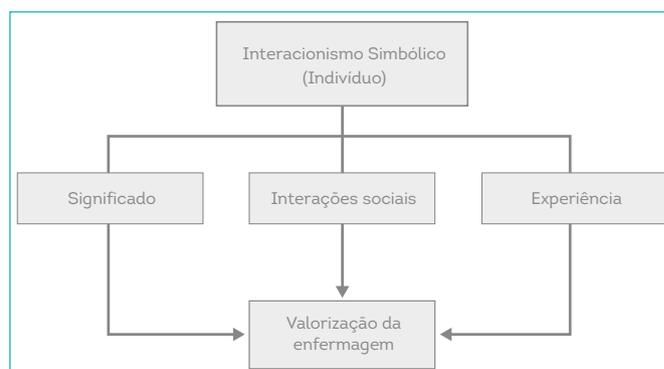


Figura 2. Premissas basilares do interacionismo simbólico para análise das estratégias para a valorização da enfermagem

Sob a óptica da interação social serão analisadas, a seguir, duas das categorias discursivas de maior relevância para a valorização da enfermagem.

ENGAJAMENTO POLÍTICO

Esse tema pôde ser concebido a partir da presença de representantes da categoria no âmbito político, o que ensejaria a coalizão da enfermagem em torno de movimentos sociais visando a se instigarem melhorias trabalhistas, além da devida valorização profissional. Muitos participantes se posicionaram a favor dessa temática endossando o valor inerente à atuação política como uma das formas mais eficazes para os anseios da classe de enfermagem se fazerem ouvidos pela coletividade. As sequências narrativas a seguir reiteram os posicionamentos acerca do mote político:

"[...] Um representante seria bom porque nós já somos tão desvalorizados. Caso houvesse alguém que visse a nossa realidade, seria tudo mais fácil". (TCE4)

"[...] Quando nós vemos um político que defende algumas classes sociais e trabalhistas, vê-se um resultado bacana. Na enfermagem, contudo, eu ainda não vi isso[...]" (ENF5)

"É por meio do envolvimento político que existe a possibilidade de mudança da nossa realidade..." (ENF5)

A importância de um representante político para classe, como forma de expressão de identidade e de reconhecimento da enfermagem, foi um outro contributo à valorização elencado:

“É muito relevante ter um representante nesse meio político para instigar a inserção, a valorização e o reconhecimento da nossa profissão, que infelizmente, até hoje, é um pouco desvalorizada.” (EG10)

Por outro lado, cabe relevar uma perspectiva advéncia proposta por um dos entrevistados, com relação ao engajamento da enfermagem, agora sob o viés social. Essa concepção, traz à baila o papel do profissional como agente transformador da dura realidade vivenciada nos serviços de saúde, engendrando uma visão contributiva para a melhoria da assistência à população e sua progressiva humanização.

“[...] Procuo fazer sempre o melhor. Se isso gera frutos para os clientes que cuida, então, acaba diminuindo a internação de um paciente e isso gira em torno do social. Porque se você diminui o custo para o Estado.” (TCE2)

“[...] [O] social é importante. [...] Quando nós trabalhamos lá fora (na comunidade) aí que se vê, mais ainda, a importância dessa participação junto com a sociedade pra ajudar as pessoas na melhora [...]”. (TCE3)

Ademais, uma parcela significativa dos entrevistados alegava fazer parte de organizações/entidades sociais, que, baseando-se na teoria de interacionismo simbólico, configuram-se como locais profícuos de estreitamento de vínculos interpessoais e sociologicamente influentes na orientação da ação social dos sujeitos:

“[Participo de] projeto de igreja, levo compras... Trabalhamos com o espiritual dos indivíduos levando a palavra e concedendo suporte psicológico e financeiro...” (TCE7)

“Sou voluntária em uma casa que cuida de pacientes oncológicos.” (ENF5)

“[...] Participo de movimentos de igreja... da pastoral de batismo e da pastoral dos dízimos.” (ENF6)

Em suma, é possível que se percebam, nos relatos, a carência de representações políticas no âmbito da enfermagem e o corrente desvalor enfrentados pela categoria. Além disso, há o anseio, por parte dos entrevistados, de

que a enfermagem avance em direção à conquista da inserção política, fato que só será possível com o engajamento e empoderamento dos sujeitos no ambiente político.

FEEDBACK SOCIAL (RETORNO SOCIAL)

O *feedback* social, aqui empregado, pôde ser compreendido sob a óptica da subjetividade residida no retorno dado pela população aos profissionais, que pode assumir duas formas dicotômicas, sendo elas positivas ou negativas. Esta categoria discursiva está intrinsecamente relacionada ao mote de valorização da enfermagem, na medida em que o *feedback* da coletividade ora fortalece, ora contribui para o sentimento de desvalor. Nesse sentido, muitos participantes alegaram ser alvo de *feedbacks* negativos, que se manifestam em declarações ou até mesmo em atitudes infelizes que colegas e pacientes externam para contra os profissionais da enfermagem:

“Você não vai maltratar quem te maltrata. Mas claro que você se sente desconfortável...” (TCE4)

“Eu acho que o pessoal nos dá pouco valor. Há alguns que agradecem muito, outros maltratam...” (TCE4)

“Se o cliente nos trata mal, mesmo que o serviço foi bem executado, há sim um peso emocional.” (TCE4)

A resignação, por vezes, pôde ser evidenciada, em alguns trechos, justamente pela condescendência quanto a uma situação adversa, neste caso, quanto a tácitas demonstrações de desvalorização:

“Penso que o público nos dá pouco valor. Há aqueles que agradecem muito, alguns maltratam. Mas eu acho que é assim mesmo, faz parte...” (TCE4)

“A comunidade, às vezes, não reconhece a diferença entre o profissional enfermeiro para o profissional técnico de enfermagem, por exemplo. Pensam que são todos iguais.” (ENF1)

“Consigo atingir o êxito e a expectativa do cliente. Sinto-me valorizada, embora, às vezes, alguns não valorizem... Mas eu deixo de lado, porque se isso for absorvido, acabará me desmotivando.” (TCE7)

O retorno positivo, por outro lado, perpassa muitos relatos e, adjunta a ele, a valorização tão logo é instigada, considerando que a partir do momento em que a população concebe os profissionais como agentes provedores de saúde em sua singularidade, todo o processo de auxílio à recuperação é ressignificado. Dessa forma, a assistência é melhorada devido à sensação de gratificação pessoal

oriunda do reconhecimento do trabalho empenhado pelas categorias de enfermagem:

“As pessoas depositam essa confiança em nós, então tem que ter compromisso e realizar corretamente o trabalho.” (TCE3)

“Já tive a experiência de trabalhar no PSF (Posto de Saúde da Família) e, assim, o feedback era muito bom. Sempre tive uma boa aceitação e uma resposta boa.” (TCE3)

“Quando nós nos sentimos respeitados e valorizados, sentimo-nos ainda mais valorizados do que antes.” (ENF1)

Sob outro prisma, o empoderamento (ou emancipação) de classe é um fenômeno oriundo do pensamento crítico e autônomo que foi, aqui, intimamente associado à busca pelo conhecimento científico. As seguintes sequências demonstram essa concepção:

“Nós somos pautados na prática do conhecimento. Então, penso que, para haver valorização, é necessária a autoimposição como profissional de enfermagem” (EG10)

“O enfermeiro tem de se posicionar como profissional autônomo e não como um ser apenas submisso...” (TCE10)

“Nossa formação é muito rica, muito diferenciada, e nosso instrumento de trabalho é que precisa ser valorizado e não apenas ficar simplesmente submisso ao que nos mandam fazer.” (EG10)

“...[a desvalorização], às vezes, até inibe alguns profissionais de se doarem mais, justamente pela questão da falta de reconhecimento.” (ENF6)

DISCUSSÃO

O ser humano é, por excelência, um ser político, ou seja, a construção de relações interpessoais é parte intrínseca do desenvolvimento pleno do ser humano em suas faculdades de *zoon logikon*.⁽¹²⁾ Essa convivência notadamente é marcada pela instituição de construtos coletivos os quais podem moldar comportamentos individuais.⁽¹³⁾ Foi, então, a partir desse entendimento, que se tornou possível haurir dos relatos os pontos importantes para que se pudessem elencar algumas estratégias para a valorização da enfermagem nos dias atuais.

As percepções individuais são passíveis de mudanças de acordo com a relação recíproca que o sujeito estabelece

entre si e o meio onde vive.⁽¹⁴⁾ Desse modo, o fato de todos os entrevistados serem mulheres já é significativo para que se tenha, por exemplo, uma percepção distinta sobre os acontecimentos sociais.⁽¹⁵⁾ De igual monta, toma também relevância, para a teoria do interacionismo simbólico, as experiências sociais e profissionais às quais os indivíduos estiveram expostos (Figura 2), pois esses fatores influenciaram, de modo preponderante, nos juízos valorativos que cada um estabeleceu ao responder às indagações propostas.⁽¹²⁻¹⁴⁾

A teoria weberiana da ação social cumpre bem a função de aclarar ainda mais os processos intermediários que residem no ato de pensar, sentir e, máxime, agir de cada indivíduo. Pautada em princípios de subjetividade, esse outro viés sociológico corrobora e complementa a forma de se interpretarem as falas dos sujeitos (Figura 1), pois as concepções individuais são baseadas, por exemplo, nos valores continuamente assimilados por meio de relações interpessoais e experiências vividas.⁽¹⁶⁾

Em muitas passagens discursivas, evidenciou-se, a título de ilustração, a ação social com relação a valores, a qual se pauta no ato, na omissão ou aquiescência, cuja orientação se dá por convicções morais, políticas e/ou religiosas, por exemplo. Dessa forma, percebe-se, então, a interferência das interações sociais na ação individual e, por extensão, na ação coletiva, a qual é regida por significados próprios de cada entrevistada.^(13,16)

Por outro lado, sabe-se que, para o interacionismo simbólico, os significados dos objetos (físicos, sociais ou abstratos) advêm das inter-relações coletivas, isto é, são oriundos da interpretação que o sujeito faz dos símbolos com os quais está em contato na esfera social.⁽¹³⁾ Dito isso, em se tratando de aquisição de uma identidade política, Bellaguarda et al afirmam que a construção desse fenômeno mutável e fluido decorre das experiências adquiridas pelos indivíduos quando em contato com o *self* e com o mundo exterior a si. Ao cabo, essa representação identitária somente se concretiza a partir do instante em que há a inserção social do indivíduo; e isto só será logrado mediante uma percepção crítica e autônoma da realidade na qual se vive.^(13,17,18)

A importância de um representante político para classe como forma de expressão de identidade e reconhecimento da enfermagem é de suma necessidade. Com isso, as lutas sociais desde há muito insolúveis, por condições melhores de exercício da profissão, poderiam ser postas em debate e até solucionadas, além, é claro, de ser possível a construção de relações simbólicas de representatividade com a figura política em questão.^(14,19,20)

Ainda sob esse viés, entende-se que a dificuldade maior para a adesão ao engajamento seja a não compreensão

completa deste ato. Segundo o filósofo Jean Paul Sartre, engajar-se é ter a consciência da responsabilidade humana por todo e qualquer ato (palavra) e mesmo pelo não ato (silêncio), e não necessariamente filiar-se a partidos políticos ou sociais, mas, sim, conhecer e saber identificar as ações exercidas por tais em prol da profissão.⁽¹⁸⁾

Com relação às interações interpessoais, a teoria weberiana das relações sociais apregoa que estas se pautam em critérios de reciprocidade quando a ação ocorre. Para tanto, ao se agir de uma forma, espera-se uma reação já predeterminada pelo receptor; caso essa proposição de causa e efeito não ocorra, uma relação antes harmônica pode se transfigurar em desarmonia.⁽¹⁶⁾ De modo análogo ocorre com os *feedbacks* negativos recebidos pelos profissionais de enfermagem em resposta ao seu trabalho, pois eles sempre se encontram em um processo contínuo de construção de novas relações sociais e essa quebra de expectativa, mesmo que deixada de lado, é, por vezes, desestimulante para muitos.

O empoderamento (ou emancipação) de classe foi, sob outra óptica, um fenômeno percebido nas falas. Este sentimento, por sua vez, foi nutrido pelos retornos positivos e se constituiu como uma solução contra a desvalorização manifestada ora de forma mais evidente, ora de modo velado. Logo, é considerada uma estratégia para que se alcance a valorização, uma vez que sua magnificência reside no fato de os indivíduos tomarem consciência de sua posição autônoma e rejeitarem a subserviência imposta pelas relações de poder desiguais. A partir disso, mobilizam-se esforços para as desnudar e contestá-las, com vistas à equidade plenária de relações interindividuais.⁽²¹⁾ Isto pode ser visto quando o indivíduo se apropria do conhecimento e se torna cômico de seu papel como profissional e não se deixa abater por críticas destrutivas.⁽²¹⁾

Nesse ponto, Blumer, ao interpretar os escritos de seu mestre Mead, concebe o *self*, isto é, o indivíduo como o agente e o sujeito paciente de suas próprias ações.⁽¹³⁾ Dessa forma, a autoaceitação e o autorreconhecimento são os primeiros passos para que se chegue à valorização coletiva, considerando que esse processo se inicia no próprio ser e, quando há a socialização, ele pode, eventualmente, estender-se a outros indivíduos e também motivá-los a romper com o *status quo* de desigualdade vigente.⁽²¹⁾ Sem isso, torna-se até um martírio, para os profissionais, exercer suas funções em um ambiente onde não há devido reconhecimento da singularidade e relevância de seu trabalho.

Por fim, sabe-se que a sociedade contemporânea é marcada pela massificação promovida pela mídia e pela indústria cultural que exercem proeminentes funções de entretenimento e diversão. Com efeito, esse cenário

característico é imbuído de tendências, as quais tacitamente modulam os comportamentos individuais de uma forma ou de outra. Então, violência simbólica, discutida pelo sociólogo Pierre Bourdieu, traz à luz a dominação a que muitos cidadãos estão sujeitos, posto que nas entrelinhas do discurso, das artes e da cultura.⁽²²⁾ A enfermagem, por sua vez, sofre, como tantas outras profissões, tal ou qual parte da violência simbólica e as constantes manifestações desvalorizativas são provas disso.⁽¹⁷⁾

Perante o assunto tratado, é possível que se perceba o caráter multifacetado do qual a valorização profissional é dotada. A carência de representações políticas, no âmbito da enfermagem, e o corrente desvalor enfrentados pelos profissionais, constituem-se entraves para que a emancipação social e individual seja alcançada. Assim, todos esses fatores negativos concorrem para a ampliação de condições sociais e profissionais díspares, já existentes, em se tratando da enfermagem.

As limitações deste estudo estão relacionadas à impossibilidade de se tratar de todos os aspectos referentes à valorização profissional, neste trabalho, e ao número limitado de entrevistados que se dispuseram a participar da pesquisa. Outrossim, ressalta-se também os *novos desafios* impostos pela pandemia do novo Coronavírus como agente impactante de concepções as quais não puderam ser abordadas neste trabalho.

Trazer à tona o tema “valorização profissional da enfermagem” constitui-se como uma importante contribuição para a prática social e individual de todos os sujeitos envolvidos direta ou indiretamente com as categorias de enfermagem, notadamente diante do cenário pandêmico atual. Além disso, é outro contributo deste estudo o desempenho deste como fonte de emancipação para todos os profissionais e estudantes de enfermagem principalmente no Brasil.

CONCLUSÃO

Diante do exposto, foi possível perceber as redes de interação social, com enfoque na valorização da enfermagem, e as causas pelas quais o indivíduo se orienta com base em sua interpretação dos símbolos que lhes são expostos. Sob uma perspectiva filosófico-sociológica, pôde-se observar a necessidade de um maior reconhecimento profissional, especialmente pelo fato de esses profissionais se dedicarem com afinco para exercerem seu ofício de vanguarda da assistência à saúde. Em muitas passagens, é posta em discussão a corrente desvalorização materializada de várias formas e sua relação com as percepções individuais acerca desse fenômeno. Portanto, compreende-se, que a resolatividade do processo em busca da valorização depende da

participação efetiva dos profissionais e da coesão da categoria no estabelecimento de metas, bem como de ações para o seu alcance, o que ratifica a importância tanto do engajamento, quanto do *feedback* social como componentes decisivos para se instigar essa motivação na busca por mudanças de paradigmas sociais.

Agradecimentos

Ao Programa de Iniciação Científica Voluntária da Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES), por

propiciar o contato e interface da academia com a comunidade, por meio desta pesquisa.

Contribuições

Concepção e desenho do estudo: Barbosa TG, Dias OV; Coleta, análise e interpretação dos dados: Silva YLM, Lima ALS, Barbosa TG; Redação e/ou revisão crítica do manuscrito: Barbosa TG, Dias OV, Barbosa HA, Sampaio CA; Aprovação da versão final a ser publicada: Barbosa TG, Dias OV, Silva YLM, Lima ALS, Barbosa HA, Sampaio CA.

REFERÊNCIAS

1. Machado MH, Oliveira E, Lemos W, Lacerda WF, Aguiar Filho W, Wermelinger M, et al. Mercado de trabalho da enfermagem: aspectos gerais. *Enferm Foco*. 2016;6(Esp):35-53.
2. Gugel SC, Duarte CS, Lima AP. Valuing brazilian nursing: analyzing historical and gender aspects. *Nursing*. 2020;23(264):3934-3937.
3. Bussinguer E. Enfermeiros: de desvalorizados a protagonistas da luta contra o coronavírus. *A Gazeta*. Vitória (ES): Conselho Regional de Enfermagem-ES; 2020 [citado 2020 Jul 31]. Disponível em: http://www.coren-es.org.br/enfermeiros-de-desvalorizados-a-protagonistas-da-luta-contra-o-coronavirus-leia-artigo_21694.html
4. Oliveira AC. Desafios da enfermagem frente ao enfrentamento da pandemia da Covid19. *Rev Min Enferm*. 2020;24:e-1302.
5. Miranda FM, Santana LL, Pizzolato AC, Saquis LM. Condições de trabalho e o impacto na saúde dos profissionais de enfermagem frente a Covid-19. *Cogitare Enferm*. 2020;25:e72702.
6. World Health Organization (WHO). What is World Health Day About?. Geneva: WHO; 2020 [cited 2020 Jul 21]. Available from: <https://www.who.int/news-room/campaigns/world-health-day/world-health-day-2020>
7. Triviños AN. Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais. São Paulo: Atlas; 1987.
8. Mendes PH, Barbosa HA, Rodrigues Neto JF, Leite MT, Sampaio CA. Significado das sequelas faciais estéticas para indivíduos submetidos à cirurgia para tratamento de câncer de cabeça e pescoço. *Unimontes Cient*. 2020;19(1):142-52.
9. Leite RF. A perspectiva da análise de conteúdo na pesquisa qualitativa: algumas considerações. *Rev Pesqui Qual*. 2017;5(9):539-51.
10. Bardin L. Análise de conteúdo. 4a ed. Lisboa: Edições 70; 2011.
11. Vosgerau DS. Associação entre técnica de análise de conteúdo e os ciclos de codificação: possibilidades a partir do software atlas.ti. *Rev Iber Sist Tecnol Inf*. 2016;19:93-106.
12. Meier C. Filosofia: por uma inteligência da complexidade. 1a ed. Belo Horizonte: PAX; 2010.
13. Lopes CH, Jorge MS. Interacionismo simbólico e a possibilidade para o cuidar interativo em enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*. 2005;39(1):103-8.
14. Crossetti MG, Góes MG, Giordani C, Potzik B. Investigação na Enfermagem: o interacionismo simbólico na teoria fundamentada em dados construindo evidências qualitativas na prática clínica. In: Congresso Ibero-Americano de Investigação Qualitativa; Lisboa, Portugal. *Ata Investig Qual Saúde*. 2019;2:1403-7
15. Sanclemente-Vinue I, Elboj-Saso C, Iñiguez-Berrozpe T. The voice of nurses as a means to promote job engagement. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2019;27:e320816.
16. Quintaneiro T. Um toque de clássicos: Marx, Durkheim e Weber. 2a ed. Belo Horizonte: UFMG; 2003.
17. Bellaguarda ML, Silveira LR, Mesquita MP, Ramos FR. Identidade da profissional enfermeira caracterizada numa revisão integrativa. *Enferm Foco*. 2011;2(3):180-3.
18. Abrahão TH. Liberdade e engajamento na teoria literária de J.-P. Sartre. *Anais do SILEL*. 2013;3(1):1-6.
19. Almeida DB, Silva GTR, Queiros PJ, Freitas GF, Almeida IF, Lúcia Esther Duque Moliterno: conhecendo a história de vida de uma militante da enfermagem. *Rev Enferm UERJ*. 2017;25:e13345.
20. Santos JF, Santos RM, Costa LM, Almeida LM, Macêdo AC, Santos TC. The importance of civilian nursing organizations: integrative literature review. *Rev Bras Enferm*. 2016;69(3):572-80.
21. Kleba ME, Wendausen A. Empowerment: strengthening process of subjects in spaces of social participation and political democratization. *Saúde Soc*. 2009;18(4):733-43.
22. Oliva OP (org.). *Ensaaios críticos de Formação*. Montes Claros: Unimontes; 2014.

CUIDADOS REALIZADOS PELO ENFERMEIRO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE AO IDOSO NO ESPAÇO DOMICILIAR

CARE PERFORMED BY NURSES OF PRIMARY HEALTH CARE FOR ELDERLY PEOPLE IN THE RESIDENCE SPACE

CUIDADOS DEL ENFERMERO DE ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD DEL ANCIANO EN EL DOMICILIO

Natália Carvalho Barbosa de Sousa¹

(<http://orcid.org/0000-0001-8238-2409>)

Paulo Sérgio da Silva¹

(<http://orcid.org/0000-0003-2746-2531>)

Descritores

Atenção Primária à Saúde; Enfermagem em saúde pública; Saúde do idoso; Enfermagem domiciliar; Cuidados de enfermagem

Descriptors

Primary Health Care; Public health nursing; Health of the elderly; Home health nursing; Nursing care

Descriptores

Atención Primaria de Salud; Enfermería en salud pública; Salud del anciano; Cuidados de Enfermería en el hogar; Atención de enfermería

Submetido

25 de Março de 2021

Aceito

24 de Maio de 2021

Conflitos de interesse:

nada a declarar.

Autor correspondente

Natália Carvalho Barbosa de Sousa
E-mail: nataliacarvalho.profissional@gmail.com

RESUMO

Objetivo: Descrever os cuidados realizados pelo enfermeiro da Atenção Primária à Saúde à pessoa idosa no espaço domiciliar.

Métodos: Estudo qualitativo realizado com onze enfermeiros de Unidades Básicas de Saúde do município de Boa Vista, Roraima. A estratégia adotada para coleta dos dados foi uma entrevista semiestruturada via Plataforma Zoom. Os achados foram analisados e organizados em categorias.

Resultados: As unidades de registros foram decodificadas em duas dimensões: avaliação domiciliar de enfermagem indutora de orientações preventivas de acidentes domésticos em idosos e ações de cuidar realizadas pelo enfermeiro ao corpo do idoso no domicílio.

Conclusão: Foram produzidas orientações preventivas sobre limpeza domiciliar, disposição de objetos e pessoas no interior do lar com vistas a reduzir quedas. As ações de cuidar de cunho procedimental envolveram verificação de parâmetros vitais, orientação quanto ao uso de medicamentos, cuidado com a pele, higiene pessoal, realização de curativos, passagem e troca de sondas em idosos domiciliados.

ABSTRACT

Objective: To describe the caring realized by the nurse of the primary health care to the elderly in a residential space.

Methods: Qualitative study fulfilled with eleven nurses of Boa Vista's primary health units. The adopted strategy for data collection was a semi-structured interview using the Zoom Platform. The data collected was analyzed and it was organized into categories.

Results: The register units were decoded in two dimensions: domestic nursery evaluation inducing preventive orientation of accidents on elderly and care actions by the nurse on the elderly's body at his residence.

Conclusion: In this article were produced preventive orientations about domestic cleaning, the arrangement of objects and people inside the house aiming the decreasing of falls. The caretaking procedures involved the verification of vital parameters, medication orientation, skincare, personal hygiene, bandage realization, passing and changing catheter on domestic situations elderly.

RESUMEN

Objetivo: Describir los cuidados realizados por el enfermero de la Atención Primaria de la Salud a la persona anciana en el espacio domiciliar.

Métodos: Estudio cualitativo realizado con once enfermeros de unidades básicas de salud del municipio de Boa Vista, Roraima. La estrategia adoptada para la recopilación de datos fue una entrevista semiestruturada a través de Zoom Platform. Los hallazgos fueron analizados y organizados en categorías.

Resultados: Las unidades de registros fueron decodificadas en dos dimensiones: evaluación domiciliar de enfermería inductora de orientaciones preventivas de accidentes domésticos en ancianos y acciones de cuidado realizadas por el enfermero al cuerpo del anciano en el domicilio.

Conclusión: Fueron producidas orientaciones preventivas sobre limpieza domiciliar, disposición de objetos y personas en el interior del domicilio con vistas a reducir caídas. Las acciones de cuidado de cunho procedimental implicaron verificación de parámetros vitales, orientación en cuanto al uso de medicamentos, cuidado con la piel, higiene personal, realización de vendajes, inserción y cambio de sondas en ancianos domiciliados.

¹Universidade Federal de Roraima, Boa Vista, RR, Brasil.

Como citar:

Sousa NC, Silva OS. Cuidados realizados pelo enfermeiro da atenção primária à saúde ao idoso no espaço domiciliar. *Enferm Foco*. 2021;12(6):1077-83.

DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n6.4704>

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é o primeiro nível de atenção em saúde e se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde. Como maior expressão de seus serviços têm-se as Unidades Básicas de Saúde (UBS) que são os estabelecimentos de saúde, na qual a Estratégia Saúde da Família (ESF) tem como principal objetivo a aproximação dos serviços de saúde junto à família e à comunidade.⁽¹⁾

A Estratégia Saúde da Família, por meio de uma equipe multiprofissional, permite uma maior proximidade com as pessoas domiciliadas. Nesta equipe multiprofissional da Atenção Primária à Saúde, coloca-se em relevo o serviço de enfermagem onde, no centro dos cuidados, encontra-se o enfermeiro responsável por executar ações assistenciais, gerenciais, educativas e de controle social.⁽²⁾

Dentre as inúmeras atividades assistenciais realizadas pelo enfermeiro da Unidades Básicas de Saúde ao idoso destacam-se a consulta de enfermagem e a visita domiciliar.^(3,4) A consulta de enfermagem permite ao enfermeiro coletar informações pertinentes sobre a condição de saúde-doença da pessoa idosa, realizar avaliações geriátricas, determinar os diagnósticos de enfermagem e, por fim, elaborar um plano de cuidados para cada situação que, fundamentalmente, pode ser acompanhado em períodos regulares no domicílio.⁽⁵⁾

As visitas domiciliares possibilitam o enfermeiro compreender a residência do idoso como lugar das vivências, experiências de vida, hábitos, modos de viver, singularidades e subjetividades, que precisam ser consideradas no planejamento de intervenções.⁽⁶⁾

Nesse contexto, as visitas domiciliares podem servir também para proporcionar um cuidado integral à saúde do idoso. Nesse sentido, cabe sublinhar que o crescente deslocamento para produção de cuidado no espaço domiciliar do idoso é justificado pela maior ocorrência de doenças crônicas e, conseqüentemente, fragilidade, diminuição da mobilidade e a alta demanda de atendimento hospitalar e de outros serviços de saúde.⁽⁷⁾

Especificamente, as ações de cuidar realizadas por enfermeiros da Atenção Primária à Saúde no domicílio apresentam-se como um modo em expansão da assistência à saúde pública brasileira, que busca enfrentar os desafios associados ao processo de envelhecimento da população, proporcionando a redução da hospitalização, aperfeiçoando a utilização dos recursos e potencializando a prevenção e promoção de saúde.⁽⁸⁾

Com essas dimensões contextuais, os conhecimentos presentes nesta investigação são orientados pelo seguinte objetivo: descrever os cuidados realizados pelo enfermeiro da Atenção Primária à Saúde à pessoa idosa no espaço domiciliar.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo de natureza iminentemente qualitativa,^(9,10) realizado em Boa Vista, capital do estado de Roraima, localizada na Amazônia Legal. Boa Vista é uma cidade em pleno desenvolvimento e que possui um dos melhores índices de desenvolvimento humano entre o Norte e Nordeste do país. O local escolhido para realização do estudo foi a Rede de Atenção Primária em Saúde (RAPS) do município de Boa Vista. Essa rede divide-se em 08 macroáreas e contam com 34 Unidades Básicas de Saúde em pleno funcionamento, com serviços realizados em período diurno, sendo que quatro delas possuem horário estendido até meia-noite.

O grupo social envolvido nesta pesquisa foi composto por 11 enfermeiros, atuantes na Estratégia Saúde da Família do município de Boa Vista- RR, selecionados por conveniência. A seleção destes participantes obedeceu aos seguintes critérios de inclusão: enfermeiros atuantes na Atenção Primária há pelo menos seis meses e com experiência em cuidado à pessoa idosa. Foram excluídos do estudo os enfermeiros que nunca atuaram no cuidado à pessoa idosa no espaço domiciliar e enfermeiros afastados das atividades laborais por motivo de saúde incapacitante no ato da produção dos dados.

Todos os procedimentos de coleta de dados foram realizados de forma remota devido ao cenário atual de pandemia determinado pela COVID-19. Os participantes foram convidados mediante ligações telefônicas e mensagens via aplicativo WhatsApp para participar da pesquisa, informados quanto aos seus objetivos e procedimentos metodológicos de coleta de dados.

Após o aceite, foi agendado uma data e horário conforme a disponibilidade dos enfermeiros convidados. Os participantes foram comunicados sobre a Plataforma Zoom como de escolha para realização da coleta dos dados, bem como a necessidade de manter as câmeras desligadas, para acesso único e exclusivo do arquivo de voz.

A coleta de dados foi realizada no período de junho e agosto de 2020 com 11 enfermeiros da Estratégia Saúde da Família de Unidades Básicas de Saúde situadas na cidade de Boa Vista, por meio da técnica de entrevista semiestruturada. O roteiro de entrevista semiestruturada foi composto por elementos sociodemográficos e questões sobre os

cuidados realizados pelo enfermeiro ao idoso no domicílio. Os áudios gravados foram salvos em formato *MP3 player* para posterior transcrição e análise.

As informações produzidas foram transcritas e analisadas seguindo o referencial analítico de conteúdo disposto em Bardin.⁽¹¹⁾ As unidades de registros advindas do processo analítico foram organizadas na categoria intitulada, "Cuidados realizados por enfermeiros da atenção primária à saúde ao idoso domiciliado". Esta categoria foi composta por duas unidades de decodificação, a saber: avaliação domiciliar de enfermagem indutora de orientações preventivas de acidentes domésticos em idosos e ações de cuidar realizadas pelo enfermeiro ao corpo do idoso no domicílio.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Roraima, sob CAAE nº 30063220.7.0000.5302 e aprovado com Parecer nº 4.054.281.

Para garantir os princípios éticos que norteiam as pesquisas envolvendo seres humanos, antes da coleta dos dados, foi enviado um formulário *online* pelo *Google Forms* dividido em duas seções. A primeira, contendo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido no qual foi enfatizada a garantia do anonimato dos participantes mediante a atribuição da palavra identificadora "Enfermeiro" seguida de um número sobrescrito de acordo com a realização das coletas.

Secundariamente, foi enviado o Termo de Autorização para Gravação de Voz com o objetivo de obter autorização do participante para a utilização do áudio produzido na Plataforma Zoom durante a coleta dos dados. Por fim, o participante foi informado de que ele poderia se recusar a participar da investigação ou se retirar da pesquisa a qualquer momento, e que seria esclarecido quaisquer dúvidas que surgissem antes, durante e após aplicação do instrumento de coleta de dados.

RESULTADOS

Os resultados referentes à caracterização sociodemográfica dos participantes apontam para uma predominância do sexo feminino, na qual dos 11 participantes do estudo, 09 são mulheres. A idade dos participantes foi de 29 a 65 anos, com predominância para os entrevistados com idade entre 40 a 49 anos, representada por 05 pessoas. No que diz respeito ao tempo de formação, obteve-se resultados entre 08 a 43 anos, com predominância para aqueles que concluíram o curso há mais de 10 anos. O tempo de atuação dos enfermeiros entrevistados na UBS variou de 02 a 07 anos. Todos os participantes possuem ao menos uma pós-graduação *lato sensu*, representada pelas seguintes áreas: 05 em Saúde Coletiva, 03 em Alta complexidade, 03 em Enfermagem Obstétrica e 02 em Enfermagem em Emergência. No que

tange os conteúdos que versam sobre avaliação domiciliar de enfermagem envolvida na produção de orientações preventivas de acidentes domésticos em idosos, foram identificados os seguintes depoimentos ilustrativos:

[...] avalia a casa, se tem tapete, se tem criança, brinquedo jogado, se tem batente [...] às vezes a casa não tem uma higiene adequada [...]. (Enfermeiro 3);

[...] avaliar o tipo de moradia [...] o acesso a essa moradia [...]. (Enfermeiro 5);

[...] avaliar esse ambiente domiciliar [...] se tem escada, lixo, água parada, a higiene em si do ambiente [...]. (Enfermeiro 6);

[...] avaliar a casa [...] se não tem algum tapete, alguma coisa que eles (idosos) possam cair [...]. (Enfermeiro 8);

[...] orientações para diminuir ou minimizar problemas futuros como acidente doméstico [...]. (Enfermeiro 2);

[...] orientar sobre cuidados preventivos como queda no domicílio [...]. (Enfermeiro 7);

[...] orientamos quanto aos cuidados que podem acontecer, como prevenção de acidentes [...]. (Enfermeiro 11).

Na segunda unidade de decodificação foram analisadas ações de cuidar realizadas por enfermeiros nos corpos dos idosos domiciliados. Foram evidenciadas as seguintes intervenções de cunho técnico-procedimental presentes nos depoimentos ilustrativos dispostos a seguir:

[...] verifica os sinais vitais: pressão, temperatura [...]. (Enfermeiro 4);

[...] aferição de sinais vitais [...]. (Enfermeiro 11);

[...] avaliar as medicações, verificar onde que ele tá guardando [...] é também uma forma de verificar se eles estão tomando. (Enfermeiro 3);

[...] fazemos caixinhas com divisórias [...] para que a gente possa estar dividindo a medicação deles (idosos) no horário [...]. (Enfermeiro 5);

[...] orienta cuidados com a pele, higiene [...]. (Enfermeiro 7);

[...] procura ver a higiene pessoal [...]. (Enfermeiro 8);

[...] fazer um curativo [...]. (Enfermeiro 1);

[...] fazer um curativo no domicílio quando o idoso venha a precisar [...]. (Enfermeiro 10);

[...] os procedimentos específicos de enfermagem que a gente mais realiza são as trocas de sondas [...]. (Enfermeiro 9);

[...] fazer a troca de uma sonda vesical [...]. (Enfermeiro 10).

DISCUSSÃO

As discussões encaminhadas para análises do domicílio do idoso na procura de elementos que fossem capazes de formular ações de cuidar, preventivas de acidentes domésticos, bem como, cuidados interventivos com forte domínio procedimental realizado pelo enfermeiro no corpo do idoso domiciliado.

Dessa forma, fez-se uma discussão sobre as avaliações das condições de moradia para proposição de medidas preventivas para riscos de acidentes domésticos. Sabe-se que a população idosa frequentemente é vulnerável a múltiplas perdas, principalmente das funções do organismo e, assim, torna-se susceptível a desenvolver doenças. Dessa forma, a atenção do enfermeiro a este grupo etário deve estar voltada para essas fragilidades e a manutenção da capacidade funcional, trabalhando a autonomia do idoso e diminuindo sua dependência.⁽¹²⁾

Avaliar o ambiente no qual o idoso vive é uma estratégia para a identificação de fatores determinantes do processo saúde-doença, e uma forma de direcionar o enfermeiro em suas orientações a família e/ou cuidador sobre medidas de prevenção de acidentes domésticos e quedas. Pode-se pensar, assim, que a visita domiciliar é uma potente estratégia para a construção de emergentes lógicas de produção no processo de saúde e de cuidado, já que, com essa prática, o profissional passa a conhecer e detectar os problemas de saúde das pessoas idosas, bem como os riscos aos quais estão expostos no contexto concreto no qual estes estão inseridos.⁽¹³⁾

O risco de quedas em idosos geralmente está relacionado aos fatores fisiológicos, como idade acima de 65 anos, artrite, dificuldades visuais, problemas nos pés, incontinência urinária, alteração auditiva, e à utilização de medicamentos como ansiolíticos, diuréticos ou anti-hipertensivos.⁽¹⁴⁾ Outro fator de risco de grande relevância é a inadequação do ambiente em que o idoso vive.⁽¹⁵⁾

Nesta investigação, os enfermeiros da Atenção Primária de Saúde estiveram atentos à dimensão espacial do domicílio no qual os idosos estão inseridos e rastreamam nele elementos indutores de acidentes domésticos sinalizados de orientações preventivas para quedas, a saber: tapetes, brinquedos, lixos, escadas, ausência de batentes, crianças, água parada e a própria limpeza da casa.

Dessa forma, para prevenir situações de quedas em idosos, os enfermeiros da Atenção Primária de Saúde devem tomar como ponto de partida em seus cuidados ao idoso no domicílio: a identificação de marcadores que ampliam a possibilidade da ocorrência de queda e a promoção da melhoria no ambiente físico da residência do idoso,

orientando, por exemplo, quanto à iluminação adequada da casa e ao uso de piso antiderrapante, que são considerados dispositivos de segurança para um ambiente seguro para idosos com risco de quedas e acidentes domésticos.^(14,16)

Somado a isso a ausência de batentes no domicílio traz à tona a necessidade de mudar móveis de lugar, ou mesmo, a própria alteração da estrutura da casa, como em residências de dois andares, o enfermeiro deve orientar que o idoso passe a frequentar e dormir apenas no primeiro andar; e mudança de alguns hábitos, como dar preferência a rampas em detrimento de escadas para favorecer a prevenção de quedas decorrentes do processo de envelhecimento.⁽¹⁷⁾

No que diz respeito aos cuidados diretos realizados pelo enfermeiro ao corpo da pessoa idosa domiciliada é preciso considerar um saber que se estrutura em um fazer técnico-científico que acontece no campo da saúde coletiva. Em outras palavras, o fazer dos enfermeiros da Atenção Primária de Saúde por meio da visita domiciliar permitiu uma compreensão da situação clínica do idoso em seu lar, as relações existentes no contexto domiciliar, bem como análises técnicas envolvidas em suas condições de saúde.⁽¹⁸⁾

Os enfermeiros deste estudo indicaram um saber-fazer domiciliar que acontece diretamente com o corpo de idosos mais frágeis, sobretudo os que carecem de cuidados de média complexidade, tais como avaliação de parâmetros vitais, monitoramento do uso de medicamentos, higiene pessoal, curativos, a passagem e trocas de sondas.

Discutir o cuidado no envelhecimento, sobretudo no domicílio do idoso, é algo complexo. Isso porque, concretamente, os cuidados registrados pelos enfermeiros neste estudo foram relacionados as necessidades orgânicas apresentadas pelos idosos domiciliados. Nesse sentido, coloca-se em relevo elementos semiotécnicos do cuidar aplicados no envelhecimento, que são considerados aspectos do cuidado ao corpo, especialmente sob a perspectiva da qualidade de vida e da autonomia. Um cuidado extremamente técnico e eficaz para a manutenção da vida biológica que estão em jogo na relação enfermeiro-idoso-família.⁽¹⁹⁾

Nessa perspectiva, os enfermeiros da Atenção Primária de Saúde no contexto da assistência aos idosos no domicílio, relatam a prática com a verificação de sinais vitais o que incluem a aferição fisiológica da pressão arterial, a frequência cardíaca, a frequência respiratória e a temperatura.⁽²⁰⁾ É preciso considerar que a verificação dos parâmetros vitais na população idosa são indicadores que requerem atenção especial, devido à grande suscetibilidade de variação fisiológica. Portanto, o objetivo do enfermeiro ao avaliar esses parâmetros durante a visita ou consulta domiciliar ao idoso consiste na identificação precoce de eventos

clínicos, cognitivos ou psicossociais que possam afetar a sua saúde.

Outro elemento, diz respeito aos cuidados com o armazenamento e uso de medicações contínuas pelos idosos. Os enfermeiros demonstraram-se atentos às condições de fragilidade que podem estar associadas ao uso inapropriado de medicamentos, deixando pistas em suas unidades de conteúdos de como deve ser guardado e administrado os fármacos utilizados. Dessa forma, as ações de implementação de cuidados específicos com o uso e organização de medicamentos pelo idoso no domicílio, perpassa por diferentes estratos clínico-funcionais de necessidade dessa população, sobretudo para os que fazem uso de cinco ou mais medicamentos.⁽²¹⁾

O cuidado com a pele, higiene e curativos emergiu nos discursos dos enfermeiros como uma expressiva unidade de decodificação, remetendo a fragilidade tegumentar dos idosos domiciliados. O cuidado com a pele é fundamental. Isso porque o envelhecimento provoca modificações nas estruturas do tecido epitelial que, associadas às alterações fisiológicas, doenças crônicas, aspectos nutricionais e utilização de medicamentos, tornam esse órgão mais suscetível à ocorrência de lesões.^(22,23)

A pele é um órgão indispensável à saúde, pois confere proteção ao ser humano e para isso, é necessário que ela receba cuidados higiênicos adequados. Os idosos, porém, por desconhecimento ou carência de prática, acabam negligenciando ações simples de autocuidado com a pele, como por exemplo, a não adesão aos protetores solares e hidratantes diariamente, bem como a insuficiente quantidade de ingestão de líquidos para manter a hidratação cutânea.^(24,25)

Outro ponto que merece destaque são os idosos acamados no domicílio, devido ao risco que possuem para desenvolvimento de Lesões por Pressão (LPP). À vista disso, cabe ao enfermeiro focar a educação em saúde, tendo como fundamento a orientação verbal para o cuidador familiar sobre mudança de decúbito, higiene, troca de curativos, cuidados com a pele, colocação de coxins, colchão de ar e alimentação adequada.⁽²⁶⁾

Nesse contexto de cuidados com a pele, destaca-se neste estudo a realização de curativos no domicílio do idoso. Sabe-se que os curativos são um dos principais procedimentos realizados pelo enfermeiro. A realização de curativos no domicílio do idoso, principalmente em Lesões por Pressão de graus variados são as atividades mais frequentes realizadas junto aos idosos e as que mais demandam tempo desses profissionais.⁽²⁷⁾

Outra ação de cuidar realizada pelos enfermeiros da Atenção Primária de Saúde ao idoso no espaço domiciliar

diz respeito à sondagem vesical, oro/nasogástrica (SOG e SNG) ou nasoentérica (SNE). A sondagem vesical, segundo a Resolução Cofen nº 450/2013 é considerado um procedimento invasivo e que envolve riscos ao paciente, que está sujeito a infecções do trato urinário e/ou a trauma uretral ou vesical. Requerem cuidados de Enfermagem de maior complexidade técnica, conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas e, por essas razões, no âmbito da equipe de enfermagem, a inserção de cateter vesical é privativa do Enfermeiro, que deve imprimir rigor técnico-científico ao procedimento.⁽²⁸⁾

No mesmo sentido, a Resolução Cofen nº 619/2019 assegura que a inserção de SOG, SNG e SNE também são privativas do enfermeiro, que deve aplicar rigor técnico-científico ao procedimento, seja qual for sua finalidade, pois requer cuidado de maior complexidade técnica, conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas.⁽²⁹⁾

Nesse sentido, a atuação do enfermeiro com a população idosa deve ser embasada em necessidades reais e, por isso, as práticas de intervenções de maior complexidade são importantes e sustentadas nas competências da promoção de saúde para que dessa forma seja possível ofertar uma assistência eficaz no interior do espaço domiciliar.⁽¹²⁾

No Brasil, a atuação do enfermeiro na Atenção Primária de Saúde vem se constituindo como um instrumento de mudanças nas práticas de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde, seguindo a proposta do novo modelo assistencial com vistas a integralidade do cuidado, a prevenção de doenças e seus agravos, na intervenção frente aos fatores de risco e na promoção da saúde e da qualidade de vida.^(30,31)

Assim, a validade desta investigação, para além da descrição dos cuidados que são realizados pelos enfermeiros com os idosos domiciliados, se configura em uma oportunidade para as Unidades Básicas de Saúde pensarem sobre o que é produzido como cuidado na região extremo norte do Brasil.

Um diagnóstico científico intensificador de estratégias de cuidar capazes de promover conforto direcionado a população idosa domiciliada, ao controle social, empoderamento comunitário, aplicação de tecnologias educacionais na promoção da saúde e (re)organização de processos de trabalho no campo da saúde coletiva.^(32,33)

O estudo convida a rever os cenários no qual os dados foram produzidos, retornar ou mesmo ampliar o número de Unidades Básicas de Saúde, para rastrear novamente os cuidados de enfermagem considerando idosos que cuidam de idosos. Nesse sentido, há que se considerar em estudos futuros a produção de cuidados de enfermagem com

a população mais idosa que vivem sozinhas e recorrem aos serviços básicos de saúde do município de Boa Vista.

Com as ações de cuidar postas, considera-se, ainda, como limitação desta investigação a sua natureza analítica ser estritamente conteudista no âmbito profissional da enfermagem; o que faz com que a dimensão do cuidado recebido pelos idosos não apareça nesta investigação. Dessa forma, considera-se a necessidade de buscar emergentes caminhos para investigar atuação dos enfermeiros da Atenção Primária de Saúde que lidam cotidianamente com os idosos no extremo norte do Brasil.

A contribuição deste estudo para a prática reside na superação dos isolamentos dos saberes protocolares instituídos no interior das Unidades Básicas de Saúde para disparar emergentes caminhos do cuidado que ainda não haviam sido suscitadas sobre o domicílio como espaço das vivências em saúde. Assim, espera-se que a divulgação dos achados contribua com a mudança no escopo de práticas da Enfermagem da Atenção Primária de Saúde, sobretudo com relação às peculiaridades territoriais e micro espaciais envolvidas na atenção do idoso domiciliado.

CONCLUSÃO

A pesquisa descreveu duas dimensões de cuidados realizados por enfermeiros com idosos domiciliados, da produção de cuidado por meio de orientações em saúde que acontece no interior dos seus domicílios com objetivo de prevenir acidentes domésticos, e, ações de cuidar orientadas por necessidades reais de saúde que são desenvolvidas

diretamente no corpo do idoso. Na primeira dimensão, foram considerados elementos domiciliares indutores de riscos de acidentes domésticos em idosos para proposição de orientações preventivas sobre limpeza domiciliar, acesso à casa do idoso, disposição de objetos e pessoas no interior do lar, com vistas a reduzir quedas. Secundariamente, observaram-se ações de cuidado de cunho procedimental desenvolvidas pelos enfermeiros das Unidades Básicas de Saúde junto a idosos frágeis em seu domicílio, representados pela verificação de parâmetros vitais, orientação quanto ao uso de medicamentos, cuidado com a pele, higiene pessoal, realização de curativos, passagem e troca de sondas no domicílio. Com a certeza do inacabado, espera-se que este estudo contribua para o aprimoramento dos modelos assistenciais e gerenciais da Estratégia de Saúde da Família considerando a população idosa domiciliada em Roraima. Além disso, esta pesquisa demonstra a diversidade de cuidados realizados no contexto da Atenção Primária de Saúde, sobretudo as ações que competem ao enfermeiro, considerando as situações clínicas e elementos ambientais que colocam em risco a saúde do idoso no interior da sua residência.

Contribuições

Concepção e desenho do estudo: Sousa NCB; Coleta, análise e interpretação dos dados: Sousa NCB; Redação e/ou revisão crítica do manuscrito: Sousa NCB, Silva PS; Aprovação da versão final a ser publicada: Sousa NCB, Silva PS.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017 [cited 2019 Sep 10]. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017>
2. Barreto AC, Rebouças CB, Aguiar MI, Barbosa RB, Rocha SR, Cordeiro LM, et al. Perception of the Primary Care multiprofessional team on health education. *Rev Bras Enferm.* 2019; 72(Suppl 1):266-73.
3. Becker RM, Heidemann IT, Meirelles BH, Costa MF, Antonini FO, Durand MK. Nursing care practices for people with Chronic Noncommunicable Diseases. *Rev Bras Enferm.* 2018 ;71(Suppl 6):2643-9.
4. Ribeiro IA, Lima LR, Volpe CR, Funghetto SS, Rehem TC, Stival MM. Frailty syndrome in the elderly in elderly with chronic diseases in Primary Care. *Rev Esc Enferm USP.* 2019;53:e03449.
5. Kahl C, Meirelles BH, Lanzoni GM, Koerich C, Cunha KS. Actions and interactions in clinical nursing practice in Primary Health Care. *Rev Esc Enferm USP.* 2018;52:e03327.
6. Silva PS, Barbosa RS, Figueiredo NM. Caring for bedridden clients at home space: family caregivers' discourse. *Rev Enferm UFPE on line.* 2012;6(5):1101-9.
7. Machado DO, Mahmud SJ, Coelho RP, Cecconi CO, Jardim GS, Paskulin LM. Pressure injury healing in patients followed up by a home care service. *Texto Contexto Enferm.* 2018;27(2):e5180016.
8. Nery BL, Favilla FA, Albuquerque AP, Salomon AL. Characteristics of home care services. *Rev Enferm UFPE on line.* 2018;12(5):1422-9.
9. Minayo MC, Costa AP. Fundamentos teóricos das técnicas de pesquisa qualitativa. *Rev Lusofona Educ.* 2018;40(40):139-53.
10. Watkins DC. Rapid and rigorous qualitative data analysis: the "RADaR" technique for applied Research. *Int J Qual Methods.* 2017;16:1-9.

11. Bardin L. Análise de conteúdo. 4a ed. Lisboa: Edições 70; 2011.
12. Leandro TA, Alves AM, Pinheiro AK, Araujo TL, Quirino GS, Oliveira DR. Nurses' competencies in health promotion for homebound older people. *Rev Bras Enferm.* 2019;72(Suppl 2):311-8.
13. Rocha KB, Conz J, Barcinski M, Paiva D, Pizzinato A. A visita domiciliar no contexto da saúde: uma revisão de literatura. *Psicol Saúde Doenças.* 2017;18(1):170-85.
14. Gauterio DP, Santos SS, Strapasson CM, Vidal DA, Piexak DR. Uso de medicamentos por pessoas idosas na comunidade: proposta de ação de enfermagem. *Rev Bras Enferm.* 2013;66(5):702-8.
15. Mallmann DG, Hammerschmidt KS, Santos SS. Instrumento de avaliação de quedas para idosos (IAQI): enfermeiro analisando vulnerabilidade e fragilidade. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2012;15(3):517-27.
16. Rosa TS, Moraes AB, Peripolli A, Santos Filha VA. Perfil epidemiológico de idosos que foram a óbito por queda no Rio Grande do Sul. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2015;18(1):59-69.
17. Nascimento HG, Figueiredo AE. Dementia, family caregivers and health service: the care of yourself and the other. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2019;24(4):1381-92.
18. Lionello CD, Duro CL, Silva AM, Witt RR. The performance of family health nurses in home care. *Rev Gaúcha Enferm.* 2012;33(4):103-10.
19. Cherix K, Coelho Júnior NE. The care of elderly as a field of inter-subjective relations: ethic reflections. *Interface (Botucatu).* 2017;21(62):579-88.
20. Potter P. Fundamentos de Enfermagem. 9a ed. São Paulo: Guanabara Koogan; 2018.
21. Maia LC, Moraes EN, Costa SM, Caldeira AP. Fragilidade em idosos assistidos por equipes da atenção primária. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2020;25(12):5041-50.
22. Bankoff AD. Equilíbrio corporal, postura corporal no processo de envelhecimento e medidas de prevenção através do exercício físico: uma revisão. *Saúde Meio Ambient.* 2019;9(2):17-33.
23. Dantas EH, Santos CA. Aspectos biopsicossociais do envelhecimento e a prevenção de quedas na terceira idade. Joaçaba: Editora Unoesc; 2017.
24. Garbaccio JL, Ferreira AD, Pereira AL. Self-skincare knowledge and practice described by elderly persons in the mid-west of Minas Gerais. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2016;19(1):45-56.
25. Mariani AC, Pozzi FS, Armond JE, Vinagre CG. Prevalent skin and dermatoses care in older adults treated at a private clinic and its relationship with comorbidities. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2019;22(6):e190226.
26. Santos NO, Predebon ML, Bierhals CC, Day CB, Machado DO, Paskulin LM. Development and validation a nursing care protocol with educational interventions for family caregivers of elderly people after stroke. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(Suppl 3):e20180894.
27. Boas ML, Shimizu HE. Time spent by the multidisciplinary team in home care: subsidy for the sizing of staff. *Acta Paul Enferm.* 2015;28(1):32-40.
28. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução nº 0450, de 11 de dezembro de 2013. Normatiza o procedimento de Sondagem Vesical no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem. Brasília (DF): COFEN; 2013 [citado 2020 Out 28]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04502013-4_23266.html
29. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução nº 619, de 4 de novembro de 2019. Normatiza a atuação da Equipe de Enfermagem na Sondagem Oro/nasogástrica e Nasoentérica. Brasília (DF): COFEN; 2019 [citado 2020 Out 29]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-619-2019_75874.html
30. Barros DS, Silva DL, Leite SN. Conduta do tratamento medicamentoso por cuidadores de idosos. *Interface (Botucatu).* 2015;19(54):527-36.
31. Ferreira SR, Périco LA, Dias VR. The complexity of the work of nurses in Primary Health Care. *Rev Bras Enferm.* 2018; 71(Suppl 1):704-9.
32. 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):87-94.
33. Lucena SL, Farias FS, Cordeiro LM, Coutinho DT, Silva LF, Freitas MC. Cuidado de enfermagem à idosa com síndrome da fragilidade fundamentado na teoria do conforto. *Enferm Foco.* 2020;11(5):20-6.

CUIDADO AO PACIENTE CLÍNICO COM SINTOMAS PSIQUIÁTRICOS: PERCEPÇÕES DOS ENFERMEIROS

CARE FOR CLINICAL PATIENTS WITH PSYCHIATRIC SYMPTOMS: NURSES' PERCEPTIONS

EL CUIDADO DE LOS PACIENTES CLÍNICOS CON SÍNTOMAS PSIQUIÁTRICOS: PERCEPCIONES DE LAS ENFERMERAS

Maria de Lourdes Custódio Duarte¹

Sandro dos Santos Pereira¹

Daniela Giotti da Silva¹

Mariana Mattia Correa Bagatini¹

(<https://orcid.org/0000-0001-6307-3942>)

(<https://orcid.org/0000-0001-5458-9808>)

(<https://orcid.org/0000-0001-6462-4486>)

(<https://orcid.org/0000-0001-8122-971X>)

Descritores

Cuidados de enfermagem; Saúde mental; Psiquiatria; Serviços de saúde; Doença crônica

Descriptors

Nursing care; Mental health; Psychiatry; Health services; Chronic disease

Descriptores

Atención de enfermería; Salud mental; Psiquiatria; Servicios de salud; Enfermedad crónica

Submetido

17 de Março de 2021

Aceito

15 de Junho de 2021

Conflitos de interesse:

nada a declarar.

Autor correspondente

Maria de Lourdes Custódio Duarte

E-mail: malulcd@yahoo.com.br

RESUMO

Objetivo: Analisar os desafios e sugestões no cuidado ao paciente clínico com sintomas psiquiátricos na percepção dos enfermeiros em unidades de internação clínica de um hospital geral.

Métodos: Estudo qualitativo, do tipo exploratório-descritivo. A coleta dos dados ocorreu nos meses de agosto a setembro de 2019, por meio de entrevista semiestruturada com 13 enfermeiros.

Resultados: Os entrevistados apontaram como desafios para a execução do cuidado: o despreparo do atendimento em decorrência da baixa carga horária dos cursos de graduação e a dificuldade de acesso à consultoria psiquiátrica. Em relação às sugestões, os enfermeiros entendem a necessidade de qualificar o cuidado através de capacitações, conhecimento da unidade de internação psiquiátrica do hospital e melhor dimensionamento de pessoal.

Conclusão: É imprescindível que sejam suscitadas reflexões a respeito da assistência a essas pessoas em outras áreas, contribuindo para a inclusão da subjetividade no cuidado integral no campo da saúde mental.

ABSTRACT

Objective: To analyze the challenges and suggestions in the care of clinical patients with psychiatric symptoms in the perception of nurses in clinical inpatient units of a general hospital.

Methods: Qualitative, exploratory-descriptive study. Data collection took place from August to September 2019, through semi-structured interviews with 13 nurses.

Results: The interviewees pointed out as challenges for the execution of the care: the unpreparedness of the care due to the low workload of the undergraduate courses and the difficulty of access to psychiatric consultancy. Regarding the suggestions, nurses understand the need to qualify care through training, knowledge of the hospital's psychiatric inpatient unit and better staffing.

Conclusion: It is essential that reflections are raised regarding assistance to these people in other areas, contributing to the inclusion of subjectivity in comprehensive care in the field of mental health.

RESUMEN

Objetivo: Analizar los desafíos y sugerencias en la atención de pacientes clínicos con síntomas psiquiátricos en la percepción de enfermeras en unidades de internación clínica de un hospital general.

Métodos: Estudio cualitativo, exploratorio-descritivo. La recolección de datos se realizó de agosto a septiembre de 2019, a través de entrevistas semiestructuradas con 13 enfermeras.

Resultados: Los entrevistados señalaron como desafíos para la ejecución de la atención: la falta de preparación de la atención debido a la baja carga de trabajo de los cursos de pregrado y la dificultad de acceso a la consultoría psiquiátrica. Respecto a las sugerencias, los enfermeros comprenden la necesidad de calificar la atención a través de la capacitación, el conocimiento de la unidad de internación psiquiátrica del hospital y una mejor dotación de personal.

Conclusión: Es fundamental que se planteen reflexiones sobre la atención a estas personas en otros ámbitos, contribuyendo a la inclusión de la subjetividad en la atención integral en el campo de la salud mental.

¹Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil

Como citar:

Duarte ML, Pereira SS, Silva DG, Bagatini MM. Cuidado ao paciente clínico com sintomas psiquiátricos: percepções dos enfermeiros. *Enferm Foco*. 2021;12(6):1084-90.

DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n6.4717>

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, as questões relacionadas com a saúde mental da população têm sido priorizadas na atenção à saúde em todo o mundo. A prevalência global dos transtornos mentais e problemas psicossociais, como depressão, esquizofrenia e também os causados pelo uso do álcool e outras drogas, configuram uma grave questão de saúde pública e, conseqüentemente, foco de discussões e pesquisas da comunidade científica.⁽¹⁾

Estima-se que 25% da população mundial apresentem, pelo menos, um transtorno mental em determinada fase de sua vida. Este número refletido em serviços de saúde, principalmente em hospitais gerais, estima que em torno de 30% dos pacientes internados para tratamento clínico ou cirúrgico possuem histórico ou desenvolvem sintomas psiquiátricos como ansiedade e depressão, durante processo de hospitalização.⁽¹⁾

Nesse sentido, em comparação com a população em geral, as pessoas com doenças crônicas apresentam taxas mais altas de transtornos mentais, enquanto as pessoas com transtornos mentais são mais propensas a desenvolver doenças crônicas.⁽²⁾ É nesse contexto, de cuidado clínico às pessoas com sintomas psiquiátricos que se insere o trabalho da equipe de enfermagem.

A atuação do enfermeiro junto a esses pacientes no serviço de enfermagem clínica é de extrema importância, não só pelo fato de ser a hospitalização um evento que modifica o cotidiano do usuário, mas também pelo enfermeiro ser o profissional que mantém na maior parte do tempo contato com essas pessoas, pois além de reger as atividades habituais do hospital, faz a mediação entre paciente/familiar e equipe médica.⁽³⁾

Dessa maneira, a atuação da enfermagem em saúde mental se baseia na formação de vínculo para o êxito no tratamento. Além disso, o foco do cuidado ao paciente com transtorno mental deve ser dirigido a partir das suas necessidades e do reconhecimento do sofrimento psíquico no seu contexto social, político e cultural, não se restringindo apenas a sintomatologia psicopatológica e ao diagnóstico psiquiátrico,⁽⁴⁾ mas sim, em sua totalidade.

Contudo, os profissionais no atendimento assistencial em unidades não psiquiátricas demonstram sentir receio e despreparo para lidar com estes pacientes, tendo em vista que ele é percebido como imprevisível, que costuma interromper a rotina das unidades e dos serviços.^(3,4)

Ademais, usualmente, os pacientes internados em hospitais gerais têm o seu tratamento focado nas alterações físico-biológicas e, em grande parte, as dimensões psicossociais não são contempladas nos tratamentos pelos

profissionais de saúde.⁽¹⁾ Dessa forma, os trabalhadores de enfermagem devem prestar assistência indo além de um olhar fragmentado, evitando tratar o corpo e a mente como partes separadas,⁽⁴⁾ o que dificulta a realização de um cuidado integral em saúde.

Assim, um dos desafios para a equipe de enfermagem é a qualificação técnica e teórica para que deixem de priorizar somente o atendimento das necessidades físicas e passem a incluir os aspectos psíquicos-emocionais, proporcionando maior qualidade da assistência ofertada.⁽⁵⁾

Para além dos cuidados com a administração da medicação, manejo das crises, e identificação das alterações psíquicas, é importante que a equipe, sobretudo, procure oferecer escuta qualificada, demonstrando interesse diante dos sentimentos, visando a promoção de vínculo e incentivo ao autocuidado.^(6,7)

Partindo do entendimento que as ações de enfermagem nas unidades de internações clínicas são voltadas ao atendimento das necessidades físicas e aos que se encontram em estado crítico ou semicrítico, torna-se oportuno conhecer os desafios e sugestões desses profissionais sobre o cuidado prestado ao paciente clínico com sintomas psiquiátricos.

Portanto, questiona-se: Quais as percepções dos enfermeiros em relação ao cuidado prestado ao paciente clínico com sintomas psiquiátricos?

Espera-se que esta pesquisa sirva como ferramenta para a prática de enfermagem na área de saúde mental, oportunizando a melhoria do cuidado prestado a estes pacientes internados de uma forma mais qualificada e atendendo suas necessidades de saúde.

O estudo teve por objetivo analisar os desafios e sugestões no cuidado ao paciente clínico com sintomas psiquiátricos na percepção dos enfermeiros em unidades de internação clínica de um hospital geral.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo qualitativo, do tipo exploratório-descritivo. A pesquisa qualitativa tem como características peculiares apreender questões viabilizando responder aos fundamentos do objeto de estudo. A sua ampla abordagem possui amplos significados que permitem vislumbrar percepções, perspectivas, narrativas, ideologias, comportamentos, que não podem ser reduzidos a variáveis, e seus modos intrínsecos de execução.⁽⁸⁾

O estudo foi realizado em uma unidade de internação clínica de um hospital público geral de grande porte do sul do país. Essa unidade faz parte do Serviço de Enfermagem Clínica, e possui 45 leitos de internação destinados a

pacientes adultos com doenças clínicas e crônicas, sendo quatro leitos destinados a internação de pacientes clínicos com sintomas psiquiátricos. A escolha da referida unidade ocorreu de forma aleatória dentre as cinco unidades clínicas que compõem o serviço.

A equipe é composta por 15 enfermeiros. Estes se dividem em: três no turno da manhã, três no turno da tarde, cinco no turno da noite e dois no final de semana. Foram convidados pelo pesquisador todos os 15 enfermeiros que trabalham na referida unidade.

O número de participantes foi definido pelo critério de saturação que consiste no conhecimento formado pelo pesquisador, no campo, à medida que consiga o entendimento das homogeneidades, da diversidade e da intensidade das informações, compreendendo-as como suficientes para sua pesquisa.⁽⁶⁾

Foram utilizados como critérios de inclusão para participar da pesquisa as seguintes condições: contrato efetivo maior que seis meses de trabalho, aceitar o convite para participar do estudo e estar trabalhando durante o período da coleta de dados. Excluíram-se os profissionais que estavam afastados do serviço em decorrência de licença e férias, totalizando 13 enfermeiros participantes.

Para alcançar os objetivos propostos e produzir as informações, escolheu-se a técnica de entrevista semiestruturada, onde na primeira parte do roteiro se obteve os dados de identificação, tempo de trabalho na instituição e qualificação profissional, e a segunda parte, composta por perguntas abertas em que os entrevistados tiveram a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto, tais como: Você identifica algum desafio/dificuldade para a execução do cuidado ao paciente clínico com sintomas psiquiátricos? Você possui alguma sugestão para qualificar esse cuidado? Se sim, qual? Os dados foram coletados por pesquisador previamente capacitado para pesquisa qualitativa.

As entrevistas foram agendadas previamente com cada um dos participantes e realizadas nas dependências da unidade de internação do estudo, em uma sala reservada para a coleta de dados a fim de garantir a privacidade e foram audiogravadas para facilitar a transcrição autêntica do material para posterior análise da entrevista.

O anonimato foi preservado identificando os entrevistados pela letra "E" de Enfermeiro, precedido pelo algarismo correspondente na ordem em que foram entrevistados. Por exemplo: E1, E2, e assim, sucessivamente.

A duração média das entrevistas foi de 30 minutos e a coleta das informações ocorreu nos meses de agosto e setembro de 2019, conforme disponibilidade dos participantes.

Para a análise dos dados foi utilizado o método de Análise de Conteúdo que consiste em três etapas: 1) Pré-análise, em que foi realizada a leitura flutuante e exaustiva de todo o material coletado na pesquisa. 2) Exploração do material, em que foi realizada a análise dos dados separando do material trechos e fragmentos importantes. Os mesmos foram distribuídos em tópicos, unidade de informação, em seguida foram aproximadas todas as unidades de informações semelhantes dando origem as unidades de sentido, a partir da aproximação e do trabalho analítico das unidades de sentido surgiram às categorias analíticas que norteiam o estudo. 3) Tratamento dos resultados e a interpretação das informações, em que foi realizada uma síntese interpretativa a partir do tratamento dos resultados obtidos, estes foram submetidos a intervenções complexas ou simples que permitiram ressaltar os dados da pesquisa.⁽⁶⁾ Sendo assim, após a análise emergiram duas categorias temáticas: Desafios para a execução do cuidado ofertado ao paciente clínico com sintomas psiquiátricos e Sugestões para qualificar o cuidado prestado ao paciente clínico com sintomas psiquiátricos.

O projeto foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Porto Alegre, sob CAAE nº 15626819.0.3001.5237 e atendeu aos aspectos exigidos pela Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde. Aos participantes, foram fornecidos os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), ficando uma cópia de idêntico teor com o entrevistado e outra com pesquisador.

RESULTADOS

Em relação ao perfil dos entrevistados, 12 (92,3%) foram do sexo feminino e um (7,7%) do sexo masculino, a faixa etária dos participantes variou entre 31 e 57 anos. Quanto ao tempo de trabalho na instituição, verificou-se que nove (69,2%) profissionais possuíam tempo variando entre um e dez anos, três (23,1%) sujeitos tinham entre 11 e 20 anos de trabalho, e apenas um (7,7%) participante possuía mais de 20 anos de trabalho. Quanto ao tempo de serviço na unidade clínica, variou entre um ano e seis meses a 27 anos.

Desafios para a execução do cuidado ofertado ao paciente clínico com sintomas psiquiátricos

Nesta categoria os entrevistados apontaram como desafios para a execução do cuidado: o despreparo no atendimento com os pacientes clínicos com sintomas psiquiátricos, a baixa carga horária das disciplinas de saúde mental na graduação e a dificuldade de acesso à consultoria psiquiátrica. O despreparo no atendimento a este tipo de paciente

foi apontado como um dos desafios no atendimento pelos entrevistados. Essa dificuldade está relacionada com a falta de capacitação dos profissionais, no que se refere aos cuidados para realização da contenção mecânica.

A gente tem dificuldades na execução da contenção, de uma forma eficaz, de uma forma segura para o paciente, que não machuque e não cause lesão (E3).

Eu acho complicado tratar paciente psiquiátrico, embora a gente tenha um número que não é pouco. Eu acho que a gente não tem muito preparo específico para doentes mentais (E7).

Os enfermeiros referem que se sentem despreparados para o atendimento ao paciente clínico com sintomas psiquiátricos e verbalizam o desconhecimento em relação à técnica segura para realizar a contenção mecânica, pois é um procedimento que envolve habilidades específicas visando não causar lesão ou malefício à pessoa internada. Outro aspecto verbalizado pelos entrevistados no que se refere despreparo no atendimento foi relacionado à baixa carga horária ofertada nas disciplinas de saúde mental no currículo da enfermagem, formando profissionais com conhecimento reduzido sobre o tema e muitas vezes, sem a realização de práticas em serviços especializados.

A gente não tem esse conhecimento a respeito do paciente psiquiátrico, a gente tem o conhecimento lá que adquire na faculdade, que tem apenas uma disciplina de saúde mental (E6).

A baixa carga horária na formação dos enfermeiros pode impactar no desconhecimento das singularidades do paciente psiquiátrico, repercutindo negativamente no cuidado ofertado e no atendimento das necessidades de cuidado dos mesmos, além disso, pode influenciar na baixa sensibilização de alunos para o interesse na área de saúde mental. A dificuldade de acesso à consultoria psiquiátrica foi apontada pelos profissionais entrevistados como um obstáculo no atendimento realizado aos pacientes internados, pois essa consultoria necessita de um intermédio prévio do plantão clínico, o que posterga à assistência ao paciente.

A gente poderia falar diretamente com o plantão da psiquiatria para esse ajuste mais rápido no tratamento do paciente. Acesso mais fácil, às vezes, da equipe da psiquiatria mesmo, num plantão, alguém à nossa disposição (E2).

Os médicos não deixam uma medicação para acalmar, e às vezes, essa medicação a gente tem que chorar muito, ligar para o plantão (E12).

Evidencia-se nas falas que a comunicação entre os profissionais fica prejudicada, uma vez que o acesso à consultoria da psiquiatria é considerado demorado, interferindo na continuidade do cuidado. Para agilizar o atendimento ao paciente clínico com sintomas psiquiátricos seria interessante que a enfermagem conseguisse contatar diretamente o plantão da psiquiatria. Além disso, a falta de uma medicação prescrita pode colocar em risco tanto o paciente quanto a equipe, uma vez que os profissionais de enfermagem ficam expostos a uma agitação psicomotora inesperada e o paciente que fica com seu tratamento no aguardo de uma conduta médica.

Sugestões para qualificar o cuidado prestado ao paciente clínico com sintomas psiquiátricos

Os enfermeiros entrevistados apresentaram sugestões, uma vez que entendem a necessidade de aperfeiçoamento do cuidado a partir de capacitação da equipe, do conhecimento da unidade de internação psiquiátrica do hospital e do melhor dimensionamento de pessoal da enfermagem. A capacitação da equipe foi apontada pelos enfermeiros como uma das sugestões no atendimento realizado ao paciente clínico com sintomas psiquiátricos. Os entrevistados referiram que a instituição poderia oferecer treinamentos relacionados com o manejo destes pacientes, pensando inclusive na qualificação de procedimentos técnicos como contenção mecânica, visando uma assistência especializada em saúde mental.

Eu acho que treinamento seria alguma coisa legal. Acredito que um treinamento nessa área no manejo e na contenção desse paciente, e até para a gente fazer uma autorreflexão desse atendimento (E3).

A gente tem várias capacitações obrigatórias na instituição e nenhuma delas é voltada para essa questão do manejo do paciente psiquiátrico em unidade de internação clínica. Eu mesma já pensei em fazer curso de especialização, não para atuar em saúde mental, mas para aprender a manejar melhor os quadros que a gente tem na unidade clínica (E4).

A busca por conhecimento na área de saúde mental pode ser proporcionada pela instituição de saúde e também pelo próprio profissional, visando desenvolver técnicas tanto para o manejo físico quanto verbal e psíquico do

paciente. Além disso, essas habilidades reproduzidas nesta área associadas ao conhecimento clínico auxiliaria a equipe de enfermagem da referida unidade na execução de um cuidado mais qualificado e integral. O conhecimento da unidade de internação psiquiátrica foi apontado pelos enfermeiros entrevistados como uma sugestão que enriqueceria o atendimento realizado a este paciente. Esta visita à unidade de internação psiquiátrica objetivaria conhecer a rotina diária e as especificidades desta unidade e do cuidado, a fim de implementar novas práticas nas suas unidades de origem.

Conhecer a ala psiquiátrica do hospital e trabalhar junto com esses enfermeiros algumas questões que a gente pode desenvolver aqui no nosso setor (E6).

Neste sentido, o entrosamento entre os profissionais da ala clínica e da ala psiquiátrica proporcionaria troca de saberes, experiências e reflexões a respeito do cuidado, além de ser uma oportunidade de aperfeiçoamento das práticas assistenciais. Isso ajudaria a desmistificar a fantasia social sobre como é e como funciona uma unidade de internação psiquiátrica.

O melhor dimensionamento de pessoal foi apontado pelos enfermeiros como uma sugestão para qualificar a assistência prestada a esse paciente, visando uma organização da equipe nestas unidades, e conseqüentemente, um cuidado mais especializado.

Eu acho que a gente deveria repensar até o nosso dimensionamento de pessoal na unidade, para que conseguíssemos dar um cuidado de mais qualidade para esse paciente (E3).

Neste sentido, os profissionais entrevistados entendem que a organização do serviço no que se refere a uma adequada distribuição dos trabalhadores no cuidado mostra-se como um recurso que auxiliaria para uma melhor execução das tarefas e uma assistência de qualidade. Além disso, envolver mais profissionais no cuidado desse paciente ofertaria maior segurança aos trabalhadores e familiares.

DISCUSSÃO

O despreparo no atendimento ao paciente clínico com sintomas psiquiátricos surge no momento em que o profissional desconhece a singularidade e as reais necessidades de cuidado do mesmo. Nesse sentido, para o atendimento a esse paciente é necessário que a equipe possua postura ativa, que permita reconhecer o outro na sua totalidade.

⁽⁹⁾ Entretanto, muitos profissionais que prestam esta assistência possuem limitações para manejar uma situação de crise, apresentando condutas pontuais e apressadas.⁽¹⁰⁾

Em situação de crise, a contenção mecânica é uma prática utilizada em hospitais para pacientes agitados que podem oferecer algum perigo para si e para a equipe, porém quando não executada de forma correta é um procedimento que pode trazer riscos como traumas psicológicos e físicos, incluindo fraturas.⁽⁵⁾

Os avanços nas práticas de saúde mental, nas últimas décadas são inegáveis, mas ainda há muitos desafios a serem superados, uma vez que os profissionais não estão preparados para prestar assistência a esses pacientes. Talvez, uma das causas desse despreparo pode estar relacionada à baixa carga horária dispensada à saúde mental na formação acadêmica, o que pode reproduzir um atendimento centrado na medicação e na contenção do paciente.⁽¹⁰⁾

No Brasil, os cursos de graduação em enfermagem oferecem disciplinas de saúde mental com baixa carga-horária, que se mostram insuficientes diante da complexidade que envolve um paciente com transtornos psiquiátricos. Estas disciplinas deveriam ser melhor exploradas, no sentido de oportunizar aos acadêmicos, enquanto futuros enfermeiros, as vivências do cuidado ao indivíduo em sofrimento mental.⁽⁶⁾

Estas vivências acadêmicas na área de saúde mental proporcionadas pela graduação em enfermagem devem ocorrer para além de unidades de internação psiquiátrica, uma vez que a pessoa com transtorno mental também pode necessitar de internação em uma unidade clínica.

O ambiente em que ocorre o cuidado, seja ele qual for, deve representar um espaço terapêutico, de qualidade e que a pessoa se sinta acolhida, no entanto, quando o ambiente apresenta limitações para a prestação do cuidado, podem surgir interferências que inibem o reconhecimento das subjetividades das pessoas. Além disso, sabe-se que o ambiente exerce forte influência no cuidado em saúde mental, estimulando ou restringindo a interação entre os envolvidos.⁽⁶⁾

Outra dificuldade verbalizada pelos entrevistados é o acesso à consultoria psiquiátrica nas unidades clínicas, tornando-se um obstáculo para a continuidade do cuidado. Desse modo, no ambiente hospitalar os processos de comunicação são complexos e dinâmicos, caracterizado pelo alto fluxo de informações, profissionais de diferentes equipes e vasta demanda de atividades. Assim, é essencial a interação entre os diversos profissionais visando a promoção de uma assistência segura e de qualidade ao paciente.⁽¹¹⁾

Para o cuidado de enfermagem aos pacientes clínicos com sintomas psiquiátricos é necessário a inclusão da subjetividade do ser humano no cuidado integral. Identificar quando a pessoa sob seus cuidados necessita de apoio especializado em saúde mental é uma das competências essenciais dos enfermeiros de cuidados gerais.^(12,13) Dessa maneira, para uma melhor assistência torna-se necessário o profissional realizar capacitações, com o objetivo de qualificar as práticas de cuidado.⁽⁶⁾

É importante que as capacitações sejam direcionadas a estes profissionais, considerando condições adequadas como tempo, o espaço e a estrutura onde estes vão acontecer, incluir profissionais capacitados para instruir sobre a temática, além do respaldo da instituição garantindo a inclusão de novas práticas.^(14,15)

Além das capacitações, os enfermeiros da unidade clínica verbalizaram que para uma assistência de qualidade, se mostra de grande importância conhecer a unidade psiquiátrica do hospital, com a finalidade de agregar conhecimentos junto aos profissionais que possuem experiência no cuidado aos pacientes com transtornos mentais. Esta ação pode se apresentar como uma das estratégias para o processo educativo e de qualificação dos profissionais das unidades clínicas, promovendo um cuidado individualizado a esse paciente.

O melhor dimensionamento de pessoal foi apontado pelos profissionais entrevistados como uma sugestão para suprir o déficit da equipe de enfermagem. Assim, o gerenciamento de recursos humanos na área auxiliar na adequação do quantitativo e do qualitativo de profissional para o atendimento das necessidades de saúde dos pacientes, contribuindo para uma assistência segura e de qualidade e livre de danos.⁽¹⁶⁾

O quantitativo reduzido dos profissionais de enfermagem implica diretamente na qualidade da assistência à saúde do paciente ao prestar um atendimento sob pressão e alta demanda de atividades. Quando os recursos se apresentam limitados, dificilmente todas as necessidades são atendidas e isso gera riscos para a segurança do paciente, bem como para a saúde ocupacional do trabalhador.⁽¹⁷⁾

Dessa maneira, existem parâmetros para dimensionar o quantitativo de profissionais da equipe de enfermagem para os serviços, composto por normas técnicas para orientar os gestores, gerentes e enfermeiros dos

serviços de saúde e se tornando uma ponte facilitadora para uma melhor organização dos recursos humanos nestes espaços.⁽¹⁸⁾

As limitações deste estudo referem-se à impossibilidade de generalização dos resultados, tendo em vista que é uma pesquisa com metodologia qualitativa, assim, os resultados encontrados estão relacionados à trajetória, experiência e significações das pessoas investigadas.

Espera-se que esta pesquisa sirva como ferramenta para a prática de enfermagem, oportunizando a melhora do cuidado prestado aos pacientes clínicos com sintomas psiquiátricos internados em unidade clínica, de maneira que atenda todas suas necessidades de forma integral e humanizada.

CONCLUSÃO

O estudo permitiu trazer à tona os desafios e sugestões evidenciadas pelos enfermeiros no cuidado ao paciente clínico com sintomas psiquiátricos em unidade de internação de hospital geral. Os profissionais entrevistados referiram entre os desafios o despreparo no atendimento no qual eles relacionaram fortemente com a falta de conhecimento na área de saúde mental em decorrência da baixa carga horária ofertada nos cursos de graduação, e por fim, a morosidade de acesso à consultoria psiquiátrica, que implica na continuidade do cuidado. Em relação as sugestões para melhoria do cuidado, os participantes do estudo destacaram a capacitação em saúde mental, uma vez que eles entendem que esta falha no cuidado está relacionada à falta de preparo. Além disso, os enfermeiros verbalizaram que o conhecimento da unidade de internação psiquiátrica deveria existir para uma troca de experiências entre os profissionais dos diferentes setores. E, por fim, a ferramenta do dimensionamento de pessoal também se apresentou como uma alternativa nas falas dos profissionais visando a melhoria da assistência.

Contribuições

Concepção e desenho do estudo: Duarte MLC, Pereira SS; Coleta, análise e interpretação dos dados: Duarte MLC, Pereira SS, Silva DG, Bagatini MMC; Redação e/ou revisão crítica do manuscrito: Duarte MLC, Pereira SS, Silva DG, Bagatini MMC; Aprovação da versão final a ser publicada: Duarte MLC, Pereira SS, Silva DG, Bagatini MMC.

REFERÊNCIAS

1. Paes MR, Maftum MA, Felix JV, Mantovani MF, Mathias TA. Characterization of patients with mental disorders from a general teaching hospital. *Cogitare Enferm.* 2018;23(2):e54874.
2. Sporinova B, Manns B, Tonelli M, Hemmelgarn B, MacMaster F, Mitchell N, et al. Association of mental health disorders with health care utilization and costs among adults with chronic disease. *JAMA Netw Open.* 2019;2(8):e199910.
3. Alcântara CB, Capistrano FC, Czarnobay J, Ferreira AC, Brusamarello T, Maftum MA. Drug therapy for people with mental disorders in the view of nursing professionals. *Esc Anna Nery.* 2018;22(2):e20170294.
4. Santos LR, Bezerra ML, Araújo AH, Oliveira TM, Leonhardt V. Percepções de enfermeiros no cuidado aos pacientes com transtornos psicóticos. *Atual In Derme.* 2020;92(30):195-205.
5. Fernandes MA, Pereira RM, Leal MS, Sales JMF, Soares e Silva J. Cuidados de enfermagem ao aciente psiquiátrico na urgência de um hospital geral. *Rev Enferm UFPI.* 2016;5(2):41-5.
6. Pereira LP, Duarte ML, Eslabão AD. Care for people with psychiatric comorbidity in a general emergency unit: vision of the nurses. *Rev Gaúcha Enferm.* 2019;40:e20180076.
7. Moll MF, Silva LD, Magalhães FH, Ventura CA. Nursing professionals and psychiatric admission in general hospital: perceptions and professional training. *Cogitare Enferm.* 2017;22:e49933.
8. Minayo MC. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2014.
9. Ipuchima JR, Andreotti ET, Schneider JF. O significado da internação psiquiátrica para pacientes com esquizofrenia. *Enferm Foco.* 2019;10(2):4-10.
10. Zeferino MT, Cartana MH, Fialho MB, Huber MZ, Bertonecello KC. Health workers' perception on crisis care in the Psychosocial Care Network. *Esc Anna Nery.* 2016;20(3):e20160059.
11. Petry L, Diniz MB. Communication between teams and the care transfer of critical patients. *Rev Rene.* 2020;21:e43080.
12. Mendes AC, Marques MI, Monteiro AP, Barroso T, Quaresma MH. Educação em enfermagem de saúde mental e psiquiatria no curso de licenciatura em enfermagem. *Rev Eletr Saúde Mental Álcool Drog.* 2018;14(2):73-83.
13. Silva JS, Ribeiro HK, Fernandes MA, Rocha DM. O cuidar de enfermagem em saúde mental na perspectiva da reforma psiquiátrica. *Enferm Foco.* 2020;11(1):170-5.
14. Lopes CE, Araújo MG, Neri RS, Name KP. A importância da capacitação do enfermeiro frente ao paciente com risco de suicídio. *Rev Bras Interdiscip Saúde.* 2019;1(2):29-36.
15. Toassi RF, Olsson TO, Lewgoy AM, Bueno D, Peduzzi M. Ensino da graduação em cenários da atenção primária: espaço para aprendizagem interprofissional. *Trab Educ Saúde.* 2020;18(2):e0026798.
16. Santos CS, Abreu DP, Mello MC, Roque TS, Perim LF. Avaliação da sobrecarga de trabalho na equipe de enfermagem e o impacto na qualidade da assistência. *Res Soc Dev.* 2020;9(5):e94953201.
17. Silva LC, Oliveira DA, Santos AB, Barbosa LM, Araújo LG, Barboza MT, et al. Dimensionamento de pessoal e sua interferência na qualidade do cuidado. *Rev Enferm UFPE on line.* 2019;13(1):491-8.
18. Borges F, Bohrer CD, Bugs TV, Nicola AL, Tonini NS, Oliveira JL. Dimensionamento de pessoal de enfermagem na uti-adulto de hospital universitário público. *Cogitare Enferm.* 2017;22(2):e50306.

GERENCIAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL: UMA ANÁLISE A PARTIR DA PERCEPÇÃO DE ESPECIALISTAS

BASIC CARE MANAGEMENT IN BRAZIL: AN ANALYSIS FROM THE EXPERT'S PERCEPTION

GESTIÓN DE CUIDADOS BÁSICOS EN BRASIL: UN ANÁLISIS DESDE LA PERCEPCIÓN DEL EXPERTO

Nayana Cíntia Silveira¹

Marcos Aguiar Ribeiro²

Izabelle Mont'Alverne Napoleão Albuquerque¹

Isabel Cristina Kowal Olm Cunha²

Maria do Socorro Melo Carneiro¹

Carina Guerra Cunha³

Ana Beatriz Oliveira do Nascimento¹

Francisca Erandielly Lopes Sousa¹

(<https://orcid.org/0000-0002-2808-0036>)

(<https://orcid.org/0000-0001-7299-8007>)

(<https://orcid.org/0000-0003-0856-5607>)

(<https://orcid.org/0000-0001-6374-5665>)

(<https://orcid.org/0000-0003-3932-7871>)

(<https://orcid.org/0000-0002-4156-5097>)

(<https://orcid.org/0000-0002-2737-3064>)

(<https://orcid.org/0000-0003-0313-4840>)

Descritores

Atenção Primária à Saúde; Gestão em saúde; Avaliação em saúde

Descriptors

Primary Health Care; Health management; Health evaluation

Descriptores

Atención Primaria de Salud; Gestión en salud; Evaluación en salud

Submetido

18 de Fevereiro de 2021

Aceito

11 de Maio de 2021

Conflitos de interesse:

nada a declarar.

Autor correspondente

Nayana Cíntia Silveira

E-mail: nayana18silveira@gmail.com

RESUMO

Objetivo: Analisar o gerenciamento da Atenção Básica no Brasil a partir da perspectiva de pesquisadores especialistas.

Métodos: Trata-se de um estudo exploratório-descritivo com abordagem qualitativa, sendo recorte de um trabalho de conclusão de curso que deu origem a 21 unidades de registro; serão abordadas e discutidas 05 unidades referentes as habilidades gerenciais na Atenção Básica. A coleta de dados foi realizada a nível nacional com pesquisadores líderes de grupo de pesquisa de dezembro de 2018 a janeiro de 2019, os participantes foram contatados para responder ao Instrumento de avaliação das competências para o gerenciamento na Estratégia Saúde da Família de Sobral adaptado para a plataforma do *Google Forms*. O material foi levado para a análise, com o referencial da análise de conteúdo de Bardin e com o suporte do software *NVivo11*.

Resultados: As habilidades sobre o trabalho do gerente foram relacionadas a 05 unidades de registro: Gestão Compartilhada, Participação Popular, Humanização na Gestão, Liderança e Envolvimento com a Equipe.

Conclusão: O objetivo de analisar a percepção de especialistas foi alcançado. Mostra-se que o gerente deve ser habilidoso para vislumbrar o ganho quando se trabalha com gestão e assegurando a participação popular como outra potência, trazendo conceitos da humanização para o gerente.

ABSTRACT

Objective: To analyze the management of Primary Care in Brazil from the perspective of expert researchers.

Methods: This is an exploratory-descriptive study with a qualitative approach, being part of a course conclusion work that gave rise to 21 registration units; 05 units will be addressed and discussed regarding management skills in Primary Care. Data collection was carried out at the national level with leading researchers from a research group from December 2018 to January 2019, participants were contacted to respond to the Management Skills Assessment Tool in the Sobral Family Health Strategy adapted for the *Google Forms* platform. The material was taken for analysis, with Bardin's content analysis framework and with the support of *NVivo11* software.

Results: The manager's job skills were related to 05 registration units: Shared Management, Popular Participation, Humanization in Management, Leadership and Team Involvement.

Conclusion: The objective of analyzing the perception of experts was achieved. It is shown that the manager must be able to envision the gain when working with co-management and ensuring popular participation as another power, bringing concepts of humanization to the manager.

RESUMEN

Objetivo: Analizar la gestión de la Atención Primaria en Brasil desde la perspectiva de investigadores expertos.

Métodos: Se trata de un estudio exploratorio-descriptivo con enfoque cualitativo, que forma parte de un trabajo de conclusión de curso que dio lugar a 21 unidades de registro. Se abordarán y debatirán 05 unidades en torno a las competencias directivas en Atención Primaria. La recolección de datos se realizó a nivel nacional con investigadores líderes de un grupo de investigación desde diciembre de 2018 a enero de 2019, se contactó a los participantes para responder a la Herramienta de Evaluación de Habilidades de Gestión en la Estrategia de Salud de la Familia Sobral adaptada para la plataforma *Google Forms*. El material se tomó para su análisis, con el marco de análisis de contenido de Bardin y con el apoyo del software *NVivo11*.

Resultados: Las competencias laborales del directivo se relacionaron con 05 unidades de registro: Gestión compartida, Participación popular, Humanización en la gestión, Liderazgo e Implicación de equipos.

Conclusión: Se logró el objetivo de analizar la percepción de los expertos. Se demuestra que el directivo debe estar capacitado para vislumbrar la ganancia al trabajar con la cogestión y asegurar la participación popular como otro poder, trayendo conceptos de humanización al directivo.

¹Universidade Estadual Vale do Acaraú, Sobral, CE, Brasil.

²Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

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

Como citar:

Silveira NC, Ribeiro MA, Albuquerque IM, Cunha IC, Carneiro MS, Cunha CG, et al. Gerenciamento da atenção básica no Brasil: uma análise a partir da percepção de especialistas. *Enferm Foco*. 2021;12(6):1091-7.

DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n6.4571>

INTRODUÇÃO

A Atenção Básica à Saúde (ABS) tem sido pensada, internacionalmente, desde o início do século XX, com destaque para o seu desenho no relatório Dawson de 1922, materializando-a na figura do médico geral, no contexto de uma rede territorial de serviços nucleada a partir dos centros de saúde básica, com autoridade sanitária regional.⁽¹⁾

Sistemas públicos universais de saúde ancorados em uma ABS robusta, resolutiva, abrangente, acessível e cultural e socialmente orientada constituem-se em um dos pilares de uma sociedade que respeita os direitos mais elementares das pessoas.⁽²⁾

Na Atenção Básica, o Programa de Saúde da Família (PSF), consolidado por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), firmou-se como prioridade para a reorganização desta no Brasil, respeitando os princípios legalizados na constituição brasileira, que assegura a saúde como um direito de todos e dever do estado, isso exige conhecimentos sobre administração em saúde e, também, o conhecimento sobre o perfil da população adscrita.⁽³⁾

Para que a ABS possa cumprir o papel previsto para o Sistema Único de Saúde (SUS), faz-se necessária uma gerência das Unidades Básicas de Saúde (UBS) capaz de coordenar a equipe de modo a orientar o processo de trabalho segundo os objetivos e finalidades propostos para esse nível de atenção.⁽⁴⁾

Cabe à gerência local, com apoio técnico e político da gestão municipal, o papel de articular recursos e necessidades, em conjunto com a equipe e com a participação dos usuários, para efetivação de um trabalho capaz de promover a saúde como direito e condição de cidadania.⁽⁵⁾

O gerente é um agente-chave, sendo o responsável pela coordenação do trabalho da equipe e pela coerência das ações com os princípios e diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).⁽⁶⁾ A PNAB de 2017 retoma a necessidade da gerência local, recomendando a existência de um profissional dedicado a esse fim e definindo algumas de suas atribuições.⁽³⁾

Analisando o exposto surge a questão norteadora deste estudo: Como acontece o gerenciamento da Atenção Básica à Saúde no Brasil? Desta forma, o desenvolvimento desta pesquisa irá colaborar para a melhoria da gerência da Atenção Básica, servindo como orientação para a tomada de decisão, a melhoria da qualidade da atenção aos usuários e direcionamento para os profissionais da saúde que ocupam esse cargo, além de gerar reflexão sobre a responsabilidade. Com isso, a partir da análise dos discursos de especialistas serão identificados fatores potencializadores, o que trará opções para qualificação desses profissionais.

O presente estudo traz como objetivo analisar o gerenciamento da Atenção Básica no Brasil a partir da perspectiva de pesquisadores especialistas.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo com abordagem qualitativa. Justifica-se a escolha desse tipo de estudo uma vez que se busca entender a fundo como é realizado o gerenciamento da ABS. O presente estudo é um recorte de uma pesquisa em andamento intitulada "Gerenciamento na Atenção Primária à Saúde: Validação de um Instrumento para Qualificação de Competências" o qual inicialmente deu origem a 21 unidades de registro; serão abordadas e discutidas 05 unidades referentes as habilidades gerenciais na ABS. O estudo foi realizado a nível nacional, priorizando uma maior significância dos resultados esperados. Entendendo que incentivado pelo movimento de descentralização da saúde, que exista Atenção Básica no país inteiro e que sofre variações, devido à realidade de saúde de cada região. Para compor os participantes desse estudo foram selecionados através de busca na plataforma do Diretório Central de Grupos de Pesquisa do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pesquisadores líderes de grupo de pesquisa, para isso utilizaram-se os seguintes critérios de inclusão: (1) Ser líder do grupo de pesquisa cadastrado no diretório central do CNPq, (2) O grupo de pesquisa liderado deve ter como área de estudo: Saúde Pública, Competências Profissionais e Estratégia Saúde da Família. Desta forma, eles foram contatados por e-mail, logo, os critérios de exclusão utilizados foram: (1) Pesquisadores de que não concordaram com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; (2) Participantes que não cumpriram os prazos da coleta desta pesquisa; (3) Participantes que não concluíram todos os tópicos do questionário. Após a utilização dos critérios de exclusão 24 pesquisadores-especialistas cumpriram o que foi solicitado e constituíram o grupo de participantes do estudo. Para representação das falas dos participantes e manutenção de suas identidades em sigilo optou-se por representá-los por meio do nome de poetas. Dentre estes há representação de todas as regiões do Brasil, como pode ser observado no mapa da figura 1.

A coleta de dados da pesquisa foi realizada de dezembro de 2018 a janeiro de 2019 após apreciação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. As demais etapas do estudo, ocorreram no período de fevereiro a abril de 2020. Os participantes foram contatados para responder ao instrumento: Instrumento de avaliação das competências para o gerenciamento na Estratégia



Figura 1. Mapa temático com a distribuição dos participantes por região

Saúde da Família de Sobral, exposto por Cunha (2016) na sua dissertação com o título: Competências para o gerenciamento na Estratégia Saúde da Família de Sobral, Ceará, que teve como finalidade estabelecer competências fundamentais para o profissional que gerencia a ABS. Entendendo que pela extensão nacional do estudo e pelas limitações financeiras e de período para a realização, optou-se pelo contato via Internet, desta forma o instrumento foi adaptado para a plataforma do *Google Forms*, seguindo a estrutura de questionário, e preservando o esqueleto do instrumento original. Ressalta-se ainda, que de acordo com os critérios de exclusão os questionários que não foram preenchidos até o final foram descartados, mais especificamente nove questionários descartados, chegando aos 24 questionários que subsidiaram essa pesquisa. Após a coleta o material foi levado para a análise, com o referencial da análise de conteúdo de Bardin e com o suporte do *software NVivo11*. Para a análise das informações foi eleito como método de análise a Análise de Conteúdo desenvolvido por Bardin (1977). A análise foi dividida então em três fases, seguindo este referencial: (1) Pré-análise; (2) Exploração do material; (3) Tratamento dos resultados/ Inferência/ Interpretação. Neste estudo, essas etapas estão nomeadas como: (1) Investigação do conteúdo; (2) Categorias de competências para gerenciamento da ABS. Baseadas nas etapas propostas por Bardin.

O presente estudo foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisas da Universidade Federal de São Paulo, sob CAAE nº 97336018.6.0000.5505 e recebeu parecer favorável para seu desenvolvimento.

RESULTADOS

Investigação do Conteúdo

Durante a investigação dos discursos coletados, a divisão de temáticas elencadas pelos participantes gerou 21 unidades de registros, também denominadas de nós, que posteriormente geram as categorias finais do estudo, estas unidades por sua vez representam um conjunto de ideias sobre um determinado assunto que foi exposto pelos participantes durante suas falas acerca do gerenciamento da ABS no Brasil. Essas unidades de registros (nós) abrigam uma série de trechos dos discursos dos participantes retratando suas percepções. Quando traçado estatisticamente, ainda é possível visualizar que os nós apresentam similaridades entre si. Isso mostra que os discursos dos especialistas codificados se assemelhavam com falas de outras especialistas em outras unidades de registro, gerando relações entre as mesmas. Para isso foi utilizada durante a análise o coeficiente de similaridade de codificação de Sorensen-Dice (1945), que compara estatisticamente o nível de semelhança entre as amostras. Essas relações podem ser vislumbradas através do Cluster circular elaborado e exposto na figura 2.

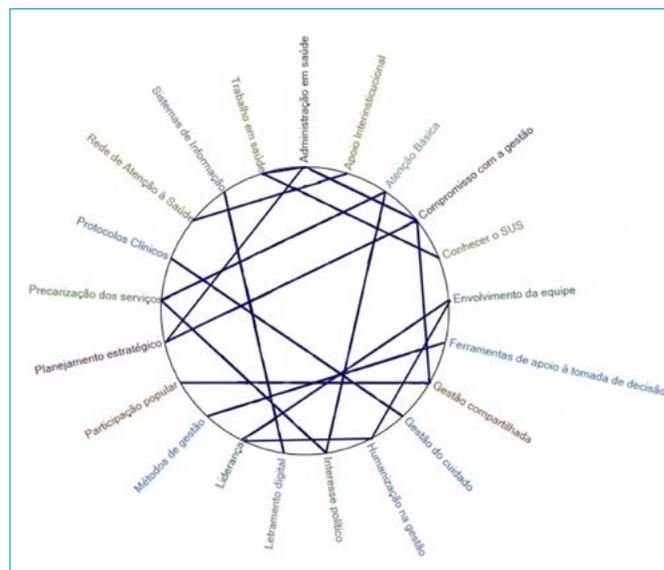


Figura 2. Cluster circular da relação de similaridade entre categorias

Após a descrição dos nós e suas relações de similaridade direta, é importante compreender o contexto macro de cada temática e os achados apontados pelos especialistas, para isso as unidades de registro iniciais (nós), passaram um por processo de categorização. Dentre estas em decorrência de seu potencial de contribuição, serão abordadas as unidades de registro referentes as habilidades gerenciais ABS.

As habilidades gerenciais na ABS

Para além das atitudes os especialistas abordaram que as habilidades se interligam ao processo de gestão na ABS. Sobre essas habilidades o trabalho do gerente foi relacionado nas cinco unidades de registro seguintes. O compartimento do cuidado é abordado pelos especialistas nas categorias: Gestão compartilhada e Participação Popular.

Gestão compartilhada

Compreendendo o que a gestão da Atenção Básica representa, é impossível não questionar os especialistas sobre o que é responsabilidade do gerente ou não, sobre isso:

“Não só o gerente como cada integrante da equipe precisa ter clareza sobre seu papel no funcionamento do serviço de saúde.” (Mário Quintana)

“Tem atribuições que podem ser compartilhadas com outros membros da equipe.” (Claudia Roquette-Pinto)

“Daí a importância de se visualizar o papel gerencial, não como um atributo individual, mas como um fenômeno relacional.” (Vinicius de Moraes)

Participação popular

Já no que concerne a participação da população na gestão os especialistas apontaram:

“A promoção das ações de controle social próximas da unidade saúde deve ser encorajadas pelo gerente, pois isso qualifica o serviço.” (Mário Quintana)

“Não existem Conselho Local de Saúde nas UBS em (nome da cidade).” (Marina Colasanti)

O gerente é um profissional da saúde como qualquer outro, logo para realizar seu trabalho da melhor forma o mesmo também requer alguns cuidados. Abordando estas necessidades durante seus discursos os especialistas trouxeram três categorias relacionadas, elas são: Humanização na Gestão, Liderança e Envolvimento da equipe.

Humanização na gestão

Entender os limites que o gerente enfrenta diariamente e os próprios desafios de mobilizar sua equipe e a população adscrita no seu território, faz soar o quanto esse profissional é cobrado e exposto como um “chefe”, carregando inúmeras dificuldades.

Onde o mesmo é cobrado para prestar o seu melhor, ser humanizado e efetivo. Mas e a gerência? Há humanização

para esses profissionais? Os participantes trazem falas de impacto sobre a realidade que enxergam dos gerentes.

“Humanização na gestão! São muitas demandas e necessidades.” (Ferreira Gullar)

“É impossível “responder positivamente às demandas” sempre” (Manuel Bandeira)

Liderança

Então a postura que esses gerentes assumem diante o cenário da Atenção Básica do Brasil, diz muito do perfil de líder que ele possui.

“A depender da estratégia de gestão assumida, o líder pode estar horizontalizado nas relações. Entretanto, a liderança, individual ou coletiva, é sempre uma potencialidade para os gestores” (Ferreira Gullar)

Envolvimento com a Equipe

Envolver a equipe da Atenção Básica pode ser um desafio, mas é um caminho para a qualificação da atenção.

“Tem atribuições que podem ser compartilhadas com outros membros da equipe.” (Claudia Roquette-Pinto)

“A mobilização é a estrutura mater da gestão.” (Ferreira Gullar)

Por fim, ao explorar todos os discursos dos participantes foi elaborada uma nuvem de palavras. Abaixo, na figura 3, é possível vislumbrá-la, as palavras em destaque no centro foram as mais utilizadas por sua vez mostram relevância.



Figura 3. Nuvem de palavras por frequência de utilização dos participantes

Ao analisar a figura 3 é nitido que no discurso dos especialistas, o gerente e a gestão foram frequentemente

ligados a temas que incluem: trabalho, saúde, conhecimentos, serviços, competência, organização, técnica, processo, ESF, vigilância e o SUS. Tais palavras norteiam uma possibilidade de qualificação desses profissionais. Destaca-se ainda que a maior palavra foi conhecimento, mostrando que os especialistas associaram em todas as esferas como solução para as limitações encontradas. Isso reforça a importância de investimentos na formação e em educação permanente.

DISCUSSÃO

O reconhecimento da necessidade de dividir atribuições na atenção à saúde exposto nas falas dos especialistas condiz com o proposto pela gestão compartilhada que se trata de um modelo de gestão inovador, que se opõe ao modelo de gestão vertical, hegemônico nas instituições de saúde, sem abertura aos demais membros da equipe. Ela prevê também a participação dos usuários nesse contexto.^(7,8)

Os enfermeiros devem estar preparados para serem gestores, pesquisadores, educadores e prestadores de assistência pois são estes pilares que constroem o processo de trabalho da enfermagem, dentre estas, conhecer novas formas de gerenciar contribui para a disseminação de estratégias cabíveis de serem aplicadas dentro da Atenção Primária à Saúde (APS).⁽⁹⁾

Conscientizar a equipe da UBS sobre esse modelo estimula a participação, uma medida para isso apontada pela literatura é através da educação permanente, como é o caso de uma experiência, que ampliou o campo de atuação dos profissionais e qualificou ações de ambos os níveis de atenção.⁽¹⁰⁾

No que concerne a participação popular as comissões ou conselhos locais de saúde foram identificados como participantes na gestão das Unidades de Saúde da Família (USF), o que assegura as diretrizes da política nacional de gestão estratégica no SUS. Esses espaços de participação popular são relevantes para que se possa fortalecer a relação entre gestão municipal, ESF e usuários, a partir dos referenciais de cogestão em saúde.

Portanto, potencializar espaços que visem a democratização da saúde e estimulem a participação social são iniciativas importantes.⁽⁷⁾

Entretanto, pelo que foi relatado por um dos especialistas, nem todas as unidades de saúde básica do nosso país contam realmente com essa efetivação da participação popular.

Os relatos dos especialistas sobre a humanização na gestão condizem com materiais literários, neles há também possibilidades do porquê desse fenômeno, Janett e

Yeracaris⁽¹¹⁾ dizem que o que contribuem para este cenário é a ausência de profissionais adequadamente formados para trabalhar em APS e a não incorporação sistemática de ferramentas de governança clínica.

Atualmente, existem no Brasil apenas 6 mil médicos de família e comunidade. O número de enfermeiros e odontólogos com Especialização ou residência em APS é ainda menor.⁽¹²⁾

Para entender esse efeito da liderança é importante entender o que é essa liderança em saúde, Novato e Nunes⁽¹³⁾ conceituam a liderança como o ato de exercer uma tendência sobre o outro, para que o outro faça aquilo que se deseja, levando em consideração um bem comum.

Forma diferente do autoritarismo, pois o líder deve ter características como a humildade e conseguir ouvir diferentes opiniões, deve buscar a verdadeira necessidade de seus liderados, sendo o dirigente que ele mesmo gostaria de ter.

A preocupação com esse autoritarismo presente em uma fala destacada nesta categoria conversa com o efeito negativo da liderança, quando o gerente opta pelo autoritarismo ou gerencialismo.

O gerencialismo, que tem imperado nas apostas da gestão em saúde, é tributário dessa força-valor trabalho, produzindo trabalhadores e usuários tensos e insatisfeitos, esmagados e desobedientes, aprisionados e ameaçados.⁽¹⁴⁾

O enfermeiro, quando assume a figura de líder transforma o seu trabalho e o trabalho de seus colaboradores, a liderança em enfermagem na APS é um fator preponderante para o autodesenvolvimento do profissional enfermeiro à frente de sua equipe salientando que o planejamento das ações, a organização do ambiente de trabalho e o processo decisório compartilhado, são fundamentais para alcançar os objetivos necessários.⁽¹⁵⁾

De acordo com Abbad et al.,⁽¹⁶⁾ existem, no cotidiano do trabalho em saúde, tensões, conflitos e discordâncias com relação à condução ou à responsabilização de casos, à tomada de decisão ou às escolhas de procedimentos e terapêuticas que precisam ser contornadas ou superadas para que se alcance o trabalho colaborativo. A forma como tais tensões ou conflitos serão percebidos e mediados poderá contribuir para maior ou menor coesão na equipe.

Além desse fator o cenário da atuação em um sistema público traz consigo elementos para alguns profissionais.

O SUS sofre resistências de profissionais de saúde, cujos interesses não foram contemplados pelas políticas de gestão do trabalho e educação em saúde. Além da crítica sistemática e oposição da mídia, o SUS enfrenta grandes interesses econômicos e financeiros ligados a operadoras

de planos de saúde, a empresas de publicidade e a indústrias farmacêuticas e de equipamentos médico-hospitalares.⁽¹⁷⁾

Esse é um ponto chave para a mobilização da equipe, pois como um gerente conseguirá mobilizar seus profissionais se estes não assumirem o papel de um funcionário público e que acredite nos princípios do sistema de saúde em que está vinculado?

Além do apoio vislumbrado micro politicamente, no território da ABS, é importante enxergar a participação macro, onde a ABS não é capaz de cuidar integralmente sem pensar em redes e considerando os apoios interinstitucionais, isso também faz parte da gerência e foi citado pelos especialistas.⁽¹⁶⁾

Dentre as limitações do estudo, pode-se citar a grande taxa de recusa em participar da pesquisa, algo que já é esperado tratando-se de uma pesquisa que utilizou durante a coleta de dados o meio de comunicação virtual, que apesar de garantirem o alcance a vários lugares, requerem dos participantes a disponibilidade de acesso durante o contato.

Vale reiterar também que este estudo, por se tratar de um recorte de outra pesquisa que enfoca na validação nacional sobre as competências gerenciais, conta com a visão de especialistas, mas que ao analisar o gerenciamento da Atenção Básica também é importante estudos que escutem a percepção dos próprios gerentes.

Este estudo mostra que esse profissional é envolvido muitas vezes por interesses que fogem a manutenção da cidadania, ademais convive com desmontes que precarizam o seu ambiente de trabalho. Precisa-se de um gerente que se posicione e defenda o Sistema a qual está ligado como ator direto. Outro achado que o estudo traz é o conhecimento como alicerce para o trabalho do gerente, uma vez que ao conhecer, esse gerente desenvolve suas habilidades e atitudes e passa a refletir sobre as mudanças que estão ao seu alcance dentro dessa realidade. Fica também a crítica ao Governo Federal que, enquanto estiver preocupado em aprovar medidas que desconstroem as lutas sanitárias

pelo direito universal, integral e com equidade em saúde, afetará também em todas as construções positivas para o acesso à saúde.

CONCLUSÃO

O objetivo de analisar a percepção de especialistas sobre o gerenciamento da Atenção Básica à Saúde foi alcançado, na medida em que os discursos foram codificados e explorados. O gerente, segundo o estudo, deve ser habilidoso ao ponto de negar a mentalidade de monopólio da responsabilização sobre a UBS e tudo que está incluído nesse processo, para vislumbrar o ganho quando se trabalha cogestão e assegurando a participação popular como outra potência. Trazendo os conceitos da humanização para o gerente e do gerente para com a sua equipe e pacientes. Cabe a ressignificação do gerenciamento da Atenção Básica para melhoria da qualidade da Atenção à Saúde como um todo, isso depende de investimento, valorização e qualificação. Neste sentido, sugere-se a realização de pesquisas sobre esse tema, além de pesquisas que apontem soluções para os problemas expostos durante este estudo. Além disso, espera-se que o gerenciamento da Atenção Básica à Saúde seja tratado com mais seriedade das autoridades e que o interesse de qualificação sobre esse tema seja aflorado nos profissionais da saúde.

Agradecimentos

À Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), bolsa de Iniciação Científica.

Contribuições

Concepção e desenho do estudo: Silveira NC, Albuquerque IMN; Coleta, análise e interpretação dos dados: Nascimento ABO, Sousa FEL; Redação e/ou revisão crítica do manuscrito: Ribeiro MA, Albuquerque IMN, Cunha ICKO, Carneiro MSM, Cunha CG; Aprovação da versão final a ser publicada: Silveira NC, Ribeiro MA, Albuquerque IMN, Cunha ICKO, Carneiro MSM, Cunha CG, Nascimento ABO, Sousa FEL.

REFERÊNCIAS

1. Melo EA, Mendonça MH, Oliveira JR, Andrade GC. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. *Saúde Debate*. 2018;42(Spe1):38-51.
2. Sarti TD, Lazarin WS, Fontenelle LF, Almeida AP. What is the role of Primary Health Care in the COVID-19 pandemic?. *Epidemiol Serv Saude*. 2020;29(2):e2020166.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único

de Saúde (SUS). Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017 [cited 2019 Nov 30]. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do--ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017>

4. Castanheira ML. Situating Learning Within Collective Possibilities: Examining the Discursive Construction of Opportunities for Learning in the Classroom. Givertz Graduate School of Education, University of California, Santa Bárbara; 2000 [cited 2021 Feb 15]. Available from: <https://search.proquest.com/openview/3e1a162e5f3118782e57cfd654063d5c/1?pq-origsite=gscholar&cbl=187508&diss=y>

5. Nunes LO, Castanheira ER, Dias A, Zarili TF, Sanine RR, Mendonça CS, et al. Importância do gerenciamento local para uma atenção primária à saúde nos moldes de Alma-Ata. *Rev Panam Salud Publica*. 2018;42:175.
6. Bloise MS. Os Gerentes de Unidades Básicas de Saúde do município do Rio de Janeiro: perfil, vivências e desafios. Rio de Janeiro (RJ): Fundação Oswaldo Cruz; 2015 [cited 2020 Ago 11]. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/24531>.
7. Reus DM, Ferraz F, Soratto J, Pilatti P, Souza DF, Nascimento EP. Community assembly as a promotion of participatory management in healthcare. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(Suppl 1):346-50.
8. Penedo RM, Gonçalo CS, Queluz DP. Gestão compartilhada: percepções de profissionais no contexto de Saúde da Família. *Interface (Botucatu)*. 2019;23:e170451.
9. Ribeiro GM, Silva JV, Sanchez MC, Moraes EB, Valente GS. O processo de trabalho gerencial do enfermeiro no setor de hiperdia na Atenção Básica: relato de experiência. *Enferm Foco*. 2020;11(3):93-7.
10. Evangelista MJ, Guimarães AM, Dourado EM, Vale FL, Lins MZ, Matos MA. O Planejamento e a construção das Redes de Atenção à Saúde no DF, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2019;24(6):2115-24.
11. Janett RS, Yeracaris PP. Electronic Medical Records in the American Health System: challenges and lessons learned. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2020;25(4):1293-304.
12. Cunha CR, Harzheim E, Medeiros OL, D'Avila OP, Martins C, Wollmann L. Primary Health Care Portfolio: Assuring of integrality in the Family Health and Oral Health Teams in Brazil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2020;25(4):1313-26.
13. Novato DS, Nunes EC. As relações interpessoais na enfermagem: Influência da liderança na motivação da equipe técnica. *Rev Saúde*. 2019;13(1/2):8-16.
14. Merhy EE, Feuerwerker LC, Santos ML, Bertussi DC, Baduy RS. Basic Health care Network, field of forces and micropolitics: Implications for health management and care. *Saúde Debate*. 2019;43(Esp 6):70-83.
15. Mattos JC, Balsanelli AP. A liderança do enfermeiro na atenção primária à saúde: revisão integrativa. *Enferm Foco*. 2019;10(4):164-71.
16. Abbad GS, Parreira CM, Pinho DL, Queiroz E. Ensino na saúde no Brasil: Desafios para a Formação Profissional e Qualificação para o Trabalho. Curitiba: Jaruá; 2016.
17. Pain JS. Thirty years of the Unified Health System (SUS). *Ciênc Saúde Coletiva*. 2018;23(6):1723-8.

AVALIAÇÃO DO RISCO DO DESENVOLVIMENTO DE LESÕES POR PRESSÃO EM PACIENTES DE UMA UNIDADE HOSPITALAR

ASSESSMENT OF THE RISK OF PRESSURE INJURY DEVELOPMENT IN PATIENTS IN A HOSPITAL UNIT

EVALUACIÓN DEL RIESGO DE DESARROLLO DE LESIONES POR PRESIÓN EN PACIENTES DE UNA UNIDAD HOSPITALARIA

Izabela Figueiredo Pires¹
 Vitória Maria Luna Faria¹
 Márcia Matos Sá Ottoni Letro¹
 Mara Rúbia Maciel Cardoso do Prado¹
 Patrícia de Oliveira Salgado¹
 Cristiane Chaves de Souza¹
 Luciene Muniz Braga¹
 Pedro Paulo do Prado Júnior¹

(<http://orcid.org/0000-0001-6065-1161>)
 (<http://orcid.org/0000-0002-3398-120X>)
 (<http://orcid.org/0000-0003-0666-4847>)
 (<http://orcid.org/0000-0001-6314-0009>)
 (<http://orcid.org/0000-0002-0743-0244>)
 (<http://orcid.org/0000-0003-4410-0903>)
 (<http://orcid.org/0000-0002-2297-395X>)
 (<http://orcid.org/0000-0002-3426-3496>)

Descritores

Enfermagem; Lesão por pressão; Cuidados de enfermagem; Fatores de risco; Hospitalização

Descriptors

Nursing; Pressure injury; Nursing care; Risk factors; Hospitalization

Descriptores

Enfermería; Lesión por presión; Atención de enfermería; Factores de riesgo; Hospitalización

Submetido

29 de Março de 2021

Aceito

2 de Junho de 2021

Conflitos de Interesse:

nada a declarar.

Autor correspondente

Izabela Figueiredo Pires
 E-mail: izabela.pires@ufv.br

RESUMO

Objetivo: Avaliar o risco do desenvolvimento de lesões por pressão em pacientes admitidos nas unidades de internação de um hospital da Zona da Mata Mineira.

Métodos: Pesquisa transversal e descritiva, com abordagem quantitativa composta por 322 pacientes. As entrevistas foram realizadas através de um roteiro semiestruturado, organizadas e analisadas através do programa Microsoft Excel 2007.

Resultados: Houve predomínio no sexo feminino com 173 (53,7%) pacientes. Dentre os entrevistados, 200 (62,1%) possuíam menos de 60 anos e a principal unidade de internação avaliada foi a clínica médica com 209 (64,9%) casos. Através da aplicação da escala de Braden, 222 (68,9%) apresentaram-se sem risco para o desenvolvimento de lesão por pressão e 40 (12,4%) com baixo risco. Entretanto, 23 (7,1%) dos pacientes apresentavam alto risco e 37 (11,5%) risco moderado.

Conclusão: Foram observadas fragilidades na avaliação do risco dos pacientes, bem como na prevenção desses agravos. Além disso, foi possível ressaltar os principais fatores contribuintes para o paciente hospitalizado desenvolver lesão por pressão.

ABSTRACT

Objective: To assess the risk of developing pressure injuries in patients admitted to inpatient units of a hospital in Zona da Mata Mineira.

Methods: Cross-sectional and descriptive research, with a quantitative approach composed of 322 patients. The interviews were conducted through a semi-structured script, organized and analyzed using the Microsoft Excel 2007 program.

Results: There was a predominance of females with 173 (53.7%) patients. Among the interviewees, 200 (62.1%) were less than 60 years old and the main hospitalized unit evaluated was the medical clinic with 209 (64.9%) cases. Through the application of the Braden scale, 222 (68.9%) presented no risk for the development of pressure injury and 40 (12.4%) with low risk. However, 23 (7.1%) of the patients were at high risk and 37 (11.5%) were at moderate risk.

Conclusion: Weaknesses were observed in the risk assessment of patients, as well as in the prevention of these diseases. In addition, it was possible to highlight the main contributing factors for hospitalized patients to develop pressure injuries.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar el riesgo de desarrollar lesiones por presión en pacientes ingresados en unidades de internación de un hospital de la Zona da Mata Mineira.

Métodos: Investigación transversal y descriptiva, con abordaje cuantitativo compuesta por 322 pacientes. Las entrevistas se realizaron a través de un guión semiestructurado, organizado y analizado utilizando el programa Microsoft Excel 2007.

Resultados: Hubo predominio del sexo femenino con 173 (53,7%) pacientes. Entre los entrevistados, 200 (62,1%) eran menores de 60 años y la principal unidad hospitalizada evaluada fue la clínica médica con 209 (64,9%) casos. Mediante la aplicación de la escala de Braden, 222 (68,9%) no presentaron riesgo para el desarrollo de lesión por presión y 40 (12,4%) con riesgo bajo. Sin embargo, 23 (7,1%) de los pacientes tenían alto riesgo y 37 (11,5%) tenían riesgo moderado.

Conclusión: Se observaron debilidades en la evaluación del riesgo de los pacientes, así como en la prevención de estas enfermedades. Además, fue posible destacar los principales factores que contribuyen a que los pacientes hospitalizados desarrollen lesiones por presión.

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

Como citar:

Pires IF, Faria VM, Letro MM, Prado MR, Salgado PO, Souza CC, et al. Avaliação do risco do desenvolvimento de lesões por pressão em pacientes de uma unidade hospitalar. *Enferm Foco*. 2021;12(6):1098-105.

DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n6.4729>

INTRODUÇÃO

A lesão por pressão (LPP) é definida como a destruição das camadas da pele e tecidos subjacentes, geralmente sobre uma superfície óssea, resultante da pressão prolongada ou de sua combinação com forças de fricção e cisalhamento. Destaca-se nesse contexto, umas das principais complicações apresentadas por pessoas acamadas no domicílio ou em unidades hospitalares.^(1,2)

Dentre os fatores de risco associados ao desenvolvimento da LPP, evidenciam-se: limitação da mobilidade, instabilidade hemodinâmica, déficit nutricional, alterações no nível de consciência, incontinência urinária e fecal, presença de doenças crônicas e morbidades, como hipertensão arterial sistêmica ou diabetes, baixa umidade e exposição ao frio, pressão, cisalhamento e fricção.⁽³⁻⁵⁾ Nessa perspectiva, a LPP está associada a um fenômeno multicausal, de caráter evitável e diretamente influenciável por fatores intrínsecos e extrínsecos.⁽¹⁾

Indubitavelmente, a ocorrência da LPP causa vários transtornos físicos e emocionais ao paciente. Além disso, aumenta o risco de complicações, influenciando na morbidade e mortalidade, resultando em encargos financeiros significativos para os sistemas de saúde, devido aos altos custos relacionados ao tratamento, que envolve recursos humanos, financeiros e materiais.^(1,5,6)

Sendo assim, a presença da LPP tem sido reconhecida como um problema de saúde pública e indicador de qualidade da assistência de enfermagem prestada aos serviços de saúde.⁽¹⁾ Nessa perspectiva, como o profissional de enfermagem está diretamente relacionado no cuidado dos pacientes, faz-se necessário o conhecimento científico baseado em evidências, visando a otimização dos recursos humanos disponíveis e a redução dos custos à instituição, além de subsidiar os profissionais no desenvolvimento de estratégias.⁽⁴⁾

Nesse contexto, questiona-se: qual o risco dos pacientes admitidos em unidades hospitalares desenvolverem lesão por pressão? A resposta dessa questão poderá trazer contribuições aos gestores e enfermeiros, para o uso de ferramentas afim de garantir segurança da assistência prestada, redução dos custos e potencialização do gerenciamento do cuidado.

Após o exposto, objetiva-se com esse estudo, avaliar o risco do desenvolvimento de lesões por pressão em pacientes admitidos nas unidades de internação de um hospital da Zona da Mata Mineira.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal e descritivo, com abordagem quantitativa, realizado em um hospital de um município da Zona da Mata do estado de Minas Gerais.

A população do estudo foi composta por 322 pacientes de ambos os sexos, admitidos nas unidades de clínica médica e cirúrgica da instituição pelo Sistema Único de Saúde (SUS). O cálculo amostral foi obtido através da associação do número de pacientes admitidos nas unidades de internação da clínica médica e clínica cirúrgica no ano de 2018.

Posteriormente, considerou-se um estudo brasileiro que apresentou incidência global de 39,8% de ocorrência de LPP.⁽⁷⁾ O cálculo amostral foi obtido através do programa estatístico Epi Info 7.0 e o nível de confiança adotado desse estudo foi de 95%, totalizando amostra mínima de 294 pacientes. Devido a possíveis perdas e dados incompletos, a pesquisa se estendeu até 322 pacientes.

O acesso aos participantes se deu por meio de visitas realizadas diariamente nas clínicas de internação para verificação dos admitidos por meio de entrevista individual, orientada por roteiro semiestruturado, contendo questões relacionadas sobre a identificação do paciente, motivo da internação, história patológica pregressa, uso de dispositivos médicos, avaliação antropométrica e questões relacionadas a prevenção do paciente em desenvolver lesão por pressão.

Os critérios de inclusão utilizados, foram todos os pacientes admitidos que aceitaram a participação, mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), no período de coleta de dados do estudo. Para os pacientes incapazes de assinar e menores de 18 anos, foi realizado um TCLE específico onde os acompanhantes autorizavam o uso dos dados, além do consentimento do paciente através do termo de assentimento. Foram excluídos os pacientes que estavam em precaução por contato.

Para avaliação do risco de LPP, utilizou-se a Escala de Braden e adotou-se os seguintes níveis de risco: escore <11 são considerados com alto risco de desenvolverem LP; entre 12 e 14, risco moderado; entre 15 e 16, baixo risco; e entre 17 e 23, sem risco.⁽⁸⁾ O índice de massa corporal, foi analisado segundo a Organização Mundial da Saúde (2003), como: baixo peso (<18,5), eutrofia (18,5-24,99), sobrepeso (25-29,99), obesidade (≥30,00).⁽⁹⁾

Os pacientes que não obtinham restrições para se levantarem do leito, foi realizada a pesagem em balança digital de até 150 kg. A altura, perímetro do braço e panturrilha, foram aferidas através de uma fita métrica de 150 cm inelástica e a altura do joelho, através de um antropômetro. Dessa forma, aqueles pacientes maiores de 60 anos e que apresentavam restrições de movimentação, foi realizada a verificação desses dados para estimativa do peso e altura através da fórmula validada por CHUMLEA, et al. (1994),⁽¹⁰⁾ posteriormente foi avaliado o índice de massa corporal.

Os dados obtidos foram processados em banco de dados, organizados e analisados através do programa Microsoft Excel 2007. Para a análise descritiva dos dados foram utilizadas as distribuições de frequências simples.

Esta pesquisa cumpriu com os preceitos éticos sobre pesquisas envolvendo seres humanos, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Viçosa sob CAAE nº. 27116619.7.0000.5153.

RESULTADOS

Dentre os pacientes avaliados, 173 (53,7%) eram do sexo feminino e a idade dos pacientes variou de 14 a 100 anos. Destes, 200 (62,1%) apresentaram menos que 60 anos e 122 (37,9%) \geq 60 anos. Identificou-se nesse estudo, maior prevalência de pacientes que se declararam brancos 204 (63,4%) e em referência a unidade de internação, 209 (64,9%) deles estavam na clínica médica (Tabela 1).

Tabela 1. Caracterização dos dados sociodemográficos e clínicos dos pacientes admitidos (n=322)

Categorias	n(%)
Idade	
<60	200(62,1)
\geq 60	122(37,9)
Sexo	
Feminino	173(53,7)
Masculino	149(46,3)
Raça	
Branco	204(63,4)
Negro	118(36,6)
Unidade de internação	
Clínica médica	209(64,9)
Clínica cirúrgica	113(35,1)

Na tabela 2, estão representadas as informações referentes aos dados clínicos dos pacientes durante a internação. Houve maior predomínio naqueles que permaneceram menos que 10 dias (80,4%) e 8 (2,5%) não foram informados pelo sistema se evoluíram para alta ou óbito, enquanto 9 (2,8%) foram à óbito e 305 (94,7%) receberam alta.

Sobre os motivos da internação, houve maior prevalência da causa ortopédica (28,9%). Contudo, alguns motivos da internação, doenças preexistentes e medicamentos utilizados se repetiram durante a entrevista, fazendo com o que o número total relatos ultrapassasse o número total de pacientes. Quanto ao uso de medicamentos, 113 (35,9%) pacientes relataram não utilizar medicamentos no domicílio e 15 (4,6%) não souberam responder. Observou-se, 40 classes de fármacos e 155 tipos de drogas, sendo que a principal classe utilizada foi a dos anti-hipertensivos, totalizando 99 (17,1%) relatos, seguida dos hipoglicemiantes 50 (8,6%) e anticoagulantes 29 (5,0%). No contexto das doenças preexistentes, 121 (37,6%)

Tabela 2. Caracterização dos dados clínicos dos pacientes admitidos (n=322)

Categorias	n(%)
Tempo de internação	
< 10 dias	259(80,4)
\geq 10 dias	46(14,3)
Motivo da internação	
Cardiovascular	22(6,8)
Respiratório	42(13,0)
Gastrointestinal	69(21,4)
Ginecológico	48(14,9)
Ortopédicos	93(28,9)
Causas externas	15(4,7)
Outros	71(22,0)
Medicamentos	
Anti-hipertensivo	99(17,1)
Hipoglicemiantes	50(8,6)
Anticoagulante	29(5,0)
Não utilizam	113(35,9)
Não sabem	15(4,6)
Outros	270(46,8)
História patológica	
Hipertensão arterial sistêmica	121(37,6)
Diabetes <i>mellitus</i>	43(13,3)
Cardiopatia	21(6,5)
Não sabem	16(5,0)
Não possuem	112(34,8)
Outros	148(46,0)
IMC	
Baixo peso (IMC <18,5)	19 (5,9)
Eutrofia (IMC 18,5-24,99)	107 (33,2)
Sobrepeso (IMC (25-29,99)	74 (23,0)
Obesidade (IMC \geq 30,00)	40 (12,4)
Não coletado	82 (25,5)
Desfecho	
Alta	305(94,7)
Óbito	9(2,8)
Sem informação	8(2,5)

dos pacientes, relataram possuir hipertensão arterial sistêmica (HAS), 43 (13,3%) diabetes mellitus (DM) e 21 (6,5%) alguma cardiopatia. Entretanto, 112 (34,8%) dos pacientes disseram não possuir nenhum problema relacionado a saúde, enquanto 16 (5%) não souberam e 148 (46,0%) afirmaram outras comorbidades. Dentre os riscos para o desenvolvimento de LPP, avaliou-se o IMC dos pacientes, onde 19 (5,9%) apresentaram baixo peso, 107 (33,2%) eutrofia, 74 (23%) sobrepeso, 40 (12,4%) obesidade e 82 (25,5%) não foi possível verificar devido a alguma condição incapacitante para serem pesados e/ou medidos. Na tabela 3, foram categorizados os dados clínicos dos pacientes, sendo estes, relatados, por fontes secundárias ou observados durante a avaliação. Na avaliação da orientação e mobilidade foi questionado e observado que a maior parte dos pacientes (86,6%), demonstraram-se orientados, 32 (9,9%) desorientados, 6 (1,9%) agitados e 5 (1,6%) comatosos. Na avaliação da mobilidade, 142 (44,1%) demonstraram redução na capacidade de se movimentar e 24 (7,5%) apresentavam mobilidade ausente.

Tabela 3. Caracterização dos dados clínicos relatados pelos pacientes admitidos (n=322), por fontes secundárias ou observadas

Categorias	n(%)
Nível de orientação	
Orientado	279(86,6)
Desorientado	32(9,9)
Agitado	6(1,9)
Comatoso	5(1,6)
Incontinência	
Urinária	17(5,3)
Urinária e Intestinal	47(14,6)
Não apresenta	275(80,1)
Mobilidade	
Preservada	156(48,4)
Reduzida	142(44,1)
Ausente	24(7,5)
Dispositivos médicos	
Cateter venoso periférico	266(82,6)
Cateter vesical de demora	37(11,5)
Tala	19(5,9)
Dreno	8(2,5)
Outros	36(11,1)

Em relação incontinência urinária e fecal dos participantes, 275 (80,1%) não apresentavam nenhum tipo de incontinência, porém 47 (14,6%) apresentaram incontinência urinária e fecal e 17 (5,3%) apenas urinária. Sobre o uso de dispositivos médicos pelos pacientes no momento da entrevista, os mais prevalentes foram o cateter venoso periférico (CVP), em 266 (82,6%) dos casos, seguido do cateter vesical de demora (CVD) 37 (11,5%), talas 19 (5,9%) e drenos 8 (2,5%). Sobre os dados clínicos dos pacientes, foram analisadas também as recomendações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Nota Técnica GVIMS/GGTES nº 03/2017 - Práticas seguras para prevenção de Lesão por Pressão em serviços de saúde, descritos na tabela 4.

No que tange ao uso de apoios na panturrilha, 253 (78,6%) não usavam nenhum tipo de apoio durante a avaliação. O uso de colchão especial foi verificado em apenas 31 (9,6%) dos pacientes e ao verificarmos se os pacientes mudavam de posição a cada 2 horas, 64 (19,9%) disseram que não. Não foi questionado se quando a movimentação era realizada foi através de algum profissional da saúde. A avaliação da hidratação da pele, demonstrou que 256 (79,5%) não utilizavam qualquer tipo de creme, já em relação à manutenção da higiene corporal, 13 (4%) relataram não se sentirem totalmente higienizados ou difícil manutenção. Sobre a avaliação geral realizada pelos profissionais, 213 (66,1%) pacientes nas unidades de internação haviam sido avaliados pela equipe médica ou de enfermagem. A avaliação da pele não foi relatada em 308 (95,7%) dos pacientes hospitalizados. Quanto a orientação sobre prevenção e tratamento de lesão, 314 (97,5%) expressaram que não foram orientados nesse quesito. Concomitante a análise

Tabela 4. Caracterização dos dados clínicos dos pacientes admitidos (n=322), segundo as recomendações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária

Categorias	n(%)
Apoio na panturrilha	
Sim	69(21,4)
Não	253(78,6)
Hidratação diária da pele	
Sim	66(20,5)
Não	256(79,5)
Manutenção da higiene corporal	
Sim	309(96,0)
Não	13(4,0)
Uso de colchão especial	
Sim	31(9,6)
Não	291(90,4)
Mudança de posição a cada 2 horas	
Sim	258(80,1)
Não	64(19,9)
Avaliação médica ou de enfermagem	
Sim	213(66,1)
Não	109(33,9)
Avaliação da pele	
Sim	14(4,3)
Não	308(95,7)
Orientação a família ou paciente sobre prevenção de LPP	
Sim	8(2,0)
Não	314(97,5)

do risco dos pacientes, foi possível observar na tabela 05 que a maior parte dos avaliados através da aplicação da escala de Braden, 222 (68,9%) apresentaram-se sem risco para o desenvolvimento de LPP e 40 (12,4%) com baixo risco. Entretanto, 23 (7,1%) dos pacientes apresentavam alto risco e 37 (11,5%) risco moderado (Tabela 5).

Tabela 5. Análise dos níveis de risco dos pacientes admitidos (n=322), para o desenvolvimento de lesão por pressão, segundo a Escala de Braden

Categoria	n(%)
Alto risco (<11)	23(7,1)
Risco moderado (12-14)	37(11,5)
Baixo risco (15-16)	40(12,4)
Sem risco (17-23)	222(68,9)

DISCUSSÃO

As LPP podem ser consideradas preditoras de mortalidade em indivíduos de idades avançadas, independentemente de outros fatores de risco. Isso se deve à diminuição da elasticidade da pele, à hidratação cutânea insuficiente e à alteração na sensibilidade.^(11,12) Neste estudo, os pacientes que apresentavam <60 anos obtiveram média segundo a escala de Braden em 18,7 pontos, já aqueles com idade ≥60 em 15,4 pontos, indicando dessa forma, maior risco naqueles pacientes com idades mais avançadas.

Dos pacientes avaliados 204 (63,4%) se declaram brancos, enquanto 118 (36,6%) se declararam negros. Em

relação a raça, é relatado na literatura que a pele negra tem maior resistência à agressão externa causada pela umidade e fricção devido a estrutura do estrato córneo, que nestes é mais compacto.⁽¹³⁻¹⁵⁾

Um estudo realizado sobre a ocorrência de LPP segundo as clínicas de internação, evidenciou que a frequência de ocorrência na clínica médica foi de 29%, já na clínica cirúrgica 16%.⁽¹⁶⁾ Outro achado sobre a ocorrência de LPP segundo as clínicas, obteve prevalência de lesão por pressão em 41,5% dos pacientes na clínica médica e 17% na clínica cirúrgica.⁽¹⁷⁾

Sobre o grau de dependência dos pacientes em relação ao cuidado de enfermagem, um estudo demonstrou que nessas unidades de internação encontrou-se predominância de pacientes classificados no grau mínimo do cuidado de enfermagem, sendo 70,3% na clínica médica e 66,9% na clínica cirúrgica. Este ainda ressalta que a clínica médica, composta na maioria por pacientes crônicos que apresentam grande instabilidade em seu quadro clínico ou então por pacientes em fase de investigação diagnóstica, exibiram as maiores taxas de ocupação dos leitos.⁽¹⁸⁾

Os estudos citados vão ao encontro a análise dos dados os resultados, onde indicaram maior taxa de avaliados na clínica médica (64,1%), sugerindo dessa forma, maior taxa de ocupação. Em relação ao grau de dependência dos pacientes, foi identificada na avaliação da mobilidade, que 142 (44,1%) dos pacientes apresentavam redução na capacidade de se movimentar e 24 (7,5%) apresentavam mobilidade ausente, indicando certo grau de dependência da equipe de Enfermagem.

Sobre o tempo de internação dos pacientes, um estudo brasileiro desenvolvido em um hospital geral de Santa Catarina, demonstrou que após a admissão, os pacientes do setor clínico e cirúrgico desenvolveram a lesão em aproximadamente 8 e 13 dias, respectivamente, sendo que 68,3% dos pacientes desenvolveram em menos de 10 dias.⁽¹⁷⁾ Semelhante ao estudo citado, este observou que houve maior predomínio naqueles que permaneceram menos que 10 dias, 259 (80,4%), enquanto 46 (14,3%), permaneceram ≥ 10 dias.

No que tange aos motivos de internação, o principal motivo de internação relatado foi devido a causas ortopédicas, totalizando 93 (28,9%) casos. Essa condição na maioria dos casos pode restringir a mobilidade do paciente, o que aumenta o risco de desenvolver lesões. Quando verificado a média da pontuação pela escala Braden nos pacientes com mobilidade ausente e reduzida, estes obtiveram 11 e 16,3 na pontuação, respectivamente.

A mobilidade é o requisito de maior impacto quando relacionada ao aparecimento da LPP. Dessa forma, manter o paciente na mesma posição corporal por muito tempo pode levar a um gradiente gravitacional que interfere no sistema cardiovascular e pulmonar, o que conseqüentemente leva a uma diminuição na oxigenação e no aporte sanguíneo nas extremidades, favorecendo ao surgimento dessas lesões.⁽¹⁹⁾

A diminuição do nível de consciência, mobilidade e percepção sensorial decorrente de patologias de origem neurológicas, demonstram relações com o desenvolvimento das lesões, uma vez que esses pacientes apresentam dificuldades na percepção de dor e desconforto, além da capacidade em se movimentar sozinho.⁽²⁰⁾ Vale ressaltar que apesar da maioria dos pacientes avaliados apresentavam-se orientados, apenas 156 (48,4%) possuíam mobilidade preservada.

Sabe-se que o risco do desenvolvimento de LPP, pode aumentar quando associado ao uso de alguns grupos farmacológicos. A literatura destaca que os anti-hipertensivos apresentam relação com o desenvolvimento da LPP e, um dos fatores que pode favorecer essa relação é a alteração da perfusão tecidual. Indo ao encontro do achado que indicou 99 (17,1%) relatos de participantes em uso de anti-hipertensivos.⁽²¹⁾

Um dos sinalizadores para que as medidas preventivas sejam instituídas com o intuito de evitar a formação de lesões, é a presença de patologias que prolongam a hospitalização do paciente e exige repouso prolongado no leito.⁽²²⁾ O estudo ainda refere sobre a relação com as doenças preexistentes, uma delas a hipertensão arterial sistêmica, que foi a doença relatada por 121 (37,6%) dos pacientes deste estudo.

Quando verificado o índice de massa corporal, 19 (5,9%) apresentaram baixo peso, 107 (33,2%) eutrofia, 74 (23%) sobrepeso e 40 (12,4%) obesidade. As pessoas emagrecidas são mais propensas ao acometimento das lesões devido ao atrito provocado pelas saliências das proeminências ósseas sobre a superfície. Já os pacientes obesos, devido à restrição na mobilidade, a vascularização reduzida do tecido adiposo e a ausência de elasticidade são mais favoráveis ao rompimento de tecido.⁽²³⁾

No quesito incontinência, 47 (14,6%) pacientes apresentaram incontinência urinária e fecal e 17 (5,3%) apenas urinária. Sabe-se que a exposição prolongada da pele à umidade, decorrente das eliminações vesicais/intestinais, pode ocasionar macerações e enfraquecimento de suas camadas superficiais predispondo ao acometimento de lesões por pressão.^(17,24)

A formação de LPP em regiões incomuns, geralmente são ocasionadas pelo uso de dispositivos médicos, como sondas e cateteres, sendo denominadas de lesões por pressão relacionadas a dispositivos médicos (LPP RDM).⁽²⁵⁾ Neste estudo, foram indicados fatores de risco para o desenvolvimento deste tipo de evento, sendo o mais comum o cateter venoso periférico (82,6%), seguido do cateter vesical de demora (11,5%), talas (5,9%) e drenos (2,5%).

Segundo uma revisão integrativa, foram identificados onze dispositivos de risco para o desenvolvimento das lesões. Entre os citados, destacam-se, a sonda vesical de demora e a tala imobilizadora, encontrados no presente estudo.⁽²⁵⁾

O autor ainda ressalta que as medidas gerais para prevenir e tratar as lesões por pressão relacionadas aos dispositivos, incluem cuidados de avaliação periódica da pele, reposicionamento dos dispositivos e uso de curativos para diminuir a força de cisalhamento. Além disso, existem medidas gerais e específicas de acordo com o tipo de dispositivo utilizado, sendo a maioria de simples execução e pautada principalmente na avaliação periódica da pele sob os dispositivos.⁽²⁵⁾

Nos resultados, 253 (78,6%) dos participantes avaliados não usavam apoios na panturrilha. A fim de reduzir as pressões sobre proeminências ósseas, o uso de travesseiros e cunhas, em especial quando utilizados entre superfícies da pele, como joelhos, onde pode haver o atrito, e sob panturrilhas, reduz as pressões na interface com o calcanhar, fazendo com que previna a formação das lesões.⁽²⁶⁾

Segundo o protocolo do Ministério da Saúde (2013) a pele úmida é mais vulnerável ao desenvolvimento de lesões cutâneas e tende a se romper mais facilmente. Além disso, a pele seca pode ser um fator de risco importante e independente no desenvolvimento das lesões.⁽²⁷⁾ Essas evidências chamam atenção para os achados que indicaram que 79,5% dos participantes não hidratavam sua pele, constituindo outro fator de risco.

Em relação ao uso do colchão, o Ministério da Saúde ressalta o uso de colchões de espuma altamente específica em vez de colchões hospitalares padrão, em todos os indivíduos de risco para desenvolver LPP, o mecanismo de ação envolvido está na redistribuição de pressão exercida pelo corpo.⁽²⁷⁾ Considerando que 100 (31,0%) pacientes apresentavam algum risco segundo a escala de Braden, apenas 31 (9,6%) deles faziam uso de colchão especial.

Outro fator a ser considerado é em relação ao reposicionamento dos indivíduos em risco ou que apresentem LPP, que deve ser realizado, exceto em situações que haja contraindicações, pois promovem a redistribuição da

pressão, principalmente em áreas de proeminências ósseas.⁽²⁶⁾ Dos participantes, 64 (19,9%) relataram não passarem pelo reposicionamento, fazendo com que estes se tornem vulneráveis ao desenvolvimento de LPP.

Segundo as recomendações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária,⁽²⁸⁾ foi questionado aos pacientes sobre a avaliação médica ou de enfermagem, a avaliação da pele e a orientação sobre prevenção de lesão por pressão. Mesmo que a maior parte dos pacientes haviam sido avaliados por algum profissional durante aquele momento da internação, poucos expressaram sobre a avaliação da pele e orientações sobre a LPP.

Diante disso, é necessário salientar um dos impactos que a avaliação e orientação do paciente sobre a LPP pode atenuar, um deles o impacto financeiro. Sabendo disso, foi realizado um levantamento dos gastos com materiais para a realização dos curativos em um hospital de extra porte, no estado de Minas Gerais. O estudo revelou que o custo médio do tratamento gira em torno de R\$ 36.629,95 mensais, sendo o valor de R\$ 915,75 por paciente/mês, chegando ao gasto diário de R\$ 30,53 por paciente. Considerando os gastos anuais, os valores chegam a R\$ 445.664,38. Os valores apresentados desconsideram os gastos envolvendo recursos humanos e físicos, como: funcionários, água, luz, telefone e outros.⁽³⁾

Uma vez instalada a LPP a demanda de tempo de atendimento pelos profissionais de Enfermagem aumenta em 50% do que seria dispensado caso esse tempo fosse aplicado apenas na prevenção. Além disso, é um dos indicadores de qualidade do serviço prestado pelas instituições hospitalares e principalmente do serviço de enfermagem, constituindo-se como um problema de saúde pública.⁽²⁾

Por fim, os escores apresentados pela escala de Braden na avaliação inicial colaboram para que o enfermeiro identifique precocemente os pacientes que têm maior propensão em desenvolver LPP, contribuindo assim para que o profissional programe estratégias para evitar o surgimento dessas lesões.⁽¹⁷⁾ No entanto, apenas a classificação do risco dos pacientes torna-se insuficiente mediante as implicações do agravo.

Diante da observação do déficit de orientações e informações aos pacientes segundo as recomendações de prevenção de lesão por pressão, estas foram realizadas durante a coleta de dados, como forma de minimizar os riscos. Além disso, a vivência prática contribui para formação de estudantes de enfermagem no âmbito hospitalar e saúde pública.

Assim, diante da discussão e análise crítica dos resultados, é possível destacar algumas implicações para a prática profissional e para o serviço de saúde. Exemplo disso,

seria a capacitação da equipe através da educação permanente, aumento do número de profissionais, o uso constante de escalas e ferramentas na avaliação, uso de POP's (Procedimento Operacional Padrão), avaliação do reposicionamento, monitoramento e avaliação dos dispositivos médicos.

Destaca-se como limitações do estudo, o cenário das entrevistas e os ruídos externos. Além disso, a conjunção dos pacientes do setor cirúrgico e clínico nas mesmas unidades de internação.

Os resultados deste estudo podem contribuir para a melhoria da assistência e planejamento dos cuidados de enfermagem e sua atuação nos principais fatores de risco identificados no estudo.

CONCLUSÃO

Pode-se concluir com os dados do presente estudo que, foi possível ressaltar os principais fatores contribuintes para o risco do paciente hospitalizado em desenvolver LPP durante a internação. Além disso, identificar o perfil dos pacientes internados que é essencial para a identificação dos fatores de risco a qual estão expostos e assim traçar um plano de cuidados para prevenção. Ademais, notou-se uma fragilidade na avaliação e orientação desses pacientes por parte dos profissionais. A educação em saúde realizada pelos profissionais sobre as atitudes preventivas, é uma estratégia para que o paciente expresse sua autonomia e se responsabilize sobre o seu cuidado e adote um comportamento protetivo naquilo que estiver ao seu alcance. De modo geral, é fundamental buscar estratégias preventivas

ou redutoras de agravos e potencializar a avaliação desses pacientes pelos profissionais da saúde, bem como estimular a comunicação para uma orientação efetiva, diminuindo assim, a ocorrência desses agravos. Diante do exposto, é fundamental desenvolver estratégias de ensino que enfoquem uma melhor qualificação e capacitação dos profissionais e futuros profissionais, visando a qualidade dos cuidados oferecidos aos pacientes. Por fim, espera-se que os resultados ao emergirem da presente investigação sirvam de apoio para a (re)formulação de medidas preventivas da LPP, buscando por meio dessas, reduzir os acometimentos desses eventos nas unidades hospitalares e, conseqüentemente, seus impactos negativos à saúde do paciente e aos serviços de saúde.

Agradecimentos

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES), pelo apoio financeiro - Código de Financiamento 001.

Contribuições

Concepção e/ou desenho do estudo: Pires IF, Prado Júnior PP; Coleta, análise e interpretação dos dados: Pires IF, Faria VML, Letro MMSO, Prado MRMC, Salgado PO, Souza CC, Braga LM, Prado Júnior PP; Redação e/ou revisão crítica do manuscrito: Pires IF, Faria VML, Letro MMSO, Prado MRMC, Salgado PO, Souza CC, Braga LM, Prado Júnior PP; Aprovação da versão final a ser publicada: Pires IF, Faria VML, Letro MMSO, Prado MRMC, Salgado PO, Souza CC, Braga LM, Prado Júnior PP.

REFERÊNCIAS

1. Rocha DM, Bezerra SM, Oliveira AC, Silva JS, Ribeiro IA, Nogueira LT. O custo da terapia tópica em pacientes com lesão por pressão. *Rev Enferm UFPE online*. 2018;12(10):2555-63.
2. Tonole R, Brandao ES. Recursos humanos e materiais para a prevenção de lesão por pressão. *Rev Enferm UFPE online*. 2018;12(8):2170-80.
3. Costa AM, Matozinhos AC, Trigueiro PS, Cunha RC, Moreira LR. Custos do tratamento de úlceras por pressão em unidade de cuidados prolongados em uma instituição hospitalar de Minas Gerais. *Rev Enferm*. 2015;18(1):58-74.
4. Sousa RC, Faustino AM. Conhecimento de enfermeiros sobre prevenção e cuidados de lesão por pressão. *J Res Fundam Care Online*. 2019;11(4):992-7.
5. Otto C, Schumacher B, Wiese LP, Ferro C, Rodrigues RA. Fatores de risco para o desenvolvimento de lesão por pressão em pacientes críticos. *Enferm Foco*. 2019;10(1):7-11.
6. Moraes JT, Borges EL, Lisboa CR, Cordeiro DC, Rosa EG, Rocha NA. Conceito e classificação de lesão por pressão: atualização do national pressure ulcer advisory panel. *Enferm Cent O Min*. 2016;10(2):2292-306.
7. Rogenski NM, Santos VL. Estudo sobre a incidência de úlceras por pressão em um hospital universitário. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2005;13(4):474-80.
8. Araújo CR, Lucena ST, Santos IB, Soares MJ. A enfermagem e a utilização da Escala de Braden em úlcera por pressão. *Rev Enferm UERJ*. 2010;18(3):359-64.
9. World Health Organization (WHO). Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Geneva: WHO; 2003 [cited 2020 July 13]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42665/WHO_TRS_916.pdf?sequence=1
10. Chumlea WC, Guo SS, Steinbaugh ML. Prediction of stature from knee height for black and white adults and children with application to mobility-impaired or handicapped persons. *J Am Diet Assoc*. 1994;94(12):1385-8.
11. Borghardt AT, Prado TN, Bicudo DS, Bringuente ME. Úlcera por pressão em pacientes críticos: incidência e fatores associados. *Rev Bras Enferm*. 2016;69(3):460-7.

12. Matozinhos FP, Velasquez-Melendez G, Tiensoi SD, Moreira AD, Gomes FS. Factors associated with the incidence of pressure ulcer during hospital stay. *Rev Esc Enferm USP*. 2017;51:e03223.
13. Blanes L, Duarte IS, Calil JA, Ferreira LM. Avaliação clínica e epidemiológica das úlceras por pressão em pacientes internados no Hospital. *Rev Assoc Med Bras*. 2004;50(2):182-7.
14. Carvalho F, Donoso MT, Couto BR, Matos SS, Lima LK, Pertussati E. Prevalência de lesão por pressão em pacientes internados em hospital privado do estado de Minas Gerais. *Enferm Foco*. 2019;10(4):159-64.
15. Ortiz SR, Dourado CP, Sanches F. Perfil epidemiológico, clínico e nutricional de pacientes com lesão por pressão de um hospital público de Campo Grande-MS. *FAG J Health*. 2020;2(2):231-43.
16. Barbosa JM, Salomé GM. Ocorrência de lesão por pressão em pacientes internados em um hospital-escola. *Estima Braz J Enterostomal Ther*. 2018;16:e2718.
17. Moro A, Maurici A, Valle JB, Zaclikevis VR, Kleinubing Junior H. Avaliação dos pacientes portadores de lesão por pressão internados em hospital geral. *Rev Assoc Med Bras*. 2007;53(4):300-4.
18. Laus AM, Anselmi ML. Caracterização dos pacientes internados nas unidades médicas e cirúrgicas do HCFMRP-USP, segundo o grau de dependência em relação ao cuidado de enfermagem. *Rev. Latino-Am Enfermagem*. 2004;12(4):643-9.
19. Santos LR, Lino AI. Riscos de lesão por pressão: aplicação da Escala de Braden em terapia intensiva. *ESTIMA, Braz J Enterostomal Ther*. 2018;16:e0818.
20. Sousa Junior BS, Mendonça AE, Duarte FH, Silva CC. Diagnóstico de enfermagem risco de úlcera por pressão segundo taxonomia II da North American Nursing Diagnosis Association. *Estima*. 2017;15(4):222-8.
21. Almeida AF, Soares TS, Abreu RN, Mendonça FA, Guanabara MA, Sampaio LR. Influência de fármacos sobre a formação de úlceras por pressão. *Rev Enferm Contemp*. 2016;5(1):118-24.
22. Lima PR, Damacena DE, Neves VL, Campos RB, Silva FA, Bezerra SM. Ocorrência de lesão por pressão em pacientes hospitalizados: uma revisão integrativa. *UNINGÁ Ver*. 2017;32(1):53-67.
23. Ribeiro JB, Santos JJ, Fraga IM, Santana NA, Nery FS. Principais fatores de risco para o desenvolvimento de lesão por pressão em unidades de terapia intensiva. *Ciênc Biol Saúde UNIT*. 2018;5(1):91-102.
24. Santos CT, Oliveira MC, Pereira AG, Suzuki LM, Lucena AF. Indicador de qualidade assistencial úlcera por pressão: análise de prontuário e de notificação de incidente. *Rev Gaúcha Enferm*. 2013;34(1):111-8.
25. Galletto SG, Nascimento ER, Hermida PM, Malfussi LB. Lesão por Pressão Relacionadas a Dispositivos Médicos: revisão integrativa da literatura. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(2):528-36.
26. Mendonça PK, Loureiro MD, Ferreira Júnior MA, Souza AS. Ocorrência e fatores de risco para lesões por pressão em centros de terapia intensiva. *Rev Enferm UFPE online*. 2018;12(2):303-11.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Fundação Oswaldo Cruz. Protocolo para prevenção de úlcera por pressão. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013 [citado 2022 Mar 24]. Disponível em: http://www.hospitalsantalucinda.com.br/downloads/prot_prevencao_ulcera_por_pressao.pdf
28. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Nota Técnica GVIMS/GGTES Nº3/2017: práticas seguras para prevenção de lesão por pressão em serviços de saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017 [citado 2020 Jul 29]. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271855/Nota+T%C3%A9cnica+GVIMSGGTES+n%C2%BA+03-2017/54ec39f6-84e0-4cdb-a241-31491ac6e03e>

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19

NURSING CARE FOR WOMEN IN SITUATIONS OF VIOLENCE DURING THE COVID-19 PANDEMIC

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A MUJERES EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA DURANTE LA PANDEMIA DEL COVID-19

Davydson Gouveia Santos¹

Evangelia Kotzias Atherino dos Santos¹

Gisele Knop Aued¹

Rafaella Queiroga Souto²

Juliana Silveira Bordignon¹

Marli Terezinha Stein Backes¹

(<https://orcid.org/0000-0002-5645-7785>)

(<https://orcid.org/0000-0002-5970-020X>)

(<https://orcid.org/0000-0001-5914-1105>)

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

(<https://orcid.org/0000-0002-8229-8132>)

(<https://orcid.org/0000-0003-3258-359X>)

Descritores

Assistência de enfermagem;
Profissionais de enfermagem;
Mulheres; Violência sexual;
COVID-19

Descriptors

Nursing assistance; Nursing
professionals; Women; Sexual
violence; COVID-19

Descriptores

Asistencia de enfermería;
Profesionales de enfermería;
Mujeres; Violencia sexual; COVID-19

Submetido

20 de Março de 2021

Aceito

20 de Julho de 2021

Conflitos de interesse:

nada a declarar.

Autor correspondente

Davydson Gouveia Santos
E-mail: davydsongouveia@gmail.com

RESUMO

Objetivo: Conhecer as adaptações realizadas pela enfermagem no atendimento às mulheres em situação de violência devido à pandemia da COVID-19.

Métodos: Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, abordagem qualitativa, realizado em um hospital universitário do Sul do Brasil. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada com 20 enfermeiros nos meses de julho e agosto de 2020. Os dados foram analisados por meio da técnica de análise de conteúdo com apoio do *software Qualitativa Data Analysis Mine*.

Resultados: Emergiram dos dados três categorias temáticas; Redução do fluxo de atendimento às mulheres em situação de violência sexual no período de distanciamento social; A exacerbação da violência doméstica no período de distanciamento social; Mudanças na assistência de enfermagem às mulheres em situação de violência sexual em tempos de pandemia.

Conclusão: Com a pandemia da COVID-19, houve algumas mudanças na assistência de enfermagem às mulheres violentadas sexualmente, sobretudo, em questões relacionadas à humanização do cuidado, como a restrição do acompanhante, uso ininterrupto da máscara cirúrgica pelos profissionais. Todavia, são mudanças fundamentais para a contenção da pandemia e proteção dos enfermeiros e da população.

ABSTRACT

Objective: To know the adaptations carried out by nursing in the care of women in situations of violence due to the COVID-19 pandemic.

Methods: This is an exploratory-descriptive study with a qualitative approach, carried out in a university hospital in southern Brazil. Data collection was carried out through semi-structured interviews with 20 nurses in the months of July and August 2020. Data were analyzed using the content analysis technique supported by the *Qualitativa Data Analysis Mine* software.

Results: Three thematic categories emerged from the data: Reduction in the flow of assistance to women in situations of sexual violence in the period of social distancing; The exacerbation of domestic violence in the period of social distancing; Changes in nursing care for women in situations of sexual violence in times of pandemic.

Conclusion: With the COVID-19 pandemic, there were some changes in the nursing care of sexually abused women, especially in issues related to the humanization of care, such as the restriction of the companion, uninterrupted use of the surgical mask by professionals. However, these are fundamental changes to contain the pandemic and protect nurses and the population.

RESUMEN

Objetivo: Conocer las adaptaciones que realiza la enfermería en el cuidado de mujeres en situaciones de violencia por la pandemia COVID-19.

Métodos: Se trata de un estudio exploratorio-descriptivo con abordaje cualitativo, realizado en un hospital universitario del sur de Brasil. La recolección de datos se realizó mediante entrevistas semiestructuradas a 20 enfermeras en los meses de julio y agosto de 2020. Los datos fueron analizados mediante la técnica de análisis de contenido soportada por el *software Qualitativa Data Analysis Mine*.

Resultados: De los datos surgieron tres categorías temáticas: Reducción del flujo de atención a mujeres en situaciones de violencia sexual en el período de distanciamiento social; La exacerbação de la violencia doméstica en el período de distanciamiento social; Cambios en la atención de enfermería a mujeres en situación de violencia sexual en tiempos de pandemia.

Conclusión: Con la pandemia COVID-19, se produjeron algunos cambios en el cuidado de enfermería de las mujeres abusadas sexualmente, especialmente en temas relacionados con la humanización del cuidado, como la restricción del acompañante, el uso ininterrumpido de la mascarilla quirúrgica por parte de los profesionales. Sin embargo, estos son cambios fundamentales para contener la pandemia y proteger a las enfermeras y la población.

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

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

Como citar:

Santos DG, Santos EK, Aued GK, Souto RQ, Bordignon JS, Backes MT. Assistência de enfermagem às mulheres em situação de violência durante a pandemia da COVID-19. *Enferm Foco*. 2021;12(6):1106-12.

DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n6.4736>

INTRODUÇÃO

A Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, mais conhecida como Convenção de Belém do Pará, definiu a violência contra mulher como qualquer ação ou conduta, pautada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher no âmbito público ou no privado.⁽¹⁾ Enquanto a Organização Mundial de Saúde a define como toda ação ou omissão baseada no gênero que ocasione morte, lesão, sofrimento físico, sexual, psicológico, dano moral ou patrimonial, ocorrida no âmbito doméstico, da família ou em qualquer relação íntima de afeto.⁽²⁾

No mundo, uma em cada três mulheres já sofreu violência física ou sexual por parte do parceiro íntimo ou de qualquer outro agressor no decorrer da vida, sendo que na maioria dos casos o agressor é o parceiro íntimo. No Brasil, convive-se com altas taxas de violência às mulheres, cujas causas são estruturais e consequências das desigualdades sociais e do poder pautados em raça e gênero.⁽³⁾

A violência contra às mulheres tende a aumentar durante emergências de qualquer natureza.⁽⁴⁾ Nesse sentido, a pandemia da COVID-19 torna-se um risco. O novo coronavírus, denominado cientificamente de Sars-Cov-2, é um microorganismo causador da doença chamada COVID-19. O principal modo de transmissão do vírus é por contato com indivíduos infectados, por meio da inalação de gotículas e secreções das vias respiratórias. O Sars-Cov-2 também pode estar presente nas fezes e em objetos utilizados por pessoas infectadas pelo vírus.⁽⁵⁾

Com o rápido avanço da transmissão da COVID-19 e o elevado índice de mortalidade, medidas de controle social como o distanciamento social, isolamento de casos e quarentena de conflitos, foram recomendadas para interromper o ciclo de transmissão da doença.⁽⁶⁾ Sendo estas medidas efetivas, recomenda-se a sua implementação viabilizadas por meio da adoção de políticas públicas que dão suporte a implementação e manutenção destas ações.⁽⁷⁾

Com as medidas de distanciamento social houve um avanço no número de casos de violência contra à mulher. De acordo com a Ouvidoria Nacional de Direitos Humanos do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, a média diária de ligações recebidas pelo canal de denúncia a violência à mulher, Ligue 180, foi de 3.045 ligações e 829 denúncias entre os dias 1 e 16 de março, contra 3.303 ligações e 978 denúncias, entre os dias 17 e 25 do mesmo mês.⁽⁸⁾

Durante o distanciamento social imposto pela pandemia da COVID-19, o tempo de exposição e contato com o possível agressor aumenta, uma vez que a família passa a

ter uma convivência mais intensa, além de que alguns fatores sociais como o estresse e a perda do emprego ou renda que podem potencializar os conflitos. As mulheres também podem ter menos contato com amigos e familiares que poderiam ajudá-las na situação de violência.⁽⁴⁾

Os perpetradores de abusos podem utilizar-se das restrições instituídas para o combate da COVID-19 para exercer poder e controle sobre as suas companheiras, reduzindo ainda mais o acesso dessas mulheres aos serviços de saúde e a busca por apoio, seja em rede formais e informais.⁽⁴⁾ Diante disso, questiona-se: quais são as principais mudanças da enfermagem acerca da assistência de enfermagem às mulheres vítimas de violência causadas pela pandemia da COVID-19? O objetivo dessa pesquisa foi conhecer as adaptações realizadas pela enfermagem para o atendimento às mulheres em situação de violência devido a pandemia da COVID-19.

MÉTODOS

Estudo exploratório-descritivo, de abordagem qualitativa, realizado no Hospital Universitário da cidade de Florianópolis - SC, escolhido por ser um hospital de referência para o atendimento integral de mulheres em situação de violência sexual.

Participaram do estudo enfermeiros (as) que prestam assistência de enfermagem às mulheres em situação de violência sexual, na Emergência Obstétrica, no serviço no Ambulatório de Enfermagem e no Centro Obstétrico. Nestes setores de atendimento trabalham 26 enfermeiros. Foram incluídos na pesquisa enfermeiros com experiência mínima de seis meses de atendimento as mulheres em situação de violência sexual. Foram excluídos profissionais que se encontravam de férias e outros tipos de afastamentos de suas atividades laborais. Atendendo estes critérios a amostra final foi constituída de 20 participantes.

A coleta dos dados foi realizada nos meses de julho e agosto de 2020, por meio de entrevista individual, com gravação de áudio, guiada pela seguinte questão norteadora: Qual o impacto causado pela pandemia do COVID-19 no atendimento às mulheres em situação de violência sexual devido a pandemia?

Os dados foram analisados por meio da técnica de análise de conteúdo com apoio do *software Qualitativa Data Analysis (QDA) Miner*.⁽⁹⁾ A análise de conteúdo compreende o "conjunto de técnicas da análise das comunicações" e envolve as etapas de pré-análise; exploração do material; tratamento dos dados e interpretação.⁽¹⁰⁾

Na pré-análise, os dados foram transportados para o *QDA Miner* e realizado as leituras flutuantes para conhecer

o texto e selecionar indicadores para a fase seguinte. Na exploração do material, foi realizada a codificação e a condensação das unidades de registro para a construção das categorias.

O presente estudo obteve aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), número do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE): 28859220.9.0000.0121, parecer consubstanciado nº3.979.495. Para garantir o anonimato, os participantes foram identificados pela abreviatura Enf de Enfermeiros, seguidas de um número cardinal em ordem crescente.

RESULTADOS

A partir da análise dos dados foram estabelecidas três categorias temáticas, dispostas a seguir, acompanhadas de depoimentos dos entrevistados: Redução do fluxo de atendimento às mulheres em situação de violência sexual no período de distanciamento social; A exacerbação da violência doméstica no período de distanciamento social; Mudanças na assistência de enfermagem às mulheres em situação de violência sexual em tempos de pandemia.

Redução do fluxo de atendimento às mulheres em situação de violência sexual no período de distanciamento social

"[...] eu tenho a sensação de que pelo menos as violências mais agudas diminuíram, é muito difícil por eu não ter um número [...] muitas violências contra à mulher, chegam muito aqui de festas, uso de entorpecentes, o famoso boa noite Cinderela, o abuso de álcool e drogas, de pessoas conhecidas, de turmas de galera, amigo do amigo, o tipo de violência que aconteceu, porque talvez não esteja havendo tantas festas, e o abuso de drogas" (Enf 3).

"Deu uma diminuída no ambulatório de interrupção legal da gestação [...] as festas universitárias facilitam, eram uma porta para a violência cometida contra essas mulheres, e agora não tem aula, não tem nada disso, então essas mulheres não estão saindo" (Enf 18).

"A gente teve uma redução de casos [...] eu não sei se realmente houve uma redução porque os casos que a gente pega normalmente são situações de ruas, com desconhecidos, à noite. Como as pessoas tem ficado mais em casa, essas situações não tenham acontecido [...] inclusive depois da pandemia eu não atendi nenhuma até agora [...], até as interrupções legais da gestação eu não tinha nenhuma para internar hoje" (Enf 06).

A exacerbação da violência doméstica no período de distanciamento social

"[...] com certeza tem subnotificação e deve ter aumentado bastante violência doméstica. A gente tem recebido casos de mulheres vítimas de violência pelo parceiro" (Enf 1).

"[...] os que vieram, uma foi vítima do padrasto e a outra de uma pessoa conhecida, um ficante" (Enf 3).

"Tem piorado bastante as situações dentro de casa, aqui no nosso atendimento a gente também sentiu um pouco porque a gente é muito de tocar na paciente, tanto eu quanto as outras meninas, a psicóloga já senta do lado, a paciente chora, ela acalenta eu fico aqui já com os papéis (lenço) na mão, tem muito dessa coisa, acaba o atendimento a gente abraça ela, vai dar tudo certo [...]" (Enf 8).

Mudanças na assistência de enfermagem às mulheres em situação de violência sexual em tempos de pandemia

"A gente tá restringindo a entrada do acompanhante [...], eu acho que já influencia em alguma coisa, porque se ela vem com acompanhante é porque ela precisa daquele apoio, se ela vem sozinha tudo bem, ela optou por vir sozinha, mas ela precisava daquele apoio sabe, por conta da pandemia agora o acompanhante não entraria" (ENF 6).

"Se eu hoje for atender uma paciente ela já não fica com o acompanhante, ela seria um caso que teria que ficar um acompanhante com ela, ela já não teria mais esse suporte, apesar que, cada caso é um caso a ser avaliado, [...] mas eu acredito que é uma perda eu acho que ninguém vai bloquear isso" (ENF 16).

"[...] muitas vezes no atendimento aos pacientes a gente retirava as máscaras, hoje não, estamos todos só com o olhar, porque no mais a gente está totalmente escondida né, e, o resto da assistência ela permanece normal, é mais no sentido de você não poder mais mostrar o teu rosto, e o olhar permanece, mas o rosto sumiu" (ENF 10).

"Elas não conseguem ver nem o nosso rosto, a gente está com a máscara, então elas foram atendidas por pessoas que elas nem viram direito, ficou mais difícil" (ENF 8).

DISCUSSÃO

Verificou-se a redução no fluxo de atendimento às mulheres vítimas de violência sexual aguda, que aconteciam, sobretudo, em ambientes externos, como nas ruas e em festas universitárias, sendo cometidas por agressores sem

vínculo familiar ou afetivo com a vítima. A causa da diminuição pode estar associada com as medidas progressivas de distanciamento social para a redução da transmissão do vírus, como o fechamento das escolas e universidades, proibição de eventos de massa, de aglomerações e da promoção da educação da população para que fique em casa.⁽⁷⁾

Em geral, o ambiente universitário caracteriza-se como uma instituição imaginada ou pensada como um lugar insuspeito para a prática de crimes sexuais graves, como o estupro.⁽¹¹⁾ Entretanto, pesquisa realizada antes da pandemia, analisou a percepção e comportamento de 1823 universitários diante da violência, apontou que 67% das universitárias já sofreram algum tipo de violência no ambiente universitário, sendo que 28% já foram vítimas de violência sexual, como: estupro, tentativa de abuso, enquanto sob efeito de álcool, toques no corpo sem consentimento, entre outros.⁽¹²⁾

E, ainda, para 27% dos universitários, do sexo masculino, não caracteriza violência abusar de uma mulher se ela estiver alcoolizada. Outros 35% também não concordam que há violência em coagir uma mulher a participar de atividades degradantes. De acordo com os estudantes, essas ações são reflexos do comportamento da mulher ou brincadeiras sem intuito de insultar ou intimidar.⁽¹²⁾

No Brasil, as pesquisas científicas sobre violência no âmbito acadêmico ainda são incipientes, pois não há um campo de pesquisa consolidado sobre a temática, mesmo com a ocorrência das violências.⁽¹¹⁾ Nesse sentido, é fundamental investir em pesquisas, programas educacionais, comportamentos pró-sociais e políticas públicas a fim de prevenir a ocorrência deste tipo de violência.⁽¹³⁾

Além disso, durante a pandemia da COVID-19, observa-se a redução do acesso aos serviços de apoio às vítimas de violência contra a mulher, especialmente, nos setores de assistência social, saúde, segurança pública e justiça. Em geral, os primeiros locais onde a vítima procura por atendimento são os serviços de saúde e policiais. Durante a pandemia, a diminuição na oferta de serviços é seguida pela diminuição na procura e, ainda, pelo medo de contágio das vítimas.⁽¹⁴⁾

Em abril de 2020, o editorial da revista *The Lancet* chamou atenção para as desigualdades econômicas e de gênero, e as implicações da crise sanitária e social provocada pela COVID-19. Em crises humanitárias antecedentes, o acesso aos serviços de atenção à pessoa vítima de violência de gênero, bem como atenção psicossocial e à saúde materno infantil foram restringidas. No contexto dos serviços de saúde, as mulheres são a maior força de trabalho, logo, estão mais expostas à infecção pelo vírus e a perda do emprego e da renda.⁽¹⁵⁾

Somente com a Lei 14.022, de 7 de julho de 2020, os serviços especializados de atendimento às mulheres foram incluídos entre os serviços essenciais e, em muitas ocasiões enfrentam dificuldades para moldar-se ao atendimento não presencial. A escassez de recursos financeiros é um dos motivos que pode impactar na lentidão em adequar os serviços para o funcionamento em tempos de COVID-19.⁽³⁾

Em contrapartida, os participantes desta pesquisa, acreditam ter aumentado a violência sexual praticada por parceiros da vítima e pessoas da família durante o isolamento social, o que se configura como violência doméstica. Este tipo de violência tem implicações importantes sobre a saúde das mulheres e de seus filhos, pode gerar traumas e problemas graves de saúde, física, mental, sexual, reprodutiva, incluindo as infecções sexualmente transmissíveis, infecção pelo HIV e gravidez não desejada.⁽⁴⁾

Dados de uma pesquisa demonstraram que o parceiro íntimo da vítima de violência sexual foi o principal agressor. Na maioria dos casos, o uso da força física foi o meio mais utilizado para consumir o ato, seguido de grave ameaça. Em relação ao local da violência, o domicílio foi o local onde mais ocorreram. Dados que são importantes para o enfrentamento da violência, sensibilização dos profissionais da saúde, e implantação de novas estratégias e a criação de espaços para acolher a mulher.⁽¹⁶⁾

Frequentemente, no isolamento social as mulheres são vigiadas e impossibilitadas de manter contato com familiares e amigos, o que aumenta a margem para a manipulação psicológica contra elas. O controle das finanças domésticas também se torna mais disputado já que o homem permanece mais tempo no ambiente doméstico. A concepção da perda de poder do homem atinge a figura do macho provedor, o que serve de estopim para comportamentos violentos.⁽¹⁴⁾

Outro fator precipitador e/ou intensificador da violência no ambiente doméstico é o consumo de álcool e outras drogas, principalmente considerando as condições de isolamento social e ansiedade perante a situação de pandemia. Como agravante, tais hábitos podem se potencializar, haja vista que os serviços de apoio presencial sofreram mudanças em seus processos de trabalho devido à situação de pandemia. Inclusive, em alguns países como a Groenlândia, a venda de álcool foi proibida ou restringida, como uma tentativa de conter os casos de violência.⁽¹⁷⁾

Com as medidas de isolamento impostas pela pandemia da COVID-19, as mulheres podem enfrentar desafios para se deslocarem aos serviços de apoio. Aquelas que convivem com o agressor podem estar sob vigilância e correm o risco de novas violências caso tentem sair do domicílio. Podem ter dificuldade financeira para se deslocarem ou

para acessarem o transporte público devido às restrições de cada local.⁽⁵⁾ Itália e Canadá criaram estratégias exitosas onde, por meio de um aplicativo de celular, as mulheres em situação de perigo podem solicitar ajuda sem a necessidade de uma ligação.⁽¹⁷⁾

O isolamento social é fundamental para controlar a disseminação da COVID-19 no Brasil e minimizar a morbimortalidade relacionados à doença. É papel do Estado e da sociedade se mobilizar em prol das mulheres brasileiras para que elas possam exercer o direito de viver sem violência. A maior parte da população brasileira é composta por mulheres, que da mesma forma compõem a maioria da força de trabalho em saúde. Desse modo, elas têm importante papel para vencer a pandemia e suas sérias implicações sanitárias, econômicas e sociais.⁽¹⁴⁾

É essencial lançar estratégias para ajudar a reduzir os impactos da violência contra as mulheres durante a pandemia. Nesse sentido, os governantes e formuladores de políticas precisam incorporar serviços essenciais voltados à violência contra a mulher nos planos de enfrentamento da COVID-19. As instituições de saúde precisam fazer um mapeamento dos recursos disponíveis localmente, como abrigos, centros de assistência às vítimas de estupro, serviços de atenção psicossocial, entre outros. E, ainda, instituir novas formas de fluxos e encaminhamentos na rede de atendimento às mulheres vítimas de violência.⁽⁴⁾

Entre as mudanças relacionadas à assistência de enfermagem às mulheres vítimas de violência, durante a pandemia, destaca-se o impedimento da entrada do acompanhante. Sabe-se que o acompanhante é essencial para apoiá-las nesse momento de vulnerabilidade e extenso sofrimento. Frequentemente, o acompanhante pode colaborar durante ou após o atendimento. Ele pode compreender informações que o paciente não captou devido as suas condições de extrema dor ou sofrimento,⁽¹⁸⁾ colaborando para uma assistência mais qualificada.

No entanto, com a finalidade de garantir a segurança no atendimento aos pacientes nos serviços de saúde,⁽¹⁹⁾ a integridade dos acompanhantes, visitantes e a prevenção de infecções, o Ministério da Saúde orienta que os estabelecimentos de saúde instituídos como referência ou retaguarda para atendimento aos pacientes com a COVID-19 que não possuam fluxo diferenciado para circulação dos demais pacientes e acompanhantes, recomenda-se a suspensão de todas as visitas. Porém, cada serviço de saúde tem autonomia para orientações exclusivas conforme as suas características individuais.^(20,21)

A restrição do acompanhante das vítimas de violência sexual é uma forma de evitar a disseminação da COVID-19,

por diminuir o fluxo de pessoas nos serviços de saúde. No entanto, acredita-se que é fundamental avaliar cada caso, individualmente, a fim de não causar ainda mais sofrimento à mulher.

O uso contínuo da máscara pelos enfermeiros e usuários também foi uma mudança resultante do atendimento às mulheres vítimas de violência sexual durante a pandemia. A máscara é um equipamento de proteção individual, essencial para os profissionais de saúde que atuam frente à COVID-19, principalmente porque a transmissão dessa doença é facilitada pelo contato próximo e desprotegido com secreções ou excreções de um paciente infectado, especialmente por meio de gotículas salivares.⁽²²⁾

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) recomenda práticas que minimizem a exposição dos profissionais de saúde ao SARS-CoV-2 no atendimento pré-hospitalar e dentro dos serviços de saúde. Entre essas práticas encontra-se o uso da máscara cirúrgica. A máscara N95 é indicada durante a realização de procedimentos geradores de aerossóis, como intubação ou aspiração traqueal, ventilação mecânica invasiva e não invasiva.⁽²⁰⁾

Entende-se que a máscara cirúrgica desprioriza a assistência de enfermagem, sobretudo, quando o atendimento é voltado às mulheres vítimas de violência sexual, que necessitam ser bem acolhidas pelos profissionais. Contudo, diante do atual cenário de pandemia, é imprescindível o uso da máscara cirúrgica como uma forma de proteção tanto para o profissional de saúde quanto para a paciente.

Além das modificações diretamente relacionadas à assistência, outra preocupação é em relação à qualidade do suporte e atendimento nos setores referência para essas mulheres. Uma vez que os serviços de saúde estão direcionando seus esforços para o atendimento dos pacientes acometidos pela COVID-19, alguns setores foram prejudicados, como na diminuição de recursos humanos, e outros foram até mesmo desestruturados.⁽¹⁷⁾

O estudo teve como limitações a realização em um único serviço de atendimento às mulheres em situação de violência sexual, o que requer considerar as particularidades do setor, da instituição e da região ao realizar comparações com outros estudos.

Outra limitação consiste na adoção da abordagem qualitativa em que os resultados não podem ser generalizados.

Com os resultados dessa pesquisa, incita-se a reflexão que a violência contra a mulher se manifesta tanto dentro como fora do domicílio e que sob condições adversas, como a pandemia pela COVID-19, as mulheres estão mais propensas a sofrerem violência sexual.

Sugere-se que novas pesquisas sejam realizadas a fim de obter melhor compreensão acerca do impacto da pandemia da COVID-19 na violência sexual contra a mulher e, assim, possam ser construídas novas estratégias de atendimento para a equipe de enfermagem e de saúde.

CONCLUSÃO

O distanciamento social provocado pela COVID-19 na perspectiva dos enfermeiros entrevistados, impacta na diminuição do atendimento às mulheres vítimas de violência sexual que ocorriam em ambientes externos, como em ruas, em festas e cometidos por pessoas desconhecidas, o que pode estar relacionado a diversos elementos, como o fechamento das escolas, universidades, proibição dos eventos de massa, diminuição dos serviços oferecidos à população durante a pandemia, não procura das mulheres por atendimento por medo do contágio. Por outro lado, verificou-se a intensificação da violência sexual cometida por pessoas da família ou que tinham relação de afetividade com a vítima. Diante disso, percebe-se a necessidade de estratégias para o combate da violência contra à mulher, tanto na pandemia como no pós-pandemia. Acredita-se que durante o distanciamento social é urgente que o poder público se agilize para acolher e solucionar os problemas das mulheres, principalmente, daquelas que sofrem pela violência doméstica e que podem estar passando por dificuldades para denunciar seus agressores e/

ou buscar por apoio nos sistemas de saúde, social e judicial. É indispensável estratégias para informar a população brasileira sobre a relação entre medidas de distanciamento social e o aumento da violência doméstica. E, ainda, orientar sobre o que é violência contra a mulher, seus tipos, o ciclo da violência, direitos humanos, formas de obter ajudar nos órgãos governamentais e não governamentais, pois as pessoas podem ajudar a identificar mulheres que estejam sendo violentadas na sua comunidade, na sua família ou entre seu círculo de amizade. Com a pandemia da COVID-19, houve algumas mudanças na assistência de enfermagem à mulher violentada sexualmente, sobretudo, questões de humanização do cuidado, como a restrição do acompanhante, uso ininterrupto da máscara cirúrgica pelos profissionais. Todavia, são mudanças fundamentais para a contenção da pandemia e proteção dos enfermeiros e da população.

Contribuições

Concepção e desenho do estudo: Santos DG, Santos EKA, Aued GK, Souto RQ, Bordignon JS, Backes MTS; Coleta, análise e interpretação dos dados: Santos DG, Santos EKA, Aued GK, Souto RQ, Bordignon JS, Backes MTS; Redação e/ou revisão crítica do manuscrito: Santos DG, Santos EKA, Aued GK, Souto RQ, Bordignon JS, Backes MTS; Aprovação da versão final a ser publicada: Santos DG, Santos EKA, Aued GK, Souto RQ, Bordignon JS, Backes MTS.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Câmara dos Deputados. Palácio do Congresso Nacional. Praça dos Três Poderes. Decreto nº 1973, de 1º de agosto de 1996. Promulga a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, concluída em Belém do Pará, em 9 de junho de 1994. Brasília (DF): Câmara dos Deputados; 1996 [citado 2020 Set 15]. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1996/decreto-1973-1-agosto-1996-435655-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em 19 set 2020
2. Brasil. Presidência da República. Secretaria-Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. Brasília (DF): Presidência da República; 2006 [citado 2020 Set 15]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/11340.htm
3. Pasinato W. Diretrizes para atendimento em casos de violência de gênero contra meninas e mulheres em tempos da pandemia da COVID-19. Brasília (DF): Organização das Nações Unidas Mulheres, 2020 [citado 2020 Set 15]. Disponível em: http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2020/08/Diretrizes-para-atendimento_ONUMULHERES.pdf
4. World Health Organization (WHO). COVID-19 and violence against women: what the health sector/system can do. Washington (DC): WHO; 2020 [cited 2020 Sep 20]. Available from: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52016/OPASBRACOVID1920042_por.pdf?ua=1
5. Brigagão JI, Caroci-Becker A, Baraldi N, Feliciano RG, Venâncio KC, Mascarenhas VH, et al. Recomendações e estratégias para o enfrentamento do COVID-19 durante a gestação, o parto, o pós-parto e nos cuidados com o recém-nascido. Boletim do COVID. São Paulo (SP): Escola de Artes Ciências e Humanidades, Universidade de São Paulo; 2020 [citado 2020 Set 15]. Disponível em: <http://www5.each.usp.br/wp-content/uploads/2020/04/boletimCOVID.pdf>
6. World Health Organization (WHO). Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 16 March 2020. Washington (DC): WHO; 2020 [cited 2020 Sep 15]. Available from: <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-COVID-19---16-march-2020>
7. Aquino Estela ML, Silveira IH, Pescarini JM, Aquino R, Souza-Filho JA, Rocha AS, et al. Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. Ciênc Saúde Colet. 2020 ;25(Suppl 1):2423-46.

8. Brasil. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Coronavírus: sobe o número de ligações para canal de denúncia de violência doméstica na quarentena. Brasília (DF): Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos; 2020 [citado 2020 Set 15]. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2020-2/marco/coronavirus-sobe-o-numero-de-ligacoes-para-canal-de-denuncia-de-violencia-domestica-na-quarentena#:~:text=De%20acordo%20com%20dados%20do,de%20viol%C3%Aancia%20contra%20a%20mulher>
9. Nunes JV, Woloszyn M, Gonçalves BS, Pinto MD. A pesquisa qualitativa apoiada por softwares de análise de dados: uma investigação a partir de exemplos. *Rev Front.* 2017;19(2):233-44.
10. Bardin L. Análise de conteúdo. 4a ed. Lisboa: Edições 70; 2010.
11. Santos SA. A violência contra estudantes no campus de uma universidade federal brasileira. *Rev Gênero Direito.* 2019;8(5):20-43.
12. Instituto Avon. Violência contra a mulher no ambiente universitário. São Paulo (SP): Instituto Avon; 2015 [citado 2020 Set 20]. Disponível em: https://assets-institucional.ipg.sfo2.cdn.digitaloceanspaces.com/2015/12/Pesquisa-Instituto-Avon_V9_FINAL_Bx.pdf
13. Winzer L. Agressão sexual entre jovens universitários: questão de saúde pública? *Physis.* 2016;26(2):393-8.
14. Vieira PR, Garcia LP, Maciel EL. Isolamento social e o aumento da violência doméstica: o que isso nos revela? *Rev Bras Epidemiol.* 2020;23:e200033.
15. Hall KS, Samari G, Garbers S, Casey S, Diallo DD, Orcutt M, et al. Centring sexual and reproductive health and justice in the global COVID-19 response. *Lancet.* 2020;395(10231):1175-7.
16. Silva AC, Losacco AM, Monteiro IA, Abrahão AR. Violência sexual por parceiro íntimo identificada em Unidade Básica de Saúde do PSF. *Nursing.* 2020;23(263):3705-9.
17. Silva AF, Estrela FM, Soares CF, Magalhães JR, Lima NS, Morais AC, et al. Elementos precipitadores/intensificadores da violência conjugal em tempo da COVID-19. *Ciênc Saúde Colet.* 2020;25(9):3475-80.
18. Vilela LF. Manual para atendimento às vítimas de violência na rede de saúde pública do Distrito Federal. Brasília (DF): Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal; 2008 [citado 2020 Set 20]. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atendimento_vitimas_violencia_saude_publica_DF.pdf
19. Marques LC, Lucca DC, Alves EO, Fernandes GC, Nascimento KC. COVID-19: Nursing care for safety in the mobile pre-hospital service. *Texto Contexto Enferm.* 2020;29:e20200119.
20. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa (ANVISA). Nota técnica GVIMS/GGTES/ANVISA nº 04/2020. Orientações para serviços de saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (SARS-COV-2). Brasília (DF): ANVISA; 2020 [citado 2020 Sep 20]. Available from: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271858/Nota+T%C3%A9cnica+n+04-2020+GVIMS-GGTES-ANVISA/ab598660-3de4-4f14-8e6f-b9341c196b28>
21. Trapani JA, Vanhoni LR, Silveira SK, Marcolin AC. Childbirth, Puerperium and Abortion Care Protocol during the COVID-19 Pandemic. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2020;42(6):349-55.
22. Gallasch CH, Cunha ML, Pereira LA, Silva-Junior JS. Prevention related to the occupational exposure of health professionals workers in the COVID-19 scenario. *Rev Enferm UERJ.* 2020;28:e49596.

VALIDAÇÃO DE UM INSTRUMENTO PARA CONTROLE DE CURA SIFILÍTICA EM PUÉRPERAS E RECÉM-NASCIDOS

VALIDATION OF AN INSTRUMENT FOR CONTROL SYPHILITIC CURE CONTROL IN PUERPERAL WOMEN AND NEWBORNS
VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO PARA EL CONTROL DE LA CURACIÓN SIFILÍTICA EN PUÉRPERAS Y RECIÉN NACIDOS

Manoel Vitor Martins Marinho¹ (<https://orcid.org/0000-0003-1391-391X>)

Diana da Costa Lobato² (<https://orcid.org/0000-0001-5043-5203>)

Descritores

Estudos de validação; Sífilis; Cuidados de seguimento; Prática em saúde pública

Descriptors

Validation studies; Syphilis; Follow-up care; Public health practice

Descriptores

Estudios de validación; Sífilis; Atención de seguimento; Práctica de salud pública

Submetido

18 de Março de 2021

Aceito

15 de Junho de 2021

Conflitos de Interesse:

nada a declarar.

Autor correspondente

Manoel Vitor Martins Marinho
E-mail: manoelv.marinho@hotmail.com

RESUMO

Objetivo: Validar um instrumento para controle de cura sífilítica em puérperas e seus RN, após alta da maternidade.

Métodos: *Design Science Research*, com juízes escolhidos pela técnica "bola de neve". Seguiram-se as etapas de levantamento bibliográfico; elaboração da tecnologia; validação pelos especialistas, avaliando a tecnologia através de um instrumento de coleta de dados - com uma escala de Likert e espaços para justificativas abertas. A análise dos dados foi feita pelo cálculo do Índice de Validade de Conteúdo (IVC) para cada item para o instrumento. O contato entre pesquisador e juízes se deu via e-mail.

Resultados: Participaram da avaliação 5 juízes especialistas. Todos os itens foram considerados relevantes (IVC \geq 0,80), gerando, para o instrumento como um todo, um IVC = 1. Os itens da seção "Identificação do(a) usuário(a)" foram incrementados; na seção "Informações diagnósticas e terapêuticas", julgou-se pertinente manter campo para registro do teste não-treponêmico, excluindo teste treponêmico.

Conclusão: O instrumento foi validado, apresentando confiabilidade de implementação. A tecnologia será capaz de auxiliar profissionais da atenção primária a conduzir o controle de cura sífilítica de RN e puérperas; e poderá fortalecer a comunicação entre os níveis de atenção à saúde.

ABSTRACT

Objective: To validate an instrument to control syphilitic cure in puerperal women and their newborns, after discharge from the maternity hospital.

Methods: Design Science Research, with judges chosen by the "snowball" technique. The following steps were taken: bibliographic survey; development of the technology; validation by specialists, who evaluated the technology through a data collection instrument - with a Likert scale and spaces for open justifications. Data analysis was performed by calculating the Content Validity Index (CVI) at each item for the instrument. The contact between the researcher and the judges was done via e-mail.

Results: Five expert judges participated in the evaluation. All items were considered relevant (CVI \geq 0.80), generating, for the instrument as a whole, a CVI = 1. The items in the section "User identification" were increased; in the section "Diagnostic and therapeutic information", it was deemed pertinent to keep the field for recording the non-treponemal test, excluding the treponemal test.

Conclusion: The instrument was validated, showing its reliability for implementation. The technology will be able to assist Primary Health Care professionals to conduct the control of syphilitic cure of newborns and postpartum women; in addition, it can strengthen communication between levels of health care.

RESUMEN

Objetivo: Validar un instrumento para el control de la curación sífilítica en puérperas y sus recién nacidos, luego del alta de la maternidad.

Métodos: *Design science research*, con jueces elegidos mediante la técnica de "bola de nieve". Se dieron los siguientes pasos: estudio bibliográfico; desarrollo tecnológico; validación por especialistas, evaluando la tecnología a través de un instrumento de recolección de datos - con escala Likert y espacios para justificaciones abiertas. El análisis de los datos se realizó calculando el Índice de Validez de Contenido (IVC) para cada ítem del instrumento. El contacto entre el investigador y los jueces se realizó vía correo electrónico.

Resultados: Cinco jueces expertos participaron en la evaluación. Todos los ítems fueron considerados relevantes (IVC \geq 0,80), generando, para el instrumento en su conjunto, un IVC = 1. Se incrementaron los ítems del apartado "Identificación del usuario"; en el apartado "Información diagnóstica y terapéutica", se consideró pertinente mantener el campo para el registro de la prueba no treponémica, excluyendo la prueba treponémica.

Conclusión: El instrumento fue validado, mostrando confiabilidad de implementación. La tecnología podrá ayudar a los profesionales de atención primaria a realizar el control de la curación sífilítica de recién nacidos y puérperas; y puede fortalecer la comunicación entre los niveles de atención de la salud.

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

²Secretaria de Estado da Saúde do Pará, Belém, PA, Brasil.

Como citar:

Marinho MV, Lobato DC. Validação de um instrumento para controle de cura sífilítica em puérperas e recém-nascidos. *Enferm Foco*. 2021;12(6):1113-8.

DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n6.4727>

INTRODUÇÃO

A sífilis é uma doença infectocontagiosa de caráter sistêmico e evolução crônica, causada pela espiroqueta *Treponema Pallidum* – adquirida por via sanguínea –, ainda considerado um problema de saúde pública no mundo.⁽¹⁾ Quando não tratada, ou tratada inadequadamente, durante a na gestação, a bactéria atinge o feto causando a sífilis congênita (SC), a qual acarreta mortalidade perinatal em 40% dos casos.⁽²⁾

A sífilis adquirida é dividida em primária, secundária, terciária e latente. Sua apresentação em recém-nascidos (RN) é variável, sendo assintomática em 70% dos casos.⁽¹⁾

Estima-se mais de 1 milhão de casos de sífilis gestacional anualmente no mundo, dos quais 65% têm risco de desfecho adverso. Para mudança do quadro epidemiológico, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estipulou que, até 2015, os países alcançassem $\leq 0,5$ caso de SC por 1000 NV – nascidos vivos.⁽³⁾

No Brasil, foram diagnosticados 62.599 casos de sífilis em gestantes e 26.219 casos de SC em 2018, destes 241 evoluíram a óbito. O país alcançou uma taxa de 9,0 casos de SC/ 1000 NV, dado acompanhado de uma taxa de 21,4/1000 NV de sífilis gestacional. Na região Norte, as taxas são de: 7,1 casos de SC/1000 NV e 18,1 casos de sífilis em gestantes para a mesma proporção.⁽⁴⁾

As notificações compulsórias, tanto da SC quanto da sífilis gestacional, são garantidas pelas Portarias nº 542 de 1986 e nº 33 de 2005, respectivamente; sendo que identificar infecção materna no período pré-natal, parto e puerpério implica em notificação de sífilis gestacional, não adquirida.^(4,5)

O diagnóstico é feito por testes treponêmicos e não-treponêmicos. A medicação de escolha para tratamento é a benzilpenicilina benzatina para gestantes. Em casos de sífilis congênita, penicilina cristalina, procaína ou benzatina. Esta é a única com eficácia comprovada na gestação.^(6,7)

Após completude do esquema terapêutico, é preconizado o prosseguimento ambulatorial (controle de cura), o qual tem a função de avaliar o tratamento, controlar a reinfecção, determinando a possibilidade de retratamento.⁽²⁾ Faz-se testes não treponêmicos a cada 3 meses (até 12 meses) para puérperas; em casos de SC, deve-se realizar os testes aos 1, 3, 6, 12 e 18 meses de vida aliados a consultas ambulatoriais.⁽⁶⁾

Em estudo realizado em Fortaleza, 44,2% dos profissionais pesquisados mostraram baixo conhecimento sobre controle de cura, resultado também encontrado em estudo anterior em Olinda.⁽⁸⁾ Os métodos de controle adotados no Brasil ainda enfrentam barreiras e que as diferenças regionais demandam estratégias distintas.⁽⁹⁾

A preocupação acerca do seguimento terapêutico de puérperas e seus RN infectados após alta da maternidade, retornando à atenção primária – levou a refletir sobre como intervir nessa situação. O processo em saúde tem, como parte integrante, as tecnologias, pois estão presentes em seu fluxo de atendimento e o objeto é atendido com base em níveis tecnológicos na assistência.⁽¹⁰⁾ Dentre elas, existe a Tecnologia Cuidativo-educacional (TCE), emergente na Enfermagem. Essa forma tecnológica é alicerçada na inter-relação entre cuidar e educar (dimensões presentes na profissão), a fim de solucionar questões cotidianas do serviço.⁽¹¹⁾

Considerando o potencial da Tecnologia Cuidativo Educacional como forma de atuar na práxis cotidiana e diminuir demandas rotineiras, o estudo objetivou validar um instrumento para controle de cura sifilítica em puérperas e seus RN, após alta da maternidade.

MÉTODOS

Trata-se um estudo que seguiu o método *Design Science Research* – método que não se preocupa apenas com o entendimento de fenômenos, mas, também, projeta artefatos para solucionar situações reais e pertinentes na prática, auxiliando profissionais em seus problemas.⁽¹²⁾

Para a validação do instrumento, participaram profissionais especialistas com expertise nas áreas de interesse: Atenção primária, Sífilis e Validação de tecnologias. Os expertises foram encontrados através da técnica “bola de neve” – baseada em cadeias de indicações. Após a indicação, os *Currículos Lattes* dos indicados foram pesquisados e avaliados segundo os critérios a seguir, baseando-se no estudo de Moraes.⁽¹³⁾

Ter desenvolvido o doutorado em uma das áreas de interesse conta 4 pontos; ter desenvolvido mestrado em uma das áreas de interesse e experiência prática em área de interesse de 2 anos contam 3 pontos; especialização ou residência em área de interesse, 2 pontos; monografia de graduação, artigo científico e grupos de pesquisa/projetos relacionados à área de interesse, 1 ponto.

Os profissionais com um escore mínimo de 5 pontos receberam, via E-mail, o convite para contribuir com sua avaliação; aceito o convite, a TCE proposta os foi enviada eletronicamente.

O processo ocorreu de setembro a dezembro de 2020, contando com as fases de: I) Levantamento bibliográfico; II) Elaboração da TCE; e III) Validação pelos juizes.

O levantamento bibliográfico fez o instrumento ser composto por- publicações recentes do Ministério da Saúde, que rege as ações de saúde realizadas no âmbito nacional,

com destaque para o Guia de Vigilância em Saúde (2019) e para o Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis – PCDT-IST, de 2020.

Os dados do levantamento bibliográfico foram dispostos na TCE, seguindo um roteiro das seções “Identificação do(a) usuário(a)”, “Informações diagnósticas e terapêuticas”, “Tabela de controle de cura” e “Recomendações aos profissionais”.

Devido às diferenças entre o seguimento de puérperas e RN, foram confeccionados fichas de controle de cura distintas para cada população – o instrumento para o seguimento das puérperas contava com 4 itens; já o instrumento para os RN, 5 itens – como pode ser visto, respectivamente nas figuras 1 e 2.

Figura 1. Proposta inicial de Instrumento de Controle de Cura Sifilítica proposto para puérperas

Figura 2. Proposta inicial de Instrumento de Controle de Cura Sifilítica proposto para RN

Para validação, cada item da ficha de controle de cura foi identificado como “Item 1”, “Item 2”, e assim sucessivamente.

Ao fim da ficha de controle de cura, encontrava-se o instrumento de coleta de dados, com uma escala baseada no estudo⁽¹⁴⁾ para classificar o item como: 1) Certamente não relevante; 2) Provavelmente não relevante; 3) Provavelmente relevante; ou 4) Certamente relevante. Nos itens avaliados como 1 ou 2, foi solicitada uma justificativa em campo aberto.

Para calcular a proporção de concordância dos juizes quanto à relevância dos itens, foi utilizado o Índice de Validade de Conteúdo (IVC), gerando um escore para cada item e para o instrumento como um todo.

No cálculo do índice relacionado ao item, é visto quantas vezes esse item é descrito como 3 ou 4; essa concordância é dividida pelo número total de respostas. Já o escore de todo o instrumento é obtido pela soma dos itens julgados relevantes dividido pela quantidade geral de itens. Em ambos os escores, o valor para que sejam válidos é $\geq 0,80$.

Foram consideradas recomendações escritas, acatadas para a versão final do instrumento.

A pesquisa respeitou da legislação nacional e internacional para a realização de pesquisas envolvendo seres humanos. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, sob CAAE: 29948620.0.0000.5171.

RESULTADOS

A amostra final foi composta por 5 juizes na faixa etária de 31 a 53 anos. O sexo feminino representou 60% da amostra, 60% enfermeiros; 40% de médicos. Verificou-se que 60 possui mestrado, a mesma porcentagem de membros com alguma especialização; todos atuam na área assistencial da saúde pública e 80% atuam na docência. A média de pontos somados pelos membros, de acordo com os critérios do Quadro 1, foi de 6,4 pontos. Considerando a ficha de controle de cura sifilítica em puérperas, todos os itens foram considerados relevantes por 100% dos juizes. O item 1 recebeu sugestões de complementação: “Necessita garantir a identificação das homônimas e na APS identificar o CNS [Cartão Nacional do SUS] é significativo” (E5, médico). Para o item 2, sugeriu-se a observação: “Se Teste não treponêmico - Titulação:___” (E2, enfermeira), já que testes treponêmicos têm apenas resultados qualitativos. Os itens 3 e 4 não receberam propostas de melhoras pelos juizes. Em relação à ficha de controle de cura sifilítica em RN, todos os itens também foram caracterizados como relevantes. O item 1 também recebeu a sugestão de complementação:

“Incluir CNS [Cartão Nacional do SUS] se já disponível ou orientar o cuidador a como conseguiu-lo” (E5, médico). Para o item 3, sugeriu-se registrar: “[...] se foi feita a avaliação do SNC, com coleta análise de LCR [líquido céfalo-raquidiano]” (E1, médico). O item 4, que trata do seguimento laboratorial da criança exposta à sífilis, recebeu de E2 a caracterização como “Certamente não relevante”. A justificativa foi de que: “[...] segundo o Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas-2020, esse acompanhamento laboratorial, mesmo para Criança exposta é realizado com 1, 3, 6, 12 e 18 meses” (E2, enfermeira). O juiz E5 também apontou essa questão em sua avaliação, porém considerou o item “Certamente relevante”, sugerindo adequação. Ainda, este especialista propôs a inclusão de uma seção de “Recomendações aos profissionais” como na ficha para puérperas. A tabela 1 sumariza a concordância dos juízes e o IVC alcançado pelas tecnologias.

Tabela 1. Índice de Validação de Conteúdo (IVC) por item do Instrumento de Controle de Cura Sifilítica em puérperas e do Instrumento de Controle de Cura Sifilítica em RN, distribuídos por seção

	Seção	Item	IVC*
Instrumento de Controle de Cura Sifilítica em puérperas	Identificação da usuária	1	1
	Informações diagnósticas e terapêuticas	2	1
	Tabela de controle de cura	3	1
	Recomendações aos profissionais	4	1
	IVC total		1
Instrumento de Controle de Cura Sifilítica em RN	Identificação do usuário	1	1
	Informações diagnósticas e terapêuticas	2	1
	Tabela de seguimento laboratorial para criança exposta	4	0,8
	Tabela de controle de cura	5	1
	IVC total		1

*IVC relevante ≥ 0,80

Tendo como base as sugestões dos especialistas, chegou-se à versão final da tecnologia, que pode ser vista nas figuras 3 e 4.

DISCUSSÃO

Instrumento de controle de cura sifilítica em puérperas

O item 1 foi considerado relevante e foi complementado, com base na sugestão de que fosse adicionado o campo de CNS, para melhor identificação da usuária. Os problemas de identificação de pacientes são mundiais e implicam em danos à pessoa, ao profissional e à instituição; esses problemas são resultantes de nomes homônimos, falha na comunicação, nomes com sons parecidos, entre outros.⁽¹⁵⁾

A OMS ressalta que a maior parte dos estudos apontam para erros de identificação em hospitais, enquanto a maioria dos cuidados são prestados na APS.⁽¹⁶⁾ Considerando

Figura 3. Proposta final de Instrumento de Controle de Cura Sifilítica proposto para puérperas

Figura 4. Proposta final de Instrumento de Controle de Cura Sifilítica proposto para RN

isso, foi inserido o campo para preenchimento do CNS da puérpera.

Para o item 2, de informações diagnósticas e terapêuticas, concordantemente relevante, foi retirada a possibilidade de se registrar teste treponêmico (teste rápido), mantendo-se espaço para preenchimento de data e titulação de teste não-treponêmico quantitativo (como VDRL e PRP) do diagnóstico.

O teste treponêmico é parte integrante para a conclusão diagnóstica. Porém, seu resultado é qualitativo – reagente ou não reagente. Já o teste não treponêmico pode apresentar um resultado qualitativo ou quantitativo – uma amostra reagente pura (1:1) recebe fatores dois de diluição até que não haja mais reatividade – obtendo resultados como 1:2, 1:4, 1:8 etc.⁽¹⁷⁾ Esses testes avaliam a resposta ao tratamento, pois indicam se há queda adequada dos títulos.⁽⁶⁾

Os itens 3 e 4 foram considerados relevantes, sem sugestões de complementação ou mudança. O primeiro é referente ao quadro de controle de cura. O Ministério da Saúde⁽⁶⁾ determina que o monitoramento deve ser feito por teste não treponêmico, e a cada 3 meses até 1 ano pós tratamento para população não grávida e RN.

Esse acompanhamento laboratorial determina sucesso terapêutico quando: em até três meses, há a queda da titulação em duas diluições; e em até 6 meses, a diminuição em 4 diluições. Esta redução deve caminhar para soro-reversão (quando o teste não treponêmico é não reagente).⁽⁶⁾ Devido a isso, houve mudança no quadro para a versão final da tecnologia.

Instrumento de controle de cura sifilítica em RN

O item da seção de identificação do RN (Item 1) teve IVC=1 e também foi acatada a sugestão de inserir campo para preenchimento do CNS, para melhor identificar o usuário. Silva et al.⁽¹⁸⁾ afirma que o erro de identificação de identificação de RN traz riscos a essa população.

A OMS aponta a identificação incorreta na APS como erro administrativo e que uma das causas pode ser por nomes parecidos dentro de uma mesma família.⁽¹⁹⁾ Com essa visão, pode-se exemplificar um caso de RN gêmeos(as) que precisem fazer controle de cura ao mesmo período.

A concordância sobre o item 2 gerou IVC=1. Nele, não houve recomendações de incremento ou mudança. É um item importante, pois permite visualizar se é uma criança exposta à sífilis ou com sífilis congênita.

O Ministério da Saúde⁽⁶⁾ diz que discriminação entre essas classificações é feita a partir de coleta de teste não treponêmico do RN no momento do parto. Um título maior que o da mãe em pelo menos 2 diluições é indicativo de SC, independente do tratamento materno; contudo, a exclusão definitiva de SC se dará através de exame físico e seguimento laboratorial.

Para o item 3, também de “Informações diagnósticas e terapêuticas”, foi aceita a observação de que se poderia incluir campo para caso o RN tenha feito teste de LCR.

A punção lombar para coleta de LCR é um dos exames realizados em RN/crianças com quadro clínico-epidemiológico de SC, quantificando VDRL, proteínas e leucócitos.⁽¹⁷⁾ Um RN/criança classificado(a), inicialmente, como exposto(a) deve receber notificação para SC e realizar coleta de LCR caso: atinja a idade de 6 meses com teste não treponêmico reagente; ou o seguimento identifique aumento em duas diluições nas titulações.⁽⁶⁾

Na proposta original da TCE, o item 4 tratava do seguimento laboratorial de crianças expostas à sífilis. Foi um

item considerado relevante, porém recebeu indicações para adequação. Isso ocorreu, pois a periodicidade do seguimento, segundo o PCDT-IST de 2019, era de 1, 3, 6 meses de idade. Essa diretriz sofreu alteração na versão de 2020 (lançado após a elaboração da tecnologia), passando a preconizar teste não-treponêmico aos 1, 3, 6, 12, 18 meses de vida.^(6,7)

Tendo em vista que o controle de cura de RN com SC, que representava o item 5, também segue a periodicidade até 18 meses, optou-se por juntar os dois quadros. Ademais, foi criada uma seção de “Recomendações aos profissionais”, como sugerido por E5, semelhante à presente no Instrumento voltado às puérperas

O número de juízes avaliadores pode ser considerado uma das limitações do estudo.

O instrumento validado poderá auxiliar profissionais da APS a conduzir o controle de cura de RN e puérperas após estes receberem alta da maternidade; ainda, por fornecer resumo do diagnóstico e tratamento feitos na atenção especializada, cria vínculo entre esses níveis de atenção.

A intenção é de que o instrumento fique em posse do próprio usuário, ao invés de ser anexado ao prontuário na rede básica, isso faz com que se crie um meio de responsabilidade pela saúde.

CONCLUSÃO

A TCE proposta para controle de cura sifilítica de RN e puérperas seguiu o processo de validação, que lhe confere credibilidade e confiabilidade para implementação. Esse processo, ao gerar adequações ao instrumento, mostra sua importância para o cuidado em saúde. Consegue-se perceber que, para este cuidado, os instrumentos necessitam mais do que informações técnicas fisiopatológicas. Isso se exemplifica com a adequação dos itens de “Identificação” dos usuários. A necessidade de capacitação dos recursos humanos de assistência à saúde (referindo-se ao item de seguimento laboratorial de criança exposta à sífilis), foi um resultado não esperado ao início do estudo. Ter a visão de vários especialistas é imprescindível para isso. Mais pesquisas no sentido de impulsionar as TCE, em especial na Enfermagem, são necessárias; expondo a prática profissional da classe não só como assistencial, mas num espectro multidimensional.

Contribuições

Concepção e desenho do estudo: Marinho MVM, Lobato DC; Coleta, análise e interpretação dos dados: Marinho MVM; Redação e/ou revisão crítica do manuscrito: Marinho MVM, Lobato DC; Aprovação da versão final a ser publicada: Marinho MVM, Lobato DC.

REFERÊNCIAS

1. Lafetá KR, Hercílio MJ, Marise FS, Livia MR. Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. *Rev Bras Epidemiol*. 2016;19(1):63-74.
2. Cardoso AR, Araújo MA, Cavalcante MS, Frota MA, Melo SP. Análise dos casos de sífilis gestacional e congênita nos anos de 2008 a 2010 em Fortaleza, Ceará, Brasil. *Ciênc Saude Coletiva*. 2018;23(2):563-74.
3. Nunes OS, Deborah FN, Tamiris AM, Polyana MP, Marília DT. Sífilis gestacional e congênita e sua relação com a cobertura da Estratégia Saúde da Família, Goiás, 2007-2014: um estudo ecológico. *Epidemiol Serv Saude*. 2018;27(4):e2018127.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Boletim epidemiológico especial. Sífilis 2019. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2019 [citado 2019 Nov 11]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/boletim-epidemiologico-sifilis-2019>
5. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Nota informativa nº02 SEI/2017- DIAHV/SVS/MS. Altera os critérios de definição de casos para notificação de sífilis adquirida, sífilis em gestante e sífilis congênita. Brasília (DF): Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis; 2017 [citado 2017 Set 20]. Disponível em: http://www.aids.gov.br/system/tdf/legislacao/2017/-notas_informativas/nota_informativa_sifilis.pdf?file=1&type=node&id=64980&force=1
6. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST): 2020. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2019 [citado 2020 Jan 15]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-atencao-integral-pessoas-com-infeccoes>
7. Brasil. Ministério da Saúde. Guia de Vigilância em Saúde 2019. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2019 [citado 2019 Set 10]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_3ed.pdf
8. Silva DM, Araújo MA, Silva RM, Andrade EF, Moura HJ, Esteves AB, et al. Conhecimento dos profissionais de saúde acerca da transmissão vertical da sífilis em fortaleza. *Texto Contexto Enferm*. 2014;23(2):278-85.
9. Domingues RM, Leal MC. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo Nascer no Brasil. *Cad Saude Pública*. 2016;32(6):e00082415.
10. Merhy EE, Feuerwerker LC. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: Merhy EE, Baduy RS, Seixas CT, Almeida DE, Slomp Junior H. Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro: Hexis; 2016. p. 59-72.
11. Salbego C, Elisabeta NA, Elizabeth T, Nara MO, Camila FW, Silomar I. Tecnologias cuidativo-educacionais: um conceito emergente da prática de enfermeiros em contexto hospitalar. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(Suppl 6):2825-33.
12. Dresch A, Lacerda DP, Miguel PA. Uma análise distintiva entre o Estudo de Caso. A Pesquisa-Ação e a Design Science Research. *Rev Bras Gest Neg*. 2015;17(56):1116-33.
13. Moraes JL. Protocolo para consulta de enfermagem no pré-natal: construção e validação [dissertação]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2013.
14. Cubas MR, Nilza TM, Simone TM, Deborah RC. Avaliação da Atenção Primária à Saúde: validação de instrumento para análise de desempenho dos serviços. *Saúde Debate*. 2017;41(113):471-85.
15. Tase TH, Quadrado ER, Tronchin DM. Avaliação do risco de erro na identificação de mulheres numa maternidade pública. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(1):131-7.
16. World Health Organization (WHO). World Health Patient Safety: Making health care safer. Geneva: WHO; 2017 [cited 2021 Jan 15]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/patient-safety-making-health-care-safer>
17. Brasil. Ministério da Saúde. Manual técnico para diagnóstico da sífilis. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2016 [citado 2019 Out 10]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2016/manual-tecnico-para-diagnostico-da-sifilis>
18. Silva RS, Rocha SS, Gouveia MT, Dantas AL, Santos JD, Carvalho NA. Uso de pulseiras de identificação: implicações para a segurança do recém-nascido na maternidade. *Esc Anna Nery*. 2019;23(2):e20180222.
19. World Health Organization (WHO). Administrative Errors: Technical Series on Safer Primary Care [Internet]. Geneva: WHO; 2016 [cited 2021 Jan 15]. Available from: https://www.who.int/patientsafety/topics/primary-care/technical_series/en/

VIVÊNCIA COM A DOENÇA CRÔNICA NA INFÂNCIA: PERCEPÇÃO DA FAMÍLIA

EXPERIENCE WITH CHRONIC DISEASE IN CHILDHOOD: FAMILY'S PERCEPTION

EXPERIENCIA CON ENFERMEDAD CRÓNICA EN LA INFANCIA: PERCEPCIÓN FAMILIAR

Alyssia Daynara Silva Lopes¹

Thamires Vitória Arcanjo da Paixão¹

Camila Thayná Oliveira dos Santos¹

Lays da Silva Fidelis Freire¹

Mabelly Cavalcante Rego²

Ana Patrícia da Rocha Lima de Paula²

Ana Carolina Santana Vieira¹

Ingrid Martins Leite Lúcio¹

(<https://orcid.org/0000-0001-5060-5372>)

(<https://orcid.org/0000-0003-4569-1610>)

(<https://orcid.org/0000-0002-9211-4595>)

(<https://orcid.org/0000-0003-1954-8458>)

(<https://orcid.org/0000-0003-3551-8849>)

(<https://orcid.org/0000-0001-9171-0849>)

(<https://orcid.org/0000-0002-7273-1414>)

(<https://orcid.org/0000-0003-2738-7527>)

Descritores

Enfermagem pediátrica; Doença crônica; Integralidade em saúde; Família

Descriptors

Pediatric nursing; Chronic disease; Integrality in health; Family

Descriptores

Enfermería pediátrica; Enfermedad crónica; Integralidad en salud; Familia

Submetido

24 de Março de 2021

Aceito

2 de Junho de 2021

Conflitos de interesse:

manuscrito extraído do projeto "Vivência de familiares no cuidado à criança e adolescente com doença crônicas e rede de atenção à saúde", financiado pelo Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC) 2019-2020, da Universidade Federal de Alagoas – UFAL.

Autor correspondente

Ingrid Martins Leite Lúcio
E-mail: ingridmll@eenf.ufal.br

RESUMO

Objetivo: Compreender a vivência da família no cuidado de crianças com doença crônica e as interfaces com a rede de atenção à saúde.

Métodos: Estudo descritivo, qualitativo realizado em clínica pediátrica de hospital escola federal de Alagoas. Os participantes foram familiares acompanhantes de crianças com doença crônica no processo de hospitalização. A coleta de dados ocorreu entre os meses de outubro de 2019 a março de 2020, mediante uso de formulário, entrevista, diários de campos e uso do prontuário. Para análise das informações utilizou-se a técnica de análise temática.

Resultados: Foram apresentadas em temáticas emergentes das falas sendo a vivência marcada pela descoberta do diagnóstico, contexto socioeconômico da família, rede de apoio à família e profissional, aspectos clínicos da criança, complicações e processo de hospitalização.

Conclusão: A família depara-se com lacunas relacionadas à integralidade em saúde, a continuidade do cuidado, ao sistema de referência e contra referência no Sistema Único de Saúde, a ineficiência nos processos de comunicação entre família-criança-profissionais e aponta a limitação de serviços e profissionais especializados para a assistência eficaz.

ABSTRACT

Objective: Understand the family's experience in the care of children with chronic illness and the interfaces with the health care network.

Methods: Descriptive, qualitative study carried out in a pediatric clinic of a federal teaching hospital in Alagoas, after approval by the ethics committee. The participants were family members accompanying children with chronic illness during the hospitalization process. The data collection took place between the months of October 2019 and March 2020, using a form, an interview, field diaries and using the medical record. Thematic analysis technique was used to analyze the information.

Results: They were presented in themes emerging from the speeches and the experience was marked by the discovery of the diagnosis, the family's socioeconomic context, the family and professional support network, the child's clinical aspects, complications and hospitalization process.

Conclusion: The family is faced with gaps related to integrality in health, the continuity of care, to the referral and counter-referral system in the Unified Health System, the inefficiency in the communication processes between family-child-professionals and points out the limitation of services and specialized professionals for effective assistance.

RESUMEN

Objetivo: Comprender la experiencia de la familia en el cuidado de niños con enfermedades crónicas y las interfaces con la red asistencial.

Métodos: Estudio descriptivo cualitativo realizado en una clínica pediátrica de un hospital universitario federal de Alagoas, previa aprobación del comité de ética. Los participantes eran familiares que acompañaban a niños con enfermedades crónicas durante el proceso de hospitalización. La recolección de datos se realizó entre los meses de octubre de 2019 y marzo de 2020, mediante formulario, entrevista, diarios de campo y utilizando la historia clínica. Se utilizó la técnica de análisis temático para analizar la información.

Resultados: Se presentaron en temas emergentes de los discursos y la experiencia estuvo marcada por el descubrimiento del diagnóstico, el contexto socioeconómico de la familia, la red de apoyo familiar y profesional, los aspectos clínicos del niño, las complicaciones y el proceso de internación.

Conclusión: La familia enfrenta brechas relacionadas con la integralidad en salud, la continuidad de la atención, el sistema de derivación y contrarreferencia en el Sistema Único de Salud, la ineficiencia en los procesos de comunicación entre familia-niño-profesionales y señala la limitación de servicios y profesionales especializados para una asistencia eficaz.

¹Universidade Federal de Alagoas, Maceió, AL, Brasil.

²Hospital Universitário Professor Alberto Antunes, Maceió, AL, Brasil.

Como citar:

Lopes AD, Paixão TV, Santos CT, Freire LS, Rego MC, Paula AP, et al. Vivência com a doença crônica na infância: percepção da família. *Enferm Foco*. 2021;12(6):1119-24.

DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n6.4768>

INTRODUÇÃO

A condição crônica na vida da criança cria um impacto na atenção à saúde e no cotidiano familiar, diante da frequência de internações por longos períodos devido às complicações, necessidade de cuidados especializados, além de reabilitação, ocasionando um afastamento do seu meio social e da família.^(1,2)

O familiar responsável é fundamental para acompanhar a evolução clínica da criança, visto que passa a conviver em âmbito hospitalar assumindo um papel importante no manuseio do cuidado pela troca de conhecimentos com profissionais da saúde tendo novas referências para promoção do cuidar.⁽¹⁾

Conviver com essas crianças leva a percepção da necessidade de atenção e planejamento desses cuidados, além de enfrentar os desafios de acesso aos serviços de saúde e reabilitação que são indispensáveis para o cuidado eficaz.⁽³⁾ Por isso, a Política Nacional de Humanização considera essencial a construção de redes de atenção à saúde como também a singularidade de cada família para a construção do tratamento para que através do acolhimento e escuta qualificada a equipe possa oferecer uma assistência humanizada.⁽⁴⁾

Em vista dos agravos emocionais, sociais e financeiros, as doenças crônicas são prioridade nas políticas públicas de saúde do país pelos transtornos gerados não só a criança, mas também a família, desde a efetivação do diagnóstico até o tratamento e controle da enfermidade.⁽⁵⁾

Diante do exposto, este estudo tem como objetivo compreender a vivência de familiares com o cuidado de crianças diante da doença crônica e a rede de atenção à saúde e as comoções dos parentes com a convivência de pacientes portadores de doença crônica na infância e adolescência.

MÉTODOS

Estudo descritivo, com abordagem qualitativa.⁽⁶⁾ A pesquisa preocupou-se com a subjetividade dos aspectos da vivência dos familiares que não podem ser quantificados. A exemplo desses, a análise de falas que contém expressões carregadas de emoções singulares e vivências individuais no cuidado de crianças portadoras de doenças crônicas.⁽⁷⁾ Nesse sentido, centrando-se a compreensão e explicação da dinâmica das relações sociais e fatores que favorecem os cuidados, bem como, o suporte social e os vários aspectos que envolvem a problemática vivenciadas na prestação do cuidado por parte da família.⁽⁸⁾

A pesquisa ocorreu no município de Maceió-Alagoas, no Nordeste do Brasil, em uma unidade de referência em atendimento à criança e adolescente com doença crônica,

que dispõe de acompanhamento ambulatorial e clínico, que faz parte o complexo hospitalar universitário Professor Alberto Antunes (HUPPA). Este serviço integra à assistência, o ensino, a pesquisa e a extensão, em busca da excelência na prestação da assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), situado na capital Maceió, Alagoas.

O hospital é constituinte da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) e constitui a Rede de Atenção à Saúde, na média e alta complexidade. A unidade de internação pediátrica dispõe de 31 leitos distribuídos nas especialidades. É uma referência para a população de 0 a 16 anos de idade e atende crianças e adolescentes com condições crônicas de saúde. De acordo com o sistema de informação do hospital, as principais condições crônicas atendidas são: epilepsia, cardiopatia, microcefalia, síndrome genética, síndrome nefrótica, Insuficiência Renal Crônica (IRC), Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES), diabetes mellitus, fibrose cística, pneumopatia crônica, imunodeficiência e hepatopatia crônica.

Os participantes foram familiares de crianças que convivem com uma criança com patologia crônica. Para serem elegíveis os participantes deveriam ser um dos responsáveis legais, com idade superior a 18 anos, independente da patologia crônica apresentada pela criança. Foram excluídos aqueles que conviviam com as crianças que além das condições crônicas apresentavam síndromes associadas, e aqueles que ainda estavam vivenciando a primeira admissão da criança com fins de diagnóstico.

A inserção dos participantes do estudo foi intencional, considerando o número de internações de crianças e adolescentes com doenças crônicas, atendidos na unidade por mês. A média de dias de internação na unidade em 2018 foi de 7,11 dias segundo o Setor de Vigilância e Segurança do HUPAA, no ano de 2018. O convite foi realizado à medida que os responsáveis foram se enquadrando nos critérios de elegibilidade no período da coleta dos dados.

O período de realização do estudo foi de agosto de 2019 a julho de 2020, sendo o período da coleta de dados entre os meses de outubro de 2019 e março de 2020.

Em seguida, frequentou-se o ambiente e observou-se a dinâmica do serviço, a fim de realizar uma observação participante, direta, continuada e sistemática, além de identificar protocolos administrativos e clínicos, fluxos de acesso do paciente, prontuários e atas de reuniões; sendo esses documentos voltados para a vivência e cotidiano dos familiares diante da criança com doença crônica.

Para a observação e análise documental, utilizou-se um roteiro elaborado no intuito de compreender objetivamente a vivência de familiares com o cuidado de crianças/

adolescentes diante da doença crônica e a rede de atenção à saúde. A coleta de dados ocorreu em três etapas: pesquisa de dados nos prontuários das crianças/adolescentes; preenchimento de formulário estruturado e construção do genograma e ecomapa das redes de apoio social; entrevista com os responsáveis das crianças/adolescentes.

Os dados coletados no prontuário foram complementares a entrevista e referentes aos dados demográficos da criança/adolescente (nome completo, sexo, raça, idade, endereço, história do crescimento e desenvolvimento gestacional, intercorrências de saúde) e com relação ao histórico da doença (tipo de doença crônica, tempo de diagnóstico, cuidados domiciliares, histórico de internações, complicações decorrentes da doença).

Foram coletados dados sociodemográficos da família dados referentes às orientações recebidas pelos responsáveis sobre a doença; dados de consultas e articulação dos serviços. Também foram utilizados como instrumentos o genograma e ecomapa pois são úteis para delinear as estruturas internas e externas da família. E por permitirem uma visualização do processo de adoecimento, facilitarem o plano terapêutico, e à família promover uma compreensão sobre o desenvolvimento da doença.⁽⁹⁾

A entrevista semiestruturada foi realizada com o familiar presente na internação da criança, em local reservado, sendo gravada mediante consentimento, com as seguintes questões: Conte-me como é a vivência da família envolvendo o cuidado da criança/adolescente com doença crônica? Fale-me como ocorreu a descoberta do diagnóstico e que você sabe sobre a condição de saúde da criança/adolescente até a presente internação? Como é a rotina de casa com a criança e adolescente e a rede de apoio? Como ocorreu o contato com os serviços de saúde ao longo da fase de diagnóstico e tratamento? Como familiar, o que considera que facilita e dificulta a continuidade da assistência à criança/adolescente com doença crônica?

O conteúdo das entrevistas foi gravado e transcrito na íntegra, para obter a fidedignidade das respostas. A análise foi orientada pela Análise de Conteúdo,⁽¹⁰⁾ pelas etapas: a) Pré-análise: fase de organização e preparo do material b) Exploração do material e c) Interpretação dos dados obtidos, intercalando-se a discussão entre as falas, literatura e reflexões dos pesquisadores.

Todos os aspectos da bioética foram respeitados e a coleta ocorreu após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas (CAEE: 22967519.8.0000.5013) e obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) dos participantes.

RESULTADOS

Da análise dos dados emergiram as seguintes categorias temáticas: Dificuldades enfrentadas na continuidade do cuidado, Participação/engajamento em redes de apoio e Jornada até a confirmação do diagnóstico.

Dificuldades enfrentadas na continuidade do cuidado

Quando questionados a respeito das dificuldades que interferem nos cuidados da criança os familiares apontaram cansaço, esgotamento físico e mental, saudades de casa, estresse e sobrecarga:

O ruim é que não tem troca com as pessoas da família, só eu quem fico, e é muito cansativo pra mim as vezes eu sinto falta desse apoio e me estresso com a rotina e com ela (Familiar da criança 6).

O que dificulta é a saudade dos meus outros filhos, a distância e não saber das coisas que acontecem e não dá pra eu voltar (para casa) porque é muito ruim de transporte (Familiar da criança 4).

Participação/engajamento em redes de apoio

Quando questionadas a respeito da participação de grupos de apoio ou associação para responsáveis de crianças em condições crônicas para o compartilhamento de informações e amparo necessário, apenas uma das dezesseis mães entrevistadas confirmaram ter acesso a essa rede de apoio. Mostram-se vulneráveis quanto ao acesso à informação com familiares que também vivem realidades semelhantes, apoio emocional e até mesmo a oportunidade de serem ouvidas.

Eu faço parte de uma associação de pais de crianças com fibrose cística, desde que eu perdi meu outro menino, e ele nasceu, eu tenho contato com eles por um grupo no WhatsApp. É muito bom, porque a gente conversa e se entende. (Familiar da criança 4)

Não, eu não conheço nenhum grupo de apoio assim não, quem me ajuda muito é minha própria filha, porque ela segue o tratamento, faz a dieta, me ajuda e entende o que pode e o que não pode (Familiar da criança 3).

Jornada até a confirmação do diagnóstico

Ao questionar os familiares, muitos deles afirmaram que a peregrinação até a confirmação do diagnóstico foi longa e cansativa, principalmente pela falta de organização dos serviços de saúde, além disso algumas das famílias entrevistadas não possuem vínculo com a Unidade de Saúde da

Família ou não conseguiram diagnosticar mais rápido por não ter instituições de referência na cidade em que moram.

Quando ele começou a inchar e sentir dor, eu levei ele para uma maternidade lá da minha cidade direto já para resolver, porque eu não gosto muito de médico e lá em casa a gente não anda em posto (Familiar da criança 5).

A gente foi direto pro HGE quando chegou lá, eles encaminharam pra cá porque disseram que era melhor para o tratamento dela, que os médicos daqui iam saber cuidar melhor dela (Familiar da criança 6).

Contribuição da Atenção Primária na continuidade do cuidado

Quando questionadas sobre o vínculo com a Unidade de Saúde da Família 12 dentre as 17 mães responderam que tinham vínculo e falaram sobre a importância da Unidade Básica de Saúde para a marcação de consultas, acompanhamento e continuidade do tratamento da criança, além de contar com o apoio da equipe de saúde para transmitir informações em relação aos cuidados diários. Ilustramos pela figura 1 a organização dos dados com sua utilização, para complementação dos dados.

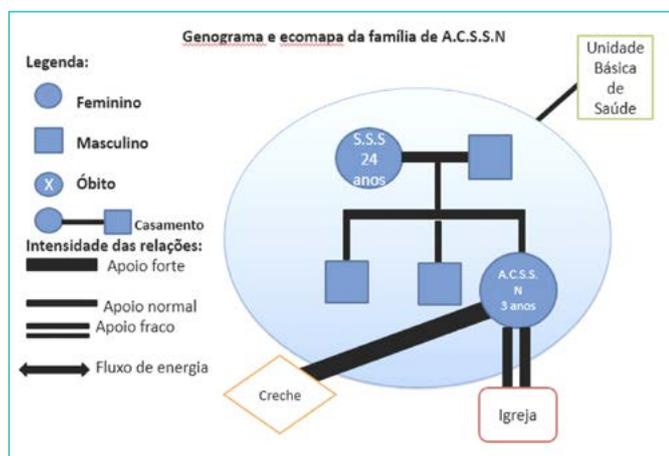


Figura 1. Genograma e ecomapa da criança e família 6 que vivem o adoecimento por Síndrome Nefrótica

DISCUSSÃO

As crianças com condições crônicas de saúde compõem um perfil de infantes que necessitam de apoio e dependem dos serviços de saúde especializados para a reabilitação e manutenção de complicações e suporte à vida. Nesse ínterim, as alterações fisiológicas e as necessidades de cuidado geram sobrecarga no âmbito familiar.⁽³⁾

Isto se dá principalmente pela alta frequência de internações de longa permanência para o tratamento de

complicações advindas da condição de saúde, além da alta responsabilidade do cuidador no manejo dos cuidados da criança devido a alta especificidade e o possível uso de tecnologias, o que altera a rotina familiar ao integrar novos conceitos de alimentação, promoção de higiene e administração dos medicamentos.^(1,5)

Para um atendimento qualificado, os fatores psicológicos, econômicos, sociais e a presença de redes de apoio devem ser considerados a fim de atender as necessidades da família. O enfermeiro é o profissional que mais cria vínculo com a família devido aos múltiplos procedimentos necessários na internação ou através da consulta de enfermagem e assim é capaz de desenvolver um Projeto Terapêutico Singular eficaz, a fim de que o cuidado seja centrado na pessoa e na família, transformando as relações entre profissionais e usuários para que todos sejam atuantes na produção de saúde.^(1,5,11)

A escuta qualificada é um fator determinante para assistência eficaz, nesse sentido, os profissionais precisam compreender a sua função na rede de apoio, para não segregar o vínculo e prejudicar a promoção do cuidado, passando sempre confiança a fim de fortalecer a família das adversidades ocasionadas pelo adoecimento crônico.⁽⁸⁾ Nesse cenário, a arte do cuidado ganha novas definições e a Enfermagem como profissão caracteriza-se por um trabalho pluralizado e complexo, envolvendo todos os fatores do cuidado intra e extra hospitalar.⁽¹²⁾

No processo de adoecimento crônico na infância é importante refletir sobre a jornada da família na busca de solução do problema de saúde até a confirmação do diagnóstico. Os familiares buscam os serviços de saúde e aderem o tratamento por meio das informações adquiridas nesses serviços. Ademais, muitas vezes estes não conseguem ser incorporados ao cotidiano do núcleo familiar seja por falta de profissionais, materiais ou pela desorganização e fragmentação das redes de atenção à saúde expondo a família a vulnerabilidade e prejudicando a continuidade do cuidado.^(2,13)

Nessa rede integrada, têm-se a Atenção Primária em Saúde (APS) como porta de entrada dos outros serviços, funcionando como guia no sistema de referência e contrarreferência fazendo a ligação aos outros níveis, já que o adoecimento crônico se caracteriza por alterações complexas no âmbito físico, emocional, comportamental, no crescimento e desenvolvimento. Por isso, a rede de atenção à saúde às crianças em condições crônicas é pautada num cuidado continuado, organizado e apoiador no que se refere às mudanças que a doença exige e que a criança e família desejam.^(2,13)

Um dos papéis da APS baseia-se na construção de vínculos entre usuários e profissionais, a fim de que haja a cooperação mútua para a construção de um cuidado qualificado e continuado para que assim a família passe a procurar a Unidade Básica de Saúde não apenas em situações de enfermidades, o que geralmente acontece, mas sim baseando-se na confiança a partir do vínculo criado.^(13,14)

O genograma e o ecomapa são estratégias usadas na Estratégia de Saúde da Família para conhecer a composição, funcionamento, características e vínculos, realidade socioeconômica, e em quais ambientes o núcleo familiar está presente. Estes instrumentos são significativos para atividades de planejamento de cuidado e ações de intervenção mais eficazes e direcionadas às necessidades da família.^(9,15)

A figura 1 apresenta o genograma e o ecomapa que mais se aproxima com o padrão do perfil das famílias entrevistadas em que o núcleo familiar demanda de vínculos com outros locais além da Unidade Básica de Saúde. Ademais, a família conta com profissionais para acesso às informações baseado na confiança dos vínculos estabelecidos para a continuidade do cuidado diário da criança em condição crônica.

Neste genograma, notou-se que a família é composta por mais de um filho além da criança em condição crônica, o que requer adaptações da rotina familiar para o cuidado de todas as crianças. Em relação ao ecomapa, vê-se a presença de vínculos com unidades religiosas além do apoio forte da creche e da unidade de saúde da família para o apoio com os cuidados diários das crianças.

O cuidado centrado nas famílias é essencial para que possa tornar a vivência mais leve e menos estressante devido aos impactos financeiros, emocionais e nas relações interpessoais de toda a família. Este alicerce precisa ser acolhido pelo núcleo familiar como algo positivo para que o enfermeiro contribua para o bem-estar do binômio criança e família segundo as suas necessidades, criando uma relação baseada em confiança, responsabilidade, compromissos e contribuindo para uma assistência qualificada.^(8,16,17)

Além disso, as redes de apoio da família, são essenciais no tratamento da criança; assim, todos devem estar orientados sobre os cuidados com ela. Nesse sentido, os familiares responsáveis e os profissionais de saúde são os protagonistas na disseminação do conhecimento para que dessa forma, as crianças e adolescentes possam ter uma vida normal e saudável diante da situação de doença crônica nos vários ambientes em que estejam inseridos, desde ambiente escolar aos momentos recreativos e de lazer.⁽¹⁸⁾

O estudo foi parcialmente prejudicado na fase de coleta de dados no final do mês de março, em decorrência da

Pandemia da COVID-19 determinado pelo decreto governamental nº 69.350 de 19 de março de 2020. O serviço teve fluxo de admissão afetado por este contexto e consequentemente, as intervenções de crianças com as características desta pesquisa.

Compreender a dinâmica familiar e a trajetória da criança com condição crônica deve subsidiar o plano de cuidados de enfermagem. Conhecer a rede de apoio e as estratégias utilizadas pela família também são elementos importantes para o seguimento de cuidados a esta criança e a assistência na rede de atenção à saúde, numa perspectiva multidisciplinar.

CONCLUSÃO

A rotina de familiares de crianças com doenças crônicas é desgastante com novas formas de cuidar para os integrantes do núcleo, a rotina de constantes consultas e internações de longa permanência que podem gerar estresse, distanciamento social das relações interpessoais ao cuidador responsável. A mãe geralmente é cuidadora principal e precisa de redes de apoio para dividir sentimentos e os desafios em torno do cuidado com a criança. A jornada da família inicia, desde a suspeita até toda a peregrinação para a confirmação do diagnóstico, tratamento e continuidade do cuidado, principalmente pelos vínculos fracos com a Unidade Básica de Saúde, segregação e desorganização da atenção primária no que diz respeito aos sistemas de referência e contrarreferência, o que leva a questionar sobre o real cumprimento das diretrizes do cuidado às pessoas com doença crônica nas Redes de Atenção à Saúde. Os serviços de atenção à saúde acionados pelas famílias foram o secundário e primário, mas a minoria dos familiares levou as crianças em Unidades Básicas de Saúde devido aos vínculos fracos.

Agradecimentos

À Equipe de Enfermagem da Unidade Pediátrica do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes HUPPA/EBSERH.

Contribuições

Concepção e/ou desenho do estudo: Lopes ADS, Paixão TVA, Santos CTO, Freire LSF, Lúcio ILM; Coleta, análise e interpretação dos dados: Lopes ADS, Paixão TVA, Santos CTO, Freire LSF, Rego MC, Paula APRL, Lúcio ILM; Redação e/ou revisão crítica do manuscrito: Vieira ACS, Lúcio ILM; Aprovação da versão final a ser publicada: Lopes ADS, Paixão TVA, Santos CTO, Freire LSF, Rego MC, Paula APRL, Vieira ACS, Lúcio ILM.

REFERÊNCIAS

1. Martins PL, Azevedo CS, Afonso SB. O papel da família nos planos de tratamento e no cuidado pediátrico hospitalar em condições crônicas complexas de saúde. *Saúde Soc.* 2018;27(4):1218-29.
2. Pinto MM, Coutinho SE, Collet N. Chronic illness in childhood and the attention of health services. *Ciênc Cuid Saúde.* 2016;15(3):498-506.
3. Fernandez HG, Moreira MC, Gomes R. Making health care decisions for children/ adolescents with complex chronic conditions: a literature review. *Ciênc Saúde Colet.* 2019;24(6):2279-92.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Humaniza SUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização.* Brasília (DF): Editora do Ministério da Saúde; 2010 [citado 2020 Jan 30]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf
5. Wild CF, Silveira A, Souza NS, Buboltz FL, Neves ET. Cuidado domiciliar na criança com asma. *Rev Baiana Enferm.* 2017;31(2):e20487.
6. Dalfovo MS, Lana RA, Silveira A. Métodos quantitativos e qualitativos: um resgate teórico. *Rev Interdiscip Cient Apl.* 2008;2(4):1-13.
7. Patias ND, Hohendorff JV. Critérios de qualidade para artigos de pesquisa qualitativa. *Psicol Estud.* 2019;24:e43536.
8. Machado NA, Nóbrega VM, Silva ME, França DB, Reichert AP, Collet N. Chronic illness in children and adolescents: professional-family bond for the promotion of social support. *Rev Gaúcha Enferm.* 2018;39:e2017-0290.
9. Charepe ZB, Figueiredo MH, Vieira MM, Afonso Neto LM. (Re) descoberta de esperança na família da criança com doença crônica através do genograma e ecomapa. Florianópolis-SC: *Texto Contexto Enferm.* 2011;20(2):349-58.
10. Bardin L. *Análise de conteúdo.* 4a ed. Lisboa: Edições 70; 2010.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias.* Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013 [citado 2020 Jul 30]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20_cuidado_pessoas%20_doencas_cronicas.pdf
12. Rondon LS, Cunha IC, Ximenes Neto FR. Habilidade empática e seu aprendizado em graduandas de enfermagem. *Enferm Foco.* 2020;11(3):6-14.
13. Nóbrega VM, Reichert AP, Vieira CS, Collet N. Longitudinalidade e continuidade do cuidado à criança e ao adolescente com doença crônica. *Esc Anna Nery.* 2015;19(4):656-63.
14. Duarte ED, Silva LK, Tavares TS, Nishimoto CL, Silva PM, Sena RR. Cuidado à criança em condição crônica na Atenção Primária: desafios do modelo de atenção à saúde. *Texto Contexto Enferm.* 2015;24(4):1009-17.
15. Mello DF, Vieira CS, Simpionato E, Biasoli-Alves ZM, Nascimento LC. Genograma e Ecomapa: Possibilidades de Utilização na Estratégia de Saúde da Família. *Rev Bras Cresc Desenv Hum.* 2005;15(1):79-89.
16. Mororó DD, Menezes RM, Queiroz AA, Silva CJ, Pereira WC. Enfermeiro como integrador na gestão do cuidado à criança com condição crônica. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(3):e20180453.
17. Souza MH, Nóbrega VM, Collet N. Rede social de crianças com doença crônica: conhecimento e prática de enfermeiros. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(2):e20180371.
18. Freitas KK, Santos PU, Melo MC, Moura AS, Boeckmann LM, Dutra LM. Autorrelato da criança e do adolescente no seu cotidiano com a diabetes mellitus: estudo narrativo. *Enferm Foco.* 2020;11(3):187-94.

CONHECIMENTO DAS GESTANTES RESIDENTES EM COMUNIDADES RURAIS SOBRE O ALEITAMENTO MATERNO

THE KNOWLEDGE OF PREGNANT WOMEN RESIDENT IN RURAL COMMUNITIES ABOUT BREASTFEEDING

EL CONOCIMIENTO DE LAS MUJERES EMBARAZADAS RESIDENTES EN COMUNIDADES RURALES SOBRE LA LACTANCIA MATERNA

Dayana da Silva de Amaral¹

Anne Fayma Lopes Chaves¹

Ana Carolina Maria Araújo Chagas Costa Lima²

Leilane Barbosa de Sousa¹

Bruna Kely Oliveira Santos¹

Daniela Raulino Cavalcante¹

Camila Chaves da Costa¹

(<https://orcid.org/0000-0003-4968-9032>)

(<https://orcid.org/0000-0002-7331-1673>)

(<https://orcid.org/0000-0002-1469-1805>)

(<https://orcid.org/0000-0003-0266-6255>)

(<https://orcid.org/0000-0002-6938-5055>)

(<https://orcid.org/0000-0002-9741-4888>)

(<https://orcid.org/0000-0002-6996-1200>)

Descritores

Conhecimento; Aleitamento materno; Gestantes

Descriptors

Knowledge; Breast feeding; Pregnant women

Descriptores

Conocimiento; Lactancia materna; Mujeres embarazadas

Submetido

25 de Março de 2021

Aceito

5 de Junho de 2021

Conflitos de interesse:

nada a declarar.

Autor correspondente

Anne Fayma Lopes Chaves

E-mail: annefayma@unilab.edu.br

RESUMO

Objetivo: Analisar o conhecimento das gestantes residentes de comunidades rurais sobre aleitamento materno.

Métodos: Tratou-se de um estudo descritivo realizado durante o período de fevereiro e março de 2020 em quatro comunidades rurais em um município do Estado do Ceará, a amostra foi composta por 19 gestantes. Foi aplicado um formulário enquanto as gestantes aguardavam a consulta de pré-natal na unidade básica de saúde.

Resultados: As gestantes apresentaram bom conhecimento em relação ao conceito e benefícios da amamentação, e manejo do ingurgitamento mamário, no entanto, apresentaram deficiências importantes quanto a técnica correta para amamentar e a conservação do leite. E os profissionais de saúde que as gestantes relataram terem mais recebido incentivo para amamentar foram os enfermeiros (31,6%) e em seguida os agentes comunitários de saúde (26,3%).

Conclusão: Percebe-se a necessidade de promover estratégias efetivas de capacitação das gestantes dando-se ênfase à pega e a posição correta para evitar desmame precoce, e conservação do leite, visando melhorar índices de aleitamento materno exclusivo em mulheres trabalhadoras.

ABSTRACT

Objective: To analyze the knowledge of pregnant women living in rural communities about breastfeeding.

Methods: This was a descriptive study conducted during the period of February and March 2020 in four rural communities in a municipality in the state of Ceará, the sample was composed of 19 pregnant women. A form was applied while the pregnant women were waiting for the prenatal consultation at the basic health unit.

Results: The pregnant women had good knowledge regarding the concept and benefits of breastfeeding, and management of breast engorgement, however, they had important deficiencies regarding the correct technique for breastfeeding and the conservation of milk. And the health professionals that the pregnant women reported having received the most incentive to breastfeed were the nurses (31.6%) and then the community health workers (26.3%).

Conclusion: There is a need to promote effective training strategies for pregnant women, with emphasis on the handle and the correct position to avoid early weaning and milk conservation, aiming to improve rates of exclusive breastfeeding in working women.

RESUMEN

Objetivo: Analizar el conocimiento de las mujeres embarazadas residentes en comunidades rurales sobre la lactancia materna.

Métodos: Este fue un estudio descriptivo realizado durante el periodo de febrero y marzo de 2020 en cuatro comunidades rurales de un municipio del estado de Ceará, la muestra estuvo compuesta por 19 mujeres embarazadas. Se aplicó un formulario mientras las gestantes esperaban la consulta prenatal en la unidad básica de salud.

Resultados: Las gestantes tenían un buen conocimiento sobre el concepto y los beneficios de la lactancia materna y el manejo de la congestión mamaria, sin embargo, presentaban importantes deficiencias en cuanto a la técnica correcta para la lactancia materna y la conservación de la leche. Y los profesionales de la salud que las gestantes reportaron haber recibido mayor incentivo para amamentar fueron las enfermeras (31,6%) y luego los agentes comunitarios de salud (26,3%).

Conclusión: Existe la necesidad de promover estrategias de entrenamiento efectivas para la gestante, con énfasis en el mango y la posición correcta para evitar el destete precoz y la conservación de la leche, con el objetivo de mejorar las tasas de lactancia materna exclusiva en las mujeres trabajadoras.

¹Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, Redenção, CE, Brasil

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

Como citar:

Amaral DS, Chaves AF, Lima AC, Sousa LB, Santos BK, Cavalcante DR, et al. Conhecimento das gestantes residentes em comunidades rurais sobre o aleitamento materno. *Enferm Foco*. 2021;12(6):1125-31.

DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n6.4774>

INTRODUÇÃO

O aleitamento materno (AM) é a forma mais natural e econômica de promover a nutrição do lactente, por meio da ação protetora e preventiva do leite materno, sendo uma estratégia, que mesmo isolada, obtém resultados satisfatórios relacionados à saúde da criança. Por ser um alimento rico em anticorpos ele protege a criança de muitas doenças, dentre elas, diarreia e infecções respiratórias, também reduz o risco de reações alérgicas e outras doenças, além de promover o desenvolvimento dos músculos da face e ajudar a fortalecer a função respiratória da criança.⁽¹⁾

Além disso, o aleitamento materno promove inúmeros benefícios biopsicossociais para as puérperas, dentre eles: redução do peso após o parto; aumento da contratilidade uterina, o que contribui para a redução das hemorragias no período pós-parto; funciona como método contraceptivo; e ainda reduz a incidência de câncer de mama e de ovário.⁽¹⁾

Nas últimas três décadas, os indicadores de prevalência de aleitamento materno e de aleitamento materno exclusivo no Brasil mostraram tendência de crescimento, com os principais benefícios observados entre 1986 e 2006, seguidos de relativa estabilização em 2013. Porém, no Brasil, a prevalência do aleitamento materno exclusivo (AME) em menores de 6 meses foi de 36,6% na última Pesquisa Nacional de Saúde.⁽²⁾

O aleitamento materno está inserido em um contexto social, cultural, econômico e histórico, sendo influenciado por diversos fatores, tais como: baixa escolaridade, a ausência paterna, inserção da mulher no mercado de trabalho, a própria escolha de não amamentar e a depressão pós-parto.⁽³⁾ Somado a tudo isso, ainda se percebe a falta de conhecimento das mães a respeito do aleitamento materno, que muitas vezes está relacionada ao despreparo dos profissionais em orientar as mulheres sobre essa temática durante as consultas do pré-natal.⁽⁴⁾

Dessa forma, é interessante ressaltar que a falta de conhecimento e as informações distorcidas que as mães recebem sobre o aleitamento materno representam uma influência significativa na adesão e duração da amamentação, sendo consideradas como fatores determinantes para que seja bem-sucedida. Sendo assim, a forma como os profissionais de saúde e os meios de comunicação abordam a amamentação com as puérperas e familiares podem contribuir para a promoção do aleitamento materno.⁽⁴⁾

Estudos que buscaram analisar o conhecimento das mães sobre amamentação, evidenciaram que as mulheres apresentam conhecimento satisfatório quanto aos benefícios dessa prática para o bebê.^(5,6) No entanto, outro estudo realizado em Recife sobre o conhecimento das puérperas

em relação ao aleitamento materno apontou desconhecimento das mulheres sobre complicações que podem ocorrer durante a amamentação (73,3%).⁽⁷⁾

No contexto das comunidades rurais, as mulheres em aleitamento materno se deparam com diversos fatores agravantes, tais como: diferenças culturais, baixa escolaridade da população, pobreza e dificuldade de acesso aos serviços de saúde. No qual, o aleitamento materno misto destaca-se dentre as práticas de auto atenção relativas à alimentação da criança do meio rural. Em que essas práticas passam entre os conhecimentos do modelo médico hegemônico e dos familiares e comunidade.⁽⁸⁾

Diante do exposto, o objetivo desta pesquisa foi analisar o conhecimento das gestantes residentes de comunidades rurais sobre aleitamento materno.

MÉTODOS

Tratou-se de uma pesquisa exploratória e descritiva, desenvolvida em campo, por meio de uma abordagem quantitativa. Uma pesquisa descritiva examina como a incidência e a prevalência de uma doença ou condição relacionada à saúde varia de acordo com determinadas características, tornando possível identificar os grupos de alto risco para fins de prevenção. A abordagem quantitativa é aquela na qual os pesquisadores representam o real, percebendo a realidade social através de números, que são classificados e analisados. Esse tipo de abordagem considera que os dados brutos (que são observáveis e objetivos) representam a realidade.⁽⁹⁾

A população do estudo, foi composta por gestantes residentes em comunidades rurais do município de Tabuleiro que são acompanhadas pela Unidade Básica de Saúde. Não houve cálculo amostral, uma vez que a população em questão era relativamente pequena, assim, a pesquisa buscou abranger todas as gestantes. Devido a pandemia e a consequente diminuição de acesso à UBS, das 91 gestantes inscritas, apenas 19 participaram da coleta de dados.

As gestantes foram abordadas nas UBS enquanto aguardavam a consulta de pré-natal. Foram explicados os objetivos, riscos e benefícios da pesquisa e, aquelas que aceitaram participar do estudo, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A coleta de dados ocorreu no período de fevereiro e março de 2020 e foi realizada em quatro Unidades Básicas de Saúde localizadas na zona rural do município de Tabuleiro do Norte, que possui uma população estimada para 2019 de 30.697 habitantes.⁽¹⁰⁾ O Município está localizado na microrregião do baixo Jaguaribe, a cerca de 200 km de Fortaleza.

As Unidades Básicas de Saúde são constituintes da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e são responsáveis por um conjunto de ações de caráter individual e coletivo, incluindo a promoção de saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação, compreendendo o primeiro nível de atenção do Sistema Único de Saúde.⁽¹¹⁾

Foi realizada uma entrevista semiestruturada na qual foi aplicado um formulário criado pelos próprios pesquisadores contendo duas partes: 1. Dados sociodemográficos e obstétricos 2. Avaliação do conhecimento sobre aleitamento materno, com questões fechadas sobre conceito, tempo recomendado, benefícios, hormônios responsáveis, pega e posição correta, intervalo entre as mamadas, como tratar ingurgitamento e prazo de validade do leite no freezer.

Os dados obtidos foram compilados no Programa *Excel 2010* e posteriormente analisados pelo programa *Epi Info* versão 7.1.5 A análise descritiva dos dados constou de frequências absolutas e relativas, médias e desvios-padrão. Os resultados foram apresentados na forma de tabelas.

A pesquisa foi submetida à avaliação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira sob CAAE nº 28051120.3.0000.5576 e recebeu parecer favorável.

RESULTADOS

A faixa etária das mulheres variou de 18 a 40 anos, com média de 28 anos (DP± 5,75). Para caracterização da amostra, foi construída a tabela 1, que apresenta os dados sociodemográficos das gestantes.

Tabela 1. Perfil sociodemográfico das gestantes da zona rural

Variáveis	n(%)
Estado civil	
Casada/União Estável	14(73,7)
Solteira	5(26,3)
Escolaridade	
Fundamental	6(31,6)
Médio	11(57,9)
Superior	2(10,5)
Profissão	
Agricultora	14(73,7)
Dona de lar	2(10,5)
Doméstica	1(5,3)
Outras	2(10,5)
Renda mensal	
Até um salário mínimo	18(94,7)
Mais de um salário mínimo	1(5,3)

^o Valor do salário mínimo nacional na época da pesquisa era de R\$ 1.045,00

A tabela 2 apresenta os dados da gravidez, parto e puerpério das gestantes que participaram da pesquisa.

Tabela 2. Dados da gravidez, parto e puerpério das gestantes da zona rural

Variáveis	n(%)
Número de partos	
Primíparas	6(31,6)
Multiparas	13(68,4)
Histórico de amamentação anterior	
Sim	12(63,2)
Não	7(36,8)
Realizaram pré natal	
Sim	19(100,0)
Quantidade de consultas	
Até 5	9(47,4)
Mais de 5	10(52,6)
Receberam incentivo para amamentar	
Sim	16(84,2)
Não	3(15,8)
Profissional que incentivou	
Enfermeiro	6(31,6)
ACS	5(26,3)
Médico	1(5,3)
Outros	4(21,0)
Não respondeu	3(15,8)
Tipo de parto	
Cesárea	9(47,4)
Vaginal	4(21,0)
Não respondeu	6(31,6)
Amamentou na primeira hora de vida	
Sim	10(52,6)
Não	3(15,8)
Não respondeu	6(31,6)

A tabela 3 apresenta o conhecimento das gestantes sobre o aleitamento materno de acordo com os temas abordados.

DISCUSSÃO

Garantir o aleitamento materno as crianças é contribuir para que elas tenham condições ideais para crescer e se desenvolver, além de proporcionar benefícios que duram por toda vida. Sendo assim, o presente estudo buscou identificar o perfil sociodemográfico e obter dados a respeito do conhecimento das gestantes quanto ao aleitamento materno.

Ao analisar o perfil sociodemográfico das participantes observou-se uma idade média de 28 anos. Dado semelhante a um estudo realizado em comunidades periféricas de um estado no Sul do Brasil.⁽¹²⁾ Evidências apontam que idade superior a 20 anos está relacionada a maior conhecimento sobre aleitamento materno e aumento das chances de amamentar, esse fato pode estar relacionado à maior estabilidade e segurança da mãe.⁽¹³⁾

Quanto a escolaridade, os dados encontrados são similares a estudo realizado no município de Fortaleza, no qual prevaleceram participantes com Ensino Médio Completo. Esse achado é relevante, pois sugere mulheres com maior

Tabela 3. Conhecimento das gestantes sobre aleitamento materno

Conhecimento das gestantes	n(%)
Qual o conceito de Aleitamento Materno Exclusivo?	
Quando a criança recebe somente leite materno, sem outros alimentos, com exceção de vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos	19(100,0)
Quando a criança recebe somente leite materno, sem outros alimentos, com exceção de vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos.	-(-)
Quando a criança recebe, além do leite materno, água ou bebidas à base de água (água adoçada, chás, infusões), sucos de frutas e fluidos rituais.	-(-)
Quando a criança recebe leite materno e outros tipos de leite.	-(-)
Qual o tempo recomendado de aleitamento materno exclusivo?	
2 meses	-(-)
4 meses	-(-)
6 meses	19(100,0)
1 ano	-(-)
Quais os benefícios do aleitamento materno para o bebê?	
Menor risco de doenças diarreicas	19(100,0)
Favorece a obesidade	-(-)
Diminui o afeto entre mãe e bebê	-(-)
Diminui o afeto entre mãe e bebê	-(-)
Qual o hormônio responsável pela produção do leite?	
Testosterona	2(10,5)
Progesterona	7(36,8)
Ocitocina	1(5,3)
Prolactina	9(47,4)
Quais desses sinais NÃO proporciona uma pega correta?	
Queixo do bebê toca a mama	5(26,3)
Boca pouco aberta	6(31,6)
Aréola toda abocanhada	3(15,8)
Bochechas arredondadas	5(26,3)
Quais desses sinais NÃO consiste em uma orientação correta quanto a posição para amamentar?	
O corpo do bebê deve estar mais afastado da mãe e a face dele próximo ao seio	9(47,4)
O bebê deve ir até o peito, e não o peito até o bebê	7(36,8)
As nádegas do bebê devem estar apoiadas pela mão da mãe	1(5,3)
A cabeça e a coluna devem estar alinhadas em relação ao corpo do bebê	2(10,5)
Qual o intervalo correto entre as mamadas?	
Três em três horas	8(42,1)
Demanda livre	10(52,6)
Hora em hora	1(5,3)
Qual é a melhor maneira de tratar ingurgitamento mamário (mama cheia/ empredrada)?	
Massagem e ordenhar	11(57,9)
Pomada	1(5,3)
Compressas quentes	7(36,8)
Qual a indicação correta durante a amamentação?	
Deixar o bebê mamar pouco em uma mama e na próxima mamada colocar na outra	4(21,1)
Deixar o bebê mamar o suficiente para esvaziar a mama e na próxima mamada oferecer o outro peito	13(68,4)
Sempre iniciar a mamada com o outro peito que não foi dado antes	2(10,5)
Qual o prazo de validade do leite materno conservado no freezer (congelador)?	
Seis meses	1(5,3)
Doze horas	8(42,1)
Quinze dias	7(36,8)
Trinta dias	3(15,8)

acesso ao conhecimento pode facilitar a compreensão das orientações recebidas nos serviços de saúde durante o pré-natal, favorecendo a adesão ao aleitamento materno.⁽¹⁴⁾

Corroborando com achados encontrados nesta pesquisa, estudo realizado no Paraná, aponta que a maior parte

das mulheres que estavam amamentando eram casadas (74,2%).⁽¹⁵⁾ Esse achado é favorável a amamentação, pois o apoio do pai é um suporte de importância fundamental para a amamentação na perspectiva materna.⁽¹⁶⁾

A maioria das gestantes vivem com renda mensal de até um salário mínimo, sendo um aspecto favorável no que diz respeito a amamentação, visto que, pesquisas que avaliaram a prevalência do aleitamento materno em diversas regiões brasileiras, apontaram que em todas as regiões avaliadas a maior renda foi associada a um menor tempo de amamentação. Sendo assim, uma renda menor é associada a um maior tempo de amamentação, especula-se que isso ocorra devido à falta de condições de famílias mais carentes de adquirir leites artificiais.⁽¹⁷⁾

Diante do cenário da ruralidade prevaleceram gestantes com ocupação de agricultora, as quais não possuem vínculo empregatício, onde não há o benefício da licença maternidade, o que pode favorecer a mãe a desistir do aleitamento materno para permitir seu sustento e de sua família.⁽¹⁸⁾

No que tange a paridade o presente estudo apresentou dados contrários a uma pesquisa realizada no município de São Matheus, Espírito Santo, em que a maioria das gestantes era primípara.⁽¹⁹⁾ Desse modo, as mulheres entrevistadas nesta pesquisa podem ter maiores chances de amamentar, pois a experiência anterior com amamentação ajuda as mulheres a terem menos dificuldades e dúvidas no período de amamentação devido sua experiência prévia.⁽²⁰⁾

Em relação a taxa de cobertura pré-natal, os achados desta pesquisa assemelham-se com estudo realizado com 323 mulheres no Espírito Santo, no qual a taxa participação foi de 98,5%, sendo predominante a realização de mais de cinco consultas.⁽²⁰⁾

Estudo realizado em Uberaba com 30 puérperas que teve como objetivo identificar o conhecimento sobre o aleitamento materno e suas dificuldades, identificou que, grande parte das mulheres relatou ter recebido algum incentivo para amamentar. Tendo em vista que amamentar é um ato fortemente influenciado pela rede de apoio da mulher, é significativo que as gestantes sejam incentivadas a amamentar, requerendo um suporte constante dos profissionais de saúde, da família e da comunidade.⁽¹⁵⁾

Quanto ao profissional que mais incentivou o aleitamento materno, os enfermeiros foram citados como principais fontes de incentivo, dado semelhante ao encontrado em uma pesquisa realizada em Jundiá que buscou identificar o conhecimento de puérperas sobre aleitamento materno.⁽²¹⁾ Esse é um achado significativo, pois de acordo com uma pesquisa que buscou verificar a distribuição

da amamentação em função das atitudes dos enfermeiros para promover o aleitamento materno, constatou que dentre as mães que consideraram as atitudes dos enfermeiros adequadas, 71% amamentaram até os seis meses.⁽²²⁾

A via de parto por cesariana foi a mais prevalente nesta pesquisa, no entanto, apesar disso, a maioria dos bebês foram amamentados durante a primeira hora de vida, sendo um achado bastante positivo, visto que a oferta do leite materno na primeira hora de vida é tida como possível influenciador do início, manutenção e duração do aleitamento materno.⁽²³⁾

No que se refere ao conhecimento das participantes quanto aos tipos de aleitamento materno foram encontrados dados divergentes ao estudo realizado em um hospital público no interior de São Paulo, que buscou identificar o conhecimento de puérperas em relação ao aleitamento materno.⁽²²⁾ Esse achado é positivo, haja vista que o conhecimento a respeito do aleitamento materno condiciona a intenção de amamentar, além de contribuir para prevenir o desmame precoce e aumentar a autoeficácia da mãe para amamentar.^(15,24)

Quanto ao tempo recomendado de aleitamento materno exclusivo, todas as mulheres responderam que a amamentação exclusiva deve ser até o sexto mês de vida do bebê, semelhante a estudo realizado no Ambulatório Materno Infantil, em Tubarão-Santa Catarina. Isso pode ser tido como um dado positivo, visto que, de acordo com estudo de realizado com 385 puérperas que buscou avaliar a autoeficácia das mães em amamentar mostrou que existe uma diferença significativa ($p= 0,041$) entre as mulheres que conheciam o tempo adequado de aleitamento materno exclusivo, estando relacionado com uma maior autoeficácia da mãe para amamentar.⁽²⁵⁾

Em relação aos benefícios do aleitamento materno, evidenciou-se que todas as gestantes souberam responder corretamente, sendo um aspecto positivo uma vez que o conhecimento promove a autoconfiança que é tida como um fator decisivo para a duração e exclusividade dessa prática.⁽²⁶⁾ Além disso, a educação e o preparo para amamentar ainda durante o pré-natal contribui para o sucesso dessa prática, sendo incentivado o desenvolvimento dessa estratégia pelos profissionais na prática clínica.⁽²⁷⁾

Grande parte das mulheres demonstraram desconhecimento sobre o hormônio envolvido na lactação. Esse aspecto é relevante ser trabalhado nas orientações, pois, os hormônios envolvidos na amamentação, prolactina e ocitocina, são liberados pela hipófise a partir das estimulações nervosas, as quais podem sofrer influência do componente emocional.⁽²⁸⁾ Logo, é imprescindível que as mães

saibam dessa relação no intuito de cuidar da saúde mental para que o processo de amamentar seja favorável.

A pesquisa que buscou analisar a relação entre estresse pós-traumático e os níveis de ocitocina, evidenciou que mulheres com estresse pós-traumático elevado apresentaram níveis mais baixos de ocitocina $r(8):0,77$; $p: 0,026$, sendo imprescindível que enfermeiras apoiem e incentivem a lactação em mães que sofreram estresse pós-traumático.⁽²⁹⁾

Foi percebida uma lacuna no conhecimento das gestantes em relação a pega e posição correta, resultado semelhante ao encontrado em estudo realizado com 323 mulheres que procurou avaliar o conhecimento de puérperas acerca da amamentação.⁽²⁰⁾ Esse é um achado preocupante, uma vez que o posicionamento adequado do binômio e a pega efetiva previnem inúmeras complicações mamárias como dor ao amamentar, traumas mamilares e ingurgitamento mamário. Dessa forma, a pega e a posição correta agem reduzindo a probabilidade de interrupção do aleitamento materno, tendo em vista que problemas mamários estão dentre as principais causas que levam ao desmame precoce.⁽³⁰⁾

Sobre o intervalo entre as mamadas, a maioria respondeu corretamente a demanda livre, sendo condizente com o preconizado pelo Ministério da Saúde que incentiva essa prática na cartilha “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno”.⁽¹⁾ Esse é um dado favorável, pois existem evidências de que nutrizes que reconhecem os sinais de fome do bebê e amamentam em livre demanda têm uma maior probabilidade de obter sucesso no aleitamento materno exclusivo até o sexto mês, e dar continuidade por mais tempo do que as que não são instruídas a respeito deste tema.⁽³¹⁾

No que tange a recomendação de alternar as mamas a maioria das gestantes foi capaz de responder de forma correta. Esse é um dado relevante tendo em vista que alternar as mamas serve para prevenir a ocorrência de ingurgitamento mamário, e, conseqüentemente, previne o desmame precoce.⁽³²⁾

No que se refere ao manejo do ingurgitamento mamário percebeu-se que a maioria das participantes sabia como agir diante dessa situação. Esse achado é favorável, tendo em vista que o ingurgitamento mamário está entre as principais complicações mamárias que impactam diretamente no desmame precoce, sendo importante que as mesmas sejam orientadas quanto aos cuidados com as mamas e possíveis problemas que pode enfrentar durante a amamentação desde o pré-natal.^(20,33)

Foi evidenciado um conhecimento insuficiente sobre o tempo de conservação do leite após ordenhado. Esse

achado é preocupante, uma vez que essa informação pode fazer com que o bebê não continue sendo amamentado, pois o leite pós ordenhado, pode ser dado por outra pessoa, mesmo se a mãe voltar a trabalhar. As mães terem esse conhecimento é de suma importância, levando em conta que o retorno ao trabalho está entre as principais causas de desmame precoce, como foi evidenciado em um estudo que buscou avaliar as principais causas de desmame precoce no município de Porto Velho, no qual 50% das participantes relataram ter sido esse o motivo para deixar de amamentar.⁽³⁴⁾

Aponta-se como limitação do estudo a amostra reduzida, o que dificulta as generalizações e comparações dos resultados. Sugere-se que outros estudos sejam desenvolvidos como por exemplo, pesquisas que comparem o conhecimento entre gestantes da área rural e da área urbana, visando identificar se existe realmente uma diferença.

Este estudo busca contribuir com a prática dos profissionais de saúde no contexto da promoção do aleitamento materno, ao subsidiar sobre as possíveis lacunas existentes no conhecimento das gestantes e assim possibilitar que sejam desenvolvidas ações voltadas para as temáticas de maior carência sobre amamentação desde o pré-natal, visando melhorar a taxas de adesão e manutenção da amamentação.

CONCLUSÃO

A partir dos dados analisados, foi possível perceber que as participantes do estudo apresentam conhecimento satisfatório em relação ao conceito e benefícios do aleitamento materno bem como o manejo adequado do ingurgitamento mamário, no entanto, apresentaram deficiências importantes quanto à técnica da pega correta para amamentar e a conservação do leite. A partir disso percebe-se a necessidade de promover estratégias efetivas de capacitação dos profissionais de saúde. Sugere-se a intensificação da orientação e educação em saúde das gestantes através de rodas de conversas, dando ênfase a pega e a posição correta, a fim de reduzir o desmame precoce, uma vez que essa temática interfere na adesão e manutenção da amamentação. Ressalta-se também a necessidade de preencher a lacuna das informações em relação à conservação do leite para que se obtenha níveis melhores de aleitamento materno exclusivo entre mães trabalhadoras.

Contribuições

Concepção e/ou desenho do estudo: Amaral DS, Chaves AFL; Coleta, análise e interpretação dos dados: Amaral DS, Chaves AFL; Redação e/ou revisão crítica do manuscrito: Amaral DS, Chaves AFL, Lima ACMACC, Sousa LB, Santos BKO, Cavalcante RD, Costa CC; Aprovação da versão final a ser publicada: Amaral DS, Chaves AFL, Lima ACMACC, Sousa LB, Santos BKO, Cavalcante RD, Costa CC.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2019 [citado 2020 Dez 10]. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-crianca/guia-alimentar-paracrianças-brasileiras-menores-de-2-anos/>
2. Boccolini CS, Boccolini PM, Monteiro FR, Venâncio SI, Giugliani ER. Breastfeeding indicators trends in Brazil for three decades. *Rev Saúde Pública*. 2017;51:108.
3. Peixoto LO, Azevedo DV, Britto LF. "Breast milk is important?": what do nursing mothers in Fortaleza think about breastfeeding?. *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2019;19(1):157-64.
4. Pinto KR, Martins JR, Campana MC, Quintamilha TD, Zani AV, Bernardy CC. Dificuldades na amamentação: sentimentos e percepções paternas. *J Nurs Health*. 2018;8(1):e188106.
5. Martins DP, Góes FG, Pereira FM, Silva LJ, Silva LF, Silva MA. Conhecimento de nutrizes sobre aleitamento materno: contribuições da enfermagem. *Rev Enferm UFPE online*. 2018;12(7):1870-8.
6. Lima SP, Santos EK, Erdmann AL, Farias PH, Aires J, Nascimento VF. Percepção de mulheres quanto à prática do aleitamento materno: uma revisão integrativa. *J Res Fundam Care online*. 2019;11(1):248-54.
7. Rocha FN, Patricio FB, Passos MN, Lima SW, Nunes MG. Caracterização do conhecimento das puérperas acerca do aleitamento materno. *Rev Enferm UFPE online*. 2018;12(9):2386-92.
8. Toebe D, Van der Sand IC, Cabral FB, Hildebrandt LM, Beghini D. Práticas de autoatenção relativas à alimentação de crianças do meio rural. *Rev Gaúcha Enferm*. 2017;38(3):e64507.
9. Ferreira CA. Pesquisa quantitativa e qualitativa: perspectivas para o campo da educação. *Mosaico*. 2015;8(2):173-82.
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Cidades e estados do Brasil. Brasília (DF): IBGE; 2017 [citado 2019 Nov 10]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/>
11. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017 [citado 2019 Nov 10]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
12. Franco SC, Silva AC, Tamesawa CS, Ferreira GM, Feijó JM, Macaris T, et al. Escolaridade e conhecimento sobre duração recomendada para o aleitamento materno exclusivo entre gestantes na estratégia de saúde da família. *Arq Catarin Med*. 2016;3(44):66-77.

13. Raimundi DM, Menezes CC, Uecker ME, Santos EB, Fonseca LB. Conhecimento de gestantes sobre aleitamento materno durante acompanhamento pré-natal em serviços de saúde em Cuiabá. *Rev Saúde (St Maria)*. 2015;41(2):25-32.
14. Xavier BS, Nobre RG, Azevedo DV. Amamentação: conhecimentos e experiências de gestantes. *Nutrire*. 2015;40(3):270-7.
15. Soares LG, Dolinski D, Wagner LP, Santos LS, Soares LG, Mazza VA. Captação e aproveitamento de leite humano em um banco de leite de um município do estado do Paraná. *R Pesq Cuid Fundam online*. 2018;10(3):656-62.
16. Silveira FJ, Barbosa JC, Vieira VA. Fatherly knowledge of breastfeeding process in a public maternity in Belo Horizonte, MG. *Rev Med Minas Gerais*. 2016;26:e-1803.
17. Wenzel D, Souza SB. Fatores associados ao aleitamento materno nas diferentes Regiões do Brasil. *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2014;14(3):241-9.
18. Ribeiro KV, Florentino CL, Mariano DC, Peres PL, Rodrigues BM. A amamentação e o trabalho informal: a vivência de mães trabalhadoras. *Rev Pró-UniverSUS*. 2017;2(8):3-9.
19. Visintin AB, Caniçali Primo C, Amorim MH, Leite FM. Avaliação do conhecimento de puérperas acerca da amamentação. *Enferm Foco*. 2015;6(1/4):12-6.
20. Santana GS, Giuglianib ER, Vieira TO, Vieira GO. Factors associated with breastfeeding maintenance for 12 months or more: a systematic review. *J Pediatr (Rio J)*. 2018;94(2):104-22.
21. Nazareth MC, Fonseca MR. Conhecimento sobre aleitamento materno em puérperas de um hospital público do interior de São Paulo. *Rev Saúde*. 2017;11(1):33-47.
22. Coutinho E, Duarte J, Nelas P, Chaves C, Amaral O, Dionísio R. Percepção das mães sobre as intervenções de enfermagem promotoras da amamentação: impacto na sua prevalência. *Rev Infad Psicol*. 2019;1(4):117-24.
23. Moore ER, Bergman N, Anderson GC, Medley N. Early skin to skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;11(11):CD003519.
24. Suárez-Cotelo MC, Movilla-Fernández MJ, Pita-García P, Arias BF, Novio S. Breastfeeding knowledge and relation to prevalence. *Rev Esc Enferm USP*. 2019;53(3):e03433.
25. Silva MF, Pereira LB, Ferreira TN, Souza AA. Autoeficácia em amamentação e fatores interligados. *Rev Rene*. 2018;19(1):e3175.
26. Rocha IS, Lolli LF, Fujimaki M, Gasparetto A, Rocha NB. Influência da autoconfiança materna sobre o aleitamento materno exclusivo aos seis meses de idade: uma revisão sistemática. *Ciênc Saúde Colet*. 2018;23(11):3609-19.
27. Azevedo LC. O papel do enfermeiro na promoção do aleitamento materno exclusivo [monografia] Itaperuna: Faculdade Redentor; 2016.
28. Carvalho MR, Gomes CF. Bases Científica Amamentação. 4^ª.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2016.
29. Garfield L, Holditch-Davis D, Carter CS, McFarlin BL, Seng JS, Giurgescu C, et al. A Pilot Study of Oxytocin in Low-Income Women With a Low Birth-Weight Infant: Is Oxytocin Related to Posttraumatic Stress?. *Adv Neonatal Care*. 2019;19(4):12-21.
30. Rosa JB, Delgado SE. Conhecimento de puérperas sobre amamentação e introdução alimentar. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2017;30(4):1-9.
31. Siqueira FP, Santos BA. Livre demanda e sinais de fome do neonato: percepção de nutrízes e profissionais da saúde. *Rev Pesqui Saúde*. 2017;10(2):233-41.
32. Ouchi L, Lupo AP, Welin BO, Monticelli P. Importância da enfermeira na orientação da gestante e puérpera sobre aleitamento materno. *Ens Ciênc*. 2017;21(3):134-41.
33. Marcelino CV. Conhecimento sobre aleitamento materno de nutrízes e profissionais da saúde em três municípios do sul de Minas Gerais [dissertação]. Três Corações: Universidade Vale do Rio Verde; 2019.
34. Souza DR, Diógenes SM, Andrade JSO, Oliveira PCP. Aleitamento materno e os motivos do desmame precoce no município de Porto Velho/RO. *Rev Eletrônica Acervo Saúde*. 2019;31:e1087.

AMAMENTAÇÃO E ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR: EXPERIÊNCIAS DE MÃES E PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM REGIÃO DE FRONTEIRA

BREASTFEEDING AND COMPLEMENTARY FEEDING: EXPERIENCES FROM MOTHERS AND HEALTHCARE PROFESSIONALS IN A BORDER REGION

LACTANCIA MATERNA Y ALIMENTACION COMPLEMENTARIA: EXPERIENCIAS DE MADRES Y PROFESIONALES DE SALUD EM REGIÓN FRONTERIZA

Aline Renata Hirano¹

Maria Aparecida Baggio²

Rosângela Aparecida Pimenta Ferrari³

(<https://orcid.org/0000-0001-8035-1246>)

(<https://orcid.org/0000-0001-6901-461X>)

(<https://orcid.org/0000-0003-0157-7461>)

Descritores

Aleitamento materno; Nutrição da criança; Desenvolvimento infantil; Áreas de fronteira; Atenção Primária à Saúde

Descriptors

Breast feeding; Child nutrition; Child development; Border areas; Primary Health Care

Descriptores

Lactancia materna; Nutrición del niño; Desarrollo infantil; Áreas fronterizas; Atención Primaria de Salud

Submetido

26 de Março de 2021

Aceito

8 de Junho de 2021

Conflitos de Interesse:

manuscrito extraído da dissertação de mestrado "Amamentação e alimentação complementar de crianças em região de fronteira e sua interface com a segurança alimentar e nutricional", defendida em 2020, no Programa de Pós-graduação em Saúde Pública em Região de Fronteira, na Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE.

Autor correspondente

Aline Renata Hirano

E-mail: alinerenatahirano@gmail.com

RESUMO

Objetivo: Compreender a experiência de mães e profissionais de saúde sobre a amamentação e alimentação complementar de crianças em uma região de fronteira.

Métodos: Pesquisa exploratório-descritiva com abordagem qualitativa, realizada com doze mães e doze profissionais de saúde do município de Foz do Iguaçu no âmbito da Atenção Primária em Saúde. Os dados foram coletados entre os meses de abril a outubro de 2019 por meio de entrevista semiestruturada, audiogravada, transcrita com auxílio de editor de texto e analisada a partir da Análise de Conteúdo.

Resultados: Foram contempladas as seguintes categorias: A prática da amamentação e alimentação complementar na atenção primária à saúde em região de fronteira; Significados da amamentação e alimentação complementar: expectativas, emoções e dificuldades; Atenção à criança de zero a dois anos e o contexto da fronteira: peculiaridades existentes.

Conclusão: O suporte familiar e profissional à mãe, a importância da educação permanente do profissional quanto ao tema e as falhas no fluxo de atendimento à criança estrangeira e brasileira somado à frágil continuidade do cuidado desse público são alguns pontos destacados na pesquisa.

ABSTRACT

Objective: To understand the experience of mothers and healthcare professionals on breastfeeding and complementary feeding for children in a border region.

Methods: Exploratory-descriptive research with a qualitative approach, carried out with mothers and healthcare professionals in the municipality of Foz do Iguaçu within the scope of Primary Health Care. Data were collected between April to October 2019 through semi-structured, audio-recorded, transcribed interviews with the aid of a text editor and analyzed from Content Analysis.

Results: The following categories were contemplated: The practice of breastfeeding and complementary feeding in primary health care in a border region; Meanings of breastfeeding and complementary feeding: expectations, emotions and difficulties; Attention to children from zero to two years and the border context: existing peculiarities.

Conclusion: The family and professional support to the mother, the importance of the professional's permanent education on the topic and the flaws in the flow of care to foreign and "brasiguaios" children, added to the fragile continuity of care for this public, are some points highlighted in the search.

RESUMEN

Objetivo: Comprender la experiencia de madres y profesionales de la salud sobre lactancia materna y alimentación complementaria para niños en una región fronteriza.

Métodos: Investigación exploratoria descriptiva con enfoque cualitativo, realizada con madres y profesionales de la salud en el municipio de Foz do Iguaçu, Paraná, en el ámbito de la Atención Primaria de Salud. Los datos fueron recolectados entre abril y octubre de 2019 a través de entrevistas semiestructuradas, grabadas en audio y transcritas, con la ayuda de un editor de texto y analizado desde Content Analysis.

Resultados: Se contemplaron las siguientes categorías: La práctica de la lactancia materna y la alimentación complementaria en la atención primaria de salud en una región fronteriza; Significados de la lactancia materna y la alimentación complementaria: expectativas, emociones y dificultades; Atención a niños de cero a dos años y el contexto fronterizo: peculiaridades existentes.

Conclusión: El apoyo familiar y profesional a la madre, la importancia de la educación permanente del profesional sobre el tema y las fallas en el flujo de atención a los niños extranjeros y brasileños, sumado a la frágil continuidad de la atención para este público, son algunos puntos destacados en el investigación.

¹Secretaria Municipal de Saúde, Foz do Iguaçu, PR, Brasil.

²Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Foz do Iguaçu, PR, Brasil.

³Universidade Estadual de Londrina, Londrina, PR, Brasil.

Como citar:

Hirano AR, Baggio MA, Ferrari RA. Amamentação e alimentação complementar: experiências de mães e profissionais de saúde em região de fronteira. *Enferm Foco*. 2021;12(6):1132-8.

DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n6.4787>

INTRODUÇÃO

O leite materno (LM) é o alimento mais completo para o ser humano, tanto biologicamente, possuindo todos os nutrientes necessários à criança, quanto socialmente, sendo econômico e ambientalmente sustentável. Contudo, a partir dos seis meses, ele não se faz mais completo às necessidades da criança, sendo necessária a introdução da alimentação complementar (AC). Esta deve favorecer o crescimento e desenvolvimento infantil por meio da oferta de alimentos saudáveis e adequados à idade. Neste sentido, uma alimentação complementar saudável (ACS) deve ser baseada em uma refeição que contenha todos os grupos alimentares e que favoreça o aporte de todos os nutrientes necessários ao crescimento e desenvolvimento infantil.⁽¹⁾

Entre as Redes de Atenção, a Rede Cegonha (RC), do Ministério da Saúde (MS), disponibiliza um Manual Instrutivo das Ações de Alimentação e Nutrição, cujo conteúdo possui, além da apresentação das ações governamentais desenvolvidas, como a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB) e a suplementação de Ferro, materiais para consulta a fim de auxiliar nas macro e micro ações, desde o âmbito da gestão quanto do manejo com o usuário.⁽²⁾ No Estado do Paraná, a Rede Cegonha é instituída por meio da Rede Mãe Paranaense (RMP), cuja Linha Guia orienta os profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde (APS) quanto ao incentivo da Alimentação Materna e ao processo de introdução alimentar.⁽³⁾

As orientações quanto ao Alimentação Materna e Alimentação Complementar acontecem durante as consultas de puericultura e as ações de promoção da alimentação saudável e nutrição da criança. Os profissionais envolvidos com essa temática são em grande parte os enfermeiros, os médicos e os nutricionistas.

No Estado do Paraná, o município de Foz do Iguaçu é marcado por características fronteiriças, as quais requerem que sejam consideradas no processo de cuidado em saúde, levando em consideração os determinantes sociais e culturais que interagem nesse espaço.⁽⁴⁾

Assim, questiona-se: Como se configura a amamentação e de alimentação complementar de crianças residentes em uma região de fronteira? O objetivo do estudo é compreender a experiência de mães e de profissionais de saúde quanto à amamentação e alimentação complementar de crianças em uma região de fronteira.

MÉTODOS

Trata-se de pesquisa qualitativa, descritiva-exploratória, realizada na Atenção Primária à Saúde, nos cinco distritos sanitários do município de Foz do Iguaçu, Paraná, localizado

na Tríplice Fronteira, compartilhada com o Paraguai e a Argentina.

As Unidades Básicas de Saúde e Estratégias de Saúde da Família foram escolhidas, de forma intencional, a fim de possibilitar e integrar ao estudo as que também prestam atendimento de puericultura a crianças de famílias estrangeiras e brasiguaias (brasileiros residentes no Paraguai), dada a especificidade da Região de Fronteira.

Participaram do estudo 12 mães, sendo cinco estrangeiras, a saber uma paraguaia, uma chilena, uma venezuelana, uma haitiana e uma peruana; e 12 profissionais da Atenção Primária de Saúde, sendo dois médicos, duas nutricionistas e oito enfermeiras.

Foram critérios de inclusão para participação na pesquisa: ser mãe de criança de oito a 24 meses de idade, aleitada ou em aleitamento materno, em realização de puericultura na Atenção Primária de Saúde; ter facilidade e capacidade de comunicar-se por meio do idioma português; ser profissional de saúde da Atenção Primária de Saúde (médico, enfermeira, nutricionista), atuante em unidade básica de saúde (UBS) ou em estratégia da saúde da família (ESF), na realização de puericultura e na orientação de Alimentação Materna e Alimentação Complementar há mais de um ano.

Os dados foram coletados entre março a outubro de 2019, por meio de entrevista individual, guiada por roteiro semiestruturado, audiogravadas, posteriormente transcritas com auxílio de editor de texto e enviadas por meio eletrônico aos participantes que tiveram interesse (sendo 3 profissionais) para conferência e alteração caso desejassem, contudo, não houve retorno de nenhum deles. O número de entrevista se deu por meio da saturação de dados, que não se pauta na quantidade de entrevistados, mas na riqueza das informações obtidas, que expliquem as múltiplas dimensões do fenômeno estudado.⁽⁵⁾

Os dados foram analisados por meio da Análise de Conteúdo Temática que possui como etapas a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos dados obtidos e interpretação.⁽⁶⁾

Após a transcrição das entrevistas, iniciou-se a pré-análise que consistiu em leitura extenuante e organização inicial dos dados a partir do objetivo proposto. Partiu-se, então, para a exploração do material em que as ideias centrais foram divididas a partir dos temas presentes e identificadas com cores diferentes para melhor organização, exploração e posterior interpretação. Estas classificações a partir do núcleo de sentido, presente nas unidades de registro, dão origem as categorias e subcategorias. A última etapa, o tratamento dos dados obtidos e interpretação,

ocorreu por meio da interpretação dos dados categorizados, tendo como base o objetivo traçado.

A assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assegurou a participação das mães e dos profissionais de saúde no estudo. Para garantir o anonimato, as mães foram identificadas pela letra M, seguida por número ordinal conforme a ordem da entrevista (M1... M12). Enfermeiros e Nutricionistas foram identificados pela letra que representa a profissão, seguida por número subsequente (E1, N1). Médicos foram identificados pelas duas primeiras letras (Me1).

Importa informar que o estudo faz parte de projeto multicêntrico, intitulado: Rede Mãe Paranaense na perspectiva da usuária: o cuidado da mulher no pré-natal, parto, puerpério e da criança, que possui parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina - CEP/UEL, registrado sob número CAAE 67574517.1.1001.5231.

RESULTADOS

Caracterização dos participantes

A média de idade das mães era de 27,8 anos. A maioria delas era casada, primípara, autônoma, possuíam ensino médio completo e renda familiar entre um a três salários mínimos. Todas relataram não fazer uso de cigarro ou bebida alcoólica. Quanto aos profissionais, a média de idade foi de 36,5 anos e o tempo de realização de puericultura entre as enfermeiras, nutricionistas e médicos foi de 11, um ano e meio e seis anos, respectivamente.

Prática da amamentação e alimentação complementar em região de fronteira

As orientações às mães em relação ao Alimentação Materna e Alimentação Complementar Saudável, pelos profissionais, são dificultadas pela demanda excessiva durante a rotina de trabalho, pela falta de uma equipe multiprofissional atuante e pela ocorrência de orientações divergentes entre os profissionais.

É difícil, nossa demanda é muito grande [...] eu acho que faltaria mais uma equipe especializada. [...] um enfermeiro, um nutri, um dentista. (E1)

[...] eu vejo que elas [mães] recebem com dificuldade essas orientações cruzadas, que vem ou do pediatra, ou de outro profissional de saúde ou da rede de apoio. (N2)

No que diz respeito a contribuições para o Aleitamento Materno exitoso, a conduta profissional acerca da pega

correta baseada na observação e posterior orientação, experiências anteriores positivas com a amamentação de outros filhos e o suporte familiar e profissional durante esse processo demonstram serem satisfatórias.

[...] mostro como que faz [a pega] e daí peço que ela execute na minha frente para ver [...] se melhorou, se ela tá sentindo dor. (E5)

Eu já aprendi desde o meu primeiro bebê. Agora com o Fulano foi mais fácil do que o primeiro. (M2)

[...] eles [profissionais da área de enfermagem] me tiraram bastante dúvida. [...] Meu Deus, se não fossem elas eu tinha desistido de [...] amamentar ele no peito e passado para fórmula". (M1)

[...] era muito dolorido. Só que eu tinha muito apoio, minha família estava lá, meu marido também me ajudava [...]. (M6)

Os profissionais preconizam, em suas orientações, os Alimentos Materna exclusivo até os 6 meses e uma Alimentação Complementar a partir da oferta de todos os grupos alimentares, cuja consistência inicial é pastosa, além da exclusão de alimentos que contenham adição de açúcar, assim como dos industrializados. Dados confirmados pelos depoimentos de mães.

[...] já podem ser introduzidos todos os alimentos [...] só ter cuidado com os alimentos industrializados, evitar o açúcar, o sal, o "Danoninho", que muitas [mães] também oferecem pras crianças. (N1)

[...] ela [a médica] sempre fala que tem que ter a verdurinha dele, verdura, legumes, bastante fruta e legumes, não dar muito açúcar para ele, evitar os enlatados, conservantes [...] que tinha que ser bem amassadinho no começo [...]. (M3)

Significados da amamentação e alimentação complementar: expectativas, emoções e dificuldades

A amamentação significa um ato de amor, de formação e fortalecimento do vínculo entre mãe e bebê, bem como de aceitação da nova fase de vida da mulher – a maternidade. Quando a gestação não foi planejada, a amamentação pode ressignificar a experiência de ser mãe, tornando-a positiva.

[...] amamentar [...] é um ato de amor [...]. No começo não é fácil, porque dói muito. (M4)

[...] não conseguia entender um pouco disso que a mulher diz que é maravilhoso. Eu sabia que era importante para ela, mas para mim não era. Mas quando já

melhorou um pouco essa parte física [...] foi uma conexão mais forte, assim, emocionalmente. (M6)

[...] creio eu que a amamentação pra mim é uma reatenação assim de tudo que eu não queria [...] ajudou a aceitar ela. (M8)

Por outro lado, a interferência de outras pessoas, mesmo familiares, se apresenta como um fator dificultador do processo de Alimentação Materna e Alimentação Complementar, seja pelo julgamento quanto a permanência da criança ao peito, seja pela oferta de alimentos não condizentes com a faixa etária da criança.

[...] às vezes a pessoa fala: Nossa, você tem leite ainda?! (M6)

A cultura de vó interfere, porque daí a pessoa fala assim: Ah, eu criei assim a vida inteira e vocês tão aí... (Me2)

Algumas mães entendem que o desmame irá acontecer de forma natural, pela vontade da criança, sem data e hora para acontecer. Outras mostram preocupação e preveem que poderá ser um sofrimento pessoal deixar de aleitar, uma vez que este momento é repleto de vínculo e satisfação que proporciona segurança, calma e proteção ao bebê. Apesar disso, acreditam que poderá trazer maior liberdade.

[...] vai ser da vontade dele. O dia que ele não quiser mais. (M3)

Antes de nascer eu pensava em dar até um ano, só que agora [...] para mim é uma conexão muito forte. Ela mama, ela está curtindo meu colo, faz bem para ela. (M4)

Atenção à criança de zero a dois anos e o contexto da fronteira: peculiaridades existentes

No contexto da tríplex fronteira, a puericultura à criança brasiguaiá é assegurada. Devido a isso, comumente pais paraguaios buscam nacionalidade brasileira (nascer no Brasil) para o filho com o intuito deste ter melhores condições de acesso à saúde. Apesar das condicionalidades vinculadas à nacionalidade brasileira ou ao Registro Nacional do Estrangeiro e à residência no Brasil, o atendimento em saúde à criança pertencente a esse grupo ainda acontece de forma irregular.

Se a paciente [mãe] é estrangeira e o filho é brasileiro, o atendimento é garantido. [...] Elas são estrangeiras e vêm aqui para ganhar [a criança]. (E6)

[...] o filho nasce brasileiro e é o que eles querem [...] tratamento médico [...]. Eu acabo fazendo a puericultura aqui até dois anos. (E7)

[...] eles dão o endereço daqui e não tem o que eu fazer [...] porque lá [Paraguai] eles não têm acesso à saúde. E aqui a gente não pode negar atendimento. (E8)

Nota-se haver um desconhecimento por parte dos profissionais em relação ao fluxo de atendimento de estrangeiros e brasiguaios, neste caso de crianças, o que pode justificar a ocorrência de atendimentos irregulares a esse público.

[...] falava que o Jardim América [UBS] era referência de estrangeiro. Aí eu fui lá, nem eles sabiam que eram referência [...] não tinha fluxo nenhum de atendimento, era uma bagunça. (E6)

A continuidade do cuidado às crianças brasiguaias e estrangeiras mostra-se frágil em razão das mães não seguirem a agenda de puericultura e da equipe de saúde não realizar busca ativa nos países que fazem fronteira com o Brasil. Essas mães procuram a unidade de saúde quando podem ou precisam, sem regularidade para promoção da amamentação ou da Alimentação Complementar Saudável. Comumente, vem esporadicamente nos primeiros meses de vida.

[...] a gente não tem como fazer busca ativa, outro país, [...] eu não tenho retorno, eu não sei o que aconteceu com essa criança. (E7)

Dentre as sugestões de ações de melhoria do atendimento às crianças quanto o Alimentação Materna e Alimentação Complementar em região da tríplex fronteira está a troca de informações entre os profissionais dos diferentes países, visando melhor conhecer as distintas realidades e suas influências para, conseqüentemente, ampliar o cuidado quanto aos hábitos alimentares.

O que seria interessante é uma troca de experiências entre as três fronteiras. Igual a gente já teve também de outros temas [...] é diferente a realidade deles ali [...]. (E3)

DISCUSSÃO

As dificuldades nas ações de promoção da Alimentação Materna e Alimentação Complementar vinculadas ao processo de trabalho possui relação com a falta de recursos

humanos, bem como de sua qualificação.⁽⁷⁾ A formação em aconselhamento nutricional da criança, pode, além de ampliar o domínio sobre o assunto, proporcionar maior segurança no atendimento devido ao aumento do nível de satisfação em relação ao conhecimento apreendido.⁽⁸⁾ Além disso, deve-se aproveitar a potencialidade dos encontros entre as profissões na Atenção Primária de Saúde por meio de discussão de casos, troca de informações e ampliação do conhecimento, promovendo a educação permanente e o matriciamento.⁽⁹⁾

Outro desafio na amamentação que ganha destaque é a pega correta. A observação e orientação dos profissionais durante a execução da mamada e dos possíveis pontos a serem melhorados parece ser uma das intervenções mais resolutivas, auxiliando as mães no desenvolvimento das habilidades com o bebê e, conseqüentemente, tornando-as mais confiantes neste processo.⁽¹⁰⁾ Essa conduta é importante principalmente para as primíparas e para as que não tiveram uma experiência anterior satisfatória com a amamentação.^(11,12)

Quanto às orientações dos profissionais em relação à rotina alimentar infantil, observa-se que estas são congruentes em relação a manutenção do Aleitamento Materno Exclusivo até o 6º mês e a escolha por refeições compostas por todos os grupos de alimentos. Existem diferenças quanto a orientação da oferta de determinados alimentos, contudo, há consenso em relação à disponibilidade dos *in natura* e minimamente processados e a exclusão dos industrializados, processados e ultra processados, estando de acordo com o Guia alimentar para crianças menores de dois anos de idade de 2019.⁽¹⁾

Sobre as orientações relacionadas à rotina alimentar da criança pelos profissionais da Atenção Primária de Saúde, constatou como efetivas, favorecendo o consumo de alimentos variados e saudáveis à criança bem como a ingestão tardia de alimentos considerados inadequados ao menor de um ano como chá, açúcar, geleia e bolacha recheada, corroborando com dados do estudo em questão.⁽¹³⁾

As dificuldades quanto à adesão dos pais às orientações em relação à oferta de uma rotina alimentar saudável à criança pode estar relacionada ao modelo de atenção médico-centrada, ainda presente culturalmente, o que faz com que outros profissionais (enfermeiros e nutricionistas), que estão mais à frente dessas práticas na Atenção Primária de Saúde nem sempre tenham a mesma credibilidade que o médico.⁽¹⁵⁻²³⁾ Contudo, a promoção do Aleitamento Materno e o cuidado precoce à criança - na primeira semana de vida - aparecem como preditores de uma Alimentação Complementar Saudável, uma vez que

parecem favorecer um consumo habitual menor de produtos industrializados, demonstrando a importância de ações voltadas a essa prática.⁽¹⁴⁾

O início da amamentação é marcado por uma mescla de emoções que envolvem o amor e a dor. As motivações para continuar a amamentação, mesmo diante de alguma adversidade biológica possui relação com o valor que se dá ao ato de amamentar e para a maternidade, vinculado ao amor pelo bebê, bem como a garantia de seu bem-estar e saúde, sendo essa prática fortalecida por meio do apoio de familiares.⁽¹⁵⁾

Contudo, a interferência familiar e de outras pessoas que fazem parte do convívio social da mãe nem sempre é positiva, como exposto nos resultados. A avó pode ter uma influência negativa devido às orientações baseadas no senso comum e no conhecimento empírico advindo da cultura adquirida durante as suas experiências de vida o que pode culminar no desmame precoce.⁽¹⁶⁾ No entanto, aquelas que possuem conhecimentos adequados em relação à amamentação favoreceram a prática do Alimento Materno e a introdução complementar adequada, alertando sobre a importância de investir nas orientações para esse membro familiar, juntamente com a mãe, para fortalecer as ações de alimentação e nutrição da criança.⁽¹⁶⁾

O julgamento negativo, tanto de familiares quanto profissionais de saúde, em relação a amamentação após um ano de vida da criança pode ter como desfecho o desmame. Por outro lado, a escolha pela manutenção do Alimento Materno por períodos mais longos teria motivação no vínculo presente entre mãe-bebê e no suporte profissional, principalmente do enfermeiro.^(17,18)

O desmame apresentou-se como um momento de muitas incertezas. Este período pode representar a maior dificuldade no processo de amamentação por estar interligado a impasses emocionais, sociais e biológicos, como a insegurança associada à inexperiência e falta de informações materna; a influência familiar na rotina entre mãe-bebê; o retorno ao trabalho; e os problemas com a mama. Estas questões reiteram a importância do apoio profissional e familiar por meio de uma escuta qualificada, acolhedora e sem preconceitos.⁽¹⁹⁾

Quanto ao contexto da tríplice fronteira e sua relação com o tema da pesquisa, faz-se necessário reportar essa realidade a fim de ampliar o conhecimento sobre ela, uma vez que envolve diversos fatores que ultrapassam os limites territoriais e determinam o modo de vida e sobrevivência de sua população, o que influencia na amamentação e Alimentação Complementar e como o direito da criança à alimentação é garantido.

O acesso à saúde da criança brasiguaiá é assegurado no município de Foz do Iguaçu em duas unidades de saúde de referência para atendimento a esse público. Já a estrangeira necessita possuir o Registro Nacional de Estrangeiro e ter residência fixa na cidade. Diante disso, para assegurar o acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS), um dos principais arranjos por famílias estrangeiras residentes fora do país é a utilização de comprovantes falsos, muitas vezes pelo “empréstimo” de endereços adquiridos por meio da cumplicidade de brasileiros ou, ainda, pelo aluguel de casas no lado brasileiro.^(20,21)

Além disso, a forma de organização desse fluxo parece não estar claro para todos os profissionais que trabalham na Atenção Primária de Saúde, o que culmina com o atendimento ao estrangeiro ou brasiguaiá parta de uma interpretação individual do profissional (quem atender ou não), o que acarreta uma desorganização no fluxo de atendimento envolvendo esse público.⁽²²⁾

A dificuldade na continuidade do cuidado das crianças brasiguaiás, provoca, além da inexistência de todo um acompanhamento que pode não existir em outro país, uma lacuna nos dados epidemiológicos do Brasil, prejudicando o diagnóstico situacional das condições de saúde infantil.⁽²³⁾

Diante disso, é essencial o diálogo entre os países que se encontram em território transfronteiriço, sendo uma importante medida protetora de enfretamento de agravos e deve acontecer desde o compartilhamento de fluxos de atendimento ao planejamento de combate a doenças infecciosas.⁽²⁴⁾

O estudo se limitou a investigar a amamentação e alimentação complementar em uma das fronteiras do Brasil, que integra três países, mas que possui maior demanda de atendimentos de crianças brasileiras residentes no Paraguai. Logo, embora os resultados não possam ser generalizados, indica-se a importância de um olhar diferenciado para a saúde em áreas de fronteira, a fim de que os programas e ações governamentais levem em consideração as peculiaridades desse contexto e contemplem no planejamento as necessidades próprias de seus usuários. Novas pesquisas com o tema se fazem necessárias em outras regiões fronteiriças.

Como limitação do estudo está o fato das mães, participantes da pesquisa, estarem sempre da presença da criança, o que pode ter causado ansiedade e prejudicado nas respostas solicitadas, seja pela criança ser mais agitada ou

por outros afazeres relacionados a ela. Além disso, existem questões de cunho metodológico, próprio da pesquisa qualitativa, a qual pelo reduzido número de participantes impossibilita a generalização dos resultados. Soma-se a isso o fato da diferença de participação em relação às categorias profissionais, o que pode influenciar nos resultados alcançados a partir de concepções da grande maioria, no caso dos enfermeiros.

Pesquisas que consideram a alimentação infantil e a sua relação com a saúde em áreas de fronteira, possibilitam que, por meio do conhecimento desse contexto, programas, políticas e ações governamentais sejam planejadas a partir das peculiaridades existentes e, portanto, possivelmente contemplem no planejamento as necessidades próprias de seus usuários.

CONCLUSÃO

O suporte familiar e profissional à mãe e a educação permanente por profissionais de saúde mostraram-se eficazes no processo de Alimentação Materna e Alimentação Complementar e favoreceram a amamentação e alimentação complementar adequados. Para tanto, é essencial uma formação sólida, com educação permanente e apoio de uma equipe multiprofissional, em especial, de nutricionistas. Identificou-se falhas no fluxo de atendimento à criança estrangeira e brasiguaiá, com frágil continuidade do cuidado desse público em região de fronteira. Diante disso, recomenda-se organização e divulgação do fluxo de atendimento do público infantil brasiguaiá e estrangeiro para todos os profissionais bem como a construção de diálogos entre os países fronteiriços para garantir um atendimento integral e resolutivo quanto à alimentação e ao desenvolvimento infantil em região de fronteira.

Agradecimentos

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Chamada Universal 01/2016 - Processo n. 407508/2016-3.

Contribuições

Concepção e desenho do estudo: Hirano AR, Baggio MA; Coleta, análise e interpretação dos dados: Hirano AR; Redação e/ou revisão crítica do manuscrito: Hirano AR, Baggio MA, Ferrari RAPF; Aprovação da versão final a ser publicada: Hirano AR, Baggio MA, Ferrari RAPF.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças brasileiras menores de dois anos: um guia para o profissional da saúde na atenção básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2019 [citado 2020 Nov 30]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia_da_crianca_2019.pdf
2. Brasil. Ministério da Saúde. Manual instrutivo das ações de alimentação e nutrição na Rede Cegonha. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013 [citado 2020 Nov 30]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_alimentacao_nutricao_rede_cegonha.pdf
3. Paraná. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA). Programa Rede Mãe Paranaense: Linha guia. 7a. ed. Paraná: SESA; 2018 [citado 2020 Nov 30]. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/LinhaGuiaMaeParanaense_2018.pdf
4. Krüger C, Dantas MK, Castro JM, Passador CS, Caldana AC. Análise das políticas públicas para o desenvolvimento da faixa de fronteira brasileira. *Ambiente Soc.* 2017;XX(4):41-62.
5. Minayo MC. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Rev Pesqui Qual.* 2017;5(7):1-12.
6. Minayo MC. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. 14a. ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
7. Einloft AB, Cotta RM, Araújo RM. Promoção da alimentação saudável na infância: fragilidades no contexto da Atenção Básica. *Ciênc Saúde Colet.* 2018;23(1):2765-78.
8. Palombo CN, Fujimori E, Toriyama AT, Duarte LS. Capacitação em aconselhamento nutricional: avaliação de conhecimento e aplicabilidade na atenção à saúde da criança. *Rev Bras Saúde Mater Infant.* 2018 ;18(1):75-82.
9. Previsto GF, Maldissera VD. A comunicação na perspectiva dialógica da prática interprofissional colaborativa em saúde na Atenção Primária à Saúde. *Interface (Botucatu).* 2018;22(Supl. 2):1535-47.
10. Barbosa GE, Silva VB, Pereira JM, Soares MS, Medeiros Filho RA, Pereira LB, et al. Dificuldades iniciais com a técnica da amamentação e fatores associados a problemas com a mama em puérperas. *Rev Paul Pediatr.* 2017;35(3):26572.
11. Kronborg H, Foverskov E, Væth M, Maimburg RD. The role of intention and self-efficacy on the association between breastfeeding of first and second child, a Danish cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2018;18:454.
12. Bortoli CF, Poplaski JF, Balotin PR. A amamentação na voz de puérperas primíparas. *Enferm Foco* 2019;10(3):99-104.
13. Relvas GR, Buccini GS, Venancio SI. Ultra-processed food consumption among infants in primary health care in a city of the metropolitan region of São Paulo, Brazil. *J Pediatr (Rio J).* 2019;95(5):584-92.
14. Lima SP, Santo EK, Erdmann AL, Souza AI. Desvelando o significado da experiência vivida para o ser-mulher na amamentação com complicações puerperais. *Texto Contexto Enferm.* 2018;27(1):e0880016.
15. Oliveira CS, Iocca, FA, Carrijo ML, Garcia RA. Amamentação e as intercorrências que contribuem para o desmame precoce. *Rev Gaúcha Enferm.* 2015;36(esp):16-23.
16. Karmacharya C, Cunningham K, Choufani J, Kadiyala S. Grandmothers' knowledge positively influences maternal knowledge and infant and young child feeding practices. *Public Health Nutr.* 2017;20(12):2114-23.
17. Lima CM, Sousa LB, Costa EC, Santos MP, Cavalcanti MC, Maciel NS. Auto eficácia na amamentação exclusiva: avaliação dos domínios técnica e pensamentos intrapessoais em puérperas. *Enferm Foco.* 2019;10(3):9-14.
18. Brockway M, Venturato L. Breastfeeding beyond infancy: a concept analysis. *J Adv Nurs.* 2016;72(9):2003-15.
19. Sloand E, Lowe V, Pennington A, Rose L. Breastfeeding Practices and Opinions of Latina Mothers in an Urban Pediatric Office: A Focus Group Study. *J Pediatr Health Care.* 2018;32(3):236-44.
20. Nascimento AV, Andrade SM. As armas dos fracos: estratégias, táticas e repercussões identitárias na dinâmica do acesso à saúde na fronteira Brasil/Paraguai. *Horiz Antropol.* 2018;24(50):181-214.
21. Aikes S, Rizzotto ML. Integração regional em cidades gêmeas do Paraná, Brasil, no âmbito da saúde. *Cad. Saúde Pública.* 2018;34(8):e00182117.
22. Nogueira VM, Fagundes HS, Alonso CB, Cerchiaro EO, Centeno JH, Jacquier NM, et al. Políticas de saúde nos países do Mercosul: um retorno à universalidade? *Rev Bras Polit Públicas.* 2015;19(1):145-56.
23. Mochizuke KC. Influência do atendimento em saúde à estrangeiros em uma cidade fronteira brasileira. *J. Health NPEPS.* 2017;2(1):241-53.
24. Bruniera-Oliveira R, Horta MA, Belo VS, Carmo EH, Verani JF. Desenvolvimento da Vigilância Epidemiológica de Fronteira no contexto da Globalização: conceitos e marcos teóricos. *Tempus Actas Saúde Colet.* 2014;8(3):75-93.

RISCO CARDIOMETABÓLICO EM PACIENTES SOBREPESADOS E OBESOS: UM ESTUDO COMPARATIVO ENTRE OS SEXOS

CARDIOMETABOLIC RISK IN OVERWEIGHT AND OBESE PATIENTS: A COMPARATIVE STUDY BETWEEN THE SEXES

RIESGO CARDIOMETABÓLICO EN PACIENTES CON SOBREPESO Y OBESIDAD: UN ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE SEXOS

Gustavo de Araújo Sacchi¹

(<https://orcid.org/0000-0001-5688-0121>)

Heloá Costa Borim Christinelli¹

(<https://orcid.org/0000-0003-0772-4194>)

Greice Westphal²

(<https://orcid.org/0000-0001-9107-0108>)

Vinicius Luís da Silva¹

(<https://orcid.org/0000-0001-6228-8124>)

Nelson Nardo Junior²

(<https://orcid.org/0000-0002-6862-7868>)

Carlos Alexandre Molena Fernandes¹

(<https://orcid.org/0000-0002-4019-8379>)

Descritores

Fatores de risco; Obesidade;
Doenças cardiovasculares;
Educação em saúde

Descriptors

Risk factors; Obesity;
Cardiovascular diseases; Health
education

Descriptores

Factores de riesgo; Obesidad;
Enfermedades cardiovasculares;
Educación en salud

Submetido

26 de Março de 2021

Aceito

13 de Junho de 2021

Conflitos de interesse:

manuscrito extraído do projeto de pesquisa "Eficácia de um programa multiprofissional na avaliação de fatores de risco cardiometabólico e tratamento da obesidade abdominal em dois municípios do noroeste do Paraná", liderado pela Universidade Estadual de Maringá em parceria com a Universidade Estadual do Paraná, campus Paranavaí.

Autor correspondente

Gustavo de Araújo Sacchi
E-mail: gustavosacchi@outlook.com

RESUMO

Objetivo: Analisar a diferença do risco cardiometabólico entre homens e mulheres com excesso de peso corporal.

Métodos: Estudo descritivo transversal realizado com adultos, de ambos os sexos, com idade entre 18 e 50 anos, com excesso de peso e com circunferência da cintura alterada, de acordo com os critérios da Organização Mundial da Saúde.

Resultados: A idade média entre as mulheres foi de 37,82 anos e entre os homens, de 31,56 anos. Em relação ao peso, a média entre as mulheres foi menor que dos homens. Em relação à medida de circunferência de quadril, a média das mulheres foi de 123,16 cm e dos homens de 114,94 cm.

Conclusão: O risco cardiometabólico apresentado pelo sexo feminino foi menor do que o risco apresentado pelo sexo masculino. As variáveis que apresentaram significância mais evidente entre as diferenças dos sexos foram: idade, peso, estatura, circunferência do quadril, triglicerídeos, colesterol.

ABSTRACT

Objective: To analyze the difference in cardiometabolic risk between men and women with excess body weight.

Methods: Descriptive cross-sectional study carried out with adults, of both sexes, aged between 18 and 50 years, with excess weight and with altered waist circumference, according to the criteria of the World Health Organization.

Results: The average age among women was 37.82 years and among men, 31.56 years. Regarding weight, the average among women was lower than that of men. Regarding the measure of hip circumference, the average for women was 123.16 cm and for men, 114.94 cm.

Conclusion: The cardiometabolic risk presented by women was lower than the risk presented by men. The variables that showed the most evident significance between gender differences were: age, weight, height, hip circumference, triglycerides, cholesterol.

RESUMEN

Objetivo: Analizar la diferencia de riesgo cardiometabólico entre hombres y mujeres con exceso de peso corporal.

Métodos: Estudio descriptivo transversal realizado con adultos, de ambos sexos, de entre 18 y 50 años, con sobrepeso y con alteración de la circunferencia de la cintura, según los criterios de la Organización Mundial de la Salud.

Resultados: La edad media de las mujeres fue de 37,82 años y de los hombres de 31,56 años. En cuanto al peso, el promedio entre las mujeres fue menor que el de los hombres. En cuanto a la medida de la circunferencia de la cadera, la media para las mujeres fue de 123,16 cm y para los hombres, de 114,94 cm.

Conclusión: El riesgo cardiometabólico presentado por las mujeres fue menor que el riesgo presentado por los hombres. Las variables que mostraron mayor significación entre las diferencias de género fueron: edad, peso, talla, perímetro de la cadera, triglicéridos, colesterol.

¹Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Paranavaí, PR, Brasil.

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

Como citar:

Sacchi GA, Christinelli HC, Westphal G, Silva VL, Nardo Júnior N, Fernandes CA. Risco cardiometabólico em pacientes sobrepesados e obesos: um estudo comparativo entre os sexos. *Enferm Foco*. 2021;12(6):1139-44.

DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n6.4784>

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares (DCV's) abrangem doenças do coração, doenças vasculares do cérebro e doenças dos vasos sanguíneos e são consideradas a principal causa de morte por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT).⁽¹⁾ O mais importante órgão do corpo humano é o coração e sua função é bombear sangue para todo o corpo fornecendo oxigênio e nutrientes aos órgãos e tecidos. As doenças cardiovasculares são doenças que afetam o sistema circulatório, ou seja, os vasos sanguíneos e o coração.⁽²⁾ Os fatores de risco são elementos que aumentam as chances de um indivíduo vir a desenvolver diversas doenças, algumas podem ser evitadas, enquanto outras não se podem evitar, sendo que quanto mais fatores de risco uma pessoa possui, maiores serão as chances de desenvolver doenças do coração e do sistema circulatório ao longo da vida.⁽³⁾

Nos Estados Unidos as DCV's são a principal causa de morte para ambos os sexos, sendo importante salientar que, sua prevalência aumenta com a idade, representando, aproximadamente uma em cada três mortes.⁽⁴⁾ No Brasil, as DCV's têm impacto direto na economia, sua mortalidade representou 28% do total de óbitos no país nos últimos anos, destes, 38% decorreram em indivíduos com idade entre 18 a 65 anos de idade, sendo considerada a faixa etária produtiva da população.⁽⁵⁾

Os fatores de risco cardiometabólicos, considerados modificáveis para o surgimento das DCV's, são hipertensão arterial sistêmica (HAS), tabagismo, hipercolesterolemia, diabetes mellitus (DM), obesidade, obesidade abdominal, estilo de vida sedentário, dieta pobre em frutas e vegetais e estresse psicossocial.⁽⁶⁾

Sendo assim, uma maneira importante de controlar as DCV é a redução dos fatores de risco metabólicos associados, sendo importante considerar que além da obesidade ser considerada um dos fatores de risco cardiometabólicos para as DCV's, os demais fatores de risco descritos são consequências ou estão associados à obesidade. Fato importante visto que, em 2016, mais de 650 milhões de indivíduos com 18 anos ou mais se enquadravam no quadro de obesidade, referindo-se a 13% da população mundial.⁽¹⁾ Sabe-se que em ambientes com poucos recursos, é mais provável que os grupos vulneráveis e desfavorecidos sejam expostos a produtos e práticas não saudáveis e desenvolvam fatores de risco metabólicos para o desenvolvimento de DCV's.⁽⁷⁾ Neste sentido, a atenção em saúde para doenças crônicas representa um desafio atual para as equipes de Atenção Básica e o enfermeiro da atenção primária à saúde (APS), tem a responsabilidade de executar ações no âmbito da promoção da saúde, prevenção de agravos

e recuperação da saúde com foco nas doenças crônicas, de forma a ampliar a compreensão em relação ao contexto indispensável à superação dos problemas de saúde locais, incluindo a prevenção e o controle da obesidade.⁽⁸⁾

Considerando a importância do controle dos fatores de risco cardiometabólicos para prevenção de agravos à saúde, especialmente em indivíduos sobrepesados e obesos, se faz necessário conhecer a exposição a estes fatores.

MÉTODOS

Foi realizado um estudo descritivo transversal em adultos, de ambos os sexos, com idade entre 18 e 50 anos, com excesso de peso e com circunferência da cintura alterada, de acordo com os critérios da Organização Mundial da Saúde (2015).⁽⁹⁾ Para a seleção da amostra o estudo foi divulgado por meio das redes sociais, mídias impressas e faladas, instituições de ensino superior, e unidades básicas de saúde (UBS) de um município da região Noroeste do Paraná. Na divulgação foram informados os telefones, e-mail, site e endereço do Centro de Pesquisa da Universidade responsável pelo estudo para que os interessados entrassem em contato e a equipe orientasse sobre o processo de triagem.

Foram critérios de inclusão adotados neste estudo: idade maior ou igual a 18 anos e menor ou igual a 50 anos; estar com sobrepeso ou obesidade, a partir de pontos de corte do Índice de Massa Corporal (IMC) ≥ 25 ;⁽⁹⁾ circunferência de cintura ≥ 88 cm para mulheres ou ≥ 102 cm para homens⁽¹⁰⁾ ser residente no município local do estudo; apresentar disponibilidade para as avaliações.

A coleta de dados ocorreu entre os dias 19 de novembro e 07 de dezembro de 2019 e todos os 147 interessados foram submetidos a avaliação de medidas antropométricas de peso e estatura para determinar quais atendiam ao perfil elegível para o estudo. Posteriormente a essa avaliação antropométrica, os indivíduos foram classificados conforme o resultado do cálculo do IMC, e os que foram classificados com sobrepeso ou obesidade foram convidados a participar da pesquisa.

Os participantes que aceitaram participar da pesquisa tiveram mensuradas suas circunferências: abdominal (CA), da cintura (CC), da panturrilha (CP) e do quadril (CQ), e coletaram os seguintes exames laboratoriais: glicemia, triglicérides, proteína C-Reativa (PCR), colesterol total, colesterol LDL e HDL, e hemoglobina glicada.

Os dados coletados foram organizados em planilha do software Microsoft® Excel, e analisados por meio de estatística inferencial com análise de média, desvio padrão, e p-valor (menor que 0,5) e Teste t-Student para amostra com distribuição normal, utilizando-se o Programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS).

Esta pesquisa é parte do projeto intitulado: "Eficácia de um programa multiprofissional na avaliação de fatores de risco cardiometabólico e tratamento da obesidade abdominal em dois municípios do noroeste do Paraná", liderado pela Universidade Estadual de Maringá em parceria com a Universidade Estadual do Paraná - Campus Paranavaí, com financiamento da Fundação Araucária, com aprovação do Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (COPEP) da Universidade Estadual de Maringá, sob parecer nº 2.655.268, conforme protocolo CAAE nº 48094.501.36484.17042017.

RESULTADOS

Participaram do estudo 147 indivíduos, sendo 119 mulheres. A idade média entre as mulheres de 37,82 anos (DP 8,01) e entre os homens, de 31,56 anos (DP: 9,02), apresentando diferença significativa da idade entre os sexos (T-Student: 0,0035). A tabela 1 apresenta as informações de peso, altura e índice de massa corporal (IMC) dos indivíduos.

Tabela 1. Peso, altura e IMC dos participantes

Variáveis	Média	Desvio-padrão	p-value
Peso			
Mulheres	94,56	21,93	0,0171
Homens	107,67	22,74	
Altura			
Mulheres	160,74	6,49	0,0000
Homens	173,19	6,47	
IMC			
Mulheres	36,32	7,78	0,4936
Homens	36,28	7,14	

p-value - Nível de Significância (< 0,5); IMC - Índice de Massa Corporal

A tabela 2 apresenta os valores de circunferência abdominal (CA), circunferência da cintura (CC), circunferência da panturrilha (CP) e circunferência do quadril (CQ) em relação ao sexo dos participantes.

Tabela 2. Medidas de circunferências dos participantes em relação ao sexo

Variáveis	Média	Desvio-padrão	p-value
Circunferência abdominal			
Mulheres	99,16	30,11	0,3804
Homens	101,66	26,85	
Circunferência da cintura			
Mulheres	101,99	13,05	0,1013
Homens	106,66	13,75	
Circunferência da panturrilha			
Mulheres	48,6	24,29	0,3474
Homens	51,31	27,82	
Circunferência do quadril			
Mulheres	123,16	14,72	0,0278
Homens	114,94	18,13	

p-value - Nível de Significância (< 0,5)

A tabela 3, expõe os valores de glicemia, triglicerídeos, proteína C-Reativa (PCR), colesterol total, LDL e HDL, e hemoglobina glicada, em ambos os sexos.

Tabela 3. Resultados dos exames laboratoriais dos integrantes

Variáveis	Média	Desvio-padrão	Teste T-Student
Glicemia			
Mulheres	103,93	45,95	0,1918
Homens	93,79	8,19	
Triglicerídeos			
Mulheres	131,46	62,3	0,0002
Homens	212,77	133,21	
Proteína C-Reativa (PCR)			
Mulheres	1,12	2,39	0,3501
Homens	0,88	1,53	
Colesterol total			
Mulheres	190,05	30,54	0,152
Homens	198,96	34,11	
Lipoproteínas de Baixa Densidade (LDL)			
Mulheres	113,84	28,88	0,3256
Homens	117,42	27,47	
Lipoproteínas de Alta Densidade (HDL)			
Mulheres	50,58	12,75	0,0006
Homens	39,53	7,14	
Hemoglobina glicada			
Mulheres	5,59	1,12	0,1265
Homens	5,26	0,19	

Teste T-Student - Teste de Hipótese para Amostra com Distribuição Normal

DISCUSSÃO

Diante dos resultados apresentados observa-se que o risco cardiometabólico das mulheres é maior do que os homens, mesmo com a idade média dos homens abaixo das mulheres. O risco de desenvolvimento de DCV cresce com o envelhecimento de ambos os sexos, o que pode ser devido ao viés de sobrevivência, ou seja, uma menor expectativa de vida entre obesos, que dificilmente atingem os 80 anos de idade.

Em um estudo realizado nos Estados Unidos, a prevalência de DCV's aumenta dramaticamente com a idade, a qual entre adultos com 65 anos ou mais foi de 19,8 por cento, quase o triplo da prevalência dos participantes entre 45 e 64 anos (7,1%).⁽⁴⁾ Existem evidências de que o aumento no risco se deve a alterações relacionadas à idade na estrutura e função do sistema cardiovascular ao excesso de peso, que é um aumento de 30,8% quando comparado com percentual de 42,6% no ano de 2006, o aumento da incidência da obesidade foi maior entre adultos de 25 a 34 anos e 35 a 44 anos, com 84,2% e 81,1%, respectivamente.⁽¹¹⁾

No tocante ao IMC, as diferenças entre os sexos foram diminutas, as mulheres se enquadram com a média de 36,32 e os homens com 36,28, em outros estudos a média do IMC entre as mulheres avaliadas foi superior à dos homens.^(12,13) No Brasil as mulheres ultrapassaram os homens, apresentando índices ligeiramente maiores de obesidade, com 20,7%, em relação aos homens, 18,7%.⁽¹¹⁾

Em relação as medidas de CA, CC, e CP os homens apresentaram médias maiores do que as mulheres. Por sua vez, CQ obteve uma média maior entre as mulheres. Um estudo na Turquia, previu risco de doença cardiovascular por meio de medidas da circunferência melhor do que o IMC ou outras medidas de obesidade, principalmente em homens,⁽¹⁴⁾ em um outro estudo semelhante encontrou medidas de circunferência maiores nas mulheres,⁽¹⁵⁾ já na pesquisa realizada na Holanda com 12,151, as maiores medidas de circunferência foram encontradas nos homens, com exceção da circunferência de quadril que prevaleceu no sexo feminino.⁽¹⁶⁾

No tocante aos resultados dos exames laboratoriais, os homens apresentaram resultados aumentados em relação às mulheres no exame de triglicerídeos. Por sua vez as mulheres apresentaram resultados mais altos no exame de colesterol HDL, este, um parâmetro inversamente associado ao risco cardiovascular. Em alterações metabólicas, os níveis de HDL são mais baixos e são interpretados como um sinal de defeito do transporte reverso de colesterol, levando ao aumento do risco cardiovascular.⁽¹⁷⁾ Um estudo com populações europeias evidencia que os níveis elevados de triglicerídeos no sangue, mesmo na presença de níveis favoráveis de HDL, podem identificar um subconjunto de indivíduos com risco aumentado para o desenvolvimento de DCV⁽¹⁸⁾ e mesmo em pacientes com níveis de LDL bem controlados, níveis mais baixos de triglicerídeos estão associados ao maior risco de DCV.⁽¹⁹⁾

É importante salientar que a elevação dos níveis de HDL está associada a mulheres na pós-menopausa, neste período elas experimentam mudanças em relação ao metabolismo das lipoproteínas, ácidos graxos, aminoácidos e inflamação. Essas mudanças metabólicas são independentes da idade e potencialmente subjacente à relação entre a menopausa e doenças cardiometabólicas. Uma compreensão detalhada das mudanças moleculares que ocorrem durante a transição da menopausa pode levar ao estilo de vida ou oportunidades para diminuir os efeitos metabólicos adversos em mulheres durante sua vida pós-menopausa. Considerando que à medida em que as mulheres passam da pré para a pós-menopausa, as concentrações das partículas de lipoproteínas aterogênicas, e da partícula de LDL aumentaram, enquanto o tamanho da partícula de LDL diminuiu. É provável que essas mudanças predisponham as mulheres na pós-menopausa a um maior risco de DCV.⁽²⁰⁾

A amostra do estudo foi predominantemente feminina, é relevante o fato da população masculina relutar em procurar atendimento de saúde de maneira preventiva,

buscando-o apenas em situações emergenciais, na maioria das vezes, por causa da cultura, de valores sociais e até da desinformação. Os homens comumente consideram a doença como uma questão de fragilidade, vulnerabilidade e não como condição biológica. Esses aspectos contribuem para que a população masculina se cuide menos, esteja mais exposta a riscos e não reconheça suas necessidades.⁽²¹⁾ Tal situação se deve, dentre outros motivos, à falta de conhecimento, medo de descobrir doenças, ambiente feminino das unidades de saúde, fatores culturais que envolvem a construção da figura masculina, preconceito, machismo e a jornada de trabalho sobrecarregada.⁽²²⁾

Frente à necessidade de enfrentamento da obesidade e como consequência, do risco cardiometabólico da população, a APS tem como importante estratégia para consolidação dos princípios e diretrizes, a estratégia de saúde da família (ESF) e equipe da atenção básica (EAB). Esses fatores são conhecidos como o ponto chave para a qualificação e expansão da Atenção Básica, por meio de uma equipe multiprofissional, a fim de favorecer o potencial de resolubilidade sobre as doenças, trazendo melhoria na qualidade de vida do indivíduo e da coletividade.⁽²³⁾ Já que a APS tem a capacidade de resolver cerca de 85% dos problemas de saúde de sua população; todos os mecanismos de gestão das redes de atenção e trabalho profissional, para que isso ocorra, devem ser bem articulados por intermédio de princípios e diretrizes baseados em comunicação e responsabilização do cuidado.⁽²⁴⁾

Neste cenário o enfermeiro é considerado líder na equipe de saúde, na realização de intervenções voltadas para o gerenciamento das doenças crônicas no âmbito dos cuidados primários,⁽²⁵⁾ é o profissional responsável pelo desenvolvimento ações que tencionam a melhoria da qualidade de vida, sucedendo através da consulta de enfermagem, aconselhamento aos indivíduos de todas as faixas etárias, incluindo aspectos profiláticos e de remediação, orientações sobre a importância de hábitos alimentares saudáveis, bem como a relevância da necessidade da realização de atividades físicas.⁽²⁶⁾

Em função dos critérios de elegibilidade dos participantes, o estudo apresenta como limitação uma amostra de conveniência com baixa frequência de homens. Mas ainda assim, foi possível realizar uma análise estatística entre as variáveis estudadas e a obesidade abdominal.

A análise da diferença do risco cardiometabólico entre homens e mulheres com excesso de peso corporal tem como finalidade auxiliar o profissional de saúde na tomada de decisão sobre o tratamento da obesidade abdominal,

sendo esta imprescindível para subsidiar condutas específicas de prevenção e recuperação da saúde.

CONCLUSÃO

O risco cardiometabólico apresentado pelo sexo feminino foi menor do que o risco apresentado pelo sexo masculino, mesmo com a idade média dos homens ser inferior. As variáveis que apresentaram significância mais evidente entre as diferenças dos sexos foram: idade, peso, estatura, circunferência do quadril, triglicerídeos, colesterol HDL. Estas informações servem como subsídio para o planejamento de ações e serviços de saúde, como por exemplo a educação popular em saúde, e atividades de educação permanente em saúde para melhorar o atendimento prestado a esta população nos serviços públicos de saúde. Contudo julga-se necessário a ampliação dos investimentos em pesquisas para uma investigação cada vez mais aprofundada, objetivando

subsidiar futuras intervenções e consequente o declínio no número de mortes por doenças cardiovasculares.

Agradecimentos

Fundação Araucária, Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Paraná. Chamada Universal/CNPq 01/2016 - Faixa A. Processo n. 407508/2016-3.

Contribuições

Concepção e desenho do estudo: Sacchi GA, Christinelli HCB, Westphal G, Silva VL, Nardo Junior N, Fernandes CAM; Coleta, análise e interpretação dos dados: Sacchi GA, Christinelli HCB, Westphal G, Silva VL, Nardo Junior N, Fernandes CAM; Redação e/ou revisão crítica do manuscrito: Sacchi GA, Christinelli HCB, Westphal G, Silva VL, Nardo Junior N, Fernandes CAM; Aprovação da versão final a ser publicada: Sacchi GA, Christinelli HCB, Westphal G, Silva VL, Nardo Junior N, Fernandes CAM.

REFERÊNCIAS

- World Health Organization (WHO). Noncommunicable diseases country profiles 2018. Geneva: WHO; 2018 [cited 2020 Oct 10]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274512/9789241514620-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Stevens B, Pezzullo L, Verdian L, Tomlinson J, George A, Bacal F. Os custos das doenças cardíacas no Brasil. *Arq Bras Cardiol.* 2018;111(1):29-36.
- Borgo MV, Pimentel EB, Baldo MP, Souza JB, Malta DC, Mill JG. Prevalência de fatores de risco cardiovascular na população de Vitória segundo dados do VIGITEL e da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013. *Rev Bras Epidemiol.* 2019;22:e190015.
- Lin JS, Evans CV, Johnson E, Redmond N, Coppola EL, Smith N. Nontraditional Risk Factors in Cardiovascular Disease Risk Assessment. In: U.S. Preventive Services Task Force. Evidence Syntheses, formerly Systematic Evidence Reviews. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality; 2018 [cited 2020 Oct 10]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK525925/>
- Siqueira AD, Siqueira-Filho AG, Land MG. Análise do impacto econômico das doenças cardiovasculares nos últimos cinco anos no Brasil. *Arq Bras Cardiol.* 2017;109(1):39-46.
- Malachias MV, Planck FL, Machado CA, Malta D, Scala LC, Fuchs S. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. In: Capítulo 1 - Conceituação, Epidemiologia e Prevenção Primária. Rio de Janeiro: Arq Bras Cardiol; 2016 [cited 2020 Oct 10]. Available from: <https://doi.org/10.5935/abc.20160151>
- World Health Organization (WHO). The top 10 causes of death. Geneva: WHO; 2020 [cited 2020 Oct 10]. Available from: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
- Nicolau IR, Santo FH, Chibante CL. Tratamento multiprofissional para adultos obesos grau III. *Rev Cuba Enferm.* 2017;33(2):386-403.
- World Health Organization (WHO). Cardiovascular diseases. Geneva: WHO; 2017 [cited 2019 Mar 6]. Available from: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
- Cembranel F, Hallal AL, González-Chica DA, d'Orsi E. Relação entre consumo alimentar de vitaminas e minerais, índice de massa corporal e circunferência da cintura: um estudo de base populacional com adultos no Sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2017;33(12):e00136616.
- Brasil Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. VIGITEL BRASIL 2019: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2019 [citado 2020 Mar 6]. Available from: <https://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/April/27/vigitel-brasil-2019-vigilancia-fatores-risco.pdf>
- Stival MM, Lima LR, Karnikowski MG. Relações hipotéticas entre os determinantes sociais da saúde que influenciam na obesidade em idosos. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2015;18(2):433-42.
- Sass A, Marcon SS. Comparação de medidas antropométricas de idosos residentes em área urbana no sul do Brasil, segundo sexo e faixa etária. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2015;18(2):361-72.
- Sözmen K, Ünal B, Sakarya S, Dinç G, Yardım N, Keskinılıç B, et al. Association of Anthropometric Measurement Methods with Cardiovascular Disease Risk in Turkey. *Dicle Univ Tip Fakul Derg.* 2016;43(1):99-106.
- Fatema K, Rahman B, Zwar NA, Milton AH, Ali L. Short-term predictive ability of selected cardiovascular risk prediction models in a rural Bangladeshi population: a case-cohort study. *BMC Cardiovasc Disord.* 2016;16:105.
- Dhana K, Ikram MA, Hofman A, Franco OH, Kavousi M. Anthropometric measures in cardiovascular disease prediction: comparison of laboratory-based versus non-laboratory-based model. *Heart.* 2015;101(5):377-83.
- Girona J, Amigó N, Ibarretxe D, Plana N, Rodríguez-Borjabad C, Heras M, et al. HDL triglycerides: a new marker of metabolic and cardiovascular risk. *Int J Mol Sci.* 2019;20(13):3151.
- Egeland GM, Igland J, Sulo G, Nygård O, Ebbing M, Tell GS. Non-fasting triglycerides predict incident acute myocardial infarction among those with favourable HDL-cholesterol: Cohort Norway. *Eur J Prev Cardiol.* 2015;22(7):872-81.

19. Puri R, Nissen SE, Shao M, Elshazly MB, Kataoka Y, Kapadia SR, et al. Non-HDL cholesterol and triglycerides: implications for coronary atheroma progression and clinical events. *Arterioscler Thromb Vasc Biol.* 2016;36(11):2220-8.
20. Wang O, Ferreira DL, Nelson SM, Sattar N, Ala-Korpela M, Lawlor DA. Metabolic characterization of menopause: cross-sectional and longitudinal evidence. *BMC Med.* 2018;16:17.
21. Lemos AP, Ribeiro C, Fernandes J, Bernardes K, Fernandes R. Saúde do homem: os motivos da procura dos homens pelos serviços de saúde. *Rev Enferm UFPE online.* 2017;11(Supl. 11):4546-53.
22. Vieira UA, Araujo MO, Araujo BD, Paixão GP. Percepção dos enfermeiros sobre a (não) procura dos homens por atenção primária à saúde. *Rev Saúde Colet UEFS.* 2020;10(1):58-66.
23. Becker RM, Heidemann IT, Meirelles BH, Costa MF, Antonini FO, Durand MK. Práticas de cuidados de enfermagem para pessoas com doenças crônicas não transmissíveis. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(Supl. 6):2800-7.
24. Cassettari SD, Mello AL. Demanda e tipo de atendimento realizado em Unidades de Pronto Atendimento do município de Florianópolis, Brasil. *Texto Contexto Enferm.* 2017;26(1):e3400015.
25. Stephen C, McInnes S, Halcomb E. The feasibility and acceptability of nurse-led chronic disease management interventions in primary care: An integrative review. *J Adv Nurs.* 2018;74(2):279-88.
26. Braga VA, Jesus MC, Conz CA, Tavares RE, Silva MH, Merighi MA. Intervenções do enfermeiro às pessoas com obesidade na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. *Rev Esc Enferm USP.* 2017;51:e03293.

ASSISTÊNCIA AO SUICÍDIO E AGRESSIVIDADE NO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA

ASSISTANCE TO SUICIDE AND AGGRESSION IN THE MOBILE EMERGENCY CARE SERVICE

ASISTENCIA AL SUICIDIO Y AGRESIÓN EN EL SERVICIO MÓVIL DE URGENCIAS

Larissa Castelo do Amaral¹Aline Conceição Silva¹Kelly Graziani Giaccherio Vedana¹<https://orcid.org/0000-0002-0084-6554><https://orcid.org/0000-0001-5843-2517><https://orcid.org/0000-0001-7363-2429>**Descritores**Suicídio; Agressão; Emergência;
Assistência; Enfermagem**Descriptors**Suicide; Aggression; Emergency;
Assistance; Nursing**Descriptores**Suicidio; Agresión; Emergencia;
Asistencia; Enfermería**Submetido**

23 de Março de 2021

Aceito

7 de Junho de 2021

Conflitos de interesse:

manuscrito extraído do projeto de pesquisa "Eficácia de um programa multiprofissional na avaliação de fatores de risco cardiometabólico e tratamento da obesidade abdominal em dois municípios do noroeste do Paraná", liderado pela Universidade Estadual de Maringá em parceria com a Universidade Estadual do Paraná, campus Paranavai.

Autor correspondenteLarissa Castelo do Amaral
E-mail: larissa.amaral@alumni.usp.br**RESUMO**

Objetivo: Investigar fatores associados aos atendimentos realizados por serviço de atendimento móvel de urgência a comportamento agressivo e comportamento suicida ocorridos em 2014 em um município brasileiro.

Métodos: Estudo quantitativo, retrospectivo e documental. Os dados foram extraídos de fichas de atendimento de enfermagem e analisados por estatística descritiva, testes de associação, análise de covariância e regressão logística múltipla.

Resultados: Foram analisadas 627 fichas nas quais predominaram homens adultos, com comportamento agressivo, na própria residência e que foram transportados para algum serviço de saúde. O comportamento agressivo foi mais comum entre homens e teve mais sinais e sintomas documentados e menos tempo de espera pelo atendimento. O comportamento suicida teve mais avaliação de sinais vitais, mais realização de procedimentos e encaminhamento para serviço de saúde.

Conclusão: Tais associações revelam características importantes para a organização e planejamento de intervenções para o cuidado às urgências, prevenção da violência e qualificação de recursos humanos para assistência.

ABSTRACT

Objective: To investigate factors associated with calls made by a mobile emergency care service to aggressive behavior and suicidal behavior that occurred in 2014 in a Brazilian municipality.

Methods: Quantitative, retrospective and documentary study. Data were extracted from nursing care records and analyzed using descriptive statistics, association tests, covariance analysis and multiple logistic regression.

Results: 627 records were analyzed, in which adult men, with aggressive behavior, predominated in their own homes and were transported to a health service. Aggressive behavior was more common among men and had more documented signs and symptoms and less waiting time for care. Suicidal behavior had more evaluation of vital signs, more procedures and referral to health services.

Conclusion: Such associations reveal important characteristics for the organization and planning of interventions for emergency care, prevention of violence and qualification of human resources for assistance.

RESUMEN

Objetivo: Investigar los factores asociados a las llamadas realizadas por un servicio móvil de atención de emergencia a conductas agresivas y suicidas ocurridas en 2014 en un municipio brasileño.

Métodos: Estudio cuantitativo, retrospectivo y documental. Los datos se extrajeron de los registros de atención de enfermería y se analizaron mediante estadística descriptiva, pruebas de asociación, análisis de covarianza y regresión logística múltiple.

Resultados: Se analizaron 627 expedientes, en los que predominaron hombres adultos, con comportamiento agresivo, en sus propios domicilios y fueron trasladados a algún servicio de salud. El comportamiento agresivo era más común entre los hombres y tenía signos y síntomas más documentados y menos tiempo de espera para recibir atención. La conducta suicida tuvo más evaluación de signos vitales, más procedimientos y derivación a servicios de salud.

Conclusión: Tales asociaciones revelan características importantes para la organización y planificación de intervenciones de atención de emergencia, prevención de la violencia y calificación de los recursos humanos para la atención.

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

Como citar:Amaral LC, Silva AC, Vedana KG. Assistência ao suicídio e agressividade no serviço de atendimento móvel de urgência. *Enferm Foco*. 2021;12(6):1145-50.DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n6.4788>

INTRODUÇÃO

As emergências psiquiátricas, em especial aquelas que envolvem violências, são altamente desafiadoras e frequentes. O comportamento suicida e o comportamento agressivo são problemas relevantes no cenário mundial e com elevada mortalidade. No mundo, aproximadamente 800 mil pessoas morrem anualmente por suicídio, o que corresponde a uma morte a cada 40 segundos e cerca de 477 mil pessoas vítimas de homicídios.^(1,2)

O Brasil possui elevados índices de comportamento suicida e comportamento agressivo. O país ocupa o oitavo lugar no ranking de maiores números absolutos de óbitos por suicídio e entre 2011 e 2018 foram notificados 339.790 casos de violência autoprovocada no país que se concentram na faixa etária de 15 a 29 anos (45,4%) e no sexo feminino (67,3%).⁽³⁾ Em relação a violência interpessoal, no Brasil concentra-se aproximadamente 10% da mortalidade por homicídio do mundo, o país possui a terceira maior mortalidade por homicídios da América do Sul, com cerca de 47.136 mortes no ano de 2012. Entre os casos de violência notificados predominam pessoas do sexo masculino com idade entre 15 a 44 anos, sendo o homicídio a terceira causa de morte para o sexo masculino nessa faixa etária.⁽²⁾

A violência permeia diversos campos sociais e exerce grande impacto pessoal e comunitário. Destaque para a pressão nos sistemas de saúde, de justiça e bem-estar social. A violência também onera os serviços públicos, desacredita e ceifa o processo democrático e o desenvolvimento político e econômico de um país.⁽²⁾ Ambos os comportamentos (violência autoinfligida e interpessoal) são complexos, multifatoriais e são alvos de julgamentos e crenças que podem dificultar ações de prevenção e assistência adequados.^(1,4)

A equipe de enfermagem é categoria predominante entre os profissionais atuam em emergências e estudos revelam que, esse grupo tem enfrentado diversos obstáculos ao atender urgências psiquiátricas, tais como quantidade insuficiente de funcionários, falta de segurança e de equipamentos, impasses administrativos, financeiros e psicológicos, despreparo e falta suporte, protocolos, discussões, supervisão.⁽⁴⁻⁷⁾ Entre esses profissionais, ainda são predominantes os sentimentos de desconforto ao atender pacientes com comportamento suicida, além da exteriorização de conceitos fortemente ligados ao estigma que cercam esse tema.⁽⁸⁾ Outros desafios estão ligados à maior imprevisibilidade e insegurança no atendimento pré-hospitalar móvel, como a falta de colaboração do paciente, ausência de informações da história pregressa e atual no momento do atendimento, risco de violência, dentre outros fatores.⁽⁹⁾

No Brasil, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) é acionado por cidadãos e realiza o atendimento pré-hospitalar móvel e a regulação (para encaminhamento dos casos a serviços de saúde.⁽¹⁰⁾ Destaca-se que, apesar da elevada frequência de chamados por comportamento agressivo e suicida nos atendimentos pré-hospitalar de urgências psiquiátricas, o preparo dos profissionais para atender a essa demanda é consideravelmente menor do que a formação para atender urgências clínicas ou traumáticas.

O conhecimento das demandas e da assistência atualmente providas aos casos de comportamentos violentos (suicida ou agressivo) possibilita o mapeamento de necessidades, pontos fortes, e fatores estratégicos para o delineamento de políticas, ações de aprimoramento dos atendimentos e capacitação de recursos humanos. Dessa forma, este estudo teve como objetivo investigar os fatores associados aos atendimentos relacionados a comportamento agressivo e comportamento suicida ocorridos em 2014 no serviço de atendimento móvel de urgência de um município do interior de São Paulo - Brasil.

MÉTODOS

Estudo transversal, documental, com abordagem quantitativa. Este estudo foi apresentado de acordo com as recomendações *Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology* (STROBE).

O estudo foi realizado no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) de um município do interior de São Paulo - Brasil, que possui aproximadamente 700 mil habitantes. No período da coleta de dados, o SAMU possuía dois tipos de ambulância, cada qual com formas distintas de documentação dos atendimentos.

Foram selecionadas as fichas das ambulâncias de Suporte Básico de Vida (SBV), que representam 77% das ambulâncias e atendem aproximadamente 86% dos atendimentos de emergências psiquiátricas. No local do estudo, essas ambulâncias eram tripuladas por um técnico de enfermagem (profissional sem nível superior) e um motorista, sendo as fichas de atendimento preenchidas pelo técnico de enfermagem.

Foram incluídas no estudo as fichas de atendimento de enfermagem de ambulâncias de SBV nas quais estivessem documentadas ocorrências relacionadas ao comportamento agressivo e/ou ao comportamento suicida (letal ou não letal) no período de 01 de janeiro de 2014 a 31 de dezembro de 2014. Foram excluídas as fichas nas quais o paciente não era o agressor, fichas sem documentação clara sobre o motivo do chamado ou que foram referentes a pessoas que tiveram remoção

antecipada (ou seja, não havia pessoa a ser atendida quando a ambulância chegava ao local do chamado). Ao total, 48.168 fichas de atendimento foram lidas e, dentre essas, 627 foram incluídas no estudo por atenderem aos critérios de seleção supracitados.

Foram coletados dados secundários disponíveis no banco de dados do SAMU. Para a extração dos dados foi realizada a consulta manual de todas as fichas incluídas no estudo. A extração dos dados foi norteada por roteiro construído com base na estrutura das fichas do serviço, permitindo que os dados coletados fossem compatíveis a forma como foram registrados.

As variáveis do estudo foram: sexo do paciente (masculino; feminino; não informado) e idade (crianças e adolescentes; adultos; idosos; não informado), semestre (primeiro; segundo), local (residência ; outros), período da solicitação (diurno; noturno), tempo de espera (em minutos), tipo de comportamento (agressivo ou suicida), sinais e sintomas documentados (tipo e quantidade), agravos traumáticos documentados (tipo e quantidade), avaliação clínica documentada (tipo e quantidade), intervenções de enfermagem documentada (tipo e quantidade) e destino final do atendimento (serviço de saúde, sem encaminhamento ou óbito no local de atendimento).

Os dados foram duplamente digitados no programa *Microsoft Excel* 2010 para possibilitar consistência e veracidade dos dados. Posteriormente foram categorizados, transportados para o programa estatístico *Statistical Analysis System* (SAS) versão 9.2 e foram analisados por estatística descritiva, testes de associações entre as variáveis dependentes (avaliações de sinais e sintomas, avaliações de sinais vitais, tempo de espera, realização de procedimentos, destino final) e as demais características dos atendimentos (sexo, idade, local, semestre e tipo de atendimento - comportamento suicida ou agressivo).

Para as comparações entre os grupos foi proposta a análise de covariância (ANCOVA). Todos os modelos foram ajustados por possíveis fatores de confusão e quando os pressupostos dos modelos não foram válidos, transformações nas variáveis resposta foram utilizadas. Para verificar se as variáveis de interesse são preditoras de resposta, foram calculados *odds ratio* através da regressão logística múltipla. Para todas as comparações adotou-se um nível de significância de 5%.

A pesquisa foi analisada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo sob o protocolo CAAE 48199215.3.0000.5393.

RESULTADOS

Caracterização dos chamados por Comportamento Suicida ou Comportamento Agressivo

Foram analisados, manualmente, 627 prontuários de enfermagem do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). A maioria dos chamados ocorreu no segundo semestre (52,15%), no período diurno (54,77%), referia-se a homens (51,1%), com comportamento agressivo (52,49%), adultos (82,49%), que estavam na própria residência (84,69%) no momento do chamado e que foram transportados para algum serviço de saúde (76,64%). Foram testadas associações entre características do chamado e motivo do chamado (comportamento suicida ou comportamento agressivo) e demais características dos chamados e foi identificada associação apenas o motivo do chamado e o sexo, sendo que homens tiveram quase três vezes a chance (OR=2,97; IC=2,08-4,23; $p<0,01$) de apresentar comportamento agressivo quando comparados as mulheres. Também foram testadas associações entre o período de solicitação do chamado e demais características dos atendimentos, contudo não foram identificadas associações.

Assistência de Enfermagem aos chamados por Comportamento Suicida ou Comportamento Agressivo

Os chamados de pessoas do sexo masculino (OR=1,74; IC=1,12-2,71; $p=0,01$), por comportamento agressivo (OR=13,56; IC= 8,43-21,80; $p<0,01$) e ocorridos no segundo semestre (OR=2,33; IC=1,49-3,63; $p<0,01$), tiveram chances aumentadas de terem a avaliação de sinais e sintomas documentada (Tabela 1). Os chamados por comportamento suicida (OR=10,41; IC=6,70-16,19; $p<0,01$) e ocorridos na residência (OR=2,74; IC=1,42-5,29; $p<0,01$) tiveram mais chance de terem sinais vitais avaliados e documentados (Tabela 1).

Foram testadas associações entre características do chamado e a realização de procedimentos relacionados aos cuidados de enfermagem e apenas o motivo do chamado esteve associado à documentação da realização de procedimentos, sendo que chamados por comportamento suicida tiveram mais de quatro vezes a chance (OR=4,59; IC=3,14-6,72; $p<0,01$) de ter algum procedimento documentado quando comparados aos chamados por comportamento agressivo (Tabela 2).

Foram testadas associações entre características do chamado e o destino para o qual os casos foram encaminhados e foram identificadas associações entre motivo do chamado e semestre da ocorrência. Os chamados de pessoas atendidas por comportamento suicida (OR=2,21; IC=1,36-3,60; $p<0,01$) e os chamados ocorridos no segundo

Tabela 1. Avaliações de Sinais Vitais e Sinais e Sintomas e demais características dos atendimentos relacionados ao comportamento agressivo e comportamento suicida

Variáveis	Sinais e sintomas (n=539)			Sinais vitais (n=539)		
	Sim n(%)	OR (IC)	p-value	Sim n(%)	OR (IC)	p-value
Sexo						
Feminino	135(52,12)	1,00 (-)	-	118(45,56)	1,00 (-)	-
Masculino	212(75,71)	1,74 (1,12-2,71)	0,01	78(27,86)	0,75 (0,49-1,15)	0,19
Idade						
8 - 19	38(62,30)	1,00 (-)	-	18(29,51)	1,00 (-)	-
20-59	284(63,82)	1,52 (0,76-3,04)	0,24	165(37,08)	1,18 (0,60-2,31)	0,63
60 ou mais	25(75,76)	2,88 (0,94-8,85)	0,07	13(39,39)	1,38 (0,49-3,87)	0,54
Local						
Outros	48(65,75)	1,00 (-)	-	16(21,92)	1,00 (-)	-
Residência	299(64,16)	1,01 (0,53-1,93)	0,97	180(38,63)	2,74 (1,42-5,29)	<0,01
Semestre						
Primeiro	131(54,58)	1,00 (-)	-	95(39,58)	1,00 (-)	-
Segundo	216(72,24)	2,33 (1,49-3,63)	<0,01	101(33,78)	0,95 (0,62-1,44)	0,81
Comportamento						
Agressivo	254(89,12)	13,56 (8,43-21,80)	<0,01	38(13,33)	1,00 (-)	-
Suicida	93(36,61)	1,00(-)	-	158(62,20)	10,41 (6,70-16,19)	<0,01

OR - odds ratio calculado através da regressão logística múltipla; IC - intervalo de confiança

Tabela 2. Associação entre procedimentos relacionados aos cuidados de enfermagem documentados e demais características dos atendimentos

Variáveis	Procedimentos de Enfermagem (n=539)			
	Não n(%)	Sim n(%)	OR (IC)	p-value
Sexo				
Feminino	131(50,58)	128(49,42)	1,00(-)	-
Masculino	174(62,14)	106(37,86)	0,92 (0,63-1,34)	0,65
Idade				
8-19	39(63,93)	22(36,07)	1,00 (-)	-
20-59	249(55,96)	196(44,04)	1,28 (0,71-2,32)	0,41
60 ou mais	17(51,52)	16(48,48)	1,61 (0,64-4,05)	0,31
Local				
Outros	45(61,64)	28(38,36)	1,00 (-)	-
Residência	260(55,79)	206(44,21)	1,30 (0,75-2,24)	0,35
Comportamento				
Suicida	95(37,40)	159(67,20)	4,59 (3,14- 6,72)	<0,01
Agressivo	210(73,68)	75(26,32)	1,00 (-)	-
Semestre				
Primeiro	133(55,42)	107(44,58)	1,00 (-)	-
Segundo	172(57,53)	127(42,47)	1,04 (0,72-1,52)	0,82

OR - odds ratio calculado através da regressão logística múltipla; IC - intervalo de confiança

semestre do ano (OR=1,61; IC=1,03-2,52; p=0,04) tiveram chances aumentadas de serem encaminhados para um serviço de saúde (Tabela 3).

Foram testadas associações entre as características do chamado e o tempo de espera, que corresponde ao tempo transcorrido entre o horário do chamado e a chegada do serviço de atendimento móvel ao local. Os chamados ocorridos em residências (média= 12,49 min.) tiveram maior tempo de espera quando comparados aos ocorridos em outros locais (média= 7,71 min.; p=0,02). Os chamados relacionados ao comportamento (média= 13,38 min.) suicida também tiveram maior tempo de espera quando comparados aos chamados por comportamento agressivo (média= 10,53 min.; p=0,39).

Tabela 3. Destino e demais características dos atendimentos relacionados ao comportamento agressivo e comportamento suicida

Variáveis	Destino (n=490)			
	Outros n(%)	Serviços de Saúde n(%)	OR (IC)	p-value
Sexo				
Feminino	45(19,23)	189(80,77)	1,00 (-)	-
Masculino	58(22,66)	198(77,34)	1,01 (0,63-1,61)	0,98
Idade				
8 - 19	12(21,43)	44(78,57)	1,00 (-)	-
20-59	89(22,14)	313(77,86)	0,91 (0,45-1,81)	0,78
60 ou mais	2(6,25)	30(93,75)	4,05 (0,83-19,74)	0,08
Local				
Outros	14(21,88)	50(78,13)	1,00 (-)	-
Residência	89(20,89)	337(79,11)	1,08 (0,56-2,08)	0,81
Semestre				
Primeiro	53(25,12)	158(74,88)	1,00 (-)	-
Segundo	50(17,92)	229(82,08)	1,61 (1,03-2,52)	0,04
Comportamento				
Agressivo	69(26,64)	190(73,36)	1,00 (-)	-
Suicida	34(14,72)	197(85,28)	2,21 (1,53-3,60)	<0,01

OR - odds ratio calculado através da regressão logística múltipla; IC - intervalo de confiança

DISCUSSÃO

Neste estudo, predominaram atendimentos ocorridos no segundo semestre, no período diurno e direcionados a homens adultos, com comportamento agressivo, que estavam na própria residência e foram transportados para serviços de saúde. Homens tiveram quase três vezes a chance de apresentar comportamento agressivo quando comparados as mulheres. Na literatura, os percentuais de comportamento agressivo são superiores na população masculina e a relação entre gênero e violência é complexa e multifatorial.^(11,12)

O comportamento agressivo teve mais sinais e sintomas documentados e menor tempo de espera pelo

atendimento. Essas diferenças podem estar relacionadas ao fato do comportamento agressivo ter manifestações mais evidentes e associadas à sensação de vulnerabilidade e insegurança por prováveis danos à integridade física.^(4,7) A documentação das alterações relacionada ao comportamento agressivo também pode ocorrer para justificar a utilização da contenção física e mecânica, procedimentos contraditórios, porém presentes em diferentes contextos de assistência.⁽¹³⁻¹⁵⁾

O comportamento suicida teve aproximadamente dez vezes mais chances de ter os sinais vitais documentados e quase quatro vezes a chance de realização de procedimentos quando comparados ao comportamento agressivo. A avaliação de sinais vitais e realização de procedimentos pode estar ligada ao risco de danos físicos de tentativas de suicídio.⁽¹⁶⁾

Apesar do encaminhamento para serviços de saúde ter sido maior entre casos de comportamento suicida, a literatura mostra que, comumente, pessoas que tentam suicídio são liberadas da emergência sem passar por avaliação psiquiátrica ou sem encaminhamento.^(17,18) Destaca-se que a qualidade dos serviços prestados em setores de emergência é muito importante para prevenir futuras tentativas com desfecho fatal e devem estar articuladas com os demais serviços existentes no sistema, permitindo o adequado encaminhamento dos pacientes a outros serviços competentes para que cada um desses recursos colabore para garantir a atenção integral e prevenir novas tentativas de suicídio.^(17,19,21)

O tempo resposta ou tempo de espera para o atendimento de urgências em serviços pré-hospitalares (período entre o momento da chamada até a chegada da ambulância no local) é um importante indicador de qualidade e pode favorecer melhor prognóstico dos casos atendidos.⁽²¹⁾ A investigação acerca do tempo resposta das ambulâncias fornece uma análise importante quando se trata do funcionamento do SAMU e outros serviços, viabilizando que enfermeiros e gestores reconheçam o público utilizador desse serviço, para que possam assim realizar planejamentos pertinentes nesse sentido, tendo enquanto objetivo melhorar a qualidade do cuidado.⁽²²⁾ Neste estudo, o motivo e o local do chamado estiveram associados ao tempo de resposta. Chamados ocorridos em residências tiveram mais chance de ter maior tempo de espera quando comparados aos ocorridos em outros locais. A agilidade no atendimento pode ser prejudicada pela dificuldade de encontrar o endereço residencial do solicitante, que pode ser menos conhecido do que outros espaços públicos. Na literatura, o tempo resposta

está associado a dificuldades relacionadas ao transporte (manutenção das vias públicas e dos veículos, trânsito, insuficiência de recursos humanos e materiais para os atendimentos).^(23,24)

Nesta pesquisa, os chamados ocorridos em residências e no segundo semestre do ano tiveram maior chance de terem sinais e sintomas documentados e de serem encaminhados para um serviço de saúde. Contudo, é válido ressaltar que a maior documentação possa estar associada ao oferecimento de um programa intensificado de treinamento que foi oferecido para a equipe do SAMU do local no período investigado (mês de março do ano investigado e prosseguiu pelos meses seguintes).

As limitações deste estudo estiveram relacionadas à amostra limitada a um único município, bem como à utilização de dados secundários com escassez de informações referentes a alguns aspectos relacionados sobre avaliação e assistência em cada chamado. No entanto, trata-se de estudo pioneiro sobre a assistência de enfermagem em ocorrência de comportamento agressivo ou suicida realizada por um serviço de emergência móvel no contexto brasileiro.

Os resultados deste estudo revelam características importantes para a organização e planejamento de intervenções para o planejamento do cuidado às urgências para assistência e prevenção do comportamento agressivo e da violência autoinfligida.

CONCLUSÃO

No presente estudo foram investigados os fatores associados aos atendimentos ao comportamento agressivo e suicida ocorridos em 2014 no serviço de atendimento móvel de urgência de um município no interior de São Paulo - Brasil. Predominaram atendimentos ocorridos no segundo semestre, no período diurno e direcionados a homens adultos, com comportamento agressivo, que estavam na própria residência e foram transportados para serviços de saúde. O comportamento agressivo foi mais comum entre homens e teve mais sinais e sintomas documentados e menos tempo de espera pelo atendimento enquanto o comportamento suicida teve mais avaliação de sinais vitais, mais realização de procedimentos e encaminhamento para serviço de saúde. Além disso, a documentação de sinais e sintomas foi maior entre ocorrências no segundo semestre e homens. Chamados ocorridos em residências tiveram mais chance de documentação de avaliação de sinais vitais e o encaminhamento para serviço de saúde foi maior no segundo semestre. Os resultados apresentação reforçam a necessidade de

diretrizes de cuidados assistenciais a vítimas de violência autoinfligida e comportamento agressivo.

Agradecimentos

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - código 001. Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP).

Contribuições

Concepção e/ou desenho do estudo: Amaral LC, Vedana KGG; Coleta, análise e interpretação dos dados: Amaral LC, Silva AC, Vedana KGG; Redação e/ou revisão crítica do manuscrito: Amaral LC, Silva AC, Vedana KGG; Aprovação da versão final a ser publicada: Amaral LC, Silva AC, Vedana KGG.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). Preventing suicide: a global imperative. Geneva: WHO; 2014 [cited 2019 Nov 10]. Available from: www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/
2. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2014: uma análise da situação de saúde e das causas externas. Brasília (DF): Ministério de Saúde; 2015 [citado 2019 Nov 10]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2014_analise_situacao.pdf
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil. Brasília (DF): Ministério de Saúde; 2021 [citado 2021 Set 17]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-contenido/publicacoes/boletins/boletins-epidemiologicos/edicoes/2021/boletim_epidemiologico_svs_33_final.pdf
4. Vedana KG, Magrini DF, Míasso AI, Zanetti AC, Souza J, Borges TL. Emergency Nursing Experiences in Assisting People With Suicidal Behavior: A Grounded Theory Study. *Arch Psychiatr Nurs*. 2017;31(4):345-51.
5. Ramezani T, Gholamzadeh S, Torabizadeh C, Sharif F, Ahmadzadeh L. Challenges of nurses' empowerment in the management of patient aggression: A qualitative study. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2019;22(6):442-8.
6. Ramberg I, Di Lucca MA, Hadlaczy G. The Impact of Knowledge of Suicide Prevention and Work Experience among Clinical Staff on Attitudes towards Working with Suicidal Patients and Suicide Prevention. *Int J Environmental Res Public Health*. 2016;13:195.
7. Mantovani C, Migon MN, Alheira FV, Del-ben CM. Manejo de paciente agitado ou agressivo. *Rev Bras Psiquiatr*. 2010;32(2):96-103.
8. Paes MR, Mildemberg R, Machado EM, Schultz JV, Nitz MA. Percepções de profissionais de enfermagem de um hospital geral sobre pacientes com comportamento suicida. *Enferm Foco*. 2020;11(6):101-7.
9. Foley S. Short-term pharmaceutical management of the violent/aggressive patient in the emergency department. *J Emerg Nurs*. 2010;36(5):504-6.
10. O'Dwyer G, Konder MT, Reciputti LP, Macedo C, Lopes MG. O processo de implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no Brasil: estratégias de ação e dimensões estruturais. *Cad Saúde Pública*. 2017;33(7):e00043716.
11. World Health Organization (WHO). Guns, knives and pesticides: reducing access to lethal means. Geneva: WHO; 2009 [cited 2019 Nov 10]. Available from: https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/vip_pesticides.pdf
12. Knox DK, Holloman GH. Use and Avoidance of Seclusion and Restraint: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA Seclusion and Restraint Workgroup. *West J Emerg Med*. 2011;13(1):35-40.
13. Perkins E, Prosser H, Riley D, Whittington R. Psychiatry Physical restraint in a therapeutic setting; a necessary evil?. *Int J Law Psychiatry*. 2012;35(1):43-9.
14. Pinto BI, Souza JC, Leite MB, Fonseca V, Silva EM, Volpe FM. Contenção física no hospital psiquiátrico: estudo transversal das práticas e fatores de risco. *J Bras Psiquiatr*. 2016; 65(1):53-9.
15. Jawaid A. From Foreign Fighters to Returnees: The Challenges of Rehabilitation and Reintegration Policies. *J Peacebuilding Dev*. 2017;12(2):102-7.
16. Stanley B, Brown GK. Safety Planning Intervention: A Brief Intervention to Mitigate Suicide Risk. *Cogn Behav Pract*. 2012;19(2):256-64.
17. Lin CJ, Lu HC, Sun FJ, Fang CK, Wu SI, Liu SI. The characteristics, management, and aftercare of patients with suicide attempts who attended the emergency department of a general hospital in northern Taiwan. *J Chinese Med Assoc*. 2014;77(6):317-24.
18. Kawashima Y, Yonemoto N, Inagaki M, Yamada M. Prevalence of suicide attempters in emergency departments in Japan: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2014;163:33-9.
19. França IG. Reflexões acerca da Implantação e Funcionamento de um Plantão de Emergência em Saúde Mental. *Psicol Ciênc Prof*. 2005;25(1):146-63.
20. Azevedo JM, Barbosa MA. Triagem em serviços de saúde: percepções dos usuários. *Rev Enferm UERJ*. 2007;15(1):33-9.
21. Ciconet RM. Tempo resposta de um serviço de atendimento móvel de urgência [tese]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2015.
22. Lima MM, Brandão FJ, Araújo DV, Caetano JÁ, Barros LM. Caracterização das causas externas atendidas pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. *Enferm Foco*. 2020;11(4):7-13.
23. Mata KS, Ribeiro ÍA, Pereira PS, Nascimento MV, Carvelaho GC, Macedo JB, et al. Entraves no atendimento pré-hospitalar do SAMU: percepção dos enfermeiros. *Rev Enferm UFPE online*. 2018;12(8):2137-45.
24. Guimarães EP, Silva RF, Santos JB. Condutores de esperança: condições de trabalho de condutores de Ambulância do SAMU. *Público Priv*. 2015;25:55-75.

IMPACTO DO EXERCÍCIO FÍSICO NO COMPORTAMENTO DE IDOSAS COM ALZHEIMER

IMPACT OF PHYSICAL EXERCISE ON BEHAVIOR OF ELDERLY WOMEN BEARING ALZHEIMER'S DISEASE

IMPACTO DEL EJERCICIO FÍSICO EN EL COMPORTAMIENTO DE MUJERES MAYORES CON ALZHEIMER

Tiffany Bianca Lage da Costa¹

Patrícia Fera Azevedo¹

Marcelo Luis Marquenzi¹

Juliana Monique Lino Aparecido¹

(<https://orcid.org/0000-0002-0953-7061>)

(<https://orcid.org/0000-0002-5975-4013>)

(<https://orcid.org/0000-0002-6593-941X>)

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

Descritores

Doença de Alzheimer; Instituição de longa permanência para idosos; Exercício

Descriptors

Alzheimer's disease; Long-term care facility for elderly; Exercise

Descriptores

Enfermedad de Alzheimer; Institución de larga estancia para ancianos; Ejercicio

Submetido

29 de Março de 2021

Aceito

15 de Julho de 2021

Conflitos de interesse:

manuscrito extraído do trabalho de conclusão de curso "Impacto do exercício físico no comportamento de idosas com doença de Alzheimer", defendido em 2020, no Programa de Graduação em Enfermagem, na Universidade Cidade de São Paulo - UNICID.

Autor correspondente

Juliana Monique Lino Aparecido
E-mail: jmonique@unicid.edu.br

RESUMO

Objetivo: Comparar o impacto do exercício físico no comportamento de idosas com Alzheimer em uma Instituição de longa permanência para idosos.

Métodos: Ensaio clínico não randomizado, com nove idosas com Doença de Alzheimer, residentes em uma instituição de longa permanência. Que foram submetidas diariamente, por quatro semanas, à aplicação de dois questionários, um para estabelecer o perfil individual de cada moradora, e outro para análise dos comportamentos característicos da doença.

Resultados: Observa-se que nove dentre os medicamentos consumidos possuíam características para modulação comportamental (55,56% Quetiapina; 22,22% Depakote e/ou Exelon Patch; 11,11% de Donaren, Donepezila, Donila Duo, Escitalopran, Exodus e/ou Sertralina); após quatro semanas, 44,44% (n=4) das moradoras apresentaram diminuição das alterações comportamentais, para os períodos com exercício físico ($p < 0,05$); as médias de alterações comportamentais da amostra total, foram de $0,76 \pm 0,38$ e $1,60 \pm 0,70$ para os períodos com e sem exercício físico, respectivamente ($p < 0,05$); e comportamentos como "agressividade direcionada a equipe", "irritabilidade" e "outras alterações", apresentaram Δ de variação de 0,80; 2,04; e 1,21; respectivamente ($p < 0,05$).

Conclusão: A inclusão de exercícios físicos de maneira regular, em uma Instituição de longa permanência para idosos, é capaz de reduzir alterações comportamentais à curto prazo em idosas com Doença de Alzheimer institucionalizadas.

ABSTRACT

Objective: Comparison of the impact of physical exercise on the behavior of elderly women with Alzheimer's in a long-stay institution for the elderly.

Methods: Non-randomized clinical trial, with nine elderly women with Alzheimer's Disease, residing in a long-term institution. They were submitted daily, for four weeks, to the application of two questionnaires, one to establish the individual profile of each resident, and the other to analyze the characteristic characteristics of the disease.

Results: It is observed that nine among the drugs consumed had characteristics for behavioral modulation (55.56% Quetiapine; 22.22% Depakote and/or Exelon Patch; 11.11% of Donaren, Donepezila, Donila Duo, Escitalopran, Exodus and / or Sertraline); after four weeks, 44.44% (n = 4) of residents reduced behavioral changes for periods with physical exercise ($p < 0.05$); as means of behavioral changes in the total sample, they were 0.76 ± 0.38 and 1.60 ± 0.70 for the periods with and without physical exercise, respectively ($p < 0.05$); and behavior such as "aggressiveness directed at the team", "irritability" and "other changes", similar to a variation of 0.80; 2.04; and 1.21; respectively ($p < 0.05$).

Conclusion: The inclusion of physical exercise on a regular basis, in a long-stay institution for the elderly, is capable of reducing short-term behavioral changes in institutionalized elderly women with Alzheimer's Disease.

RESUMEN

Objetivo: Comparación del impacto del ejercicio físico en el comportamiento de mujeres mayores con Alzheimer en una institución de larga estancia para ancianos.

Métodos: Ensayo clínico no aleatorizado, con nueve ancianas con enfermedad de Alzheimer, residentes en una institución de larga duración. Fueron sometidos diariamente, durante cuatro semanas, a la aplicación de dos cuestionarios, uno para establecer el perfil individual de cada residente y otro para analizar las características características de la enfermedad.

Resultados: Se observa que nueve de los fármacos consumidos tenían características de modulación conductual (55,56% Quetiapina; 22,22% Depakote y / o Exelon Patch; 11,11% de Donaren, Donepezila, Donila Duo, Escitalopran, Exodus y / o Sertralina); después de cuatro semanas, el 44,44% (n = 4) de los residentes redujeron los cambios de comportamiento por períodos con ejercicio físico ($p < 0,05$); como medias de los cambios de comportamiento en la muestra total fueron $0,76 \pm 0,38$ y $1,60 \pm 0,70$ para los períodos con y sin ejercicio físico, respectivamente ($p < 0,05$); y comportamientos como "agresividad dirigida al equipo", "irritabilidad" y "otros cambios", similar a una variación de 0,80; 2,04; y 1,21; respectivamente ($p < 0,05$).

Conclusión: La inclusión de ejercicio físico de forma regular, en una institución de larga estancia para ancianos, es capaz de reducir los cambios conductuales a corto plazo en mujeres ancianas institucionalizadas con enfermedad de Alzheimer.

¹Universidade Cidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

Como citar:

Costa TB, Azevedo PF, Marquenzi ML, Aparecido JM. Impacto do exercício físico no comportamento de idosas com Alzheimer. *Enferm Foco*. 2021;12(6):1151-8.

DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n6.4799>

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial, que tem crescido de forma acentuada nos países em desenvolvimento. Segundo Censo do IBGE 2010, estima-se que em 2025 o Brasil se tornará o país com o sexto maior quantitativo de idosos do mundo, principalmente acima de 80 anos.^(1,2) Como consequência, o número de doenças crônicas-degenerativas tem aumentado, entre elas a demência. Sabe-se que as síndromes demenciais compõem o sexto grupo de doenças mais relevantes nos quesitos de funcionalidade e mortalidade de idosos.⁽³⁾ Disfunções como declínio de cognição tem sido queixas comuns relatadas por esta população que tem suas atividades de vida diárias (AVD) comprometidas.^(4,5)

A dependência para a realização das atividades básicas de vida diária leva o idoso a necessitar de acompanhamento e supervisão permanentes. Tornando-se necessária a adaptação dos familiares para suprir essa necessidade, seja reorganizando o cotidiano dos componentes familiares ou terceirizando o cuidado da pessoa idosa. Neste sentido a institucionalização dos idosos é uma alternativa para quem necessita de cuidados e supervisão constantes.⁽⁶⁾

A Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) foi quem adotou a expressão "Instituição de Longa Permanência para Idosos" (ILPI) para designar o tipo de instituição anteriormente chamado de asilo. ILPI é definida pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária na Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 283 como - instituições governamentais ou não governamentais, de caráter residencial, destinada a domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade, dignidade e cidadania.⁽⁷⁾ A ILPI tem como atribuições: desenvolvimento de atividades que estimulem a autonomia, promoção da integração social e condições de lazer, tais como exercícios físicos, atividades recreativas e culturais.⁽⁸⁾

Dentre as síndromes demenciais mais frequente entre os idosos está a Doença de Alzheimer (DA). Caracteriza-se por declínio cognitivo múltiplo, que envolve o comprometimento da memória e perda progressiva da capacidade funcional.⁽⁹⁾ Estudos recentes apontam que a DA tem particular importância devido às limitações que impõe ao doente, tornando patológicas as alterações fisiológicas do envelhecimento tais como, a perda progressiva das habilidades de raciocinar e memorizar, além de afetar as áreas cerebrais relacionadas à linguagem, produzir alterações de comportamento e a capacidade da pessoa para cuidar de si mesma, produzindo grande dependência.^(3,10) Dada a prevalência da DA e o impacto produzido na capacidade do idoso

de cuidar de si, é muito comum que nas ILPI encontre-se residentes com Alzheimer nos seus diferentes estágios da doença.⁽¹¹⁾

A DA também produz alterações psicológicas e comportamentais manifestadas principalmente por apatia, ansiedade, delírios, agitação/agressividade, alucinações, irritabilidade, perambulação que também pode ser nomeada como comportamento motor aberrante, desinibição do comportamento e alterações nos ciclos de sono e vigília.^(6,12) Essas alterações de comportamento são prejudiciais ao convívio social e também a segurança pessoal, trazendo risco de quedas e lesões.⁽¹³⁾ Ao lidar com o idoso com DA no domicílio ou na ILPI deve-se procurar alternativas não farmacológicas para reduzir essas alterações comportamentais características da DA.⁽¹⁴⁾

A ação benéfica do exercício físico, como um tratamento não farmacológico para a DA, tem sido demonstrada em pesquisas incluindo a redução nos distúrbios de comportamento e melhora da função motora.⁽¹⁵⁾ Em idosos, cognitivamente preservados, os benefícios do exercício físico estão bem descritos e comprovados, mas pouco se sabe sobre os efeitos em idosos com DA.⁽¹⁶⁾

No cuidado diário é comum a percepção de que nos dias em que os idosos com DA praticam algum exercício físico o seu comportamento se torna melhor, indicando que o exercício pode trazer benefícios imediatos e não apenas a longo prazo. Estabelecer essa correlação entre o exercício físico e o comportamento do idoso com DA pode contribuir para um melhor planejamento das atividades oferecidas pela ILPI, para melhora da convivência e segurança dos idosos. Assim este estudo tem por objetivo comparar o impacto do exercício físico no comportamento de idosas com Alzheimer em uma ILPI.

MÉTODOS

Trata-se de um ensaio clínico não randomizado, desenvolvido em uma ILPI de São Paulo, capital.

Foram selecionadas idosas com diagnóstico médico de DA, praticantes de exercícios físicos regulares, cujos familiares permitiram a participação, mediante a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Quanto aos critérios de exclusão, foram excluídas idosas com quaisquer limitações para prática de atividade física, que não estavam no período de coleta de dados ou recusa por parte dos familiares assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para a coleta de dados foram criados e aplicados dois *checklists* estruturados: um composto por 16 itens, para estabelecer o perfil individual de cada moradora (nome,

data de nascimento, idade, sexo, estado civil, religião, número de filhos, número e frequência de visitas, medicações, diagnóstico médico, estadiamento da doença e comorbidades associadas); e outro com 9 itens, que permitiram a análise de comportamentos característicos da pessoa com DA (agressividade dirigida aos membros da equipe, agressividade dirigida as demais residentes, alucinações, perambulação, apatia, irritabilidade, recusa aos cuidados oferecidos, insônia e tentativa de fuga). Ambos foram aplicados por uma enfermeira da instituição treinada, que realizou o registro diário, por quatro semanas, a partir da observação e registro das alterações de comportamento apresentadas pelas participantes do estudo nos períodos com exercício físico (após a realização da prática) e sem exercício físico.

O programa de exercícios foi elaborado e acompanhado por uma professora de educação física da ILPI, especialista em gerontologia, que manteve o cronograma mensal da própria instituição realizado três vezes por semana, com duração de 60 minutos diários, com atividades direcionadas às principais capacidades de aptidão física (equilíbrio, força muscular, capacidade cardiorrespiratória, agilidade, flexibilidade e coordenação motora), realizadas às segundas, quartas e sextas-feiras; e estimulação cognitiva (atividade de raciocínio, memória e comandos auditivos) e recreativa (descontração e socialização), às terças e quintas-feiras. Para a execução das atividades, previamente eram realizados períodos de alongamento geral e aquecimento e os treinos eram realizados com materiais adaptados, tais como: cordas, elásticos, bolas, bexigas plásticas, bóias espaguete, mini bolinhas e garrafas pet.

Todos os dados foram coletados diariamente por quatro semanas, mediante o preenchimento dos instrumentos avaliativos, por uma enfermeira da instituição, após orientação e treinamento com os instrumentos utilizados. Vale ressaltar que não foram utilizados os dados obtidos nas terças e quintas-feiras, por se tratarem de atividades cognitivas e recreativas. Desta forma, foi possível obter informações dos dias em que houveram ou não a realização de exercícios físicos. Essas informações permitiram estabelecer a comparação pretendida na pesquisa.

Os dados coletados foram submetidos a tratamento de análise estatística no programa *GraphPad Prism*®. O teste *t* de *Student*, ANOVA unidirecional ou bidirecional, foram aplicados conforme apropriado e as diferenças foram consideradas estatisticamente significativas para $p < 0,05$.

Foram atendidos todos os princípios ético-legais em pesquisas envolvendo seres humanos. Parecer Comitê de Ética e Pesquisa (CAEE:25193819.1.0000.0064) e autorização institucional para início das coletas de dados.

RESULTADOS

Participaram deste estudo nove idosas com idade igual ou acima de 80 anos, cujo tempo de institucionalização entre elas variou de meses à anos: 11,11% estavam na ILPI a menos de 1 ano; 11,11% entre 1 a 2 anos; 33,33% entre 2 a 3 anos; 33,33% entre 3 a 4 anos; e 11,11% entre 4 a 5 anos. Quanto à composição familiar, verificou-se que 88,89% das idosas institucionalizadas não possuem companheiro, sendo que 77,78% destas eram viúvas e 11,11% solteiras, e outras 11,11% casadas. Na busca por doenças crônicas, observou-se que 77,78% de idosas apresentam doenças crônicas como hipertensão arterial sistêmica e Diabetes Mellitus; enquanto 22,22% não apresentam outras comorbidades. Quanto ao uso de medicamentos, 100% das idosas institucionalizadas realizavam algum tratamento medicamentoso. Quanto ao grau de dependência, 88,89% das idosas apresentaram grau de dependência moderado e 11,11% foram classificadas como muito dependentes. Todas as idosas presentes nesse estudo apresentavam diagnóstico provável para DA além de atenderem aos critérios sugestivos de DA, propostos pelo *National Institute of Neurologic and Communicative Disorders and Stroke Association (NINCDS-ADRDA)*, sendo que 22,22% apresentaram de 4-6 critérios e 77,78% apresentaram de 7-9 critérios para doença (Tabela 1).

Tabela 1. Caracterização dos participantes do estudo (n=9)

Variáveis		n(%)
Gênero	Feminino	9(100,00)
Faixa Etária	80-90	5(55,56)
	>90	4(44,44)
	Solteira	1(11,11)
Estado Civil	Casada	1(11,11)
	Viúva	7(77,78)
Filhos	Sim	8(88,89)
	Não	1(11,11)
Tempo de Institucionalização	0 a 1 ano	1(11,11)
	1 a 2 anos	1(11,11)
	2 a 3 anos	3(33,33)
	3 a 4 anos	3(33,33)
	4 a 5 anos	1(11,11)
Doenças Crônicas	Sim	7(77,78)
	Não	2(22,22)
Uso de medicamentos	Sim	9(100,00)
	Não	-(-)
Escala de Katz	Independente	-(-)
	Semi-Dependente	8(88,89)
	Dependente	1(11,11)
Critérios Prováveis para Doença de Alzheimer	1-3	-(-)
	4-6	2(22,22)
	7-9	7(77,78)
Diagnóstico Provável da Doença de Alzheimer	Sim	9(100,00)
	Não	-(-)

Quando analisado as alterações comportamentais apresentadas individualmente por cada moradora, ao longo das quatro semanas do estudo, as comparações médias entre os períodos com e sem exercício físico, indicaram que 44,44% (n=4) das moradoras apresentaram diminuição das alterações comportamentais, para os períodos com exercício físico ($p < 0,05$). Para melhor compreensão sobre a modulação das alterações comportamentais, foi traçado o perfil medicamentoso utilizado pelas moradoras, a fim de identificar os medicamentos com características para modulação comportamental. Após análise, observa-se que nove dentre os medicamentos consumidos possuem tais características, sendo que 55,56% das moradoras faziam uso Quetiapina, 22,22% Depakote e/ou Exelon Patch, 11,11% de Donaren, Donepezila, Donila

Duo, Escitalopran, Exodus e/ou Sertralina. Na figura 1, são indicados os valores médios semanais para as alterações comportamentais apresentadas pelas moradoras, nota-se na 1ª semana a média de alterações comportamentais foi de $0,85 \pm 0,54$ e $2,17 \pm 1,00$ por moradora; na 2ª semana de $0,48 \pm 0,54$ e $1,44 \pm 0,62$; na 3ª semana de $1,37 \pm 0,63$ e $1,39 \pm 0,77$; e na 4ª semana de $0,33 \pm 0,30$ e $1,38 \pm 0,59$; para os períodos com e sem exercício físico, respectivamente. Para as comparações entre os períodos com e sem exercício físico, foram observadas diferenças estatisticamente significantes apenas para as 1ª, 2ª e 4ª semanas, ($p < 0,05$). Quando comparadas as médias de alterações comportamentais da amostra total, nos dois períodos, observa-se média de $0,76 \pm 0,38$ e $1,60 \pm 0,70$ para os períodos com e sem exercício físico, respectivamente, indicando diferença significativa ($p < 0,05$).

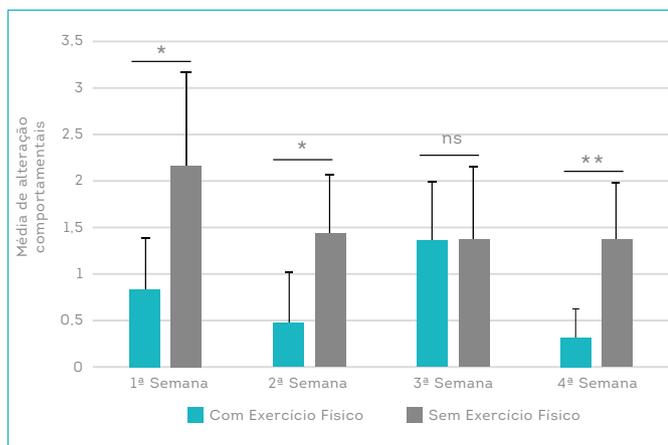


Figura 1. Comparação do perfil médio de alterações comportamentais com e sem exercícios físicos, por 4 semanas consecutivas (Teste T de Student não pareado). * Indica $p < 0,05$ vs com exercício, ** Indica $p < 0,01$ vs com exercício, (ns) Indica diferença não significativa vs com exercício (n=9)

Ao verificar a prevalência das alterações comportamentais manifestadas pela amostra total, em relação ao período com exercício físico, nota-se que a alteração significativamente mais predominante entre as moradoras foi a perambulação com a média de $2,92 \pm 1,42$ (Figura 2).

Quanto ao período sem exercício físico, observou-se que as alterações comportamentais significativamente mais prevalentes foram $4,75 \pm 1,00$ para perambulação, $3,13 \pm 0,44$ para irritabilidade e $2,63 \pm 0,38$ para tentativa de fuga (Figura 3).

Na figura 4, quando comparadas as médias de alterações comportamentais entre os períodos com e sem exercício físico, observou-se que comportamentos como "agressividade direcionada a equipe", "irritabilidade" e "outras alterações" apresentaram Δ de variação de 0,80; 2,04; e 1,21; respectivamente ($p < 0,05$).

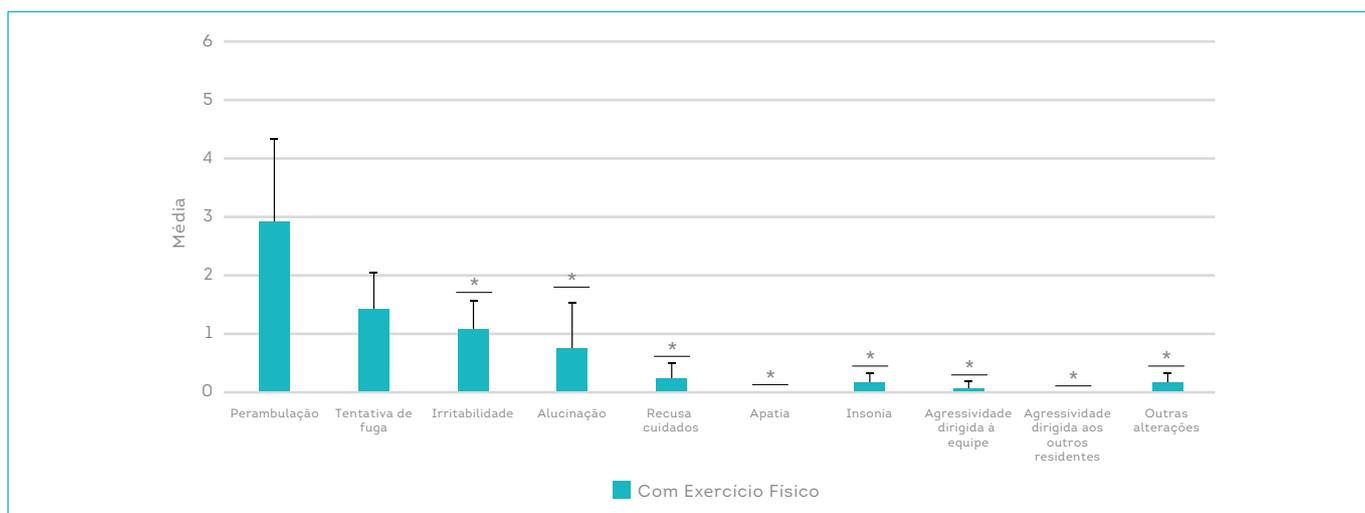


Figura 2. Comparação das alterações comportamentais mais predominantes no período com exercício físico, por 4 semanas consecutivas (One-Way ANOVA ordinário, não paramétrico para amostras não-pareadas). * Indica $p < 0,05$ vs perambulação (n=9)

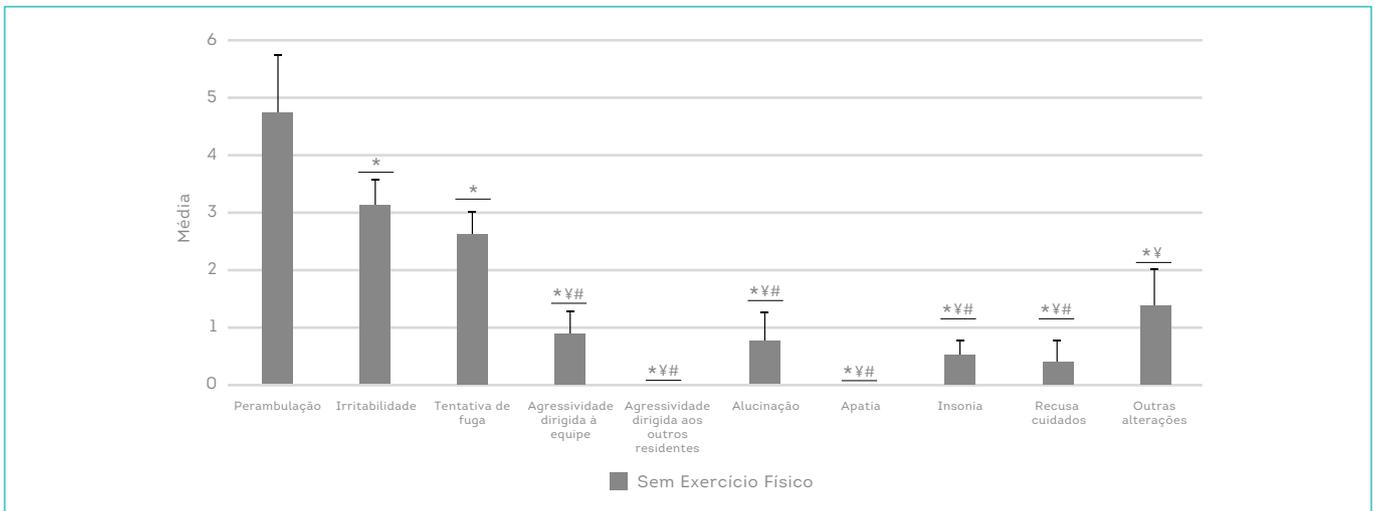


Figura 3. Comparação das alterações comportamentais mais predominantes no período sem exercício físico, por 4 semanas consecutivas (*One-Way ANOVA ordinário, não paramétrico para amostras não-pareadas*). *Indica $p < 0,05$ vs perambulação, ¥ Indica $p < 0,05$ vs irritabilidade, # Indica $p < 0,05$ vs tentativa de fuga (n= 9)

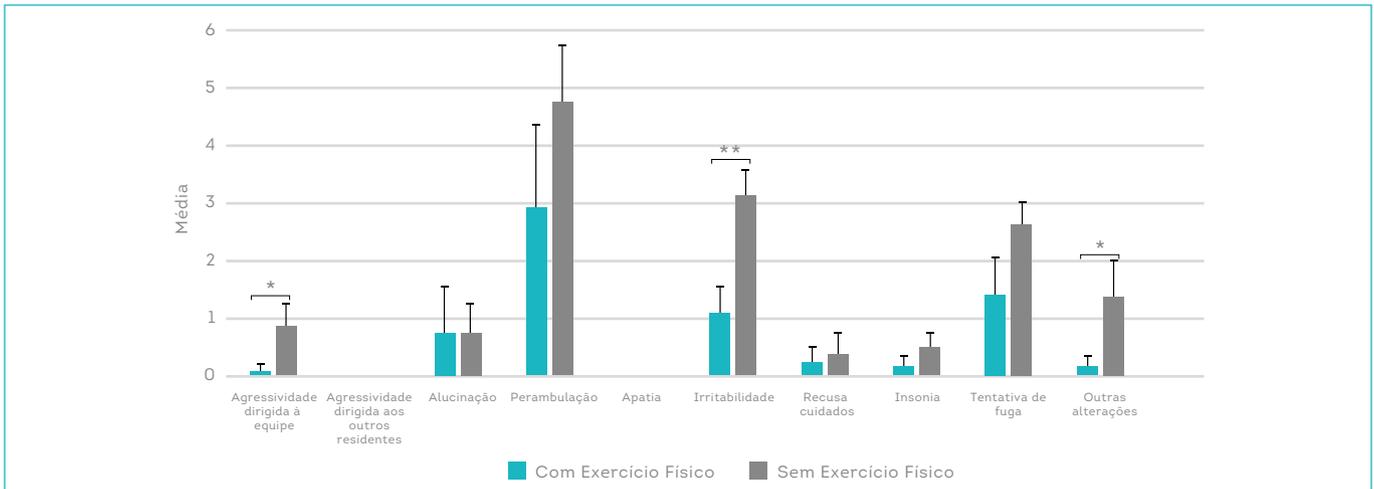


Figura 4. Comparação das alterações comportamentais mais predominantes com e sem exercícios físicos, por 4 semanas consecutivas (*Teste T de Student pareado*); * Indica $p < 0,05$ vs com exercício; ** Indica $p < 0,01$ (n= 9)

DISCUSSÃO

A abordagem clínica para o diagnóstico de DA é a existência de declínio em habilidades intelectuais como a memória, linguagem, percepção e atividades motoras. Só é possível obter o diagnóstico definitivo da DA através de autópsia e/ou biópsia do tecido cerebral. Deste modo, para realizá-lo, faz-se a exclusão de outras patologias, as quais podem ser confundidas com o Alzheimer. Sendo assim, o diagnóstico demência e da DA passou a ter como base o acompanhamento de alterações do comportamento e personalidade, que acarretam prejuízo nas atividades de vida diária (AVD),⁽¹⁷⁾ através do exame físico neurológico cuidadoso, acompanhado da investigação do estado mental, para identificar os déficits de memória, linguagem e visuoespaciais, bem como da capacidade cognitiva e aplicação de instrumentos

como o Mini Exame do Estado Mental (MEEM) e/ou critérios prováveis para doença de Alzheimer, segundo o NINCDS-ADRDA.⁽¹⁸⁾ O presente estudo revelou que a maioria das idosas institucionalizada atende aos critérios relacionados à doença de Alzheimer; da população total da instituição, 58% apresentam sintomas sugestivos da doença.

Segundo a Associação Americana de Alzheimer (*Alzheimer's Association*) a doença de Alzheimer afeta mais as mulheres do que os homens, como observado no presente estudo. Este predomínio feminino é explicado pela maior expectativa de vida entre mulheres, quando comparadas aos seus pares masculinos, além da alta prevalência feminina populacional e alterações hormonais comuns ao longo das diferentes fases de vida (puberdade e menopausa). Logo, essas possuem maior probabilidade de desenvolvimento de

doenças e incapacidades.⁽¹⁹⁾ Este fato ainda explica o percentual aumentado da população feminina nas ILPI.⁽²⁰⁾ Estudos apontam que há um aumento da institucionalização em idosos acima de 80 anos.⁽²¹⁾ Porém, evidências científicas descrevem que a idade avançada não é o único fator associado ao processo de institucionalização. Fatores como os comprometimentos que tendem a surgir com o avanço da idade e a consequente, dependência, física e/ou mental, são apontados como os primordiais.⁽²²⁾

Segundo Sadik et al, cada moradora apresenta um padrão de comportamento diferente, com ampla variação, que se alterna da passividade à agressividade,⁽²³⁾ o que pode ser explicado pelo uso de medicamentos com capacidade de modular algumas alterações de comportamento e/ou estágio da doença, uma vez que cada estágio é marcado por uma evolução clínica (leve, moderado e grave), como observado no presente estudo em que o perfil medicamentoso das moradoras avaliadas, parece influenciar nas alterações comportamentais apresentadas, uma vez que grande parte dos medicamentos identificados pertencem ao grupo de fármacos com característica de modular os comportamentos característicos da DA. Para a psicofarmacologia, área da psiquiatria que trata da relação entre o uso de fármacos e as alterações psíquicas, seja de humor, cognição, comportamento e personalidade, as substâncias presentes em muitas dessas medicações tem como característica afetarem os processos mentais, alterarem a percepção, emoções e comportamentos, de maneira a tornar possível a modulação de diversos transtornos mentais.⁽²⁴⁾

Entretanto, o uso de psicofarmacos pode trazer alguns prejuízos cognitivos. O uso de antipsicóticos típicos estão associados a uma deterioração funcional e cognitiva mais rápida.^(25,26) Já no caso dos antipsicóticos atípicos, como a quetiapina, medicamento observado com maior prevalência entre as moradoras, estão associados à menor prevalência de sintomas extrapiramidais. Após os antipsicóticos, os benzodiazepínicos (medicamentos hipnóticos e ansiolíticos, que têm a capacidade de deprimir o Sistema Nervoso Central, e por consequência, diminuem as agitações) constituem os medicamentos mais utilizados no controle dos Sintomas Comportamentais e Psicológicos das Demências (SPCD). Os SPCD que melhor respondem aos benzodiazepínicos são: ansiedade; irritabilidade e insônia. Os efeitos colaterais são comuns e incluem sonolência excessiva, ataxia, amnésia e confusão.⁽²⁷⁾

Quando comparados os períodos com e sem exercício físico, as moradoras deste estudo apresentaram diferença significativa nas médias de alterações comportamentais individuais, dados estes similares aos dos estudos de Heyn

et al e Arcoverde et al, após o acompanhamento semanal de idosas, com a prática de exercícios físicos. Juntos, estes dados indicam que as práticas de exercícios físicos estão associadas a uma atenuação do declínio cognitivo.

Evidências científicas^(28,29) demonstram que, incluir a prática regular e frequente de exercícios físicos, três vezes por semana, é uma alternativa não farmacológica que tem proporcionado benefícios e uma melhora significativa nas funções cognitivas globais, manutenção das funções cognitivas, além de benefícios psicológicos e sociais^(15,19) em indivíduos com declínio cognitivo leve ou com demência, como observado pelo presente estudo, em que a prática das principais capacidades de aptidão física (força, flexibilidade, equilíbrio, coordenação e resistência cardiorrespiratória), novamente se mostrou benéfica durante a avaliação mensal das moradoras. Estes dados reforçam a ideia de que a estimulação constante de idosos com DA são estratégias não-farmacológica relevantes na melhora de sua qualidade de vida.⁽¹⁴⁾ Outros estudos demonstram que pacientes com DA apresentaram melhora em relação ao estado cognitivo geral, mobilidade e AVD, o que evidencia o papel positivo que o exercício físico apresenta sobre o estado cognitivo e funcional de pacientes com DA.⁽³⁰⁾

Para Marins as alterações de comportamento apresentam variações e podem ser classificadas por domínios e especificações: alterações de percepção (delírios, alucinações e ilusões); alterações de humor (depressão, apatia, choro e mudança súbita de humor); alterações do apetite (diminuição ou aumento do apetite); alterações do sono e ritmo diurno (diminuição ou aumento do sono e alternância do período de sono); agitação (agressão verbal ou física, deambulação/perambulação, irritabilidade, teimosia, inquietação, confusão e agitação ao final da tarde e ao anoitecer); alterações de personalidade (inadequação social, isolamento social e tentativa de fuga).⁽³¹⁾

Dentre as alterações comportamentais supracitadas, as mais prevalentes observada pelo presente estudo, durante o período de exercício físico foram a perambulação e tentativa de fuga, se enquadram nos domínios de agitação e alteração de personalidade, respectivamente. Já no período sem exercício físico, o número de alterações apresentadas foi maior, sendo elas: perambulação, irritabilidade (domínio agitação), tentativa de fuga (alteração de personalidade) e outras alterações. Vale ressaltar, que uma limitação deste estudo foi não listar no instrumento de coleta de dados, quais seriam as "outras alterações" indicadas.

Com a aplicação do presente estudo foi possível identificar que embora a perambulação seja a alteração mais prevalente entre as moradoras, não foi observada diferença

estatisticamente significativa entre os períodos com e sem exercício, como foi observado para as alterações comportamentais como: agressividade, irritabilidade e outras alterações. Resultados estes que corroboram com Bertolucci e Okamoto, que descrevem que essas alterações (perambulação, irritabilidade e agressividade) são alterações predominantes da fase moderada da doença de Alzheimer.⁽³²⁾ Segundo TAMAI S., a terminologia SPCD refere-se ao conjunto de sintomas e sinais relacionados aos domínios de alterações comportamentais que ocorrem frequentemente em pacientes com síndromes demenciais, sendo a agressividade e perambulação as mais comumente relatadas como observado no presente estudo.⁽²⁷⁾

Acredita-se que esta pesquisa colabore com a validação da ação benéfica proporcionada pela inserção regular da atividade física no âmbito de ILPI, de maneira a promover benefícios diretos à idosos institucionalizados com a DA; além de trazer subsídios para que profissionais de enfermagem possam auxiliar e orientar o direcionamento da implementação desse tipo de atividade nas ILPI.

Algumas limitações importantes podem ser consideradas: a aplicação contínua e ininterrupta do instrumento de coleta de dados por terceiros; amostra limitada quanto ao número de idosos com DA e/ou de ILPI.

CONCLUSÃO

Os dados obtidos neste estudo permitem inferir que, a inclusão de exercícios físicos de maneira regular, em uma Instituição de longa permanência para idosos, é capaz de reduzir alterações comportamentais à curto prazo em idosos com DA institucionalizadas e contribuir para um melhor planejamento das atividades oferecidas pela instituição, além de promover uma influência positiva na condição cognitiva e funcional de pacientes com a Doença de Alzheimer.

Agradecimentos

À Cogitare Sênior Residencial por permitirem o acesso à instituição e avaliação das atividades físicas, assim como aos funcionários e colaboradores que contribuíram para a realização dessa pesquisa.

Contribuições

Concepção e desenho do estudo: Azevedo PF; Coleta, análise e interpretação dos dados: Azevedo PF, Costa TBL, Marquezi ML, Aparecido JML; Redação e/ou revisão crítica do manuscrito: Costa TBL, Marquezi ML, Aparecido JML; Aprovação da versão final a ser publicada: Azevedo PF, Costa TBL, Marquezi ML, Aparecido JML.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico. Brasília (DF): IBGE; 2010 [citado 2019 Ago 10]. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/93/cd_2010_caracteristicas_populacao_domicilios.pdf
2. Carvalho JA, Garcia RA. The aging process in the Brazilian population: a demographic approach. *Cad. Saúde Pública*. 2003;19(3):725-33.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006 [citado 2019 Ago 10]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_saude_pessoa_idosa.pdf
4. Marra TA, Pereira LS, Faria CD, Pereira DS, Martins MA, Tirado MG. Avaliação das atividades de vida diária de idosos com diferentes níveis de demência. *Rev Bras Fisioter*. 2007;11(4):267-73.
5. Moreira AC, Magalhães Júnior JW, Teixeira IX, Sousa VL, Goyanna NF, Oliveira EM, et al. Desempenho funcional de idosos com transtornos mentais. *Enferm Foco*. 2020;11(5):136-43.
6. Caldas CP. O idoso em processo de demência: o impacto na família. *Antropologia, saúde e envelhecimento*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2002.
7. Camarano AA, Kanso S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. *R Bras Est Pop*. 2010;27(1):233-5.
8. Cornélio GF, Godoy I. Perfil das instituições de longa permanência para idosos em uma cidade no estado de São Paulo. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2013;16(3):559-68.
9. Sereniki A, Vital MA. A doença de Alzheimer: aspectos fisiopatológicos e farmacológicos. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*. 2008;30(1 Supl):1-17.
10. Ferreira OG, Maciel SC, Costa SC, Silva AO, Moreira MA. Envelhecimento Ativo e Sua Relação Com a Independência Funcional. *Texto Contexto Enferm*. 2012;21(3):513-8.
11. Ferreira LL, Cochito TC, Caires F, Marcondes LP, Saad PC. Capacidade funcional de idosos institucionalizados com e sem doença de Alzheimer. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2014;17(3):567-73.
12. Arakaki BK, Tsubaki JN, Caramelli P, Nitrini R, Novelli MM. Análise do desgaste e da sobrecarga de cuidadores/familiares de idosos com doença de Alzheimer causado pelos sintomas psicológicos e comportamentais. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo*. 2012;23(2):113-21.
13. Inouye K, Pedrazzani ES, Pavarini SC. Influência da doença de Alzheimer na percepção de qualidade de vida do idoso. Extraído da dissertação "Educação, qualidade de vida e Doença de Alzheimer: visões de idosos e seus familiares". *Rev Esc Enferm USP*. 2010;44(4):1093-9.
14. Carvalho PD, Magalhães CM, Pedroso JS. Tratamentos não farmacológicos que melhoram a qualidade de vida de idosos com doença de Alzheimer: Uma revisão sistemática. *J Bras Psiquiatr*. 2016;65(4):334-9.
15. Coelho FG, Galduroz RF, Gobbi S, Stella F. Atividade física sistematizada e desempenho cognitivo em idosos com demência de Alzheimer: uma revisão sistemática. *Rev Bras Psiquiatr*. 2009;31(2):163-70.
16. Maciel MG. Atividade física e funcionalidade do idoso. *Motriz Rev Educ Fis*. 2010;16(4):1024-32.

17. Marques Neto AC, Bandeira FJ, Vale JM, Brito SC. Competências do enfermeiro no rastreio precoce de demência em idosos na atenção primária à saúde. *Enferm Foco*. 2019;10(5):137-42.
18. Jack Júnior CR, Knopman DS, McKhann GM, Sperling RA, Carrillo MC, Thies B, et al. Introduction to the recommendations from National Institute on Aging and the Alzheimer's Association workgroup on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement*. 2011;7(3):257-62.
19. Parahyba MI, Veras R, Melzer D. Incapacidade Funcional Entre as Mulheres Idosas no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2005;39(3):383-91.
20. Alencar MA, Bruck NN, Pereira BC, Câmara TM, Almeida RD. Profile of elderly living in a long-term care institution. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2012;15(4):785-96.
21. Lini EV, Portella MR, Doring M. Fatores associados à institucionalização de idosos: estudo caso-controle. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2016;19(6):1004-14.
22. Del Duca GF, Silva SG, Thumé E, Santos IS, Hallal PC. Indicadores da institucionalização de idosos: estudo de casos e controles. *Rev Saúde Pública*. 2012;46(1):147-53.
23. Sadik K, Wilcock G. The Increasing Burden of Alzheimer Disease. *Alzheimer Dis Assoc Disord*. 2003;17(Suppl 3):75-9.
24. Nascimento JL, Bastos GN. Psychotropic drugs to improvement of cognitive functions. *Rev Neurocién Psicol*. 2011;2(3):18-26.
25. Stern Y, Sano M, Hauser WA. Predictors of disease course in patients with probable Alzheimer's disease. *Neurology*. 1987;37(10):1649-53.
26. Mcshane R, Keene J, Fairburn C, Jacoby R, Hope T. Issues in drug treatment for Alzheimer's disease. *Lancet*. 1997;350(9081):886-7.
27. Tamai S. Treatment of behavioral disorders in dementia patients. *Rev Bras Psiquiatr* 2002;24(Supl I):15-21.
28. Heyn P, Abreu BC, Ottenbacher KJ. The effects of exercise training on elderly persons with cognitive impairment and dementia: a metaanalysis. *Arch Phys Med Rehabil*. 2004;85(10):1694-704.
29. Arcoverde C, Deslandes A, Rangel A, Rangel A, Pavão R, Nigri F, et al. Role of physical activity on the maintenance of cognition and activities of daily living in elderly with Alzheimer's disease. *Arq Neuropsiquiatr*. 2008;66(2B):323-7.
30. Arcoverde C, Deslandes A, Moraes H, Almeida C, Araújo NB, Vasques PE, et al. Treadmill training as an augmentation treatment for Alzheimer's disease: A pilot randomized controlled study. *Arq Neuropsiquiatr*. 2014;72(3):190-6.
31. Miranda FA, Silva J. Alterações de comportamento do idoso com doença de alzheimer e o cuidador informal: contribuições para a enfermagem gerontológica. *R Pesq Cuid Fundam online*. 2010;2(Ed Supl):186-9.
32. Bertolucci PH, Okamoto IH. Manual de consulta: doença de alzheimer e outras demências. São Paulo: Lemos Editorial; 2003.

FATORES INTERVENIENTES NO CUIDADO DE IDOSOS DOMICILIADOS: ANÁLISES DE ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

INTERVENING FACTORS IN THE CARE OF ELDERLY DOMICILED: ANALYSES OF PRIMARY HEALTH CARE NURSES

FACTORES INTERVINIENTES EN EL CUIDADO DE ANCIANOS EN DOMICILIO: ANÁLISIS DE ENFERMEROS DE ATENCIÓN PRIMARIA

Natália Carvalho Barbosa de Sousa¹

Leandro Pereira Lopes²

Raphael Florindo Amorim¹

Jackeline da Costa Maciel¹

Paulo Sérgio da Silva¹

(<http://orcid.org/0000-0001-8238-2409>)

(<http://orcid.org/0000-0003-1023-3919>)

(<http://orcid.org/0000-0002-7491-4257>)

(<http://orcid.org/0000-0002-1147-6018>)

(<http://orcid.org/0000-0003-2746-2531>)

Descritores

Atenção Primária à Saúde;
Enfermagem em saúde pública;
Saúde do idoso; Enfermagem domiciliar; Cuidados de enfermagem

Descriptors

Primary Health Care; Public health nursing; Health of the elderly; Home health nursing; Nursing care

Descriptores

Atención Primaria de Salud;
Enfermería en salud pública;
Salud del anciano; Cuidados de Enfermería en el hogar; Atención de enfermería

Submetido

21 de Abril de 2021

Aceito

13 de Junho de 2021

Conflitos de interesse:

nada a declarar.

Autor correspondente

Natália Carvalho Barbosa de Sousa
E-mail: nataliacarvalho.
profissional@gmail.com

RESUMO

Objetivo: Analisar os fatores que interferem no cuidado produzido por enfermeiros da atenção primária à saúde aos idosos domiciliados.

Métodos: Estudo qualitativo realizado com onze enfermeiros de unidades básicas de saúde do município de Boa Vista, Roraima. A estratégia adotada para coleta dos dados foi uma entrevista semiestruturada via plataforma digital. Os achados foram analisados segundo Bardin.

Resultados: As unidades de registros foram decodificadas em quatro dimensões: criação de vínculo do enfermeiro com idosos domiciliados, implicação e distanciamento familiar na prestação dos cuidados ofertados pelos enfermeiros ao idoso no domicílio e idosos que moram sozinhos no lar.

Conclusão: Os fatores intervenientes envolvidos nos cuidados dos enfermeiros aos idosos domiciliados foram: vínculo, mediado por relações de confiança, aproximação, trocas de experiências, atuação, colaboração, atenção, adesão, não compreensão das orientações em saúde, negação dos cuidados ofertados, distanciamento, falta de apoio dos familiares, e, idosos que moram sozinhos.

ABSTRACT

Objective: Analyze the factors that interfere with the quality of care given by primary healthcare nurses to the elderly domiciled.

Methods: Qualitative study conducted with eleven nurses from basic health units in the municipality of Boa Vista, Roraima. The strategy adopted for data collect was through a semi-structured interview via the digital platform. Bardin's content analysis technique was applied to the findings.

Results: The data records units were interpreted into four areas: bonding between the nurses and patients; family involvement and distance in the provision of care offered by nurses; and elderly people who live alone in the home.

Conclusion: The intervening factors involved in the nurses' care for the elderly domiciled were: bonding; mediated by relationships of trust, closeness and exchange of experiences; performance, collaboration, attention, adherence, not understanding health guidelines, denial of care offered, distance, lack of support from family members, and elderly people who live alone.

RESUMEN

Objetivo: Analizar los factores que interfieren en los cuidados prestados por los enfermeros de atención primaria a los ancianos en su domicilio.

Métodos: Estudio cualitativo realizado con once enfermeros de unidades básicas de salud del municipio de Boa Vista, Roraima. La estrategia adoptada para la recogida de datos fue una entrevista semiestructurada a través de la plataforma digital. Los resultados se analizaron según Bardin.

Resultados: Las unidades de registros se descodificaron en cuatro dimensiones: creación de un vínculo del enfermero con los ancianos en el domicilio, implicación de la familia y distanciamento en la prestación de cuidados ofrecidos por los enfermeros a los ancianos en domicilio, y ancianos que viven solos en domicilio.

Conclusión: Los factores que intervienen en los cuidados de los enfermos domiciliarios son: el vínculo mediado por las relaciones de confianza, la aproximación y los cambios de experiencia, actuación, colaboración, atención, adherencia, no comprensión de las pautas sanitarias, negación de los cuidados ofrecidos, distanciamento, falta de apoyo de los familiares y ancianos que viven solos.

¹Universidade Federal de Roraima, Boa Vista, RR, Brasil.

²Centro Universitário Estácio da Amazônia, RR, Brasil.

Como citar:

Sousa NC, Lopes LP, Amorim RF, Maciel JC, Silva OS. Fatores intervenientes no cuidado de idosos domiciliados: análises de enfermeiros da Atenção Primária à Saúde. *Enferm Foco*. 2021;12(6):1159-65.

DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n6.4819>

INTRODUÇÃO

Dentro do sistema de saúde brasileiro, a Atenção Primária à Saúde (APS) possui grande relevância, tendo em vista que este nível de atenção representa cuidados essenciais baseados em tecnologias fundamentadas cientificamente e socialmente. Os cuidados de saúde primários possuem ações de saúde voltadas para o campo individual e coletivo, que abrangem a promoção e proteção da saúde, diagnóstico, tratamento, reabilitação e redução de danos, sendo parte integrante do sistema de saúde do país.⁽¹⁾

Dentre os profissionais que integram a equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) na APS está o enfermeiro desempenhando atividades gerenciais, clínico-assistenciais e educativas conforme à realidade social, econômica, cultural e ambiental de cada família e comunidade.^(2,3) Tais atribuições estão dispostas na Portaria Ministerial nº 2.436 de 2017 que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em consonância com a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem (Lei nº 7.498 de 86).⁽³⁾

Uma das funções primordiais do enfermeiro da APS é a prestação do cuidado no domicílio, que vem sendo considerado importante para a melhoria da qualidade de vida, sobretudo dos idosos que apresentam maiores dificuldades no autocuidado.⁽⁴⁾ Isso acontece porque o processo de envelhecimento manifesta mudanças gradativas na vida da pessoa idosa das quais são reflexos dos anos vividos e acabam por repercutir na estrutura física e psicológica do idoso, delimitando, assim, algumas funções.⁽⁵⁾

Nesse contexto, a atuação do enfermeiro na APS tem intuito de fornecer aos idosos e sua rede de apoio social, incluindo familiares e cuidadores (quando existentes), atenção integral e humanizada com orientação, vigilância e apoio doméstico, com relação às culturas locais, à diversidade e ao envelhecimento.^(1,6)

Sabe-se que o envelhecimento populacional é um fenômeno cada vez mais expansivo no mundo e vem crescendo consideravelmente em países em desenvolvimento como o Brasil. Com isso, muitas políticas públicas voltadas para a pessoa idosa surgiram para contribuir com essa ideia de visão integral do ser, com o objetivo de ofertar uma melhor qualidade de vida para este grupo social, garantindo o acesso à saúde, incentivando sua autonomia e independência, e protegendo-o de negligências e violências.^(5,7)

Por mais que diante desse âmbito tenham ocorrido melhorias, o enfermeiro encontra diferentes implicações na prestação dos cuidados ao idoso domiciliado que podem impactar diretamente a saúde e a qualidade de vida, especialmente para aqueles dependentes de cuidados, nos quais estes desafios enfrentados são diversos e complexos,

exigindo uma articulação interprofissional e intersetorial eficaz para a ampliação da resolubilidade.⁽⁸⁾

Com base nas dimensões contextuais postas, os conhecimentos presentes neste estudo são conduzidos pelo seguinte objetivo: analisar os fatores que interferem no cuidado produzido por enfermeiros da atenção primária a saúde aos idosos domiciliados.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, de natureza iminente qualitativa,^(9,10) realizado em Boa Vista, capital do estado de Roraima, localizada na Amazônia Legal.

O local escolhido para realização do estudo foi a Rede de Atenção Primária em Saúde (RAPS) do município de Boa Vista-RR. A RAPS, neste município, divide-se em 08 macro áreas e contam com 34 Unidades Básicas de Saúde (UBS) em pleno funcionamento, onde seus serviços são realizados em período diurno, sendo que quatro delas possuem horário estendido até meia-noite.

O grupo social envolvido nesta pesquisa foi composto por 11 enfermeiros, atuantes na ESF do município de Boa Vista-RR, selecionados por conveniência. A seleção destes participantes obedeceu aos seguintes critérios de inclusão: enfermeiros atuantes na APS há pelo menos seis meses e com experiência em cuidado à pessoa idosa. Quanto aos critérios de exclusão, foram excluídos do estudo os enfermeiros que nunca atuaram no cuidado à pessoa idosa no espaço domiciliar e enfermeiros afastados das atividades laborais por motivo de saúde incapacitante no ato da produção dos dados.

Todos os procedimentos de coleta de dados foram realizados de forma remota devido ao cenário atual de pandemia determinado pela Doença do Coronavírus 2019. Os participantes foram convidados mediante ligações telefônicas e mensagens via aplicativo WhatsApp para participar da pesquisa, informados quanto aos seus objetivos e procedimentos metodológicos de coleta de dados.

Após o aceite, foi agendado uma data e horário conforme a disponibilidade dos enfermeiros convidados. Os participantes foram comunicados sobre a Plataforma Zoom escolhida para realização da coleta dos dados, bem como a necessidade de manter as câmeras desligadas, para acesso único e exclusivo do arquivo de voz.

A coleta de dados foi realizada no período de junho a agosto de 2020 por meio da técnica de entrevista semiestruturada. O roteiro de entrevista semiestruturada foi composto por elementos sociodemográficos e questões sobre os fatores intervenientes presentes no cuidado produzido por enfermeiros da APS junto aos idosos domiciliados. As

entrevistas foram salvas em formato de áudio MP3 para posterior transcrição e análise.

As informações produzidas foram transcritas e analisadas seguindo o referencial analítico de conteúdo disposto em Bardin.⁽¹¹⁾ As unidades de registros advindas do processo analítico foram organizadas em duas categorias intituladas: “Fatores que favorecem a produção de cuidados realizados por enfermeiros da APS ao idoso domiciliado” e “Fatores que limitam a assistência domiciliar do enfermeiro da APS ao idoso”.

A primeira categoria foi composta por duas unidades de decodificação, a saber: “criação de vínculo do enfermeiro da APS com idosos domiciliados” e “implicação familiar na prestação do cuidado ao idoso domiciliado”. No que diz respeito à segunda categoria os dados qualitativos convergiram para duas unidades de decodificação, denominadas: “distanciamento familiar nos cuidados ofertados pelos enfermeiros da APS ao idoso domiciliado” e “idosos que moram sozinhos no lar”.

Para garantir os princípios éticos que norteiam as pesquisas envolvendo seres humanos, antes da coleta dos dados, foi enviado um formulário *online* utilizando a ferramenta Google Forms dividido em duas seções: o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) enfatizando a garantia do anonimato dos participantes mediante a atribuição da palavra identificadora “Enfermeiro” seguida de um número sobrescrito de acordo com a ordem de realização das coletas e secundariamente Termo de Autorização para Gravação de Voz com o objetivo de obter autorização do participante para a utilização do áudio produzido na Plataforma Zoom durante a entrevista.

A pesquisa obedeceu às diretrizes da Resolução nº 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Roraima (UFRR) sob CAAE nº 30063220.7.0000.5302 e aprovado em 28 de maio de 2020.

RESULTADOS

Os resultados referentes à caracterização sociodemográfica dos participantes apontam para uma predominância do sexo feminino, no qual dos 11 participantes do estudo, 09 são mulheres. A idade dos participantes foi de 29 a 65 anos, com predominância para os entrevistados com idade entre 40 a 49 anos, representada por 05 pessoas. No que diz respeito ao tempo de formação, obteve-se resultados entre 08 a 43 anos, com predominância para aqueles que concluíram o curso há mais de 10 anos.

O tempo de atuação dos enfermeiros entrevistados na UBS variou de 02 a 07 anos. Todos os participantes

possuem ao menos uma pós-graduação *lato sensu*, representada pelas seguintes áreas: 05 em Saúde Coletiva, 03 em Alta complexidade, 03 em Enfermagem Obstétrica e 02 em Enfermagem em Emergência.

No que tange os conteúdos que versam sobre a criação de vínculo como fator facilitador para o desenvolvimento de cuidados pelos enfermeiros da APS com idosos domiciliados foram identificados os seguintes depoimentos ilustrativos:

[...] vínculo muito próximo com os nossos idosos, eles têm essa confiança com a gente [...]. (Enfermeiro 1);

[...] os idosos têm acesso a mim [...] isso facilita o estabelecimento de vínculo [...]. (Enfermeiro 3);

[...] ter vínculos com aqueles idosos da nossa área [...]. (Enfermeiro 4);

[...] O enfermeiro da atenção básica [...] tem que criar vínculos com a comunidade [...]. (Enfermeiro 5);

[...] essa facilidade de aproximação [...] torna o vínculo muito grande com os idosos [...]. (Enfermeiro 9).

Na segunda unidade de decodificação foi analisada favoravelmente a implicação da família na realização do cuidado ao idoso domiciliado. Tal achado pode estar presente nos depoimentos ilustrativos dispostos a seguir:

[...] a família pode ser um ponto positivo. Se ela é uma família atuante, se cuida bem [...]. (Enfermeiro 2);

A família, a maioria é bem colaborativa [...]. (Enfermeiro 5);

Tem famílias que realmente toma conta do idoso, tem maior atenção, faz tudo pelo idoso [...]. (Enfermeiro 7);

[...] ter a família fazendo o seu papel de cuidar do idoso [...] tudo fica bem mais fácil [...]. (Enfermeiro 10);

[...] ter a adesão da família. Se a família for parceira, a gente consegue alcançar os objetivos para melhorar as condições de saúde do idoso [...]. (Enfermeiro 11).

Agora, na terceira unidade de decodificação, o distanciamento familiar presente nos cuidados ofertados pelos enfermeiros da APS ao idoso no domicílio emerge como fator que limita a assistência. Estas análises podem ser observadas nos depoimentos ilustrativos a seguir:

[...] um dos grandes desafios é a família estar perto. (Enfermeiro 2);

[...] porque não é todo familiar que se envolve no cuidado ao idoso [...]. (Enfermeiro 4);

[...] tem famílias que você orienta, entra por um lado e sai pelo outro [...] eles não seguem as orientações [...]. (Enfermeiro 7);

[...] a falta de apoio por parte da família [...]. (Enfermeiro 10);

Não tem como realizar esses cuidados com os idosos se a gente não tiver a ajuda da família, com certeza fica mais difícil [...]. (Enfermeiro 11).

Na quarta e última unidade de decodificação, os enfermeiros da APS sinalizam que os idosos que moram sozinhos são fatores que dificultam o desenvolvimento de ações de cuidar. Isso pode ser atestado nos depoimentos representativos postos a seguir:

[...] idosos que não tem ninguém, pessoas que estão sozinhas [...]. (Enfermeiro 1);

[...] a maior dificuldade que nós encontramos com nossos idosos é porque a maioria vive só [...]. (Enfermeiro 5);

[...] a gente chega na casa e eles (idosos) estão sozinhos. Eles não abrem a porta porque estão sós [...]. (Enfermeiro 7);

[...] a maior dificuldade é quando eles (idosos) são dependentes e sozinhos. (Enfermeiro 8);

[...] idosos que moram sozinho ou que mora com a companheira também idosa [...]. (Enfermeiro 10).

DISCUSSÃO

As discussões das unidades de decodificação descritas sobrelevam como fatores intervenientes envolvidos nas ações assistenciais desenvolvidas por enfermeiros da APS junto aos idosos domiciliados a criação de vínculos, a (não) participação da família nos cuidados da pessoa idosa, e, o fato de muitos viverem sozinhos.

Discutir a palavra de ordem 'vínculo' analisados nos discursos dos enfermeiros como facilitadora de práticas de cuidar convida a pensar que o enfermeiro da APS, ao assistir o idoso no domicílio deve oferecer a ele e à sua família uma assistência humanizada, visando à promoção da saúde por meio de orientações, acompanhamento e apoio, além de identificar e avaliar as suas necessidades para potencializar as condições de saúde e, conseqüentemente, reduzir perdas e limitações.⁽¹²⁾

Vínculo compreendido como o compartilhamento de experiências e estabelecimento de relações mediadas por instâncias. No caso da instância instituição de saúde, a aproximação entre idoso e enfermeiro da ESF promove um encontro no domicílio, este "ficar em frente um do outro",

um e outro sendo sujeitos, com suas intenções, interpretações, necessidades, razões e sentimentos, mas em situação de desequilíbrio, de habilidades e expectativas diferentes, em que o idoso busca assistência, em estado físico e emocional fragilizado, junto ao outro, o enfermeiro para atender e cuidar da causa de sua fragilidade. Desse modo cria-se um vínculo, isto é, processo que ata ou liga, gerando uma ligação afetiva e ética entre ambos, numa convivência de ajuda e respeito mútuos.⁽¹³⁾

Nesse sentido, a aproximação do enfermeiro junto à realidade domiciliar da pessoa idosa produz compreensões ampliadas do processo de saúde-doença no cuidado da população, efetivando ações individuais e coletivas específicas, de acordo com as demandas e necessidades identificadas junto à pessoa idosa e sua família.⁽¹⁴⁻¹⁷⁾

Outro aspecto que facilita a produção de cuidado desenvolvido pelo enfermeiro da APS ao idoso em seu lar diz respeito ao envolvimento dos familiares no plano terapêutico. A identificação de familiares atuantes, colaborativos, atenciosos e parceiros favorece o alcance de metas assistenciais integrais e integrada à saúde da pessoa idosa.

Nesse prisma, o envolvimento da família no cuidado ao idoso no contexto da APS, além de necessário, corrobora para criação de espaços de discussão para apreender novas concepções e reordenar as práticas de cuidar.⁽¹⁸⁾ Dessa forma, considera-se fundamental a participação efetiva de familiares junto ao enfermeiro na elaboração do plano de cuidados singulares direcionados ao idoso no domicílio; sobretudo os mais debilitados e dependentes, para que sejam desenvolvidas estratégias e adaptações pertinentes às demandas singulares de cada pessoa.⁽¹⁵⁾

A participação da família é uma maneira de potencializar uma reestruturação do pensamento, substituindo a causalidade linear e unidirecional por uma causalidade em círculo e voltada às multidimensões do ser em processo de envelhecimento, além de auxiliar o enfermeiro durante o processo de cuidado, o que permitirá a convivência de forma mais harmoniosa da pessoa idosa com o seu cuidador familiar no interior do domicílio.⁽¹⁹⁾

Entende-se por cuidador familiar um cuidador informal, que pode ser um membro da família, um amigo, um vizinho ou um membro da comunidade que presta cuidados sem custo e que tem a responsabilidade de auxiliar o idoso em seu domicílio nas atividades das quais ele tenha incapacidade funcional para realizá-las.⁽²⁰⁾ Com essas dimensões cabe destacar que a literatura gerontológica difere o cuidado formal do informal com base na natureza do vínculo entre a pessoa idosa e seu cuidador. O cuidado formal, portanto, é aquele ofertado por profissionais de saúde

capacitados, já o informal é realizado por aqueles que não são profissionais, como por exemplo, pessoas da família, amigos e vizinhos.⁽²¹⁾

Acontece que nessa dimensão informal do cuidado ao idoso não é raro encontrar o distanciamento do familiar nas práticas de cuidar realizadas no domicílio. Quando somadas aos idosos que vivem sozinhos em seus lares, abandonados por seus familiares dão o real contorno do que é apresentado como dificuldades encontradas pelos enfermeiros da ESF para desenvolver planos terapêuticos, acompanhamento e cuidados em geral ao indivíduo idoso em seu lar.

À vista disso, é importante colocar que a atenção e os cuidados à pessoa idosa por parte da família dependem muito das suas características e comportamentos. Geralmente uma família funcional apresenta um suporte eficaz para os idosos, pois apresenta um ambiente de conforto que assegura o bem-estar de seus membros. Já uma família disfuncional dificilmente consegue prover a atenção necessária ao idoso, o que pode agravar a situação de saúde dele, resultando em um cuidado inadequado e difícil.⁽²²⁾

No âmbito domiciliar, o enfermeiro da APS enfrenta vários desafios, e um deles é a família do idoso que tanto pode auxiliar, como interferir no processo de cuidado da enfermagem em virtude dos conflitos familiares. É percebido, ainda, que com a enfermagem atuando no domicílio, os familiares acabam de certa forma, transferindo a responsabilidade do cuidar para a unidade e exigindo mais do profissional.⁽²³⁾

Sabe-se que a enfermagem possui papel fundamental na promoção da assistência às famílias dos idosos, possibilitando prepará-los de acordo com as demandas necessárias para o cuidado no domicílio. Por meio de orientações, suporte e acompanhamento contribui para o desenvolvimento de conhecimento e habilidades, capazes de melhorar a qualidade do cuidado prestado pelos familiares.⁽²⁴⁾

Entretanto, aqui cabe discutir que possa existir neste processo a falta de compreensão pelos familiares para seguir as orientações fornecidas pelo enfermeiro, negação dos planos terapêuticos pensados para a realidade domiciliar, distanciamento, falta de apoio e ajuda dos componentes da família durante as visitas domiciliares.

Outro elemento evidenciado que limita a produção de cuidados domiciliares traz à tona uma problemática do século XXI: os idosos que vivem sozinhos, abandonados em seus lares pelos familiares e/ou convivem estritamente com pessoas mais idosas. É preciso considerar que mesmo não representando a maioria dos arranjos domiciliares

de idosos no Brasil, a realidade atual de idosos que vivem sozinhos deve ser considerada um problema de saúde por aqueles que são responsáveis pelas políticas públicas devendo considerar que, ao longo dos anos, mais e mais idosos deverão viver sozinhos.⁽²⁵⁾

Dentre os motivos que têm levado os idosos brasileiros a residirem sozinhos estão a morte de familiares, a viuvez, separação conjugal, a busca pela independência e a falta de recursos financeiros para sustentar uma família.⁽²⁶⁾ Além disso, são evidenciadas as interações familiares negativas, os maus-tratos e o abandono dos idosos pelos familiares como fatores que também favorecem a vivência do idoso sozinho no lar.⁽²⁷⁾

As discussões aqui postas sinalizam para as dificuldades que os enfermeiros da APS enfrentam para cuidar desta população, uma vez que toda a idealização, implementação e avaliação de um projeto terapêutico singular intradomiciliar possa estar comprometido pelas próprias características do processo de envelhecer que vivido na solidão inviabiliza em maior ou menor grau o (auto) cuidado pela pessoa idosa.

Isso porque as más condições de habitação quando somada ao morar sozinho, ou com outras pessoas não cônjuges, contribuem para o risco e a progressão de incapacidade nos idosos. Além disso, viver só está associado ao aumento nas limitações de Atividades de Vida Diária (AVD) e Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD).⁽²⁸⁾

Os idosos que moram ou permanecem sozinhos dependem de uma série de cuidados que vão se apresentando como necessários ao longo da vida do indivíduo. Nesse sentido, morar sozinho pode ser uma alternativa para os idosos que lutam para manter sua independência e autonomia, evitando a institucionalização.⁽²⁵⁾ Um fenômeno complexo no plano da gestão da clínica e do cuidado realizado especificamente pelo enfermeiro no interior do domicílio, pois é atravessado por inúmeras possibilidades subjetivas que tocam a origem da família, as pessoas, o ambiente, as redes de colaboração comunitária, aspectos econômicos, culturais e invariavelmente as próprias características do ser idoso que entra em contato com a equipe multiprofissional de saúde.

Considera-se como limitação deste estudo a redução do grupo social ocorrida pela inviabilidade de produção de dados na modalidade presencial, justificada pela pandemia da COVID-19, junto aos cenários investigativos. Nesse sentido, é reconhecida a necessidade de ampliação do número de UBS, bem como a consideração de contextos amazônicos, ribeirinhos, semiáridos e rurais. Isso, porque acredita-se que a dinâmica familiar e as conexões sociais

nestes lugares criam paisagens qualitativas que possam permitir novas análises de fatores que interferem na implementação de cuidados ao idoso pelo enfermeiro da APS. Considera-se, ainda, como elemento limitador a sua natureza analítica não estabelecer uma relação entre o cuidado multiprofissional em saúde recebido pelos idosos em associação às suas redes colaborativas de cuidado.

O desenvolvimento deste estudo fornece orientações qualitativas sobre os fatores que interferem diretamente na prática de cuidar de enfermeiros da APS, sobretudo quando encontram com idosos, familiares e cuidadores no domicílio. Os enfermeiros atuantes no extremo Norte do Brasil podem utilizar destes achados para elaboração de estratégias de acesso ao espaço domiciliar do idoso, potencializando assim, a promoção da saúde com base na dinâmica funcional do núcleo familiar do idoso e prevenindo agravos à saúde mediante articulações intersetoriais capazes de dar conta das necessidades dos idosos que residem sozinhos.

CONCLUSÃO

As análises dos fatores que facilitam os enfermeiros a desenvolverem as ações de cuidado à pessoa idosa no domicílio firmou a palavra de ordem vínculo como fundamental. O vínculo estabelecido entre o enfermeiro-idoso-família produziu relações de confiança, aproximação e trocas de experiências sobre cuidados. Outro ponto destacado como favorável para implementação de cuidados no domicílio diz respeito à atuação, colaboração, atenção e a adesão da família na melhoria das condições de saúde do idoso domiciliado. A família foi reconhecida ainda como elemento capaz de dificultar a continuidade dos cuidados prestados pelo enfermeiro da APS junto ao idoso domiciliado. Isso ocorre devido os familiares não compreenderem as orientações em saúde, negarem os cuidados ofertados, manterem-se

distantes e faltar com apoio durante as visitas domiciliares. Em continuidade, outro fator limitador para o desenvolvimento de ações de cuidar analisado nos discursos dos enfermeiros diz respeito aos idosos viverem sozinhos. Realidade cada vez mais latente nos contextos territoriais da APS que merece destaque no plano assistencial devido ao aumento do risco e progressões de incapacidades em idosos. Essa investigação possibilitou a descoberta de fatores que facilita a produção de cuidados no espaço domiciliar do idoso representado pelo vínculo e famílias funcionais; bem como os que dificultam, decodificados pelas famílias disfuncionais e idosos solitários em seus lares. Um diagnóstico qualitativo profícuo para a APS pensar o que interfere no cuidado de enfermagem produzido no domicílio é apostar em emergentes estratégias assistenciais no campo da saúde pública capazes de considerar as especificidades do idoso e suas conexões familiares, principalmente pós pandemia da doença coronavírus. Aqui, realiza-se uma pausa com a certeza de que é preciso continuar a exploração dos fatores de ordem clínica, existencial e ambiental que interferem no cuidado domiciliar ao idoso. Espera-se, portanto, que este estudo contribua significativamente para o aprimoramento dos cuidados realizados por enfermeiros da APS em sua íntima relação comunitária e considera-se o incentivo para o desenvolvimento de mais pesquisas sobre esta temática, inclusive na realização com diretrizes metodológicas cartográficas, incluindo todas as UBS da cidade de Boa Vista.

Contribuições

Concepção e desenho do estudo: Sousa NCB; Coleta, análise e interpretação dos dados: Sousa NCB; Redação e/ou revisão crítica do manuscrito: Lopes LP, Amorim RF, Maciel JCM, Silva PS; Aprovação da versão final a ser publicada: Sousa NCB, Lopes LP, Amorim RF, Maciel JCM, Silva PS.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília (DF): Ministério de Saúde; 2017 [citado 2021 Abr 10]. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017>
2. 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.
3. Cunha CL, Ramalho NM. Protocolos de enfermagem: promovendo o acesso e qualidade da assistência na Atenção Primária à Saúde [editorial]. *Enferm Foco*. 2019;10(4):1.
4. Oliveira CM, Maciel ME, Lima CG, Gallindo GD, Simões JP, Carvalho VP, et al. Entraves na assistência domiciliar ao idoso: análise da produção científica. *Braz J Health Review*. 2021;4(1):411-29.
5. Pinheiro OD, Areosa SV. A importância de políticas públicas para idosos. *Rev Bras Estud Reg Urbanos*. 2019;4(2):183-93.
6. Ferreira SR, Périco LA, Dias VR. The complexity of the work of nurses in Primary Health Care. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(Supl 1):784-9.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa (Cadernos de Atenção Básica, n. 19). Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006 [citado 2021 Abr 10]. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MTE5NO==>

8. Silva RM, Brasil CC, Bezerra IC, Figueiredo ML, Santos MC, Gonçalves JL, et al. Challenges and possibilities of health professionals in the care of dependent older adults. *Ciênc Saúde Colet*. 2021;26(1):89-98.
9. Minayo MC, Costa AP. Fundamentos teóricos das técnicas de pesquisa qualitativa. *Rev Lusófona Educ*. 2018;40:139-53.
10. Watkins DC. Rapid and rigorous qualitative data analysis: the "RADaR" technique for applied Research. *Int J Educ Excell*. 2017;16:1-9.
11. Bardin L. *L'analyse de contenu*. Paris: Presses Universitaires de France; 2013. 296p.
12. Klakonski EA, Mendes RL, Sade PM, Luccas DS. Atuação do enfermeiro no atendimento domiciliar ao paciente idoso: revisão integrativa da literatura. *Saúde Pesqui*. 2015;8(edição especial):161-71.
13. Brasil. Ministério da Saúde. *Humaniza SUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. Brasília (DF): Editora do Ministério da Saúde; 2010 [citado 2020 Out 24]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizausus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf
14. Caçador BS, Brito MJ, Moreira DA, Rezende LC, Vilela GS. Being a nurse in the family health strategy programme: challenges and possibilities. *Rev Min Enferm*. 2015;19(3):612-9.
15. Nascimento HG, Figueiredo AE. Dementia, family caregivers and health service: the care of yourself and the other. *Ciênc Saúde Colet*. 2019;24(4):1381-92.
16. Oliveira MA, Menezes TM. The nurse in the care to the elderly in the family health strategy: meanings of the lived experience. *Rev Enferm UERJ*. 2014;22(4):513-8.
17. Rocha KB, Conz J, Barcinski M, Paiva D, Pizzinato A. A visita domiciliar no contexto da saúde: uma revisão de literatura. *Psicol Saúde Doenças*. 2017;18(1):170-85.
18. Labegalini CM, Nogueira IS, Hammerschmidt KS, Jaques AE, Carreira L, Baldissera VD. Educational and care-related dialogical pathway on active aging with family health strategy professionals. *Texto Contexto Enferm*. 2020;29:e20180235.
19. Ilha S, Santos SS, Backes DS, Barros EJ, Pelzer MT, Gautério-Abreu DP. Gerontechnologies used by families/caregivers of elderly people with alzheimers: contribution to complex care. *Texto Contexto Enferm*. 2018;27(4):e5210017.
20. Santos NO, Predebon ML, Bierhals CC, Day CB, Machado DO, Paskulin LM. Development and validation a nursing care protocol with educational interventions for family caregivers of elderly people after stroke. *Rev Bras Enferm*. 2020; 73(Suppl 3):e20180894.
21. Sá SP, Lindolpho MC, Santana R, Ferreira PA, Santos IS, Alfradique P, et al. Oficinas terapêuticas para cuidadores de idosos com demência - atuação da enfermagem no programa interdisciplinar de geriatria e gerontologia da UFF. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2006;9(3): 101-14.
22. Souza RA, Costa GD, Yamashita CH, Amendola F, Gaspar JC, Alvarenga MR, et al. Family functioning of elderly with depressive symptoms. *Rev Esc Enferm USP*. 2014;48(3):469-76.
23. Consoni E, Salvaro MS, Ceretta LB, Soratto MT. Os desafios do enfermeiro no cuidado domiciliar. *Enferm Bras*. 2015;14(4):229-34.
24. Coppetti LC, Girardon-Perlini NM, Andolhe R, Dalmolin A. Produção científica da enfermagem sobre o cuidado familiar a idosos dependentes no domicílio. *ABCS Health Sci*. 2019;44(1):58-66.
25. Camargos MC, Rodrigues RN, Machado CJ. Idoso, família e domicílio: uma revisão narrativa sobre a decisão de morar sozinho. *Rev Bras Estud Popul*. 2011;28(1):217-30.
26. Ramos JL, Meira EC, Menezes MR. Idosos sozinhos: razões para o envelhecer em domicílio unipessoal. *Memorialidades* 2013;10(19):9-24.
27. Borges MM, Telles JL. O cuidado do idoso no contexto familiar: percepção da equipe de saúde da família. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2010;13(3):349-60.
28. Henning-Smith C, Shippee T, Capistrant B. Later-life disability in environmental context: why living arrangements matter. *Gerontologist*. 2018;58(5):853-62.

ATUAÇÃO DA EQUIPE DE CUIDADOS PALIATIVOS FRENTE A PACIENTES COM A COVID-19

PERFORMANCE OF THE PALLIATIVE CARE TEAM TOWARDS PATIENTS WITH COVID-19

ACTUACIÓN DEL EQUIPO DE CUIDADOS PALIATIVOS HACIA PACIENTES CON COVID-19

Sarah Vieira Figueiredo¹

Juliana Carollyne Moreira Jorge Guimarães¹

Luciana Leite de Figueiredo Magalhães²

Nathalia de Oliveira Pires¹

Camila Pinto De Nadai²

Maria Luiza Pereira Costa¹

Ana Karine Martins Feitosa²

Adla Cristina Alves de Oliveira²

(<https://orcid.org/0000-0003-1014-086X>)

(<https://orcid.org/0000-0003-3985-4866>)

(<https://orcid.org/0000-0001-7086-3088>)

(<https://orcid.org/0000-0001-9783-0067>)

(<https://orcid.org/0000-0001-9193-878X>)

(<https://orcid.org/0000-0001-8450-8095>)

(<https://orcid.org/0000-0003-3152-7465>)

(<https://orcid.org/0000-0002-6179-7186>)

Descritores

Cuidados paliativos; Infecções por coronavírus; Humanização da assistência; Equipe de assistência ao paciente; Telemedicina

Descriptors

Palliative care; Coronavirus infections; Humanization of assistance; Patient care team; Telemedicine

Descriptores

Cuidados paliativos; Infecciones por coronavirus; Humanización de la atención; Grupo de atención al paciente; Telemedicina

Submetido

18 de Abril de 2021

Aceito

20 de Julho de 2021

Conflitos de interesse:

nada a declarar.

Autor correspondente

Sarah Vieira Figueiredo

E-mail: sarahvfigueiredo@gmail.com

RESUMO

Objetivo: Conhecer a atuação da equipe de cuidados paliativos frente a pacientes com a COVID-19.

Métodos: Trata-se de pesquisa com abordagem qualitativa, realizada em hospital público terciário de Fortaleza (Ceará), com nove profissionais da equipe multiprofissional consultiva de cuidados paliativos, no período de agosto de 2020 a janeiro de 2021, por meio de entrevistas semiestruturadas. A pesquisa teve aprovação do comitê de ética da referida instituição e os dados foram submetidos a análise categorial temática de Bardin.

Resultados: Foram elencadas duas categorias: 1) Impacto da pandemia COVID-19 na equipe de cuidados paliativos; como a suspensão das reuniões familiares, distanciamento dos pacientes e da equipe assistencial, aumento da demanda de pareceres de pacientes com a COVID-19 e a reorganização da equipe; e 2) Atuação da equipe de cuidados paliativos frente aos pacientes com a COVID-19; como orientação a equipe assistente, apoio as famílias, elaboração de estratégias de comunicação à distância.

Conclusão: Percebeu-se o importante papel da equipe de cuidados paliativos junto aos pacientes com a COVID-19 e seus familiares, visando contribuir para o seu maior conforto e sua melhor qualidade de vida, nas situações de maior gravidade desse adoecimento.

ABSTRACT

Objective: To know the performance of the palliative care team in relation to patients with COVID-19.

Methods: This is a research with a qualitative approach, carried out in a tertiary public hospital in Fortaleza (Ceará), with nine professionals from the multiprofessional consultative team of palliative care, from August 2020 to January 2021, through semi-structured interviews. The research was approved by the ethics committee of that institution and the data were submitted to Bardin's thematic categorical analysis.

Results: Two categories were listed: 1) Impact of the COVID-19 pandemic on the palliative care team: such as the suspension of family meetings, distance from patients and the healthcare team, increased demand for opinions from patients with the COVID-19 and the reorganization of the team; and 2) Performance of the palliative care team towards patients with COVID-19: as guidance to the assistant team, support to families, development of communication strategies at a distance.

Conclusion: The important role of the palliative care team with COVID-19 and their families was perceived, aiming to contribute to their greater comfort and better quality of life, in the most serious situations of this illness.

RESUMEN

Objetivo: Conocer el desempeño del equipo de cuidados paliativos en relación a los pacientes con COVID-19.

Métodos: Se trata de una investigación con abordaje cualitativo, realizada en un hospital terciario público de Fortaleza (Ceará), con nueve profesionales del equipo consultivo multiprofesional de cuidados paliativos, de agosto de 2020 a enero de 2021, a través de entrevistas semiestructuradas. La investigación fue aprobada por el comité de ética de esa institución y los datos fueron sometidos al análisis categórico temático de Bardin.

Resultados: Se enumeraron dos categorías: 1) Impacto de la pandemia COVID-19 en el equipo de cuidados paliativos; como la suspensión de reuniones familiares, el alejamiento de los pacientes y del equipo de salud, el aumento de la demanda de opiniones de los pacientes con el COVID-19 y la reorganización del equipo; y 2) Desempeño del equipo de cuidados paliativos hacia pacientes con COVID-19; como orientación al equipo asistente, apoyo a las familias, desarrollo de estrategias de comunicación a distancia.

Conclusión: Se percibió el importante papel del equipo de cuidados paliativos con los pacientes con COVID-19 y sus familias, con el objetivo de contribuir a su mayor comodidad y mejor calidad de vida, en las situaciones más graves de esta enfermedad.

¹Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil

²Instituto Dr. José Frota, Fortaleza, CE, Brasil

Como citar:

Figueiredo SV, Guimarães JC, Magalhães LL, Pires NO, De Nadai CP, Costa ML, et al. Atuação da equipe de cuidados paliativos frente a pacientes com a COVID-19. *Enferm Foco*. 2021;12(6):1166-72.

DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n6.4865>

INTRODUÇÃO

No final de 2019, os primeiros casos da COVID-19 foram notificados na cidade de Wuhan, na China. No Brasil, o primeiro caso foi notificado em fevereiro de 2020 no estado de São Paulo.⁽¹⁾ A Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou a doença como uma pandemia em 11 de março de 2020 e, desde então, ocasionou milhões de mortes em todo o mundo e superlotou serviços de saúde.⁽²⁾

Os pacientes geralmente desenvolvem sintomas inespecíficos como coriza, dor abdominal, febre, calafrios, cefaleia, mialgia, diarreia, anosmia e agnosia, que podem evoluir com piora, gerando a necessidade de internação hospitalar.⁽³⁾

Desse modo, em um significativo número de pacientes com a COVID-19, ocorre ainda a possibilidade de deterioração e, até a morte, tornando as discussões sobre a abordagem paliativa de grande relevância nesse contexto de pandemia, onde há a necessidade de que, em determinados estágios da doença, sejam realizadas conversas com os familiares acerca da realidade, visando um melhor cenário de cuidados de fim de vida, preservando os valores de todos os indivíduos.^(4,5)

A abordagem de cuidados paliativos busca promover uma assistência que envolve as múltiplas dimensões dos indivíduos, com intuito de respeitar a vida e a sua dignidade. Assim, procura contribuir para a humanização do cuidado a pacientes e seus familiares.⁽⁶⁾

Logo, diante da pandemia COVID-19, a força de trabalho da equipe de cuidados paliativos fortalece a resiliência do sistema de saúde frente a atual crise nas instituições públicas e privadas, por meio do fornecimento de serviços especializados relativos ao gerenciamento de sintomas, ética e tomada de decisão, comunicação e cuidado no momento da morte.⁽⁷⁾

Pode-se compreender cuidados paliativos como uma conduta que visa a melhora da qualidade de vida de pacientes com possibilidade ou não de tratamentos modificadores da doença, tendo a visão de que a morte é um processo natural e não há intenção de antecipar ou postergar esse momento. Esse cuidado inicia-se desde o diagnóstico até o processo de luto, permeando a prevenção de agravos, avaliação, alívio de sintomas físicos como a dor e de aspecto biopsicossocioespiritual. Além disso, busca ainda resolver conflitos que possam impedir o estado de paz do indivíduo e trabalha o processo de luto com a família.⁽⁸⁾

Nesse sentido, à medida que a pandemia evoluiu, as ações da equipe de cuidados paliativos ganharam mais visibilidade em situações que envolvem o suporte familiar, a assistência humanizada e a preparação do luto. Em vista

dessa realidade, essa abordagem precisa ser implementada, visando a elaboração de estratégias e habilidades inovadoras que atendam às necessidades dos pacientes com a COVID-19 e de suas famílias.⁽⁹⁾

De acordo com as atuais recomendações clínicas para o manejo da COVID-19 pela OMS, o acesso aos cuidados paliativos deve estar disponível em todas as instituições que têm atuado com pacientes acometidos com essa doença.⁽¹⁰⁾ Logo, em busca de contribuir com as discussões nesse cenário, na medida em que a pandemia ainda tem gerado dúvidas e incertezas, por tratar-se de uma doença nova no mundo, a presente pesquisa objetivou conhecer a atuação da equipe de cuidados paliativos frente a pacientes com a COVID-19.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, desenvolvido no período de agosto de 2020 a janeiro de 2021, sendo realizado junto a equipe de cuidados paliativos consultiva de um hospital público terciário de referência em Urgência e Emergência Traumatológica, localizado em Fortaleza-CE, Brasil. Este serviço apresentou 100 leitos de terapia intensiva para COVID-19 e 50 leitos de enfermagem em 2020. Com vistas a garantia da validade dos aspectos metodológicos esta pesquisa seguiu as recomendações do Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ).

A referida equipe é formada por nove profissionais da saúde (duas médicas, duas enfermeiras, três assistentes sociais, uma fisioterapeuta e uma terapeuta ocupacional). Desse modo, todos foram convidados a participar da pesquisa por meio do aplicativo de comunicação virtual *WhatsApp* (em virtude do contexto de pandemia e das medidas de prevenção/isolamento contra a propagação da doença) e selecionados mediante aos critérios de inclusão: participar da equipe de cuidados paliativos há, pelo menos, seis meses; e de exclusão: estar impossibilitado de participar da pesquisa por licença ou afastamento médico. Assim, todos os nove profissionais foram incluídos na pesquisa.

A fase de coleta de dados também utilizou o aplicativo *WhatsApp* em dois momentos: 1) Consistiu no envio de um formulário eletrônico por meio da ferramenta Google Forms, com perguntas relacionadas a caracterização dos profissionais de saúde; 2) Realização de entrevistas semiestruturadas a partir de um roteiro sobre a temática em estudo. Cada entrevista teve uma duração média de 10-30 minutos e, logo após o recebimento, todos os áudios foram transcritos na íntegra.

Posteriormente, os dados foram submetidos a Análise Categorical Temática de Bardin, seguindo-se as etapas: 1) pré-análise; 2) exploração do material; 3) tratamento dos resultados,

a inferência e a interpretação.⁽¹¹⁾ Logo, elencou-se duas categorias temáticas, quais sejam: 1) Impacto da pandemia COVID-19 na equipe de cuidados paliativos e 2) Atuação da equipe de cuidados paliativos frente aos pacientes com a COVID-19.

A pesquisa teve início após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do referido hospital (CAAE: 31147320.0.0000.5047; Parecer nº 4.140.264) e preconizou todas as normas Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, assegurando a autonomia dos sujeitos, beneficência, não maleficência, justiça e anonimato (as entrevistas foram codificadas com a letra inicial da categoria profissional: Médico-M, Enfermeiro-E, Assistente Social-A, Terapeuta Ocupacional-T, Fisioterapeuta-F, na sequência alfanumérica de 1 a 9). Ademais, cada profissional teve acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo informados sobre o objetivo do estudo, procedimentos, riscos, benefícios, bem como a possibilidade de desistirem a qualquer momento da pesquisa.

RESULTADOS

Caracterização dos participantes

Todas as participantes eram do sexo feminino, na qual a idade variou de 30 a 52 anos. Quanto ao tempo de formação profissional, esse variou de oito a 28 anos; e de atuação na equipe de cuidados paliativos, oito meses a um ano e seis meses (tempo de funcionamento do serviço). Com relação a pós-graduação, seis tinham especialização, duas eram mestre e uma doutora. Acerca de cursos, palestras ou treinamentos sobre cuidados paliativos, apenas um participante referiu não realizar tais ações.

Impacto da pandemia COVID-19 na equipe de cuidados paliativos

Com a chegada dos primeiros pacientes acometidos com a COVID-19 na instituição, em março de 2020, todas as equipes assistenciais precisaram se reorganizar a fim de atender a alta demanda de pacientes. Nesse sentido, alguns profissionais da equipe de cuidados paliativos (uma enfermeira e uma assistente social) necessitaram ser realocados para outros setores, permanecendo afastados da equipe durante alguns meses.

Outra importante mudança foi em relação aos pareceres da equipe e ao acompanhamento dos pacientes, pois estes passaram a ocorrer à distância, por meio do sistema de prontuário eletrônico e via telefone (aplicativo de comunicação social *WhatsApp* e ligações). Este entrave ocorreu devido ao racionamento dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI) e ao desenvolvimento de protocolos de segurança aos profissionais:

Nós ficamos fazendo tudo pelo telefone (F2).

Com relação a esse contexto do Covid, a gente trabalhou muito através do atendimento remoto por meio de ligações tanto médicas como a equipe e a gente fez muitos contatos [...] (A3).

Em face às mudanças do período, o referido hospital adotou, como uma das medidas de segurança e prevenção a propagação do vírus, a suspensão de visitas aos pacientes, o que impossibilitou a realização das reuniões com os familiares nos primeiros meses de pandemia. Logo, a equipe intensificou a comunicação com os parentes por meio de contatos telefônicos para uma melhor aproximação e compartilhamento terapêutico.

Suspendemos as reuniões familiares nessa época (M5).

Durante a pandemia ficou um pouco restrito, porque ficou esse tempo sem as reuniões familiares, os contatos físicos, que facilita a comunicação, que estabelece vínculos, então ele foi restrito, não estávamos fazendo as reuniões familiares (A8).

Um dos maiores impactos foi em relação ao aumento significativo no número de pacientes em acompanhamento pela equipe, incluindo aqueles mais graves acometidos com a COVID-19:

A gente percebeu que tinham muitos pacientes com perfil de cuidados paliativos com Covid (E1).

Na pandemia, a demanda da equipe de Cuidados Paliativos aumentou significativamente, dobrando ou até mesmo triplicado o número de pacientes assistidos. A equipe não mediu esforços para atender a demanda e acompanhar todos os pacientes que se beneficiam dos cuidados paliativos (T6).

Desse modo, a equipe de cuidados paliativos pareceu ter um papel essencial nesse contexto de pandemia, frente a esta doença ainda pouco conhecida. Apesar das adaptações que tiveram que ser enfrentadas, percebeu-se uma atuação ativa desta equipe, conforme apresentado a seguir.

Atuação da equipe de cuidados paliativos frente aos pacientes com a COVID-19

Dentre as atividades desenvolvidas pela equipe nesse contexto pandêmico, é importante destacar o apoio fornecido aos profissionais de saúde que estavam na "ponta", cuidando dos pacientes criticamente adoecidos. Assim, de acordo

com os participantes, foram proporcionados momentos de orientações sobre a abordagem paliativa, bem como auxílio à elaboração do plano terapêutico.

Nessa pandemia a gente teve um papel muito importante, acompanhando esses pacientes e trazendo sugestões a equipe, principalmente porque muitas das equipes era perfil de UTI, então pessoas que muitas vezes tem uma visão bem diferente do cuidado paliativo, aquelas equipes com visão medicalocêntrica, curativista, centrada no tratamento em si, focada na cura, então eles eram mais resistentes a entender isso, que o paciente tem limite, que as condutas, em determinado ponto, podem ser distanásia (E1).

Dessa forma, percebeu-se o papel de sensibilização da equipe assistente, no sentido de orientar acerca da importância de um outro olhar, além do enfoque terapêutico e obstinado na cura, conforme a fala a seguir:

Então, a equipe de cuidado paliativo foi um apoio, um pilar dentro dessa pandemia para tornar esse olhar desses profissionais intensivistas mais sensível, mais próximo, lembrando que por trás daquele paciente grave tem uma família, têm pessoas. Porque muitas vezes com a alta demanda de trabalho essas equipes esqueceram disso, eram tantas rotinas, tantas restrições que acabavam que passava despercebido essa sensibilidade. Então, a equipe de cuidado paliativo sempre vinha para tentar dar um alerta para essa situação (E1).

Destaca-se que a comunicação entre essas equipes acontecia por meio de contatos telefônicos, onde era possível aos paliativistas conhecerem melhor os casos clínicos dos pacientes, solicitados por meio dos pareceres eletrônicos, bem como atualização das informações sobre os que já estavam em acompanhamento pela equipe.

Além disso, esse contato permitia que profissionais da mesma categoria profissional, das diferentes equipes (assistencial e de cuidados paliativos), pudessem conversar entre si, de modo a buscar melhores condutas para aqueles pacientes.

Então, normalmente a equipe assistente ligava para a equipe de cuidado paliativo e passava as informações, tentava atualizar as informações (E1).

Aí eu ligava geralmente para as unidades e falava com o fisioterapeuta da unidade, me identificava e tentava conversar, saber se estava conseguindo fazer o

desmame do ventilador, se dava para tirar o oxigênio, como é que estava fazendo a mobilização [...] (F2).

No que diz respeito a comunicação com os familiares dos pacientes em cuidados paliativos com a COVID-19, esta ocorria diariamente com a equipe assistencial, onde um médico *Home Office* colhia as informações gerais, via prontuário eletrônico, e realizava ligações as famílias.

Dentro da equipe assistencial existia um médico que a gente chamou de 'Comunicador', estavam Home Office. Eles todos os dias falavam com a equipe assistente, pegavam as informações dos pacientes e se dividiam e ligavam para as famílias (E1).

Acrescido a isso, também existia a aproximação e o acompanhamento dos familiares pelos profissionais da equipe de cuidados paliativos. O médico que respondia o parecer realizava o primeiro contato, após a identificação, pelas assistentes sociais, de um familiar responsável principal.

Os contatos posteriores eram realizados pelos demais membros da equipe, sem haver uma frequência estabelecida, conforme observou-se nas falas. Nesse momento, era possível conhecer as famílias e compartilhar a importância dos cuidados paliativos naquele contexto, bem como os planos terapêuticos elaborados. Por outro lado, as famílias traziam suas necessidades e dúvidas frente a essa situação.

A comunicação era feita em primeiro lugar pelos médicos, a gente [serviço social] conseguia os contatos, procurava saber quem era o referencial, o familiar de referência e o médico já fazia um contato uma vez, duas vezes. Às vezes a família ligava querendo: 'eu preciso entender um pouco mais o que que tá acontecendo', e aí elas faziam um novo contato, a gente também ligava. Então era basicamente isso sim, contato via telefone (A9).

[...] a gente como equipe de cuidados paliativos reforçava mais ainda isso, ligando para essas famílias, falando sobre a possibilidade de limitação terapêutica ou não, falando sobre a busca por conforto e qualidade de vida, então acontecia por telefone (E1).

Observou-se uma forte atuação das assistentes sociais no fornecimento das orientações quanto aos benefícios e insumos dos pacientes, em constantes ligações telefônicas:

[...] só falando por telefone, fazendo contatos, esclarecendo orientações como fazer, dar entrada nos

insumos via WhatsApp junto à defensoria e mais muitas coisas, então, a gente estava frequentemente ao telefone [...] (A9).

Com o decorrer da pandemia e a diminuição da curva de casos da COVID-19, algumas adaptações puderam ser evidenciadas na instituição, como a liberação para o acontecimento de algumas reuniões familiares e flexibilização para a realização das chamadas “visitas de despedida” aos pacientes mais graves, conforme as falas:

No final da pandemia é que foram liberadas algumas reuniões familiares presenciais (E7).

[...] agendamos algumas visitas presenciais de despedida para os pacientes em fim de vida (M5).

Mas dentro da equipe de cuidados paliativos, a gente tenta flexibilizar um pouco as visitas, e a instituição acata quando esse paciente está em cuidados paliativos (A8).

A aflição maior da família era essa, essa questão de não estar perto do paciente, de não poder estar acompanhando de perto o paciente, não tá falando e não poder falar pessoalmente com médico, de estar ali na hora para ver realmente o que estava acontecendo (E7).

Essas conquistas da equipe vinham de encontro aos sofrimentos enfrentados pelos familiares, percebidos pelos profissionais participantes, sobretudo em consequência ao distanciamento do ente querido adoecido com a COVID-19. Desse modo a abordagem paliativa era dispendida não só ao paciente, mas, também, a sua família.

DISCUSSÃO

Por meio dos relatos, observou-se o importante papel da equipe de cuidados paliativos, junto a equipe assistente, aos pacientes com a COVID-19 gravemente enfermos e aos seus familiares. Assim, tem se tornado essencial que ocorra uma ampliação nas discussões acerca desses cuidados no atual contexto de pandemia, na busca por promoção da dignidade humana, do conforto e da qualidade de vida, além de um melhor gerenciamento dos leitos e recursos em saúde.⁽⁶⁾

A referida pandemia trouxe repercussões em todos as instituições de saúde. No que diz respeito as equipes e serviços específicos para cuidados paliativos, além da possibilidade de redistribuição dos profissionais para outros setores, conforme apresentado nos achados, a literatura mostra ainda a ocorrência dos afastamentos devido

ao acometimento da COVID-19 pelos profissionais, o que também pode dificultar a atuação dessas equipes.⁽¹²⁾

O distanciamento foi outro desafio destacado pelos participantes dessa pesquisa, mas, que, por outro lado, trouxe à tona novas estratégias de comunicação via aplicativos e tecnologias digitais, contribuindo para a ampliação da telemedicina no desenvolvimento dos cuidados paliativos para os pacientes com a COVID-19. Aspectos também evidenciados em outros estudos.^(6,13,14)

No que diz respeito a suspensão das visitas e reuniões familiares, tais questões geraram impacto na equipe de cuidados paliativos. Estas conferências são uma importante intervenção terapêutica que auxiliam no processo de comunicação, gerenciando conflitos familiares e possibilitando uma assistência mais qualificada, principalmente no contexto de uma doença ameaçadora à vida, visando a dignidade.^(15,16)

Nesse sentido, um estudo realizado com *hospícios* da Itália, encontrou diferenças entre as condutas de liberação para a entrada de familiares, a depender do perfil de gravidade dos pacientes e da prevalência da COVID-19. Cada um adotou medidas diferentes, visando reduzir a propagação do vírus.⁽¹⁷⁾

Alguns aspectos específicos dessa doença, como a sua rápida progressão e gravidade, levam a necessidade de uma atuação emergencial da equipe de cuidados paliativos nas tomadas de decisões.⁽⁴⁾ Assim, a piora clínica leva a um alto número de pacientes com a COVID-19 nos serviços de saúde. Isso facilita o entendimento do consequente aumento das demandas pela equipe de cuidados paliativos, conforme destacado pelos participantes.

Corroborando com os achados apresentados, outro estudo encontrou que tem sido complexo assistir pessoas com a COVID-19 no fim de vida, devido as dificuldades de aproximação com as famílias em decorrência do risco de propagação do vírus, falha no quantitativo de equipamentos de proteção individuais necessários, além de um sistema de saúde com fragilidades diante do novo.⁽¹⁸⁾

Dentre as principais ações dos paliativistas, salienta-se a relação contínua com a equipe assistencial. Uma pesquisa realizada na Itália com pacientes com a COVID-19 em cuidados paliativos também encontrou uma intensa interação com os demais profissionais, onde diariamente eram discutidos os casos, visando um melhor plano para cada paciente crítico.⁽⁴⁾

Essa comunicação também tinha como forte objetivo, de acordo com os achados apresentados, uma mudança do paradigma curativista e medicalocêntrico, evidenciando nas unidades COVID-19.

De fato, ainda tem sido evidenciado um caráter de cuidados dos profissionais de saúde que busca, sobremaneira, a cura, intensificando assim o aspecto biomédico da assistência em saúde, que muito se difere da abordagem paliativa, que trata da humanização, do conforto e do enfoque na qualidade de vida dos pacientes.^(6,19)

Devido às limitações impostas pela pandemia, a comunicação entre as equipes se dava por meio de ligações telefônicas, predominantemente. Nesse sentido, a literatura também tem dado destaque a essa estratégia no atual contexto, como uma importante aliada nas interações, visando orientar as equipes assistenciais sobre as melhores condutas a serem realizadas aos pacientes acometidos pela COVID-19 em cuidados paliativos.^(12,20,21)

No que diz respeito as interações com os familiares dos pacientes, um estudo na Itália, em uma unidade de internação hospitalar para pacientes com a COVID-19, revelou o importante papel dos profissionais de saúde paliativistas no processo de comunicação pela telemedicina junto aos familiares, na medida em que estes também não podiam ter acesso ao serviço de saúde.⁽⁴⁾

Por meio dos resultados apresentados, percebeu-se a necessidade de cuidado para com esses familiares e que se constitui em importante atividade da equipe de cuidados paliativos. Desse modo, todos os esclarecimentos e compartilhamentos terapêuticos eram fornecidos para que a família, distante do seu ente querido e em visível sofrimento, segundo as falas, pudesse sentir-se acolhida pelos profissionais.

Nesse sentido, destaca-se a flexibilização realizada pela instituição em estudo, no período de queda da curva pandêmica, por meio da ocorrência de algumas reuniões e das "visitas de despedida" apresentadas anteriormente. Assim, acredita-se na importância dessa estratégia, principalmente nos casos mais graves, quando os pacientes estão sedados ou inconscientes, o que inviabilizava as videochamadas ou ligações telefônicas familiar/paciente.

Acrescenta-se a isso o fato de que a telessaúde, apesar de auxiliar intensamente no processo de comunicação nos cuidados paliativos, nesse contexto de pandemia, não conseguir trazer a relação interpessoal que ocorre em uma aproximação física, onde existe contato, expressões e intensidade nas interações.⁽¹⁴⁾

Logo, percebeu-se a atuação ativa e essencial de cada um dos profissionais de saúde da equipe de cuidados paliativos, independentemente de suas categorias, que exerciam suas atividades de forma integrada, havendo interdisciplinaridade dentro da equipe.

As limitações da pesquisa se deram em detrimento das dificuldades impostas pela própria pandemia, como o distanciamento social, impedindo uma coleta de dados de forma presencial. Outra limitação, diz respeito a necessidade de escuta de outros atores envolvidos nesse contexto em estudo, como os profissionais da equipe assistencial, familiares e os pacientes (quando conscientes).

Os dados apresentados podem trazer contribuições, por discutirem as estratégias e intervenções realizadas por uma equipe de cuidados paliativos, em um momento de pandemia atual, permeado por uma doença ainda pouco conhecida, que gera inquietações aos profissionais de saúde e necessidade de avaliação nos casos mais graves quanto aos riscos e benefícios de intervenções terapêuticas, equilibrando-se com uma abordagem paliativa.

CONCLUSÃO

Por meio dessa pesquisa, percebeu-se os impactos gerados pela pandemia COVID-19 nos serviços de saúde, incluindo a equipe de cuidados paliativos, por meio da necessidade de readequação de suas atividades para um novo público que surgia: pacientes com a COVID-19 e seus familiares. Nesse sentido, uma alta demanda foi elencada nesse período e, apesar dos entraves impostos referentes ao distanciamento social, suspensão de visitas e reuniões familiares e dificuldade de acesso as unidades covid pela equipe de cuidados paliativos, observou-se uma forte atuação dessa equipe multiprofissional: interação constante com as equipes assistenciais, por meio da orientação e discussão sobre o melhor plano terapêutico e abordagem paliativa para cada paciente em acompanhamento e suporte aos familiares. Para tanto, a equipe utilizou estratégias para facilitar a comunicação, por meio das tecnologias virtuais e telefônicas, além do alcance de liberação hospitalar, nos casos mais graves, de visitas específicas entre familiares e pacientes, visando a promoção do conforto desses indivíduos.

Contribuições

Concepção e/ou desenho do estudo: Figueiredo SV, Guimarães JCMJ, Magalhães LLF, Pires NO, Nadai CP, Costa MLP, Feitosa AKM, Oliveira ACA; Coleta, análise e interpretação dos dados: Figueiredo SV, Guimarães JCMJ, Pires NO, Costa MLP; Redação e/ou revisão crítica do manuscrito: Figueiredo SV, Guimarães JCMJ, Pires NO, Nadai CP, Costa MLP; Aprovação da versão final a ser publicada: Figueiredo SV, Guimarães JCMJ, Magalhães LLF, Pires NO, Nadai CP, Costa MLP, Feitosa AKM, Oliveira ACA.

REFERÊNCIAS

1. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Folha informativa - COVID-19 (doença causada pelo novo coronavírus). Brasília (DF): OPAS; 2020 [cited 2021 Jan 8]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875
2. World Health Organization (WHO). Coronavirus disease 2019 (COVID-19) - Situation Report -71. Technical series report 854. Genève: WHO; 2020 [cited 2021 Jan 8]. Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports>
3. Khan M, Khan H, Khan S, Nawaz M. Epidemiological and clinical characteristics of coronavirus disease (COVID-19) cases at a screening clinic during the early outbreak period: a single-centre study. *J Med Microbiol.* 2020;69(8):1114-23.
4. Mumoli N, Florian C, Cei M, Evangelista I, Colombo A, Razionale G, et al. Palliative care in a COVID-19 Internal Medicine ward: A preliminary report. *Int J Infect Dis.* 2021;105:141-3.
5. Obata R, Maeda T, Rizk D, Kuno T. Palliative Care Team Involvement in Patients With COVID-19 in New York City. *Am J Hosp Palliat Care.* 2020;37(10):869-72.
6. Florêncio RS, Cestari VR, Souza LC, Flor AC, Nogueira VP, Moreira TM, et al. Cuidados paliativos no contexto da pandemia de COVID-19: desafios e contribuições. *Acta Paul Enferm.* 2020;33:eAPE20200188.
7. Rosa WE, Gray TF, Chow K, Davidson PM, Dionne-Odom JN, Karanja V, et al. Recommendations to leverage the palliative nursing role during COVID-19 and future public health crises. *J Hosp Palliat Nurs.* 2020;22(4):260-9.
8. World Health Organization (WHO). Definition of palliative care. Genève: WHO; 2020 [cited 2021 Jan 10]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
9. Viegas AC, Farias CR, Arrieira IC, Pinto RO, Maagh SB, Fernandes VP. Cuidado paliativo domiciliar de pacientes com condições crônicas durante a pandemia Coronavirus 2019. *J Nurs Health.* 2020;10(n. esp.):e20104021.
10. World Health Organization (WHO). Clinical management of COVID-19. Genève: WHO; 2021 [cited 2021 Jan 30]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/clinical-management-of-COVID-19>
11. Bardin L. Análise de conteúdo. 4a ed. Lisboa: Edições 70; 2010.
12. Sampaio SG, Dias AM, Freitas R. Avaliação do Plano de Ação Implementado pelo Serviço Médico de uma Unidade de Referência em Cuidados Paliativos Oncológicos frente à Pandemia de COVID-19. *Rev Bras Cancerol.* 2020;66(tema atual):e-1158.
13. Humphreys J, Schoenherr L, Elia G, Saks NT, Brown C, Barbour S, et al. Rapid Implementation of Inpatient Telepalliative Medicine Consultations During COVID-19 Pandemic. *J Pain Symptom Manage.* 2020;60(1):54-9.
14. Currin-Mcculloch J, Chapman B, Carson C, Fundalinski K, Hays M, Budai P, et al. Hearts above water: Palliative care during a pandemic. *Soc Work Health Care.* 2021;60(1):93-105.
15. Silva RS, Trindade GS, Paixão GP, Silva MJ. Conferência familiar em cuidados paliativos: análise de conceito. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(1):218-9.
16. Sharpe TS. Você não vai morrer sozinho: tecnologia e compaixão na pandemia COVID-19. *Enferm Foco.* 2020;11(Esp. 2):52-4.
17. Costantini M, Sleeman KE, Peruselli C, Higginson IJ. Response and role of palliative care during the COVID-19 pandemic: A national telephone survey of hospices in Italy. *Palliat Med.* 2020;34(7):889-95.
18. Martinsson L, Strang P, Bergström J, Lundström S. Were Clinical Routines for Good End-of-Life Care Maintained in Hospitals and Nursing Homes During the First Three Months of the Outbreak of COVID-19? A National Register Study. *J Pain Symptom Manage.* 2021;61(1):11-9.
19. Couto DS, Rodrigues KS. Desafios da assistência de enfermagem em cuidados paliativos: revisão integrativa. *Enferm Foco.* 2020;11(5):54-60.
20. Fausto J, Hirano L, Lam D, Mehta A, Mills B, Owens D, et al. Creating a Palliative Care Inpatient Response Plan for COVID-19-The UW Medicine Experience. *J Pain Symptom Manage.* 2020;60(1):21-6.
21. Powell VD, Silveira MJ. What Should Palliative Care's Response Be to the COVID-19 Pandemic? *J Pain Symptom Manage.* 2020;60(1):1-3.

QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COM DIABETES SEIS MESES APÓS TÉRMINO DE PROGRAMA EDUCATIVO

QUALITY OF LIFE OF PEOPLE WITH DIABETES SIX MONTHS AFTER THE END OF AN EDUCATIONAL PROGRAM

CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS CON DIABETES SEIS MESES DESPUÉS DE LA FINALIZACIÓN DE UN PROGRAMA EDUCATIVO

Thaynara Silva dos Anjos¹
 Gabriela Menezes Gonçalves de Brito²
 José Rodrigo Santos Silva³
 Cristiane Franca Lisboa Gois³

(<https://orcid.org/0000-0001-6302-0955>)
 (<https://orcid.org/0000-0002-8055-1480>)
 (<https://orcid.org/0000-0002-1918-7122>)
 (<https://orcid.org/0000-0003-4499-3756>)

Descritores

Diabetes mellitus tipo 2; Qualidade de vida; Educação em saúde

Descriptors

Diabetes mellitus type 2; Quality of life; Health education

Descriptores

Diabetes mellitus tipo 2; Calidad de vida; Educación en salud

Submetido

5 de Abril de 2021

Aceito

14 de Junho de 2021

Conflitos de interesse:

nada a declarar.

Autor correspondente

Thaynara Silva dos Anjos
 E-mail: thaynaranjos@hotmail.com

RESUMO

Objetivo: Avaliar a qualidade de vida de pessoas com diabetes *mellitus* seis meses após o término da participação em programa educativo.

Métodos: Estudo descritivo de abordagem quantitativa desenvolvido com 32 pessoas com diabetes *mellitus* acompanhadas no ambulatório de um hospital universitário de Sergipe. Para a coleta de dados foram utilizados três instrumentos, um para a caracterização sociodemográfica e clínica e dois para avaliação da qualidade de vida.

Resultados: Houve declínio da qualidade de vida, sobretudo nos domínios relações sociais e ambiente e aumento do sofrimento em viver com o diabetes. Foi observada correlação positiva e estatisticamente significativa entre o sexo e a medida de qualidade de vida, com os homens tendo apresentado melhor avaliação.

Conclusão: O declínio da qualidade de vida e o aumento do sofrimento em viver com o diabetes podem estar associados ao término das atividades do programa de educação em saúde.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the quality of life of people with diabetes mellitus six months after the end of their participation in an educational program.

Methods: A descriptive study with a quantitative approach developed with 32 people with diabetes mellitus monitored at the outpatient clinic of a university hospital in Sergipe. For data collection, three instruments were used, one for the sociodemographic and clinical characterization and two for the assessment of quality of life.

Results: There was a decline in the quality of life, especially in the Social Relationship and Environment domains and an increase in the suffering of living with diabetes. A positive and statistically significant correlation was observed between gender and the quality of life measure, with men having a better evaluation.

Conclusion: The decline in quality of life and the increase in suffering in living with diabetes may be associated with the termination of activities in the health education program.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la calidad de vida de personas con diabetes mellitus a los seis meses de finalizar su participación en un programa educativo.

Métodos: Estudio descriptivo con abordaje cuantitativo desarrollado con 32 personas con diabetes mellitus monitorizadas en la consulta externa de un hospital universitario de Sergipe. Para la recolección de datos se utilizaron tres instrumentos, uno para la caracterización sociodemográfica y clínica y dos para la evaluación de la calidad de vida.

Resultados: Hubo una disminución en la calidad de vida, especialmente en los dominios de Relaciones Sociales y Medio Ambiente y un aumento en el sufrimiento de vivir con diabetes. Se observó una correlación positiva y estadísticamente significativa entre el sexo y la medida de calidad de vida siendo los hombres quienes obtuvieron una mejor evaluación.

Conclusión: El deterioro de la calidad de vida y el aumento del sufrimiento al vivir con diabetes pueden estar asociados con el final de las actividades del programa de educación para la salud.

¹Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

²Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, Brasil.

³Universidade Federal de Sergipe, Aracajú, SE, Brasil.

Como citar:

Anjos TS, Brito GM, Silva JR, Gois CF. Qualidade de vida de pessoas com diabetes seis meses após término de programa educativo. *Enferm Foco*. 2021;12(6):1173-7.

DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n6.4821>

INTRODUÇÃO

O Diabetes *Mellitus* (DM) é uma doença crônica que apresenta elevada e crescente prevalência e morbimortalidade associada. No mundo, estima-se que quase 500 milhões de pessoas vivem com a doença, com aumento esperado de 51% até 2045. Entre os 10 países com maior número de pessoas com DM na faixa etária de 20 a 79 anos, o Brasil ocupou o quinto lugar no *ranking* em 2019, com estimativa de que em 2040 mantenha-se na mesma colocação.⁽¹⁾

De acordo com dados do DATASUS a região nordeste do Brasil foi a segunda com maior número de óbitos por DM em 2019, 20.656, de um total de 66.710, superada apenas pela região sudeste, com 25.904 óbitos pela mesma causa.⁽²⁾

A longo prazo o DM pode desencadear complicações micro e macrovasculares, como doença coronariana, cerebrovascular, retinopatia, nefropatia e doença arterial periférica.⁽³⁾ Além das complicações crônicas, o DM interfere na vida, tendo em vista as mudanças impostas nos hábitos de vida, o potencial de causar isolamento social, dificuldade de aceitação da doença e sofrimento psíquico desencadeado pelo diagnóstico e complicações.⁽⁴⁾

Todo esse contexto que envolve a doença e o tratamento pode afetar negativamente a qualidade de vida (QV) da pessoa com DM, considerando-a como a compreensão que cada um tem de sua posição na vida, seu contexto cultural, sistema de valores ao qual pertence, objetivos de vida, expectativas, padrões e percepções.⁽⁵⁾

Por outro lado, estudos demonstram que programas educativos podem promover aumento do conhecimento sobre o DM,⁽⁶⁾ melhorar o autogerenciamento, resposta emocional,^(7,8) aceitação frente a doença,⁽⁷⁾ melhorar a percepção da QV de pessoas com risco de desenvolver DM⁽⁹⁾ ou que já desenvolveram,⁽⁶⁾ contribuindo, assim, para a redução das complicações agudas e crônicas.⁽¹⁰⁾

Considerando a realidade que envolve a pessoa com DM e a importância da educação em saúde para a promoção do autocuidado e, por conseguinte, para melhora da QV, o presente estudo teve como objetivo avaliar a QV de pessoas com DM seis meses após o término da participação em programa educativo.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, de abordagem quantitativa, desenvolvido no Ambulatório do Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe. Nesse ambulatório existem, aproximadamente, 250 pessoas cadastradas, as quais são acompanhadas trimestralmente por uma equipe multiprofissional composta por médico,

enfermeiro e nutricionista. Semanalmente o serviço atende 20 pessoas.

A amostra foi composta por 32 pessoas com DM tipo 2 que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: ter 18 anos ou mais; apresentar capacidade cognitiva para entender e responder as questões dos instrumentos de coleta de dados e residir na região metropolitana de Aracaju, composta pelos municípios de Aracaju, Barra dos Coqueiros, Nossa Senhora do Socorro e São Cristóvão. Foram excluídos do estudo aquelas que compareceram em menos de três intervenções de um total de seis.

O recrutamento dos potenciais participantes ocorreu no período de dezembro de 2014 a abril de 2015 e as intervenções do programa educativo entre os meses de maio a outubro de 2015. A coleta dos dados foi realizada no período de abril a maio de 2016, seis meses após a última intervenção do programa educativo. Ressalta-se que esta pesquisa faz parte de uma maior na qual na primeira etapa foi avaliada a QV, antes e logo após a participação no programa educativo. Assim, para a avaliação da melhora ou declínio da QV seis meses após o término do programa, foram utilizadas como parâmetro as análises realizadas logo após participação no referido programa educativo.⁽⁶⁾

Para a caracterização sociodemográfica e clínica foi utilizado um instrumento composto por questões fechadas com as seguintes variáveis: sexo, data de nascimento, nível de instrução, estado civil, renda familiar, tempo de cadastro no ambulatório, tempo de diagnóstico de DM e prática de atividade física.

A QV foi avaliada com dois instrumentos, um genérico, o Instrument for quality of life assessment (WHOQOL- bref)⁽¹¹⁾ que é instrumento de avaliação da qualidade de vida abreviado do WHOQOL -100 desenvolvido e recomendado pela Organização Mundial de Saúde e um específico, o *Brazilian version of the Problem Areas in Diabetes Scale* (B-PAID).⁽¹²⁾

O WHOQOL- bref contém 26 questões, sendo as perguntas de número 1 e 2 sobre a QV geral. As respostas seguem uma escala do tipo *Likert* de 1 a 5, quanto maior a pontuação melhor a QV. Com exceção das duas questões sobre QV geral, o instrumento contém 24 facetas agrupadas em quatro domínios: Físico, Psicológico, Relações sociais e Meio ambiente.⁽¹¹⁾ Os escores dos domínios do WHOQOL- bref são calculados pela média de todos os itens incluídos em cada domínio e multiplicados por quatro. Essas pontuações são então transformadas em uma escala de 0-100.⁽¹³⁾

O B-PAID é uma escala composta por 20 questões que reportam os problemas gerados pela doença. As questões são agrupadas em quatro subdimensões: Problemas com

alimentação, Problemas com apoio social, Problemas com o tratamento e Problemas emocionais. As possíveis opções de respostas são divididas em uma escala do tipo *Likert* de cinco pontos, variando de: "Não é um problema=0", "Pequeno problema=1", "Problema moderado=2", "Problema quase sério=3", "Problema sério=4". Os escores, após a digitação dos dados no banco, são transformados numa escala de 0 a 100, com a pontuação máxima significando um maior sofrimento em viver com o DM. O escore total é obtido pela soma das respostas das 20 questões do instrumento, multiplicando-se por 1,25. Para a análise dos resultados tem-se como ponto de corte o escore 40, com valores iguais ou maiores indicando alto grau de sofrimento emocional.⁽¹²⁾

O programa educativo foi planejado e desenvolvido tendo como referência o livro *Type 2 Diabetes BASICS Patient Book*⁽¹⁴⁾ e o guia *Type 2 Curriculum Guide*.⁽¹⁵⁾ Maiores detalhes sobre o programa educativo desenvolvido constam na pesquisa desenvolvida por Brito e colaboradores.⁽⁶⁾

Os dados foram processados no Programa Excel, versão 2013, sendo posteriormente exportados para o Programa R, versão 3.2.3, disponível como software livre. Foram calculados os escores do WHOQOL-bref e do B-PAID e, em seguida, calculados os valores da média e desvio padrão de cada um. Ressalta-se que a análise considerou amostras pareadas quando foram feitas as mesmas observações para o mesmo participante em momentos distintos. Esses escores foram comparados utilizando o teste mais adequado para cada situação. No caso em que as variáveis apresentaram distribuição Normal, foi usado o teste *t-Student*, e quando não seguem a distribuição Normal, adotou-se o teste não paramétrico de *Wilcoxon*. O nível de significância adotado foi de 0,05.

As medidas de correlação adotadas foram a correlação de *Kendall* e a *Bisserial*. A escolha dessas medidas de correlação deu-se pela natureza das variáveis. A primeira medida é utilizada quando em pelo menos uma das variáveis não é observada uma distribuição Normal e a segunda quando uma das variáveis é binária, como sexo, na qual se adotou o valor 1 (um) para o sexo masculino e 0 (zero) para o feminino. Ambas as medidas possuem a mesma interpretação dada pelo coeficiente de correlação de *Pearson*, na qual os coeficientes de correlação variam entre os valores -1 e 1. O valor 0 (zero) significa que não há relação entre as variáveis, o valor 1 indica uma relação perfeita e diretamente proporcional entre as variáveis, ou seja, quando o valor de uma variável aumenta, a outra também aumenta e o valor -1 indica uma relação perfeita, porém inversa, ou seja, quando uma das variáveis aumenta a outra diminui. Desta forma, podemos dizer que quanto mais próximo um

coeficiente de correlação estiver de 1 ou -1, mais forte será a associação entre as duas variáveis. Por questão de espaço, o *p*-valor das correlações não foi colocado nas tabelas, porém, todas as correlações significativas ao nível de 5% estão assinaladas com um asterisco.

A pesquisa foi realizada com base nas diretrizes e normas regulamentadoras dos estudos com seres humanos, estabelecidas na Resolução no 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Sergipe (UFS), CAAE 37894414.2.0000.5546. Os participantes foram devidamente esclarecidos sobre a pesquisa, direitos e cuidados a eles garantidos. Foi assegurado que as informações obtidas impossibilitariam a identificação dos sujeitos e que a não concordância em participar do estudo não implicaria em prejuízos ou danos.

RESULTADOS

Dos 32 participantes do programa educativo, nove (28,1%) eram homens e 23 (71,8%) mulheres, a idade variou de 42 a 84 anos, com média de 61 anos, 27 (84,3%) cursaram até o ensino fundamental, 20 (62,5%) não tinham companheiro(a) e 19 (59%) possuíam renda familiar de um salário mínimo. A média de tempo de cadastro no ambulatório foi de 11,4 anos e de diagnóstico de DM, 17 anos. Com relação à atividade física, 20 (62,5%) praticavam regularmente. Na avaliação da QV foi observado declínio em todos os domínios do WHOQOL-bref, todavia a diferença só foi estatisticamente significativa para os domínios Social e Meio ambiente, assim como para a escala total ($p < 0,5$) (Tabela 1). Também foi identificado aumento do sofrimento em viver com o DM ($p < 0,5$).

Tabela 1. Estatística descritiva e resultados dos testes de associação nas duas etapas da pesquisa para os escores dos instrumentos WHOQOL-bref e B-PAID

Variáveis	Logo após programa educativo		Seis meses após participação em programa educativo		<i>p</i> -value
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	
WHOQOL-bref					
Físico	62,55	15,85	58,93	14,71	0,34 ^a
Psicológico	69,82	15,35	67,45	14,98	0,55 ^b
Social	71,46	19,21	63,54	17,55	0,03 ^b
Meio ambiente	56,63	13,93	50,10	10,54	0,03 ^a
Total	65,12	11,90	60,00	9,42	0,05 ^a
B-PAID	29,81	21,79	49,96	20,41	0,00 ^b

^aTeste *t-Student*; ^bTeste de *Wilcoxon*

Foi observada correlação significativa entre o sexo e o domínio Psicológico do WHOQOL-bref e escala total (Tabela 2). Como as correlações foram positivas, e como a

variável 1 representa as pessoas do sexo masculino, conclui-se que neste domínio e no WHOQOL-bref total os homens apresentaram valores maiores quando comparados às mulheres.

Tabela 2. Estatística descritiva e resultados dos testes de correlação nas duas etapas da pesquisa para as variáveis: idade, sexo, escolaridade e anos de DM

WHOQOL- bref	Idade ^a	Sexo ^b	Escolaridade ^a	Anos de DM ^a
Físico	0.06	0.21	0.24	-0.05
Psicológico	-0.01	0.39**	-0.02	0.10
Social	-0.02	0.24	-0.09	-0.02
Meio Ambiente	-0.06	0.10	-0.19	-0.11
Total	-0.02	0.38**	0.03	-0.05
B-PAID	-0.01	0.12	-0.01	0.08

^a Correlação de Kendall; ^b Correlação Bisserial; **Significativo ao nível 5%

DISCUSSÃO

Seis meses após a última intervenção do programa educativo foi observado que os participantes apresentaram declínio da QV e aumento do sofrimento em viver com o DM, o que sugere que a falta dos encontros periódicos pode ter influenciado aspectos da vida. Programas de educação em saúde, através de atividades em grupos, promovem a troca de experiências, angústias e dúvidas, assim como a participação familiar e de pessoas significativas, o que pode auxiliar na formação de vínculos, assim como no enfrentamento da doença.⁽⁶⁾

Houve declínio da QV em todos os domínios do WHOQOL-bref, sendo a diferença estatisticamente significativa nos domínios Social e Meio ambiente, assim como na escala total. Participar de grupos educativos pode contribuir para uma melhor percepção individual das relações pessoais, suporte social/rede de apoio, atividade sexual (domínio Social), segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, disponibilidade dos recursos de saúde e sociais, oportunidades novas de adquirir informações e habilidades, oportunidade de recreação e lazer, ambiente físico e transporte (domínio Meio ambiente).

Em estudo realizado no sul do Brasil os pesquisadores identificaram nas falas de pessoas com DM que a doença desencadeou redução do convívio social, tendo em vista as alterações e limitações impostas no estilo de vida,⁽⁴⁾ enquanto que as atividades em grupo contribuem para uma melhor QV.⁽¹⁶⁾ Nesse sentido, a partir dos resultados de um estudo realizado na África do Sul, foi sugerido que o suporte social pode estar associado à redução do sofrimento emocional e a níveis mais elevados de bem-estar. Assim, ressalta-se que os profissionais de saúde

devem estar atentos aos aspectos psicossociais e motivar a participação dos familiares para um melhor resultado do tratamento.⁽¹⁷⁾

Outro estudo realizado com a mesma população identificou que o domínio Meio ambiente foi o que obteve menor média, indicando QV mais comprometida, no grupo teste e controle.⁽⁶⁾ A maior parte da população do presente estudo possuía baixa renda familiar, o que talvez explique uma possível menor percepção de segurança, acesso a lazer, informação e transporte, dentre outros aspectos que são avaliados neste domínio e que podem ser impactados pela renda. Pessoas com baixa renda familiar tendem a ter pior percepção da QV, especialmente nos domínios social e meio ambiente.⁽¹⁸⁾

Estudo de meta-análise também observou o Meio ambiente como sendo um dos piores domínios da QV avaliados. Os pesquisadores também identificaram que idade mais avançada, dentre outras variáveis se relacionou inversamente com a QV,⁽¹⁹⁾ o que não foi identificado no presente estudo, talvez pelo tamanho da amostra.

Foi observada correlação estatisticamente significativa entre sexo e domínio Psicológico e a escala total do WHOQOL-bref. Os homens avaliaram melhor a QV, quando comparados às mulheres. Outro estudo realizado na Arábia Saudita foi observado que as mulheres apresentaram 5,5 vezes mais chance de ter uma condição de saúde mais grave que os homens, o que pode se relacionar a uma pior avaliação da QV,⁽²⁰⁾ talvez pela maior preocupação que as mulheres têm com a saúde. Tais resultados reforçam a importância dos trabalhos desenvolvidos nos programas de educação em saúde, uma vez que podem levar a uma melhora dos aspectos psicológicos frente à doença.^(7,8)

A necessidade de implementação de programas de educação em saúde permanentes para pessoas com DM foi algo que chamou a atenção a partir dos resultados deste estudo, a fim de diminuir o sofrimento de pessoas com DM e promover melhor QV.

O tamanho reduzido da amostra foi um fator limitante no estudo, bem como a realização em apenas um serviço de saúde.

O presente estudo permitiu uma maior compreensão dos aspectos da QV que mais ficam comprometidos quando as pessoas param de participar das atividades dos programas educativos para DM. Também reforçou a importância desses programas como parte do planejamento da assistência a esse grupo populacional. Acredita-se que os resultados apresentados poderão subsidiar profissionais de saúde e gestores para o desenvolvimento de políticas públicas que contribuam para o alcance de uma melhor QV de pessoas com DM.

CONCLUSÃO

Foi observado que seis meses após a última intervenção do programa educativo houve declínio da qualidade de vida, sobretudo nos domínios Social e Meio ambiente e aumento do sofrimento em viver com o Diabete Mellitus. Os homens apresentaram melhor avaliação da qualidade de vida, quando comparados às mulheres.

Contribuições

Concepção e desenho do estudo: Anjos TS, Gois CFL; Coleta, análise e interpretação dos dados: Anjos TS, Brito GMG, Silva JRS, Gois CFL; Redação e/ou revisão crítica do manuscrito: Anjos TS, Gois CFL; Aprovação da versão final a ser publicada: Anjos TS, Brito GMG, Silva JRS, Gois CFL.

REFERÊNCIAS

1. International Diabetes Federation (IDF). The IDF Diabetes Atlas. Bruxelas: IDF; 2019 [cited 2021 Jan 10]. Available from: <http://diabetesatlas.org/>
2. Brasil. Ministério da Saúde. Datasus: Sistema de Informação de Atenção Básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2021 [citado 2021 Jan 10]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def>
3. Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD). Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2019-2020. São Paulo: Editora Clannad; 2019 [cited 2021 Jan 10]. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/08/Diretrizes-Sociedade-Brasileira-de-Diabetes-2019-20201.pdf>
4. Baade RT, Bueno E. Coconstrução da autonomia do cuidado da pessoa com diabetes. *Interface*. 2016;20(59):941-51.
5. The WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOL- BREF quality of life assessment. *Psychol Med*. 1998;28(3):551-8.
6. Brito GM, Gois CF, Zanetti ML, Resende GG, Silva JR. Qualidade de vida, conhecimento e atitude após programa educativo para Diabetes. *Acta Paul Enferm*. 2016;29(3):298-306.
7. Laursen DH, Christensen KB, Christensen U, Frolich A. Assessment of short and long-term outcomes of diabetes patient education using the health education impact questionnaire (HeiQ). *BMC Res Notes*. 2017; 10:213.
8. Zheng F, Liu S, Liu Y, Deng L. Effects of an Outpatient Diabetes Self-Management Education on Patients with Type 2 Diabetes in China: A Randomized Controlled Trial. *J Diabetes Res*. 2019;1073131.
9. Karamanakos G, Costa-Pinel B, Gilis-Januszewska A, Velickiene D, Barrio-Torrell F, Cos-Claramunt X, et al. The effectiveness of a community-based, type 2 diabetes prevention programme on health-related quality of life. The DE-PLAN study. *PLoS One*. 2019;14(10):e0221467.
10. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes-2022 Abridged for Primary Care Providers. *Diabetes Care*. 2022;40(1):10-38.
11. Fleck MP, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL- bref". *Rev Saúde Pública*. 2000;34(2):178-83.
12. Gross CC, Scain SF, Scheffel R, Gross JL, Hutz CS. Brazilian version of the Problem Areas in Diabetes Scale (B-PAID): Validation and identification of individuals at high risk for emotional distress. *Diabetes Res Clin Pract*. 2007;76(3):455-9.
13. The WHOQOL Group. WHOQOL user manual. Genève: WHO; 1998 [cited 2020 Nov 10]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77932/WHO_HIS_HSI_Rev.2012.03_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
14. International Diabetes Center. Type 2 Diabetes BASICS Patient Book. Minnesota: Park Nicollet; 2009.
15. International Diabetes Center. "Type 2 Curriculum Guide". Minnesota: Park Nicollet; 2012.
16. Oliveira MA, Ribeiro HF, Costa NP. Qualidade de vida de idosos amazônicos que participam de um grupo de convivência. *Enferm Foco*. 2019;10(5):26-31.
17. Ramkisson S, Pillay BJ, Sibanda W. Social support and coping in adults with type 2 diabetes. *Afr J Prm Health Care Fam Med*. 2017;9(1), a1405.
18. Cazella LG, Almeida LY, Oliveira JL, Zanetti AC, Souza J. Qualidade de vida de mulheres e as características sociodemográficas associadas. *Enferm Foco*. 2019;10(3):34-9.
19. Tusa BS, Weldesenbet AB, Gemada AT, Merga BT, Regassa LD. Health related quality of life and associated factors among diabetes patients in sub-Saharan countries: a systemic review and meta-analysis. *Health Qual Life Outcomes*. 2021;19:31.
20. Alshayban D, Joseph R. Health-related quality of life among patients with type 2 diabetes mellitus in Eastern Province, Saudi Arabia: A cross-sectional study. *PLoS ONE*. 2020;15(1):e0227573.

COMPREENDENDO O SENTIDO DE SER-COM REAÇÕES HANSÊNICAS: IMPLICAÇÕES PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM

UNDERSTANDING THE MEANING OF BEING WITH HANSENIC REACTIONS: IMPLICATIONS FOR NURSING CARE
 COMPRENDER EL SIGNIFICADO DE ESTAR CON REACCIONES HANSÉNICAS: IMPLICACIONES PARA EL CUIDADO DE ENFERMERÍA

Thayná Desireé Rodrigues Martins¹

Antônia Margareth Moita Sá¹

Marcandra Nogueira de Almeida Santos²

Iaci Proença Palmeira¹

(<https://orcid.org/0000-0001-7484-022X>)

(<https://orcid.org/0000-0002-2053-5622>)

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

(<https://orcid.org/0000-0001-9659-3565>)

Descritores

Hanseníase; Reações antígeno-anticorpo; Cuidados de enfermagem; Pesquisa qualitativa; Hermenêutica

Descriptors

Leprosy; Antigen-Antibody reactions; Nursing care; Qualitative research; Hermeneutics

Descriptores

Lepra; Reacciones antígeno-anticuerpo; Atención de enfermería; Investigación cualitativa; Hermenéutica

Submetido

18 de Abril de 2021

Aceito

11 de Julho de 2021

Conflitos de interesse:

manuscrito extraído da dissertação "O sentido de ter reações hansênicas", defendida em 2019, no Programa de Pós-Graduação - Mestrado Associado de Enfermagem da Universidade do Estado do Pará e Universidade Federal do Amazonas (UEPA/UFAM).

Autor correspondente

Marcandra Nogueira de Almeida Santos

Santos

E-mail: marcandraa@yahoo.com.br

RESUMO

Objetivo: Compreender o sentido de ser-com reações hansênicas.

Métodos: Estudo alicerçado no método fenomenológico hermenêutico de Martin Heidegger, realizado a partir de 25 entrevistas individuais com pacientes em tratamento ambulatorial para reações hansênicas, em uma unidade de saúde especializada localizada no estado do Pará, Brasil.

Resultados: Duas unidades temáticas foram organizadas: "Significando as reações hansênicas" e "Convivendo com as reações hansênicas". Para os participantes, viver com reações hansênicas significa dor, vergonha, desesperança, medo, incerteza e preocupações que transformam profundamente o cotidiano. O sentido de ser-com reações hansênicas se desvela quase sempre na impessoalidade, ambiguidade, curiosidade e na publicidade da vida, em que o ser-aí se vê a partir dos outros e não de si mesmo.

Conclusão: Este estudo proporciona conhecimentos importantes para o cuidado de enfermagem às pessoas que vivem com reações hansênicas, na medida em que compreender significados e sentidos é importante para impulsionar a prática de um cuidado de enfermagem sensível, empático e preocupado com o diálogo e com as necessidades do ser-aí no mundo, onde a cura se desvela nas práticas de cuidado com-o-outro e não para-o-outro.

ABSTRACT

Objective: To understand the meaning of being-with leprosy reactions.

Methods: Study based on Martin Heidegger's hermeneutical phenomenological method, conducted from 25 individual interviews with patients undergoing treatment for leprosy reactions, in a specialized health unit located in the state of Pará, Brazil.

Results: Two thematic units were organized: "Signifying leprosy reactions" and "Living with leprosy reactions". For the participants, living with leprosy reactions means pain, shame, hopelessness, fear, uncertainty and concerns that profoundly transform daily life. The sense of being-with leprosy reactions is almost always revealed in the impersonality, ambiguity, curiosity and publicity of life, in which the being-there is seen from other beings and not from oneself.

Conclusion: This study provides important knowledge for nursing care to people living with leprosy reactions, as understanding meanings and senses is important to boost the practice of sensitive, empathic and concerned with dialogue and with nursing care. the needs of the being-there in the world, where the cure is revealed in the care practices with-the-other and not for the-other.

RESUMEN

Objetivo: Comprender el significado de las reacciones de estar-con lepra.

Métodos: Estudio basado en el método fenomenológico hermenéutico de Martin Heidegger, realizado a partir de 25 entrevistas individuales a pacientes en tratamiento ambulatorio por reacciones leprosas, en una unidad de salud especializada ubicada en el estado de Pará, Brasil.

Resultados: Se organizaron dos unidades temáticas: "Significando reacciones leprosas" y "Viviendo con reacciones leprosas". Para los participantes, vivir con reacciones leprosas significa dolor, vergüenza, desesperanza, miedo, incertidumbre y preocupaciones que transforman profundamente la vida diaria. La sensación de ser-con reacciones leprosas se revela casi siempre en la impersonalidad, ambigüedad, curiosidad y publicidad de la vida, en la que el ser-allí se ve desde los demás y no desde uno mismo.

Conclusion: Este estudio aporta conocimientos importantes para el cuidado de enfermería a las personas que viven con reacciones leprosas, ya que la comprensión de significados y sentidos es importante para impulsar la práctica de la sensibilidad, la empatía y la preocupación por el diálogo y el cuidado de enfermería. el mundo, donde la cura se revela en las prácticas de cuidado con el otro y no para el otro.

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

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

Como citar:

Martins TD, Sá AM, Santos MN, Palmeira IP. Compreendendo o sentido de ser-com reações hansênicas: implicações para o cuidado de enfermagem. *Enferm Foco*. 2021;12(6):1178-83.

DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n6.4866>

INTRODUÇÃO

As reações hansênicas representam uma das principais dificuldades durante o manejo clínico de pessoas acometidas pela hanseníase, doença milenar que afeta milhares de pessoas em todo o mundo. As reações se caracterizam como eventos inflamatórios agudos advindos da ação do sistema imunológico contra o *Mycobacterium leprae*, quando são necessários tratamento e cuidados específicos.⁽¹⁾

Uma pessoa com reações hansênicas pode apresentar manchas ou placas na pele, infiltrações, dor, edema e espessamento dos nervos, além de nódulos subcutâneos, dor, mal estar geral e febre. As reações podem ocorrer antes, durante ou após o tratamento da hanseníase. Estimativas apontam que cerca de 50% das pessoas tem alguma reação durante o tratamento e 30% após esse período.⁽²⁻⁴⁾

O fenômeno que envolve as reações hansênicas é complexo e ambíguo, pois não raramente envolve sofrimento, incertezas e incapacidades que remetem à baixa autoestima, redução da qualidade de vida e exclusão social.^(2,5) Estudos qualitativos têm sido realizados no país nos últimos 10 anos para conhecer, identificar, analisar e/ou explicar percepções, dificuldades, discursos e características de acesso às ações de controle da hanseníase. No entanto, estudos voltados às experiências das pessoas que vivem com reações hansênicas ainda são incipientes.⁽⁵⁻¹⁶⁾

Diante desse cenário questionou-se: Quais os significados e sentidos do ser no mundo que vivencia a experiência de ser-com reações hansênicas? Este estudo objetivou compreender o sentido de ser-com reações hansênicas.

MÉTODOS

Estudo alicerçado no método fenomenológico hermenêutico de Martin Heidegger. Em sua obra mais famosa, "Ser e Tempo", o filósofo descreve esse método como a busca pela compreensão do sentido de ser, a partir das experiências vividas pelo ente dotado do caráter ontológico da existência, o ser-humano, a quem ele chamou ser-aí.^(17,18)

Para Heidegger, o sentido de ser do ser-aí, a sua essência, relaciona-se à sua existência, à abertura de suas possibilidades de ser, as quais na maior parte do tempo se encontram veladas pelas determinações dos seus modos de ser/estar no mundo.⁽¹⁹⁾ Sentido é o contexto no qual se sustenta a possibilidade de se compreender alguma coisa, sem que haja necessidade de explicação. Dessa forma, a partir de sua perspectiva, o sentido traz algo que possa ser visto como possibilidade, a partir do que ele mesmo é.⁽²⁰⁾

Por meio do método fenomenológico hermenêutico é possível compreender como pessoas diferentes significam e compreendem experiências semelhantes em suas vidas,

e como essas experiências refletem seus modos de ser e de viver. A fenomenologia é uma investigação que está na realidade e na possibilidade, e busca aquilo que não está à mostra, mas que pode ser revelado como sentido. Essa revelação só é possível através da hermenêutica (interpretação) dos modos de ser do ser-aí, sempre existente em um determinado tempo e espaço.^(17,19)

O estudo foi realizado em uma instituição de saúde especializada no diagnóstico e tratamento ambulatorial de casos de hanseníase e de casos de reações hansênicas, localizada no município de Marituba, na região metropolitana de Belém, Pará, Brasil. A instituição de saúde é referência para todo o estado e, por isso, presta serviços à população residente na capital e nos municípios do interior.

Participaram do estudo 25 pacientes maiores de 18 anos em tratamento para reações hansênicas, independente de tratamento concomitante com poliquimioterapia de combate à hanseníase. Nenhum paciente foi excluído com base nos critérios previamente definidos, os quais foram possuir limitações cognitivas ou de fala, que pudessem interferir negativamente na coleta dos dados. Os participantes apresentaram o seguinte perfil: 10 mulheres e 15 homens; idade entre 25 e 40 anos; maioria casados e com filhos; trabalhadores na agricultura (homens) e donas de casa (mulheres).

A coleta de dados foi realizada no período de novembro de 2018 a fevereiro de 2019, por meio de entrevistas fenomenológicas. Esse tipo de entrevista se traduz em um encontro compreensivo, que considera a empatia e o respeito à singularidade do ser, e no qual pesquisador e pesquisado tem a oportunidade de refletir sobre as experiências compartilhadas.⁽²⁰⁾

O acesso aos participantes se deu de modo respeitoso e individual na sala de espera da instituição de saúde, após as devidas autorizações. Em cada oportunidade foi apresentada a proposta do estudo, com construção inicial de vínculo de confiança e formalização de convite para participação voluntária na pesquisa. Todos aqueles que aceitaram participar assinaram termo de consentimento e autorizaram a audiogravação das entrevistas.

As entrevistas individuais foram realizadas por uma pesquisadora treinada no método fenomenológico de pesquisa, em uma sala reservada na própria instituição de saúde; elas aconteceram antes ou após as consultas de rotina médica ou de enfermagem, de acordo com a conveniência dos participantes; duraram de 30 a 60 minutos e seguiram um roteiro com três questões: "Para você o que significa ter reação hansênica?", "fale-me sobre o seu dia a dia a partir do surgimento das reações hansênicas", "como você compreende o seu tratamento para reações hansênicas?".

Quando os depoimentos se mostraram repetidos, sem acréscimo de novas respostas, considerou-se a saturação dos dados e optou-se por encerrar as entrevistas.

As entrevistas foram codificadas e transcritas imediatamente após realizadas. Em seguida foram estudadas em detalhes e de modo independente por três pesquisadoras, que posteriormente reuniram suas análises em busca de temas convergentes e divergentes, visando um consenso de opiniões para maior rigor às análises compreensiva e interpretativa das falas. Foram, portanto, duas etapas de análise fenomenológica.

Na primeira etapa, que correspondeu aos resultados do estudo, foram organizadas duas unidades temáticas: "Significando as reações hansênicas" e "Convivendo com as reações hansênicas". Esses resultados representaram a compreensão pré-reflexiva dos participantes acerca das suas experiências; é o modo como entendem e significam as suas experiências; é o que pensam e falam sobre si mesmos e sobre a sequência de fatos vividos no cotidiano.

Para a construção da segunda etapa de análise, que correspondeu à discussão dos resultados, as pesquisadoras partiram da compreensão pré-reflexiva para a elaboração da hermenêutica das falas, por meio da qual com base nos principais conceitos de Heidegger foram buscados os sentidos velados nos depoimentos dos participantes.

Esse movimento de análise foi denominado pelo filósofo de círculo hermenêutico, que é composto pela tríade pré-compreensão, compreensão e interpretação. Nele, considera-se que o todo só pode ser compreendido de modo autêntico a partir do significado de suas partes, e cada parte só pode ser entendida quando compõe o conjunto do todo. Assim, o conhecimento é renovado circularmente, e uma nova compreensão é sempre possível.^(17,19-21)

Em todas as fases deste estudo foram respeitados os pressupostos constantes na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que versa sobre a ética em pesquisa com seres humanos. Foram garantidos a confidencialidade e o sigilo necessários para a não identificação dos participantes, além de ter sido assegurado a todos o direito de abandonar o estudo em qualquer momento, sem prejuízos de qualquer natureza. O estudo recebeu parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Pará (CAAE nº 98289118.6.0000.5170; Parecer nº 2.972.787/2018).

RESULTADOS

Unidade 1 – Significando as reações hansênicas

Para os participantes do estudo a reação hansênica significa um estado constante de desconforto físico e mal-estar

geral, com manifestações clínicas representadas por sinais e sintomas que vem e vão, como se fossem a própria doença hansênica. Essa compreensão demonstra como é difícil para alguns a dissociação entre a doença e o estado reacional, ora compreendido como uma das sequelas da hanseníase, ora considerado o responsável pela existência de sequelas e manifestações clínicas com as quais precisam conviver no dia-a-dia:

As reações são constantes, hoje está bem, amanhã está com reação. Dói aqui e dói ali; fico toda "empolada", coça, dói [...] se sente muita dor! (Entrevistado 14).

Tive dor, problemas nas mãos [...] eu estava bom! Quer dizer que a reação me deixou com sequela, principalmente nas mãos [...] à noite eu sinto tremor, dor de cabeça, dor no corpo, choro [...] agora apareceu uma inflamação no meu pé; já estou jogando os pés quando ando (Entrevistado 18).

[...] eu tive caroços, dores no meu corpo, muita febre, muito frio, muito frio, mesmo! [...] e chorava de dor no meu joelho, nas minhas pernas; eu nem conseguia andar (Entrevistado 24).

Para os participantes do estudo ter reação hansênica significa ter medo de morrer e preocupar-se consigo e com familiares. Essas preocupações incluem o reconhecimento da necessidade de acesso a um serviço de saúde capaz de oferecer o tratamento que entendem ser o mais adequado.

Para mim foi um pesadelo [...] pelo que passei foi para ver a morte de frente! Porque lá onde eu estava [no interior do estado] o tratamento não é especificado; como você vê eu ia morrer "à míngua"! Muito ruim isso aí! Terrível! (Entrevistado 2).

Fiquei preocupado [...] pensei que a coisa estava se agravando! (Entrevistado 3).

Foi um choque, tanto para mim como para a minha família! porque não era só eu que estava passando por essa situação, minha família estava junto comigo. Foi um sofrimento! (Entrevistado 21).

Nesse sentido, os modos como os participantes compreendem e significam as reações hansênicas expressam, muitas vezes, as incertezas quanto a origem do problema e suas consequências. Há preocupações com o acesso ao tratamento resolutivo, o que envolve diretamente os modos como estão organizadas as redes de assistência à saúde na capital e no interior do estado.

Unidade 2 – Convivendo com as reações hansênicas

Uma vez imposta a necessidade de conviver durante meses ou anos com as reações hansênicas, muitos sofrem com baixa autoestima e vergonha dos questionamentos alheios e do julgamento social característico do estigma que existe em função da hanseníase, e que de alguma forma continua no cotidiano daqueles que, mesmo sem a doença, convivem com os estados reacionais.

Eu nem me olhava no espelho, eu estava muito feia! (Entrevistado 5).

Meu corpo ficou todo pintado, manchado, aquelas manchas feias, e as pessoas me paravam na rua e me perguntavam o que era aquela coisa (Entrevistado 9).

Quando as pessoas me perguntam digo que é do sol, que queimou o rosto [...] fico sem jeito e prefiro não falar (Entrevistado 10).

Por vezes as pessoas que sofrem com as reações hansênicas pensam em desistir de seus projetos de vida e se veem obrigadas a mudar suas rotinas diárias, o que ocorre principalmente quando se sentem limitadas, com muita dor ou quando dependem de ajuda frequente para a realização de tarefas básicas como levantar, comer e tomar banho. Em outros casos, no entanto, mesmo se sentindo fisicamente capaz, a pessoa em tratamento das reações hansênicas escolhe limitar-se em suas atividades sociais cotidianas, para esconder as marcas aparentes no corpo, geradoras de preconceitos nos outros e em si mesmo.

Quando eu estou com dor eu não consigo fazer nada; tomar banho, comer [...] a mãe fazia tudo para mim, penteava meu cabelo, me vestia; eu não fazia porque doía muito (Entrevistado 1).

Você não faz nada, você é uma pessoa inútil! até para levantar é obrigado ter pessoas para te ajudar (Entrevistado 2).

Sair no sol? Tu podes até sair, mas quando voltares estás igual a um carvão, porque tu “empreta”! [...] tu já não podes usar as roupas que usavas; tens que andar assim, toda “empacotada” (Entrevistado 14).

É só da cama para a rede e da rede para a cama [...] qualquer serviço que eu fizer me dá “canseira” (Entrevistado 19).

Quando eu sinto [as reações hansênicas] dificilmente saio de casa [...] pensando sobre o que as pessoas vão falar em ver isso, por não estarem acostumadas a ver isso no dia-a-dia delas [...] quando está saindo os nódulos eu coloco um casaquinho de manga longa para poder ficar menos perceptível (Entrevistado 21).

Eu não uso mais os meus shorts curtos que eu gostava de usar; agora só uso calça (Entrevistado 25).

Por vezes, o único local onde a pessoa com reação hansênica se sente acolhida e segura é o seu próprio lar, junto à sua família. Apesar disso, em muitos casos esse acolhimento e segurança são reconhecidos também nas relações construídas com os profissionais de saúde, quando há confiança e apoio à realização do tratamento e quando veem nesses profissionais comportamentos de empatia, paciência e solidariedade.

É o primeiro lugar que eu vejo que as pessoas tratam a gente bem, primeiro lugar! Foi aqui, cada sala que eu entro são pessoas diferentes que me tratam super bem, bem mesmo! O atendimento é muito bom! (Entrevistado 5).

Quando venho aqui sou bem tratada [...] estou respondendo bem ao tratamento. Aqui eu melhoro bastante! (Entrevistado 13).

Aqui sempre me recebem bem, me alimento bem, sou bem alimentado! Sou bem recebido (Entrevistado 19).

O apoio para o tratamento das reações hansênicas e o acolhimento institucional a todas as pessoas que sofrem com essas reações é fundamental para que acreditem na cura e para que não desistam do tratamento, uma vez que a demora na remissão dos sinais e sintomas contribui para a desesperança de muitos, e para dúvidas sobre o tratamento, algo que torna o trabalho da equipe de saúde ainda mais desafiador.

Eu conversando com a médica, ela pediu para eu ter paciência porque vai chegar ao fim! Eu espero né? É muito demorado! Dizem que o tratamento é de um ano, mas eu já vou fazer quatro anos! (Entrevistado 16).

Eu estou achando lento; pelo tempo que estou já não devia estar sentindo tudo isso! Penso às vezes em parar de tomar o remédio, mas depois penso que não (Entrevistado 17).

Ele disse que era para eu vir só quando tivesse reação, só que acaba que eu venho todo mês, porque todo mês eu tenho reação! Todo mês eu tenho que tomar remédio! Caso eu não tome não consigo fazer nada! (Entrevistado 25).

DISCUSSÃO

Na busca por superar a compreensão mais imediata do fenômeno, a análise hermenêutica possibilitou compreender

que as reações hansênicas afastam do ser-aí aquilo que em sua vida é habitual e familiar. Há uma ruptura da totalidade do seu ser, que se manifesta em um cotidiano de preocupações, insegurança e medo pelo que há no presente e por tudo que poderá surgir no futuro.

Para Heidegger o medo é angústia imprópria que se entrega à decadência do mundo e, como tal, é uma angústia nela mesmo velada.⁽²¹⁾ Angustiado, o ser-com reações hansênicas teme não mais poder ser-com-outros, pois sua condição pode levá-lo à perda da convivência. O ser-com-outros, assim como ser-junto-a, são estruturas fundamentais que dão sentido a nossa existência com os demais seres no mundo, sem as quais não subsistimos.

Sendo-com e sendo-junto-a-outros vivemos e convivemos no mundo na maior parte do tempo imersos no modo de ser cotidiano, em que as relações com as coisas e com os outros se manifestam publicamente, dia após dia, e estão alicerçadas na *impessoalidade*.⁽¹⁹⁾

É graças à impessoalidade e à publicidade da vida cotidiana que o ser-com reações hansênicas se vê a partir dos outros; a partir do que outros veem, falam, questionam e pensam, projetando em si mesmo a visão e a compreensão de outros seres-aí. Há uma preocupação que é imprópria, na maior parte do tempo, e faz com que o ser-com reações hansênicas não se antecipe em relação as suas possibilidades de ser, e não compreenda de modo autêntico a sua existência no mundo.

O compreender para Heidegger não é uma capacidade do ser-aí de entendimento ou de razão, mas uma estrutura do seu próprio ser, de sua existência, enquanto abertura de si mesmo como possibilidade. A compreensão para o filósofo é a "visão" do ser-aí, ou seja, a sua "clarividência".

Por outro lado, o não compreender circunda a vida de todo ser-aí, porque resulta do mundo fático em que habita, e porque no cotidiano ser-com é estar lançado ao mundo de multiplicidades, uma definição que na verdade não é do ser, mas sim do ente.^(18,22) Ser-no-mundo, portanto, implica na possibilidade desafiadora de transcender o fático e ampliar os significados da existência,^(21,22) contudo o ser-com reações hansênicas está ocupado e preocupado demais para ver as possibilidades de si mesmo.

Ocupação é o modo de ser em que é preciso produzir, fazer, tratar e cuidar de alguma coisa. Por sua vez, a preocupação se trata dos relacionamentos possíveis entre seres humanos. Nesse sentido, não se isola o ser-aí em si mesmo, pois ele não consegue encontrar uma definição para si sozinho. Para Heidegger ocupação e preocupação são estruturas fundamentais do ser-aí enquanto cuidado.^(17,21)

O cuidado pode ser compreendido de três modos distintos: cuidado de si mesmo, cuidado com os utensílios e

com as obras e cuidado com os outros seres-aí. O cuidado de si antecede qualquer cuidado, porque o ente só possui um sentido a partir do movimento que ele faz em direção à vida, dando sentido ao seu próprio ser.^(20,23-25)

O cuidado com os utensílios e com as obras representa a primeira consciência do outro, entendido como ocupação do próprio ser-aí. A ocupação com o outro é o que qualifica o cuidado no cotidiano e faz do ser-aí um ser privilegiado, por não o retirar do conforto de sua cotidianidade. O cuidado com os outros significa o zelo, a preocupação e o desvelar do outro.^(20,24)

Para o ser-com reações hansênicas o cuidado é compreensivo quando representado por acolhimento, empatia e solidariedade, e quando capaz de gerar segurança e confiança. Essa relação de cuidado se baseia no autêntico ser-com-os-outros, e não no ser-para-outros, ou no ser-em-relação-aos-outros. No cuidado compreensivo não se tira do outro a sua responsabilidade, mas se permite sua abertura ao mundo, à cura, possibilitando ao outro ir além de sua própria existência.^(24,25)

No cotidiano do ser humano enquanto ente isso não apenas ratifica a importância do manejo clínico adequado das reações hansênicas, mas aponta para a necessidade de compreender os aspectos subjetivos que influenciam os modos de ser e as necessidades individuais das pessoas que sofrem com essas reações, para as quais as práticas de cuidado autêntico podem e devem ser compreendidas por nós profissionais de saúde, sob a perspectiva ontológica do cuidado enquanto possibilidade de ser e de conviver.

As limitações do estudo estão relacionadas à não generalização dos resultados, uma vez que a pequena quantidade de entrevistas pode não ser representativa do conjunto de pessoas que vivem com reações hansênicas na região da pesquisa. Apesar disso, os resultados apontam para semelhanças nos significados atribuídos e nas experiências de vida dos participantes, sugerindo que novas investigações são importantes para elucidar tais achados.

Este estudo foi importante para que o ser-com reações hansênicas se desvelasse a partir de si mesmo, significando o fenômeno vivido e proporcionando conhecimentos interessantes para a organização e o planejamento do cuidado de enfermagem e saúde. Compreender significados e sentidos pode impulsionar a prática de um cuidado profissional empático, não reducionista e preocupado com o diálogo e com as necessidades específicas de cuidado-com-o-outro.

O cuidado pretendido é aquele que seja capaz de reconhecer de modo sensível e autêntico que cada ser é único em seus modos de ser/estar no mundo, e que as relações de cuidado envolvem muito mais do que aspectos técnicos, físicos ou biológicos e, por isso, precisam ser discutidas em termos de existência e experiências humanas.

CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo revelaram questões importantes para o cuidado de enfermagem às pessoas que vivenciam a experiência de ser-com reações hansênicas, pois indicam que essas pessoas podem viver com dor, vergonha, desesperança, medos, incertezas e preocupações, que as afetam em seus modos de ser e transformam profundamente o seu cotidiano pessoal, social e familiar, em que as necessidades específicas de cuidado nem sempre são atendidas. Por sua vez, o sentido de ser-com reações hansênicas se desvela nos modos de ser da impessoalidade, ambiguidade, curiosidade e publicidade da vida cotidiana, em que o ser-com reações hansênicas se vê a partir dos outros, projetando em si mesmo a visão e a compreensão de outros *seres-aí*. Há uma preocupação que é imprópria, na maior parte do tempo, e faz

com que o ser-com reações hansênicas não se antecipe em relação as suas possibilidades de ser, e não compreenda de modo autêntico a sua existência no mundo.

Agradecimentos

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior/Ministério da Educação – Processo nº 139.2017.00.

Contribuições

Concepção e/ou desenho do estudo: Martins TDR, Sá AMM, Santos MNA, Palmeira IP; Coleta, análise e interpretação dos dados: Martins TDR, Sá AMM, Santos MNA; Redação e/ou revisão crítica do manuscrito: Martins TDR, Sá AMM, Santos MNA, Palmeira IP; Aprovação da versão final a ser publicada: Martins TDR, Sá AMM, Santos MNA, Palmeira IP.

REFERÊNCIAS

- Naaz F, Mohanty PS, Bansal AK, Kumar D, Gupta UD. Challenges beyond elimination in leprosy. *Int J Mycobacteriol*. 2017;6(3):222-8.
- Lima SM, Brito KK, Santana EM, Nóbrega MM, Carvalho PS, Oliveira SH, et al. Qualidade de vida de pacientes com reações hansênicas. *Cogitare Enferm*. 2019;24:e62921.
- Menezes VM, Guedes JC, Fernandes LS, Haddad NM, Lima RB, Martins ES, et al. Clinical and epidemiological profile of leprosy patients admitted to a university hospital in Rio de Janeiro between 2008 and 2017. *Medicina (Ribeirão Preto)*. 2019;52(1):7-15.
- Silva LM, Barsaglini RA. "A reação é o mais difícil, é pior que Hanseníase": contradições e ambiguidades na experiência de mulheres com reações hansênicas. *Physis*. 2018;28(4):e280422.
- Carvalho FP, Simpson CA, Miranda FA, Pinto ÉS. Estar/ser no mundo com Hanseníase: Qual é o meu lugar? *Hansen Int*. 2016;41(1-2):99-104.
- Neiva RJ, Grisotti M. Representações do estigma da Hanseníase nas mulheres do Vale do Jequitinhonha-MG. *Physis*. 2019;29(1):e290109.
- Cruz A. Uma cura controversa: a promessa biomédica para a Hanseníase em Portugal e no Brasil. *Physis*. 2016;26(1):25-44.
- Aquino CM, Rocha EP, Guerra MC, Coriolano MW, Vasconcelos EM, Alencar EN. Peregrination (Via Crucis) to a diagnosis of leprosy. *Rev Enferm UERJ*. 2015;23(2):185-90.
- Lopes FN, Lana FC. Social participation in leprosy control: a challenge for health services. *Rev Enferm UERJ*. 2015;23(2):235-40.
- Santos AK, Ribeiro AP, Monteiro S. The production of social discourse on Hansen's disease and health education materials in Brazil: a skin patch as something harmless or a serious disease? *Lepr Rev*. 2012;83(1):24-33.
- Maia JA, Rêgo WR, Celestino JT, Celestino PT. Hansen's disease: stigma and prejudice faced by inmates of Casa de Acolhida Souza Araújo in the city of Rio Branco. *Nursing (São Paulo)*. 2012;14(166):164-70.
- Martins AM, Savassi LC, Almeida SS, Modena CM. Privação e padecimento: uma compreensão existencial do ser frente à Hanseníase. *Hansen Int*. 2012;37(1):59-67.
- Lanza F, Lana FC. Access to primary health care leprosy control actions in an endemic micro-region of Minas Gerais, Brazil. *Rev APS*. 2012;14(3):343-53.
- Rocha AC, Landim FL, Caprara A, Lefèvre A, Lefèvre F. O discurso coletivo de ex-hanseniano morador de um antigo leprosário no nordeste do Brasil. *Interface (Botucatu)*. 2011;15(36):213-23.
- Silva MC, Paz EP. Educação em saúde no programa de controle da Hanseníase: a vivência da equipe multiprofissional. *Esc Anna Nery*. 2010;14(2):223-9.
- Sá AM, Paz EP. O cotidiano de ser hanseniano: um estudo de enfermagem. *Hansenol Int*. 2007;32(1):49-55.
- Saldanha ZO, Sá AM, Santos MN, Santana ME. O cuidado de enfermagem para a mulher que vivencia câncer de mama com metástase óssea. *Enferm Foco*. 2021;11(5):34-9.
- Neubauer BE, Witkop CT, Varpio L. How phenomenology can help us learn from the experiences of others. *Perspect Med Educ*. 2019;8(2):90-7.
- Linhares SR, Paz EP. Tratamento da tuberculose na estratégia saúde da família: olhar do profissional. *Enferm Foco*. 2019;10(5):179-84.
- Heidegger M. *Ser e tempo*. 10a ed. Petrópolis: Vozes; 2015.
- Santos MN, Sá AM, Quaresma JA. Meanings and senses of being a health professional with tuberculosis: an interpretative phenomenological study. *BMJ Open*. 2020;10:e035873.
- Finnegan S, Bruce J, Seers K. Life after falls prevention exercise - experiences of older people taking part in a clinical trial: a phenomenological study. *BMC Geriatr*. 2021;21:91.
- Ramos CM, Pacheco ZM, Vargas IM, Araújo PA. Existential analysis of mothers in the care of their children with Sickle Cell Disease. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(Suppl 4):e20180521.
- Cestari VR, Moreira TM, Pessoa VL, Florêncio RS, Silva MR, Torres RA. A essência do cuidado na vulnerabilidade em saúde: uma construção heideggeriana. *Rev Bras Enferm*. 2017;70(5):1112-6.
- Azeredo JL. Selbstsorge – Cuidado de si e Fürsorge – Preocupação a partir de Heidegger: Análise ontológica em relação à educação. *Rev Ling Ensino Educação*. 2017;1(1):1-8.

DESENVOLVIMENTO DE TECNOLOGIA EDUCACIONAL PARA FAMILIARES SOBRE O BANHO DE OFURÔ NO DOMICÍLIO PARA RECÉM-NASCIDOS

DEVELOPMENT OF EDUCATIONAL TECHNOLOGY FOR FAMILY MEMBERS ABOUT THE HOT TUB AT HOME FOR NEWBORNS

DESARROLLO DE TECNOLOGÍA EDUCATIVA PARA FAMILIARES SOBRE EL BAÑO DE OFURO EN CASA PARA RECIÉN NACIDOS

Ana Beatriz Gomes Guimarães¹ (<https://orcid.org/0000-0002-8406-2668>)

Lihsieh Marrero¹ (<https://orcid.org/0000-0002-2856-5682>)

Alessandra Pinheiro Vidal¹ (<https://orcid.org/0000-0002-3563-0606>)

Aline Libório de Oliveira¹ (<https://orcid.org/0000-0002-1790-356X>)

Elielza Guerreiro Menezes¹ (<https://orcid.org/0000-0003-1804-6384>)

Aldalice Aguiar de Souza¹ (<https://orcid.org/0000-0002-3002-4578>)

Elizabeth Teixeira¹ (<https://orcid.org/0000-0002-0361-1443>)

Descritores

Tecnologia educacional; Recém-nascido prematuro; Banhos; Humanização da assistência; Família

Descriptors

Educational technology; Infant newborn premature; Baths; Humanization of assistance; Family

Descriptores

Tecnología educacional; Recién nacido prematuro; Baños; Humanización de la asistencia; Familia

Submetido

17 de Abril de 2021

Aceito

20 de Julho de 2021

Conflitos de interesse:

nada a declarar.

Autor correspondente

Ana Beatriz Gomes Guimarães
E-mail: beagguimaraes@outlook.com

RESUMO

Objetivo: Desenvolver uma tecnologia educacional para familiares sobre o banho de ofurô no domicílio em recém-nascidos prematuro e de baixo peso.

Métodos: Estudo metodológico de desenvolvimento tecnológico, realizado em três etapas: revisão da literatura, produção tecnológica, validação de conteúdo a partir da manifestação de juízes-especialistas. Coleta de dados por meio de instrumento com escala de Likert. Análise dos dados por aplicação do Índice Kappa e do Índice de Validade de Conteúdo.

Resultados: Na etapa de revisão emergiram os temas geradores. Na etapa de produção obteve-se um livro ilustrado digital intitulado "Banho de Ofurô em Casa: Guia de Orientação aos Pais e Familiares de Recém-Nascidos Prematuros e com Baixo Peso". Na etapa de validação verificou-se que a tecnologia é válida e adequada, apresentando informações coerentes com a literatura, organizadas de forma objetiva e clara, contendo descrição detalhada da técnica, com ilustrações expressivas e sincrônicas com o texto.

Conclusão: A tecnologia desenvolvida revelou-se válida para a preparação dos familiares para a alta e, com potencial para a difusão do conhecimento quanto ao cuidado neonatal.

ABSTRACT

Objective: To develop an educational technology for family members about the hot tub bathing at home for premature and/or low weight newborns.

Methods: Methodological study of technological development, carried out in three stages: literature review, technological production, content validation based on the opinion of 17 expert judges. Data collection using a Likert scale instrument. In the data analysis, the Kappa Index and Content Validity Index were applied.

Results: In the review stage, the generating themes emerged. In the production stage, a digital illustrated book was obtained entitled "Bath of Ofuro at Home: Orientation Guide for Parents and Family of Premature and Low Weight Newborns". In the validation stage, it was found that the technology is valid and adequate, presenting information consistent with the literature, organized in an objective and clear manner, containing a detailed description of the technique, with expressive and synchronous illustrations with the text.

Conclusion: The technology developed proved to be valid for the preparation of family members for discharge and, with the potential for the dissemination of knowledge regarding neonatal care.

RESUMEN

Objetivo: Desarrollar una tecnología educativa para familiares sobre el baño de ofuro en casa para recién nacidos prematuros y/o de bajo peso.

Métodos: Estudio metodológico del desarrollo tecnológico, realizado en tres etapas: revisión de literatura, producción tecnológica, validación de contenido en base a la opinión de 17 jueces expertos. Recolección de datos utilizando un instrumento de escala Likert. En el análisis de datos se aplicó el Índice Kappa y el Índice de Validez de Contenido.

Resultados: En la etapa de revisión surgieron los temas generadores. En la etapa de producción se obtuvo un libro ilustrado digital titulado "Baño de ofuro en casa: Guía de Orientación para Padres y Familia de Recién Nacidos Prematuros y de Bajo Peso". En la etapa de validación, se encontró que la tecnología es válida y adecuada, presentando información consistente con la literatura, organizada de manera objetiva y clara, conteniendo una descripción detallada de la técnica, con ilustraciones expresivas y sincrónicas con el texto.

Conclusión: La tecnología desarrollada demostró ser válida para la preparación de los familiares para el alta y, con potencial para la difusión de conocimientos sobre la atención neonatal.

¹Universidade do Estado do Amazonas, Manaus, AM, Brasil

Como citar:

Guimarães AB, Marrero L, Vidal AP, Oliveira AL, Menezes EG, Souza AA, et al. Desenvolvimento de tecnologia educacional para familiares sobre o banho de ofurô no domicílio para recém-nascidos. *Enferm Foco*. 2021;12(6):1184-8.

DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n6.4861>

INTRODUÇÃO

O bem-estar de recém-nascidos (RN) prematuros e de baixo peso no ambiente domiciliar contribui para minimizar adoecimentos e morte. O banho de ofurô (BO) é uma técnica utilizada para oferecer ao RN conforto, alívio da dor e redução do estresse.⁽¹⁾ As tecnologias educacionais (TE) voltadas a orientação de familiares contribuem para a manutenção de cuidados sem auxílio profissional.

Anualmente, 30 milhões de bebês nascem antes do tempo e 2,5 morrem nos primeiros 28 dias de vida, sendo 80% dessas mortes atribuíveis a prematuridade e ao baixo peso. O Brasil, figura entre os dez países que mais registram nascimentos prematuros e de baixo peso.⁽²⁾ A ampliação dos leitos em unidades neonatais, a qualificação profissional e a implementação rotinas humanizadas no cuidado são estratégias para reduzir os indicadores de mortes neonatais.^(3,4)

O BO está entre as técnicas de cuidado para auxiliar o RN na adaptação à vida extrauterina.⁽⁵⁾ Nessa fase, a simulação do ambiente intrauterino, favorece o desenvolvimento, o ganho de peso e reduz o tempo de internação.⁽⁶⁾ A técnica consiste na imersão do bebê em balde com água aquecida, proporcionando relaxamento, sensação de segurança e limite corporal. Quando os familiares são preparados para executar a técnica, seus benefícios podem ser ampliados para o domicílio.⁽⁷⁾

O preparo da família para receber o RN no ambiente domiciliar deve ser assegurado durante a internação, considerando as alterações nas expectativas quanto a chegada do novo membro. O incentivo e o envolvimento dos familiares nos cuidados, deve ser promovido pela equipe de saúde.⁽⁸⁾ É neste momento que o profissional tem a oportunidade de demonstrar, orientar e tirar dúvidas sobre o cuidado, possibilitando o desenvolvimento de habilidades necessárias ao cuidado domiciliar.⁽⁹⁾ A necessidade de cuidados específicos após a alta, impõe aos familiares aquisição de conhecimentos específicos, até então estranhas a eles.⁽¹⁰⁾ Nestes casos a aplicação de TE na preparação para a alta é útil.

As TE são técnicas, processos e dispositivos aplicados para gerar conhecimento e colaborar no ensino-aprendizagem, favorecendo o desenvolvimento da segurança e a aplicação do conhecimento científico a prática.⁽¹¹⁾ Nesta perspectiva, o objetivo do estudo foi desenvolver uma TE para familiares sobre o BO no domicílio em RN.

MÉTODOS

Estudo metodológico de desenvolvimento tecnológico, realizado entre maio de 2020 a fevereiro de 2021, em três etapas: revisão integrativa da literatura (RIL), produção

tecnológica e validação de conteúdo do livro ilustrado digital "Banho de Ofurô em Casa: Guia de Orientação aos Pais e Familiares de Recém-Nascidos Prematuros e com Baixo Peso".

Na primeira etapa, conduziu-se a RIL, para responder à pergunta: quais os benefícios da técnica para os RN? As bases eletrônicas eleitas para a RIL foram Literatura da América Latina e Caribe, Base de Dados de Enfermagem, *Scientific Electronic Library Online*. As buscas foram realizadas a partir dos Descritores em Ciências da Saúde, selecionados na Biblioteca Virtual de Saúde: Hidroterapia (*Hydrotherapy; Hidroterapia*), Recém-nascido (*Infant, newborn; Recién nacido*), Humanização da assistência (*Humanization of assistance; Humanización de la atención*). Foram incluídas na RIL publicações de pesquisas originais; disponíveis na íntegra, nos idiomas português, inglês ou espanhol, publicadas entre os anos de 2000 e 2020. Foram localizadas 48 publicações, sendo 13 elegíveis.

Na segunda etapa foi produzido o protótipo da TE, a partir dos temas emergentes na RIL. As imagens foram ilustradas, aplicando a técnica de vetorização utilizando o software Illustrator[®]. Após a diagramação e editoração, a primeira versão foi revisada por três *experts* na técnica. A modalidade de livro ilustrado foi escolhida, por possibilitar o diálogo entre texto e imagem, oferecendo ao leitor a experiência ampla e favorecendo o processo de educação em saúde.⁽¹²⁾

A terceira etapa foi a validação de conteúdo da primeira versão, por juizes especialistas, para a determinação de representatividade, entendida como a extensão com que cada item comprova o fenômeno de interesse e a sua dimensão dentro do que se investiga.^(13,14) Foram convidados 29 enfermeiros, selecionados pela Plataforma Lattes, tendo como critério de inclusão o registro da titulação acadêmica; da experiência profissional, acadêmica e/ou científica em enfermagem neonatal e/ou na prática no BO. O convite foi realizado via e-mail e 17 convidados aceitaram participar. Para estes, um novo e-mail com o link de acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, a TE em arquivo PDF e o link de acesso ao instrumento de avaliação na plataforma online Google Forms.

Para a coleta de dados, utilizou-se um instrumento com dimensões referentes ao objetivo, a apresentação e a relevância, permitindo avaliar o conteúdo da TE quanto a utilidade, clareza, objetividade, simplicidade, atualização, vocabulário e sequência instrucional. Os itens foram julgados como "adequado", "adequado com alterações" ou "inadequado". Para aqueles considerados "adequados com alterações" ou "inadequado", os juizes apresentaram sugestões. As respostas registradas foram organizadas em planilha e

as análises foram conduzidas no pacote estatístico R versão 4.2.2.

Na análise dos dados aplicou-se o Índice Kappa (K) para medir a concordância entre as respostas dos juizes por item, considerando-se os intervalos de K como < 0,00=ausência de concordância; 0,00 a 0,19=concordância pobre; 0,20 a 0,39=concordância leve; 0,40 a 0,59= concordância moderada; 0,60 a 0,79=concordância substantiva; 0,80 a 1,00=concordância quase perfeita.⁽¹⁵⁾ Aceitou-se a inclusão do item quando K > 0,61.

A representatividade do item em relação ao conteúdo foi obtida pelo Índice de Validade de Conteúdo (IVC), que é a proporção entre os julgamentos válido e o total de avaliações de cada item. O IVC geral foi obtido pela divisão do somatório dos IVC por itens pelo total de itens.⁽¹⁶⁾ Aceitou-se o IVC ≥ 0,75, tanto para os itens como para o geral. A TE foi reformulada considerando as sugestões dos juizes. Esse estudo é parte de uma pesquisa maior, aprovada pelo comitê de ética em pesquisa da Universidade do Estado do Amazonas (CAAE 12466119.3.0000.5016; Parecer 3.456.197).

RESULTADOS

Na etapa de revisão emergiram quatro temas geradores. Na etapa de produção, obteve-se o livro ilustrado digital intitulado “Banho de Ofurô em Casa: Guia de Orientação aos Pais e Familiares de Recém-Nascidos Prematuros e com Baixo Peso”, na primeira versão com 23 páginas. Na etapa de validação a maioria dos juizes eram do sexo feminino (90%), com idade entre 22 e 61 anos, tempo de formação médio de 9,5, sendo mais da metade especialistas em enfermagem neonatal (64,7%), atuantes em instituições assistenciais (64,7%) e de ensino (35,3%) (dados não apresentados em tabelas). No conjunto, a TE foi considerada válida (IVC geral=0,92; K=0,86). Na avaliação dos itens referentes a descrição da técnica os juizes consideraram que o material convida o leitor de forma adequada para a realizar o procedimento (IVC=0,88; K=0,87). As orientações feitas quanto a organização do ambiente e do material necessário para a execução do BO foram bem avaliadas (IVC=0,88; K=0,87) (Tabela 1).

A descrição detalhada da técnica foi considerada adequada (IVC=0,88; K=0,87), sendo as ilustrações suficientes e com expressividade adequada (IVC=0,94; K=0,93). A sincronia entre imagens e textos também foi avaliada como adequada (IVC=0,94; K=0,93) (Tabela 1).

O parecer final, considerou o conteúdo da TE útil ao público-alvo, apresentando informações coerentes com a literatura científica (IVC=0,94; K=0,93), transmitida de forma clara (IVC=1,00; K=1,00) e suficiente (IVC=0,88; K=0,87). A sequência instrucional apresentada também foi

Tabela 1. Julgamento dos juizes (n=17) sobre itens componentes do livro ilustrado digital “Banho de Ofurô em Casa: Guia de Orientação aos Pais e Familiares de Recém-Nascidos Prematuros e com Baixo Peso”

Itens referentes a descrição da técnica	Julgamento		IVC*	K**
	Adequado n(%)	Adequado com alterações n(%)		
Convida para realizar o procedimento	15(88,3)	2(11,8)	0,88	0,87
Orienta quanto a organização do ambiente e materiais necessários para executar a técnica	15(88,3)	2(11,8)	0,88	0,87
Descreve detalhadamente a técnica	15(88,3)	2(11,8)	0,88	0,87
Suficiência das ilustrações	16(94,1)	1(5,9)	0,94	0,93
Expressividade das ilustrações	16(94,1)	1(5,9)	0,94	0,93
Sintonia entre imagens e textos	16(94,1)	1(5,9)	0,94	0,93

*IVC - Índice de Validade de Conteúdo; **K - Índice Kappa

considerada adequada, bem como o vocabulário adotado (IVC=0,88; K=0,87), e o formato digital (IVC=0,88; K=0,87) (Tabela 2).

Tabela 2. Parecer final dos juizes especialistas (n=17) quanto ao conteúdo do livro ilustrado digital “Banho de Ofurô em Casa: Guia de Orientação aos Pais e Familiares de Recém-Nascidos Prematuros e com Baixo Peso”

Requisitos	Parecer final		IVC*	K**
	Adequado n(%)	Adequado com alterações n(%)		
Utilidade	16(94,1)	1(5,9)	0,94	0,93
Coerência científica da informação	16(94,1)	1(5,9)	0,94	0,93
Clareza	17(100,0)	-(-)	1,00	1,00
Suficiência do Conteúdo	15(88,3)	2(11,8)	0,88	0,87
Sequência instrucional dos tópicos	15(88,2)	2(11,8)	0,88	0,87
Vocabulário	15(88,2)	2(11,8)	0,88	0,87
Formato digital	15(88,2)	2(11,8)	0,88	0,87

*IVC - Índice de Validade de Conteúdo; **K - Índice Kappa

Quatro itens foram avaliados como adequados com alterações. Para o item “convite para realizar o procedimento” foi sugerida a alteração no requisito “suficiência da informação”, ampliando a descrição dos benefícios do BO para o bem-estar e desenvolvimento do bebê (Quadro 1). O item “descreve a organização do ambiente e material necessário para a execução da técnica”, apresentou necessidade de alteração no requisito “suficiência da informação”, sendo sugerido apresentar as alternativas para aferir a temperatura da água e detalhar o procedimento de aferição da temperatura corporal do bebê antes do procedimento (Quadro 1). Para o item “descreve a técnica”, foi sugerida alteração no requisito “sincronia entre imagem e texto”, em especial na imagem do bebê no balde, adequando-a ao texto descritivo. No item “descreve visualmente a técnica”, as avaliações sugeriram alteração no requisito “expressividade das ilustrações”, aumentando o contraste entre as cores da imagem (Quadro 1).

Quadro 1. Sugestões dos juízes para a versão final do livro ilustrado digital “Banho de Ofurô em Casa: Guia de Orientação aos Pais e Familiares de Recém-Nascidos Prematuros e com Baixo Peso”

Item	Requisitos com alterações	Sugestões dos juízes
Convida para realizar o procedimento	Suficiência da informação	-Ampliar a descrição dos benefícios do BO para o RN
Descreve a organização do ambiente e material necessários para a execução da técnica	Suficiência da informação	-Apresentar alternativas para a mensuração da temperatura da água -Detalhar procedimento de mensuração da temperatura corporal do RN
Descreve a técnica	Sincronia entre texto e imagem	-Aprimorar a imagem do RN no balde, adequando ao descrito no texto
Descreve visualmente a técnica	Expressividade das ilustrações	-Aumentar o contraste entre as cores nas imagens da mãe e do RN

Após os ajustes, chegou-se à versão final do livro ilustrado digital, com 18 páginas. Uma representação ilustrativa de páginas da tecnologia é apresentada na figura 1.

DISCUSSÃO

O livro ilustrado digital “Banho de Ofurô em Casa: Guia de Orientação aos Pais e Familiares de Recém-Nascidos Prematuros e com Baixo Peso”, foi considerado como TE adequada para ser aplicada na preparação de familiares para executarem a técnica após a alta do RN, com IVC geral, acima do estabelecido na literatura como aceitável.⁽¹⁷⁾ A inclusão de especialistas da área como juízes em processos de validação de TE garante a coerência científica do conteúdo do material produzindo, atribuindo credibilidade ao produto.⁽¹⁸⁾ O resultado favorável do processo de validação desta TE pode ser atribuído a revisão da literatura conduzida na etapa inicial da produção.

As diretrizes nacionais de atenção humanizada ao RN, recomendar que a equipe multiprofissional de saúde oriente

os familiares, quanto aos cuidados no domicílio antes da alta hospitalar, e a aplicação de TE na preparação da família para a alta do RN, contribui para minimizar inseguranças e garantir a manutenção do cuidado sem auxílio profissional.⁽¹⁹⁾

No caso da TE em tela, os itens referentes a organização do ambiente e a descrição da técnica, foram considerados adequados pelos juízes-especialistas, por articular imagens e textos, traduzindo o conhecimento técnico, para a linguagem acessível ao público-alvo, oferecendo o acesso as informações necessárias para a compreensão da mensagem e assimilação das informações transmitidas.⁽²⁰⁾

Estudos mostram que o material educativo que apresenta personagens, ambientes e linguagem familiares ao público-alvo, é mais bem aceito e obtém melhores resultados. Isso porque a semelhança do personagem com o leitor, potencializa a expressão e a comunicação. O reconhecimento do público com o personagem, facilita o desenvolvimento de novas temáticas, a partir da motivação para a mudança de atitude e comportamento por meio da aquisição de novos conhecimentos.⁽²¹⁾

A execução do BO requer habilidades específicas para seguir o passo-a-passo e garantir a experiência positiva do RN.⁽²²⁾ A descrição detalhada da técnica foi considerada adequada, com ilustrações suficientes e expressivas que potencializam a transmissão do conhecimento. A sincronia entre textos e imagem facilita a compreensão de algo novo.⁽²³⁾ Nesta perspectiva, buscou-se oferecer ao leitor a imagem descritiva de cada etapa da técnica, sincronizada com o texto descritivo. Para isso, desenvolveu-se tópicos com textos sobre a preparação do ambiente, dos materiais, o preparo do RN e o passo-a-passo do procedimento.

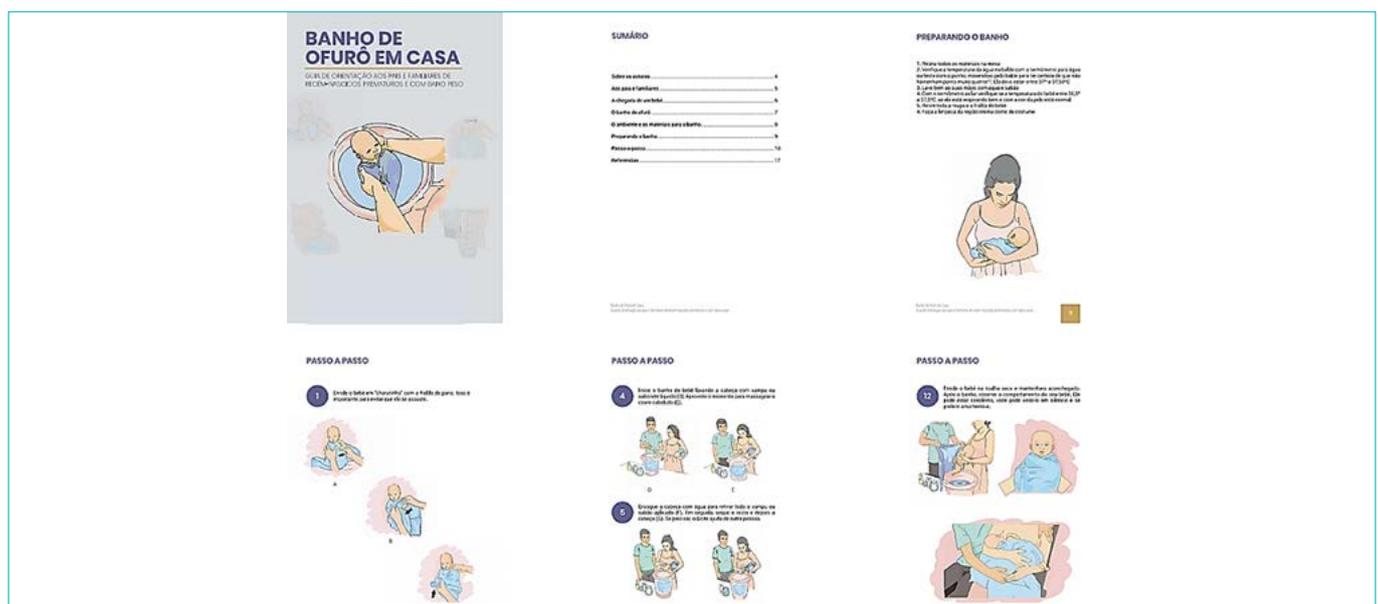


Figura 1. Ilustração representativa de páginas da tecnologia educacional

O formato digital da TE aqui apresentada, foi considerado como adequado pelos juízes. O acesso ao conhecimento por meios digitais é cada vez mais frequente, permitindo o acesso rápido sobre diversos assuntos, ao alcance das mãos.⁽²¹⁾

Apesar dos juízes especialistas terem experiência técnico-científica quanto ao BO, é possível que novos ajustes sejam identificados na aplicação ao público-alvo.

A validação da TE por especialistas, contribuirá para a disponibilidade de material confiável quanto a qualidade das informações, popularizando o BO.

CONCLUSÃO

O livro ilustrado digital "Banho de Ofurô em Casa: Guia de Orientação aos Pais e Familiares de Recém-Nascidos Prematuros e com Baixo Peso" foi considerado válido quanto ao conteúdo. Todos os itens, separadamente, e o material de

forma geral foram avaliados como adequados para orientarem familiares para a execução da técnica. Apesar de adequações terem sido apontadas em alguns itens, os resultados sugerem que o material, está adequado para o uso pelo público. A TE auxiliará na preparação dos pais para a alta do RN, favorecendo a manutenção do cuidado no domicílio, minimizando os danos do nascimento prematuro ao longo da vida.

CONTRIBUIÇÕES

Concepção e desenho do estudo: Guimaraes ABG, Marrero L; Coleta, análise e interpretação dos dados: Guimaraes ABG, Marrero L, Vidal AP, Oliveira AL; Redação e/ou revisão crítica do manuscrito: Guimaraes ABG, Marrero L, Vidal AP, Oliveira AL, Menezes EG, Souza AA, Teixeira E; Aprovação da versão final a ser publicada: Guimaraes ABG, Marrero L, Vidal AP, Oliveira AL, Menezes EG, Souza AA, Teixeira E.

REFERÊNCIAS

1. Gonçalves RL, Carvalho MG, Sanchez FF, Meneghini ME, Machado Junior JA, Padilha VA. Hidroterapia com ofurô como modalidade de fisioterapia no contexto hospitalar humanizado em neonatologia. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2017.
2. World Health Organization (WHO). Survive and thrive: transforming care for every small and sick newborn. Genève: WHO; 2018 [cited 2021 Nov 30]. Available from: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241515887>
3. Rocha AD, Sá PM, Reis DB, Costa AC. Quiet time: a strategy to reduce sound pressure levels in a neonatal intensive care unit. *Enferm Foco*. 2020;11(1):114-7.
4. Silva AC, Silva BB, Borcades RS, Tosta JG, Melo-Figueiredo LS, Maiworm AI, et al. Paineiras-Domingos LL. Benefícios do ofurô na redução da dor em recém-nascidos pré-termo: uma revisão integrativa. *Braz J Med Biol Res*. 2020;19(1):63-8.
5. Perini C, Seixas MC, Catão AC, Silva GD, Almeida VS, Matos PB. Ofuro bath in newborns in the rooming-in center: An experience report. *Rev Pesqui*. 2014;6(2):785-92.
6. Ataíde VP, Barbosa JSV, Carvalho MGS, et al. Ofurô em recém-nascidos pré-termo de baixo peso: relato de experiência. *ASSOBRAFIR Ciênc*. 2016;7(2):13-22.
7. Silva HA, Silva KC, Reco MO, Costa AS, Soares-Marangoni DA, Merey LS. Hidroterapia em balde em recém-nascidos prematuros. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo*. 2017;28(3):309-15.
8. Exequiel NP, Milbrath VM, Gabatz RI, Vaz JC, Silva LL, Klumb MM, Macluf SP. Feelings experienced by mothers in neonatal hospitalization. *Enferm Foco*. 2021;12(1):73-8.
9. Santos AS, Góes FG, Ledo BC, Silva LF, Bastos MP, Silva MA. Educational technology on home care for low-risk newborns. *Rev Enferm UERJ*. 2020;28:e44488.
10. Magalhães FJ, Frota MA, Martins IZ, Rolim KM, Vasconcelos SP, Silva AV. Home care of the newborn at risk: maternal preparation for health promotion. *Cad Educ Tecnol Soc*. 2018;11(2):275-85.
11. Teixeira E, Martins TD, Miranda PO, Cabral BG, Silva BA, Rodrigues LS. Tecnologia educacional sobre cuidados no pós-parto: construção e validação. *Rev Baiana Enferm*. 2016;30(2):1-10.
12. Nietsche EA, Backes VM, Colomé CL, Ceratti RN, Ferraz F. Education, care and management technologies: a reflection based on nursing teachers' conception. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2005;13(3):344-52.
13. Fleck FO, Cunha MF, Caldin CF. Picturebook: text, image and mediation. *Perspect Ciênc Inf*. 2016;21(1):194-206.
14. Vituri DW, Matsuda LM. Validación de contenido de indicadores de calidad para evaluación del cuidado de enfermería. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(2):429-37.
15. Lay MC, Reis AT. Análise Quantitativa na Área de Estudos Ambiente-Comportamento. *Ambient Constr*. 2005;5(2):21-36.
16. Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*. 1977;33(1):159-74.
17. Rubio DM, Berg-Weger M, Tebb SS, Lee ES, Rauch S. Objectifying content validity: Conducting a content validity study in social work research. *Soc Work Res*. 2003;27(2):94-104.
18. Rocha GS, Oliveira AP, Teixeira E, Nemer CR. Validação de manual de cuidados de idosos após cirurgia cerebral. *Rev Enferm UFPE online*. 2019;13:e243025.
19. Castro FS, Dias DM, Higarashi IH, Scochi CG, Fonseca LM. Evaluation of digital educational student-technology interaction in neonatal nursing. *Rev Esc Enferm USP*. 2015;49(1):114-21.
20. Silva MM, Penha JC, Barbosa IC, Carneiro CT, Borges JW, Bezerra MA. Construção e validação de tecnologia educacional para promoção do aleitamento materno no período neonatal. *Esc. Anna Nery*. 2021;25(2):e20200235.
21. Costa SR, Duqueviz BC, Pedroza RL. Digital Technologies as mediating tools of digital natives' learning. *Psicol Esc Educ*. 2015;19(3):603-10.
22. Ferreira KS, Silva JP, Maciel DM. Estratégias de intervenção precoce em recém-nascidos prematuros na unidade de terapia intensiva neonatal: uma revisão de literatura. *Scire Salut*. 2018;8(2):62-75.
23. Nieto GC. Nascer prematuro: manual de orientação aos pais, familiares e cuidadores de prematuros na alta hospitalar. 1a ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

A PERCEPÇÃO SOBRE O BRINQUEDO TERAPÊUTICO NA ÓTICA DOCENTE

THE PERCEPTION OF THERAPEUTIC PLAY FROM THE FACULTIES' POINT OF VIEW

LA PERCEPCIÓN DEL JUGUETES TERAPÉUTICO DESDE EL PUNTO DE VISTA DEL MAESTRO

Sabrina Vieira Ricardo da Silva¹
 Adriele Cristine Sacramento da Silva¹
 Andressa Tavares Parente¹
 Aline Macêdo de Queiroz¹
 Sheila Barbosa Paranhos¹
 Edficher Margotti¹
 Nádile Juliane Costa de Castro¹
 Thamylas da Silva Dias¹

(<https://orcid.org/0000-0002-6244-9909>)
 (<https://orcid.org/0000-0001-9060-3187>)
 (<https://orcid.org/0000-0001-9364-4574>)
 (<https://orcid.org/0000-0002-7374-011X>)
 (<https://orcid.org/0000-0002-7415-1974>)
 (<https://orcid.org/0000-0003-2948-8284>)
 (<https://orcid.org/0000-0002-7675-5106>)
 (<https://orcid.org/0000-0002-8797-9025>)

Descritores

Enfermagem pediátrica;
 Educação em enfermagem;
 Jogos e brinquedos; Cuidados de enfermagem; Docentes de enfermagem

Descriptors

Pediatric nursing; Nursing education; Play and playthings; Nursing care; Nursing faculty

Descriptores

Enfermería pediátrica; Educación en enfermería; Juego e implementos de juego; Atención de enfermería; Docentes de enfermería

Submetido

20 de Abril de 2021

Aceito

3 de Agosto de 2021

Conflitos de interesse:

nada a declarar.

Autor correspondente

Sabrina Vieira Ricardo da Silva
 E-mail: sabrinavieira674@gmail.com

RESUMO

Objetivo: Compreender a percepção dos docentes de enfermagem pediátrica sobre a utilização do brinquedo terapêutico.

Métodos: Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, realizado através de entrevista semiestruturada. Os dados foram coletados através de formulário online com 12 docentes de enfermagem pediátrica de instituições de ensino superior do estado do Pará. A análise dos dados foi realizada mediante técnica de análise de conteúdo de Bardin e com auxílio do software IRAMUTEQ.

Resultados: Entre os docentes abordados, 33,3% afirmaram que não contemplavam a temática brinquedo terapêutico em seu plano de disciplina. Porém, enfatizaram a relevância da abordagem da temática na graduação. Os docentes também apontaram estratégias de ensino do brinquedo terapêutico, importância de sua utilização para o cuidado à criança e o estabelecimento de vínculo com o profissional.

Conclusão: A investigação permitiu delimitar a situação do ensino do Brinquedo Terapêutico pelos docentes de pediatria, evidenciando suas vantagens e dificuldades na abordagem durante a formação.

ABSTRACT

Objective: To understand the perception of pediatric nursing faculties about the use of therapeutic play.

Methods: This is a descriptive study with a qualitative approach, conducted through the application of semi-structured interviews. Data were collected through an online form with 12 pediatric nursing faculties from higher education institutions in the state of Pará, Brazil. Data analysis was performed using Bardin's content analysis technique and the IRAMUTEQ software.

Results: 33.3% of the faculties interviewed stated that they did not include therapeutic play in their syllabus. However, they emphasized the importance of addressing the topic in undergraduate courses. Faculties also pointed out strategies for teaching therapeutic play, the importance of using it in pediatric care, and the establishment of a child-professional bond.

Conclusion: The research allowed us to define the situation of therapeutic play teaching by pediatric nursing faculties, highlighting its advantages and difficulties in the approach during the undergraduate course.

RESUMEN

Objetivo: Comprender la percepción de los maestros de enfermería pediátrica sobre la utilización del juguetes terapéutico.

Métodos: Se trata de un estudio descriptivo con abordaje cualitativa, realizada mediante entrevista semiestructurada. El análisis de los datos fueron recoletados por medio de técnica de análisis del contenido de Bardin y con el auxilio de lo software IRAMUTEQ.

Resultados: entre los maestros, 33,3%, fijaron no contemplar la temática juguete terapéutico en su plan de aula. Pero enfatizaron la relevancia de su abordaje en la graduación. Los maestros también señalaron estrategias de enseñanza de juego terapéutico; la importancia de su utilización para el cuidado con el niño; y el establecimiento del vínculo entre este y lo profesional.

Conclusión: La investigación permitió delimitar la situación de la enseñanza del juguetes terapéutico por los maestros de pediatria, evidenciando sus ventajas y dificultades en el abordaje durante la formación.

¹Universidade Federal do Pará, Belém, PA, Brasil

Como citar:

Silva SV, Silva AC, Parente AT, Queiroz AM, Paranhos SB, Margotti E, et al. A percepção sobre o brinquedo terapêutico na ótica docente. *Enferm Foco*. 2021;12(6):1189-95.

DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n6.4869>

INTRODUÇÃO

O processo de hospitalização caracteriza-se como um processo atípico, doloroso e traumático, frente à criança, que necessita de cuidados específicos relacionados às diversas patologias. A modificação da rotina e o enfrentamento da criança ao desconhecido provocam inúmeros sentimentos, manifestando ansiedade, medo e insegurança quanto aos diversos procedimentos aos quais ela passa a ser submetida.⁽¹⁾

No âmbito do cuidado à saúde da criança é de extrema importância a realização de atividades recreativas envolvendo o brincar, pois tal aspecto é necessário para o desenvolvimento infantil e deve ser mantido mesmo no ambiente hospitalar.⁽²⁾ Com isso, o Brinquedo Terapêutico (BT) emerge como uma ferramenta para o cuidado à criança, utilizada pelos profissionais que prestam assistência, com o intuito de reduzir a ansiedade diante dos procedimentos e explicar para a criança como eles serão realizados.⁽³⁾

O BT é classificado em três categorias: o Brinquedo Dramático, que auxilia a criança a manifestar seus medos, desta forma ajudando-a a diminuir a ansiedade; o Brinquedo Instrucional que promove entendimento acerca dos procedimentos do seu tratamento, aos quais será submetida; e o Brinquedo Capacitador de funções fisiológicas que promove melhor eficiência na reabilitação da criança, por meio da manutenção ou estímulo das suas atividades de vida diária.⁽⁴⁾

Desse modo, a Resolução 41, de 13 de outubro de 1995 do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA), que aborda os direitos da criança e do adolescente hospitalizados, prevê o direito deste público ser inserido em atividades lúdicas que auxiliem o seu desenvolvimento, mesmo em situações de internação.⁽⁵⁾ O Conselho Federal de Enfermagem, em sua Resolução 546/2017 também regulamenta a utilização do BT pelos profissionais de enfermagem em sua prática.⁽⁶⁾ Porém, mesmo com bases legais para sua prática, ainda não é uma realidade na maioria dos cenários pediátricos de saúde.

As Diretrizes Curriculares Nacionais ressaltam que a formação do enfermeiro deve ter a finalidade de formar profissionais críticos e reflexivos, que desde a graduação reconheçam a importância e apliquem na sua assistência a integralidade do cuidado às crianças, que valorizem a importância do brincar para o paciente pediátrico e que promovam às mesmas o estabelecimento de uma comunicação ativa que se adeque a cada faixa etária.⁽⁷⁾ É relevante que os profissionais de enfermagem incluam na sua prática os princípios humanísticos, para assim facilitar a comunicação com a criança e promover uma assistência adequada.⁽³⁾

Para que a aplicação do BT seja uma realidade na assistência à criança é fundamental a capacitação profissional, ainda no período da graduação, que assegure ao acadêmico uma experiência tanto teórica como prática desta estratégia.⁽⁸⁾ Os docentes de enfermagem devem propor uma metodologia integradora do processo de ensino e aprendizagem, que proporcione aos alunos uma aprendizagem significativa.⁽⁹⁾ Nesse sentido, questiona-se: qual a percepção dos docentes de enfermagem pediátrica acerca do brinquedo terapêutico e da sua utilização no processo formativo de enfermeiros?

Assim, o objetivo do estudo foi compreender a percepção dos docentes de enfermagem pediátrica sobre a utilização do brinquedo terapêutico.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, realizado através de formulário online semiestruturado, via Google forms, ferramenta gratuita do Google.

Os critérios de inclusão foram docentes Enfermeiros, que atuam na atividade curricular de enfermagem pediátrica em Instituições de Ensino Superior- IES públicas e privadas da mesorregião metropolitana de Belém do estado Pará. Foram excluídos os professores que se encontravam em licença ou férias no período da coleta. No total, vinte (20) docentes foram indicados pelas IES, das 17 que ofertam o curso de graduação em enfermagem na região metropolitana e abordados via aplicativo de mensagem. A amostra final foi constituída por 12 docentes, de 11 IES, que responderam ao formulário online.

O período de coleta ocorreu na primeira quinzena de dezembro de 2020. No primeiro momento, realizou-se convite para participar do estudo, juntamente com o link de acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) via aplicativo de mensagem. Aos que aceitaram participar e manifestaram sua intenção via formulário, foi enviado o link com o formulário de pesquisa online. A opção pelo formato eletrônico, entregue via e-mail e/ou celular através do link criado para acesso, ocorreu pelo contexto da pandemia e suas recomendações. Os dados foram coletados através do formulário de pesquisa online, composto de duas partes: a primeira com perguntas do perfil profissional incluindo as informações sobre sexo, idade, instituição, atuação, nível de formação e tempo de atuação na docência; e a segunda parte composta por perguntas sobre o tema e termo indutor "brinquedo terapêutico" em que realizou-se questionamentos referentes ao conhecimento sobre o BT, período em que este conhecimento foi adquirido, contemplação da temática no plano de ensino,

metodologia de ensino, dificuldades para utilização, importância da temática e palavras relacionadas ao uso do BT.

Utilizou-se o software IRAMUTEQ (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires) aplicado para processamento de informações para análise das respostas subjetivas obtidas no formulário online. Essas informações foram organizadas e submetidas a análise de corpus textual pelo software IRAMUTEQ.⁽¹⁰⁾ Foi realizada a técnica de análise do conteúdo de Bardin, composta por três etapas: pré-análise; exploração do material; e tratamento dos resultados, inferência e interpretação.⁽¹¹⁾

Em seguida, foi utilizado o Teste de Associação Livre de Palavras (TALP) para os termos gerados a partir da expressão evocadora “brinquedo terapêutico”. Esta técnica é um instrumento de pesquisa que se estrutura a partir das evocações de cada participante, organizando as palavras e/ou expressões conforme grau de importância. Sua aplicação é rápida e permite fácil compreensão.⁽¹²⁾ Dessa forma, na TALP buscou-se obter até 5 evocações de cada participante, agrupando as palavras conforme sua ordem de evocação, posteriormente submetidos à análise de matriz no IRAMUTEQ, gerando a análise de similitude.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Pará (UFPA), sob CAAE nº 40185620.3.0000.0018. As informações contidas na pesquisa foram utilizadas unicamente para fins científicos, em consonância com a Resolução 466/2012. Foi mantido o anonimato da amostra, adotando-se codinomes (nome de brinquedos) para os participantes.

RESULTADOS

Os participantes se caracterizam por serem em sua maioria do sexo feminino, com idade predominante entre 28 a 39 anos. Todos possuem formação em pós-graduação, com predomínio do mestrado. Tempo de docência com maior percentual compreendido entre 6 e 10 anos. Os doze participantes afirmaram ter conhecimento acerca do tema, contudo, no que tange a contemplação da temática no plano de atividade curricular, pouco mais da metade responderam que inserem o BT no processo formativo de enfermeiros, conforme apresentado na tabela 1.

Após a organização das entrevistas em texto único (corpus textual), realizou-se a análise de similitude apresentada na figura 1, na qual visualiza-se os agrupamentos em dois grandes eixos centrais ao tema: brinquedo terapêutico e criança. Ao redor do núcleo estão enfermeiro e cuidado à criança, e na periferia do tema central encontra-se a formação do enfermeiro pautada no BT.

Tabela 1. Perfil dos docentes de enfermagem pediátrica

Características dos participantes	n(%)
Sexo	
Feminino	11(91,7)
Masculino	1(8,3)
Idade	
28-39	8(66,7)
≥40	4(33,3)
Formação	
Pós-graduação	2(16,7)
Mestrado	7(58,3)
Doutorado	3(25,0)
Tempo de atuação	
1 a 5 anos	2(16,7)
6 a 10 anos	7(58,3)
11 anos ou mais	3(25,0)
Conhecem o brinquedo terapêutico	
Sim	12(100,0)
Não	0(0)
A temática é contemplada no plano de disciplina	
Sim	8(66,7)
Não	4(33,3)

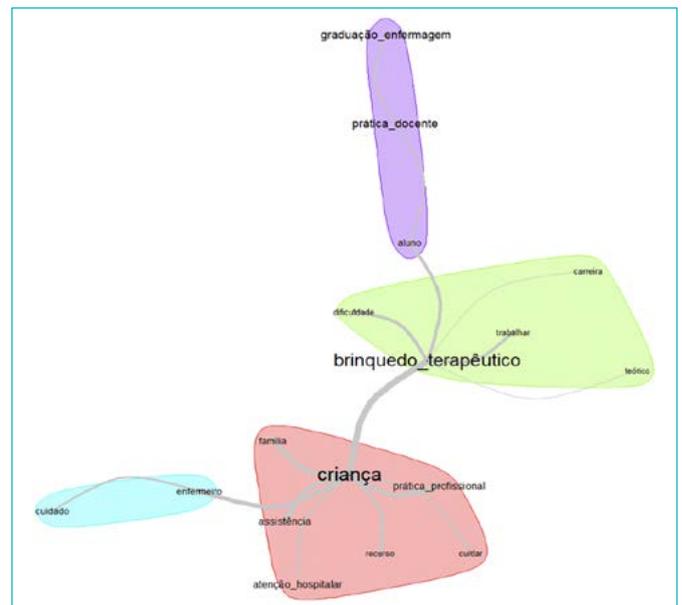


Figura 1. Análise de similitude fornecida pelo software IRAMUTEQ

No software, a partir das frequências dos termos apresentados no preenchimento dos formulários, foi produzida a nuvem de palavras (Figura 2). Simbolizou graficamente as palavras de maior relevância no corpus textual. É uma representação diferenciada, pela relação frequência de palavras e tamanho delas na nuvem, destacando-se os termos anteriormente descritos (criança, brinquedo terapêutico, graduação, prática docente, entre outros).

A análise matriz realizada originou a análise de similitude, referente a aplicação da TALP, obtida a partir da expressão indutora “brinquedo terapêutico”, onde foram obtidos cinco termos relacionados de cada participante, totalizando

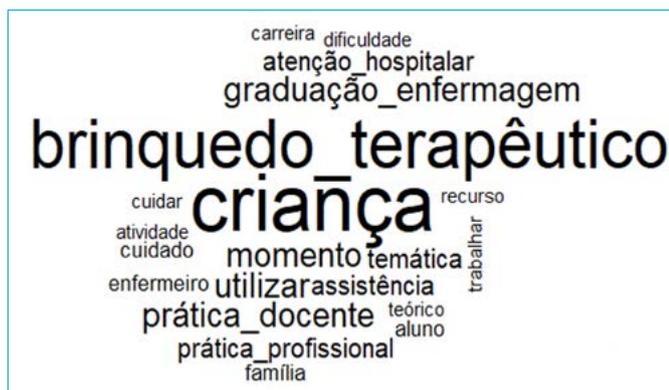


Figura 2. Nuvem de palavras fornecida pelo software IRAMUTEQ

60 termos descritos. A partir desses termos, percebeu-se a formação de núcleos a partir de cinco palavras: criança, humanização, brincar, vínculo e alegria, que geraram ramificações de ligação entre os termos das falas, sinalizados pela diferença de cor entre ramificações dos núcleos (Figura 3).

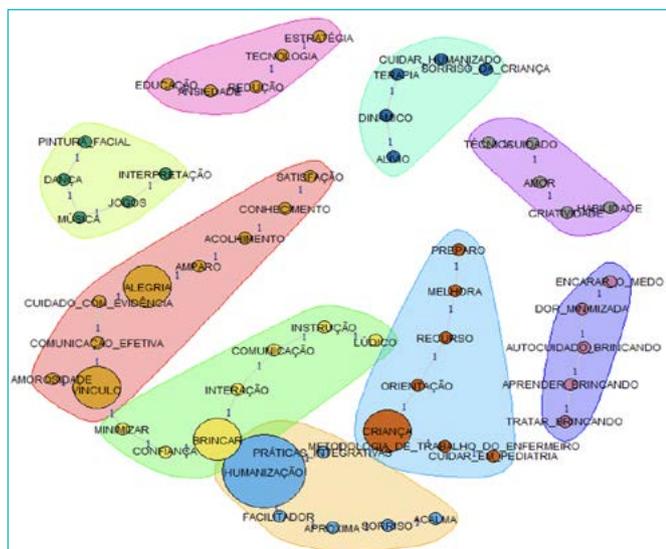


Figura 3. Análise de similitude referente a TALP fornecida pelo software IRAMUTEQ

Com base no núcleo direcionador “a percepção sobre o brinquedo terapêutico na ótica docente” que norteou a fala dos participantes, emergiram-se, a partir da análise de Bardin, quatro categorias descritas a seguir: o brinquedo terapêutico como ferramenta do cuidado de enfermagem, a utilização do brinquedo terapêutico na atenção básica; estratégias de ensino do brinquedo terapêutico e fatores para a não introdução do brinquedo terapêutico na graduação.

O brinquedo terapêutico como ferramenta do cuidado e de vínculo com a criança

Foi mencionada nas falas docentes o papel do BT como ferramenta do cuidado de enfermagem, com foco no

conhecimento e elo de maneira lúdica para a criança e família, sendo um instrumento essencial para o enfermeiro:

Melhora o vínculo entre a família - criança e os alunos- Estabelece um elo de confiança [...] - Minimiza os impactos da hospitalização- Contribui para a aceitação do tratamento terapêutico instituído (Bola)

Importante para que o discente tenha como um recurso que pode vir a orientar e preparar a criança [...] durante o processo de hospitalização (Pião)

[...] é um recurso de comunicação com a criança e família. Utilizando o lúdico para melhor compreensão da assistência prestada [...] permite descarga de emoções para as crianças e oportuniza maior interação entre profissional (Peteca)

De suma importância e relevância quando empregado de forma satisfatória. Uma ferramenta de cuidado crucial para enfermeiros na assistência. (Boneca)

A utilização do brinquedo terapêutico na atenção básica

Na fala de alguns dos entrevistados, ficou claro a afirmação quanto a utilização do BT a partir da atenção básica pela equipe de enfermagem, ampliando sua utilização para além dos hospitais e desatrelando sua aplicação somente na hospitalização:

Devemos deixar um pouco de lado o pensamento voltado para a atenção hospitalocêntrica e medicalizada. (Carrinho)

Como uma estratégia para o cuidar com crianças, seja na área hospitalar, como na atenção primária. (Ioio)

Penso que seja necessário ser inserido com mais seriedade e não só na área hospitalar como também na Atenção Básica. (Boneca)

Estratégias de ensino do brinquedo terapêutico

Nos relatos dos docentes, foram descritas as estratégias de ensino e abordagem do tema na graduação, que proporciona a formação profissional com um olhar mais humanizado e sensibilizado a implementar este recurso na sua rotina de trabalho:

Através de leituras de artigos científicos que tratam do assunto, além de uso dessa tecnologia do cuidado na prática (Bola)

Já utilizei leitura crítica de artigos contemplando a aplicação do BT em vários contextos e em clínicas

em pediatria. Também já solicitei uma atividade em que precisavam criar um BT para utilizar para administração de medicamentos, cuidados com ostomias, cateterismo gástrico e outros. (Peteca)

A temática é trabalhada em três momentos. Inicialmente trabalhamos um Brainstorming para introduzir o conteúdo. Posteriormente uma breve oficina com técnicas lúdicas: balões, teatro, pintura, jogos e fantoches e por fim, um momento onde dividimos a turma em grupos para desenvolvimento de determinadas técnicas de BT frente a um caso clínico. (Boneca)

Metodologia ativa, uso de vídeos e fantoches (Quebra Cabeça)

Fatores para a não introdução do brinquedo terapêutico na graduação

Os participantes enfatizaram que os principais entraves para a introdução do BT na graduação estão relacionados a ausência do conteúdo na grade curricular dos cursos.

O projeto político pedagógico instituído pela Universidade. (Carrinho)

Projeto pedagógico engessado. (Estilingue)

DISCUSSÃO

A utilização do BT é considerada uma importante estratégia utilizada pelos profissionais, com o intuito de reduzir o sofrimento físico e psicológico da criança.⁽²⁾ Em relação a graduação é de extrema relevância a abordagem dos princípios humanísticos, capazes de estabelecer uma ponte de comunicação com a criança, nesse sentido, ressalta-se a abordagem do BT durante a graduação em Enfermagem, tanto em relação a sua importância para a saúde da criança, quanto em relação as suas formas de aplicação.^(2,3) As figuras 1, 2 e 3 apresentam termos que representam essas afirmações.

Os dados representados na tabela 1 demonstraram resultados semelhantes a um estudo sobre o uso do BT, em que 96,6% dos entrevistados eram do sexo feminino, porcentagem que se aproxima da obtida na análise do perfil dos participantes.⁽¹³⁾ Em outro estudo, realizado no estado de São Paulo sobre o ensino do BT nas faculdades de enfermagem do estado, foi obtido resultado semelhante a presente pesquisa quanto ao tempo de atuação na docência, em que a maior parte dos participantes (53,3%) atuavam enquanto docentes entre 1 a 10 anos. Além disso, em relação à abordagem da temática na disciplina, este estudo também apresenta resultado similar, em que 69,1% dos participantes afirmaram a abordagem da temática no curso de graduação.⁽¹⁴⁾

Ainda sobre o ensino do BT, publicação aponta que as principais motivações dos docentes em abordar a temática na graduação estão relacionadas aos efeitos de sua utilização na assistência à saúde da criança. Dessa forma, consideram que no cuidado à saúde da criança é imprescindível associar a utilização BT, pois este é um instrumento facilitador da assistência.⁽¹⁴⁾

Em relação às características dos participantes, o percentual de 33,3% dos entrevistados afirmou que o ensino do BT não é contemplado no plano de ensino da disciplina, o que corrobora com pesquisa anteriormente citada sobre o ensino do tema, no qual concluíram que o BT não é aplicado em todas as instituições de ensino.⁽¹⁴⁾ A importância da inserção do BT durante os cursos de graduação estimula a sua utilização nas atividades cotidianas do enfermeiro, através do arcabouço teórico formado pelo aluno durante a vivência acadêmica.⁽¹⁵⁾

Na figura 1, a análise de similitude gerou quatro grupos de palavras, que mesmo estando organizadas em núcleos diferentes, se conectam. As palavras/termos com maior destaque são "criança" e "brinquedo terapêutico", que evidenciam uma forte conexão dessas palavras entre si, pois estes termos encontram-se interligados a outras palavras que foram escritas pelos participantes como "cuidado" e "enfermeiro", "criança" e conseqüentemente ao BT, seguidos dos termos "família", "assistência" e "prática profissional". Esses dados evidenciam que os entrevistados trazem o entendimento da ligação do BT e a assistência à criança, assim como entendem a importância da sua aplicação no cuidado e na prática do enfermeiro, como em um estudo realizado em Salvador, que demonstra esses mesmos aspectos da prática do profissional enfermeiro.⁽⁴⁾

Uma das dificuldades da aplicação do BT, está associada a dificuldade de aproximar o aluno do BT e sensibilizar os discentes para aplicação desta ferramenta no cuidado à criança.⁽¹⁴⁾ Essa afirmação reforça os achados da tabela 1, que mostram que a maioria dos entrevistados aborda a temática, porém, ainda há docentes que não aplicam o BT, além daqueles que só abordam o BT na teoria, porém não o aplicam na prática. Corrobora com os achados da Tabela 1 a nuvem de palavras, na Figura 2, na qual destaca-se as palavras "graduação enfermagem", "temática" e "prática docente", frisando a necessidade de abordagem do tema na graduação.

Nesse contexto, na abordagem sobre o BT é fundamental salientar a importância do processo de humanização da assistência, pois sabe-se que a necessidade de cuidados não está ligada apenas ao corpo, mas também está relacionada às diversas questões que envolvem o desenvolvimento

humano. Ademais, a humanização contribui para a mudança de percepção da criança acerca do processo de hospitalização.⁽¹⁶⁾

Sobre os termos evocados e apresentados na Figura 3, percebe-se que as palavras de modo geral são variadas, porém todas remetem a ideia de que o BT é responsável por uma melhor assistência ao paciente pediátrico, sendo necessária sua abordagem na graduação. A mudança do ensino da pediatria no Brasil, após esta atividade curricular por muitos anos ser voltada ao cuidado biomédico e hospitalocêntrico, atende as novas perspectivas do cuidado a criança.⁽¹⁷⁾

O ensino da pediatria deve ser dinâmico e estar pautado em metodologias ativas e o BT deve ser abordado a partir desta visão, pois está envolvido com a ludicidade e deve inserir o discente.⁽¹⁷⁾ Levando em consideração tais aspectos, é possível analisar nos resultados que os participantes trazem estas questões em seus discursos, onde observou-se os termos emergentes como “educação”, “estratégia”, “tecnologia”, “conhecimento” e “dinâmico”, ressaltando que a evolução do ensino da pediatria favorece o ensino do BT, como relatado em algumas falas docentes descritas na categoria de estratégia de ensino.

A figura 3 sinaliza que as práticas de humanização foram uma das expressões que apareceram com maior frequência, o que evidencia a necessidade desta prática na abordagem sobre o BT. As vantagens de sua utilização viabilizam maior criação de vínculo com os profissionais e melhora na comunicação.⁽³⁾ Ademais, a aplicação do BT também aumenta a interação da criança com os pais, contribuindo para o fortalecimento do vínculo entre ambos.⁽¹⁸⁾ A categoria que aborda do BT como ferramenta do cuidado traz falas que coadunam com a ideia do autor.

São explícitos os diversos benefícios proporcionados pela aplicação do BT à criança, dessa forma, são fundamentais que este instrumento não se restrinja apenas a um único local, mas que seja utilizado sempre que a criança apresente alguma dificuldade de enfrentamento, alguma situação ameaçadora ou necessite de preparação para a realização de procedimentos.⁽¹⁹⁾

A atenção básica de saúde envolve um conjunto de ações que visam promover a saúde da população, orientando-se pelos princípios da integralidade e da humanização da assistência à saúde.⁽²⁰⁾ Nesse sentido, busca-se garantir o acesso à saúde de forma universal, que é um direito fundamental da população.⁽²¹⁾

A integralidade do cuidado torna-se uma ferramenta essencial para o profissional de enfermagem na aplicação

do cuidado na sua prática assistencial.⁽²²⁾ Nesse sentido, no cuidado também é relevante a assistência pautada na humanização, para que os profissionais tenham um olhar ampliado da assistência à saúde e respeito às individualidades de cada um.⁽²³⁾ Desse modo, o BT configura-se como uma importante ferramenta a ser utilizada pelos profissionais de saúde para garantir uma assistência integral à saúde da criança.

Os resultados demonstraram a importância da abordagem da temática sobre BT, assim como elencam os principais assuntos relacionados ao tema e benefícios de sua abordagem. A utilização de um software de apoio a análise qualitativa, utilizando Bardin, reforça e fortalece os achados. A exemplo, a nuvem de palavras como uma forma de análise considerada mais simples de apresentação gráfica sobre a relevância de termos no contexto do discurso.⁽²⁴⁾

Destaca-se como limitação a abordagem da temática do BT somente dos professores de ensino superior dos Cursos de Graduação em Enfermagem, não contemplando os docentes que atuam na formação dos técnicos em enfermagem, que também integram a equipe assistencial pediátrica.

A partir do estudo foi possível identificar a percepção dos docentes acerca do BT, evidenciando a importância da introdução da temática nos cursos de graduação de enfermagem e ampliando reflexões para sua extensão e inserção nos cursos técnicos de enfermagem.

CONCLUSÃO

O estudo permitiu conhecer como os docentes de Enfermagem Pediátrica compreendem o BT no contexto de formação do enfermeiro, e evidenciaram as vantagens e dificuldades persistentes na contemplação desta ferramenta, na atividade curricular de enfermagem pediátrica. O ensino da temática ainda não é uma realidade hegemônica na formação do enfermeiro entre as Instituições de Ensino Superior, públicas e privadas, na região metropolitana de Belém, no estado Pará.

Contribuições

Concepção e/ou desenho do estudo: Silva SVR, Silva ACS, Parente AT; Coleta, análise e interpretação dos dados: Silva SVR, Silva ACS, Parente AT; Redação e/ou revisão crítica do manuscrito: Silva SVR, Silva ACS, Parente AT, Queiroz AM, Castro NJC, Margotti E, Paranhos SB, Dias TS; Aprovação da versão final a ser publicada: Silva SVR, Silva ACS, Parente AT, Queiroz AM, Castro NJC, Margotti E, Paranhos SB, Dias TS.

REFERÊNCIAS

1. Rockembach J, Espinosa TA, Cecagno D, Thumé E, Soares DC. Inserção do lúdico como facilitador da hospitalização na infância: percepção dos pais. *J Nurs Health*. 2017;7(2):117-26.
2. Oliveira CS, Maia EB, Borba RI, Ribeiro CA. Brinquedo Terapêutico na assistência à criança: percepção de enfermeiros das unidades pediátricas de um hospital universitário. *Rev Soc Bras Enferm Ped*. 2015;15(1):21-30.
3. Barroso MC, Cursino EG, Machado ME, Silva LR, Depianti JR, Silva LF. O brinquedo terapêutico na graduação de enfermagem: da teoria à prática. *Rev Pesq Cuid Fundam*. 2019;11(4):1043-7.
4. Veiga MA, Sousa MC, Pereira RS. Enfermagem e o brinquedo terapêutico: vantagens do uso e dificuldades. *Rev Eletrônica Atualiza Saúde*. 2016;3(3):60-6.
5. Brasil. Fundação Oswaldo Cruz. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Resolução nº 41 de 13 de outubro de 1995. Aprova em sua íntegra o texto da Sociedade Brasileira de Pediatria, relativo aos Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados. Brasília (DF): Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente; 1995 [citado 2019 Out 17]. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/resolucao-n-41-de-13-de-outubro-de-1995/#:~:text=Direito%20%C3%A0%20prote%C3%A7%C3%A3o%20%C3%A0%20vida,econ%C3%B4mica%20ra%C3%A7a%20ou%20cren%C3%A7a%20religiosa>.
6. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução COFEN nº 546 de 09 de maio de 2017. Atualiza norma para utilização da técnica do Brinquedo/Brinquedo Terapêutico pela Equipe de Enfermagem na assistência à criança hospitalizada. Brasília (DF): COFEN; 2017 [citado 2019 Out 17]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05462017_52036.html
7. Maia EB, Ohara CV, Ribeiro CA. Ensino do brinquedo terapêutico na graduação em enfermagem: ações e estratégias didáticas utilizadas por professores. *Texto Contexto Enferm*. 2019;28:e20170364.
8. Barreto LM, Maia EB, Depianti JR, Melo LL, Ohara CV, Ribeiro CA. Dando sentido ao ensino do Brinquedo Terapêutico: a vivência de estudantes de enfermagem. *Esc Anna Nery*. 2017;21(2):e20170038.
9. Regino DS, Nascimento JS, Parada CM, Duarte MT, Tonete VL. Formação e avaliação da competência profissional em enfermagem pediátrica: perspectiva de docentes universitários. *Rev Esc Enferm USP*. 2019;53:e03454.
10. Souza MA, Wall ML, Thuler AC, Lowen IM, Peres AM. O uso do software IRAMUTEQ na análise de dados em pesquisas qualitativas. *Rev Esc Enferm USP*. 2018;52:e03353.
11. Bardin L. Análise de conteúdo. 4a ed. Lisboa: Edições 70; 2010.
12. Coutinho MP, Bú ED. A técnica de associação livre de palavras sobre o prisma do software Tri-deux-mots (version 5.2). *Rev Campo Saber*. 2017;3(1):219-43.
13. Francischinelli AG, Almeida FA, Fernandes DM. Uso rotineiro do brinquedo terapêutico na assistência a crianças hospitalizadas: percepção de enfermeiros. *Acta Paul Enferm*. 2012;25(1):18-23.
14. Cintra SM, Silva CV, Ribeiro CA. O ensino do brinquedo/brinquedo terapêutico nos cursos de graduação em enfermagem no estado de São Paulo. *Rev Bras de Enferm*. 2006;59(4):497-501.
15. Rainato MS, Rocha EL, Ferrari RA. Brinquedo terapêutico: percepção da equipe de enfermagem na perspectiva da fenomenologia social. *Rev Saúde (Santa Maria)*. 2020;46(2):e35112.
16. Falke AC, Milbrath VM, Freitag VL. Percepção da equipe de enfermagem sobre a abordagem lúdica à criança hospitalizada. *Rev Cult Cuid*. 2018;22(50):12-24.
17. Aires LC, Schultz LF, Schumacher B. Enfermagem pediátrica: ensino, estrutura curricular e perspectiva do docente. *Rev Interdiscip Fac IELUSC*. 2018;1(1):75-83.
18. Canêz JB, Gabatz RI, Hense TD, Teixeira KP, Milbrath VM. Conhecimento de profissionais de enfermagem acerca do uso do brinquedo terapêutico na hospitalização infantil. *Enferm Foco*. 2020;11(6):108-14.
19. Juliani RM, Souza AS. O Uso do Brinquedo Terapêutico no Processo de Vacinação. *Rev Pró-UniverSUS*. 2019;10(1):47-50.
20. Silva SL, Barbosa LS, Aley NR, Ribeiro TA, Goyata SL. Estratégia de Saúde da Família: dificuldade na atenção à saúde das crianças de 07 a 09 anos de idade. *Rev Interdiscip Ciênc Méd*. 2017;1(2):26-35.
21. Felix AM, Maia FO, Soares RA. Atenção Primária à Saúde e educação em enfermagem no Brasil. *Enferm Foco*. 2019;10(6):175-81.
22. Santos AT, Oliveira CB, Passos MC, Andrade AS, Gallotti FC. Integralidade do cuidado na formação do enfermeiro: visões e vivências do acadêmico de enfermagem. *Enferm Foco*. 2019;10(1):122-6.
23. Santos RS, Paiva AK, Carvalho LB, Ferreira MT, Reis BA, Sousa AR, et al. Uma análise acerca da humanização da assistência em unidades de terapia intensiva. *Rev Interdiscip Acervo Saúde*. 2020;12(12):e5117.
24. Camargo BV, Justo AM. Tutorial para uso do Software IRAMUTEQ (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires). Florianópolis: Laboratório de Psicologia Social de Comunicação e Cognição, Universidade Federal de Santa Catarina; 2018 [citado 2020 Nov 30]. Disponível em: <http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-en-portugais>

MODELO PREDITIVO DE AVALIAÇÃO DO TEMPO ENTRE O DIAGNÓSTICO DO HIV E PRIMEIRA HOSPITALIZAÇÃO

EVALUATION PREDICTIVE MODEL OF TIME BETWEEN HIV DIAGNOSIS AND FIRST HOSPITALIZATION

MODELO PREDICTIVO PARA EVALUAR EL TIEMPO ENTRE EL DIAGNÓSTICO DE VIH Y LA PRIMERA HOSPITALIZACIÓN

Renata Rabelo Pereira¹

Oriana Deyze Correia Paiva Leadebal¹

Rebeca Bezerra Chaves¹

Leidyanny Barbosa de Medeiros¹

Ana Cristina de Oliveira e Silva¹

Jordana de Almeida Nogueira¹

(<https://orcid.org/0000-0001-6109-5371>)

(<https://orcid.org/0000-0002-3342-8746>)

(<https://orcid.org/0000-0002-6526-9049>)

(<https://orcid.org/0000-0003-3973-6085>)

(<https://orcid.org/0000-0001-9758-9584>)

(<https://orcid.org/0000-0002-2673-0285>)

Descritores

HIV; Síndrome da imunodeficiência adquirida; Hospitalização; Análise de sobrevivência

Descriptors

HIV; Acquired immunodeficiency syndrome; Hospitalization; Survival analysis

Descriptores

VIH; Síndrome de inmunodeficiencia adquirida; Hospitalización; Análisis de supervivencia

Submetido

22 de Abril de 2021

Aceito

26 de Junho de 2021

Conflitos de interesse:

manuscrito extraído da dissertação "Hospitalização de pessoas vivendo com HIV e aids: uma análise de prevalência, risco e fatores associados", defendida em 2019, no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba - UFPB.

Autor correspondente

Renata Rabelo Pereira

E-mail: renatarabelo@hotmail.com

RESUMO

Objetivo: Construir um modelo preditivo de avaliação do tempo entre o diagnóstico do Vírus da imunodeficiência humana e primeira hospitalização.

Métodos: Estudo epidemiológico, descritivo, retrospectivo, com amostra de 200 prontuários de pessoas com Síndrome da imunodeficiência adquirida, acompanhadas em serviço especializado. Realizada análise da sobrevivência através do estimador Kaplan-Meier, modelo paramétrico de Weibull e semi paramétrico de Cox.

Resultados: Houve diferenças significativas no tempo entre diagnóstico e hospitalização, no que se refere à faixa etária, orientação sexual, registro de descontinuidade da terapia e ao número de consultas médicas e multidisciplinar. O modelo de Weibull apresentou como covariável significativa o registro de descontinuidade da terapia. No modelo de Cox, as variáveis ocupação, uso de álcool e psicotrópicos, contagem de linfócitos T-CD4+, carga viral e antecedentes psiquiátricos foram significativas para explicar o risco de hospitalização.

Conclusão: Foi possível identificar os fatores de risco e de proteção para o desfecho hospitalização. Os modelos também apontaram fatores que influenciam no tempo entre o diagnóstico do Vírus da Imunodeficiência humana e primeira hospitalização, e possibilitaram uma discussão enriquecedora acerca dos aspectos intrínsecos aos cuidados em saúde das pessoas vivendo com o vírus e a doença.

ABSTRACT

Objective: To build an evaluation predictive model of time between Human Immunodeficiency Virus diagnosis and first hospitalization.

Methods: An epidemiological, descriptive, and retrospective study, with a sample of 200 medical records of people with Acquired Immunodeficiency Syndrome, monitored in a specialized service. Survival analysis was performed using the Kaplan-Meier estimator, the Weibull parametric model, and the Cox semi-parametric model.

Results: There were significant differences in time between diagnosis and hospitalization regarding age, sexual orientation, therapy discontinuation records, and the number of medical and multidisciplinary consultations. The Weibull model presented the record of therapy discontinuity as a significant co-variable. In the Cox model, the occupation, alcohol and psychotropic use, T-CD4+ lymphocyte count, viral load, and psychiatric history variables were significant to explain the risk of hospitalization.

Conclusion: It was possible to identify the risk and protection factors for the outcome hospitalization. The models also pointed out factors that influence the time between human immunodeficiency virus diagnosis and first hospitalization, and enabled an enriching discussion about the intrinsic aspects of health care for people living with the virus and the disease.

RESUMEN

Objetivo: Construir un modelo predictivo para evaluar el tiempo entre el diagnóstico de Virus da Inmunodeficiencia humana y la primera hospitalización.

Métodos: Estudio epidemiológico, descriptivo, retrospectivo, con una muestra de 200 historias clínicas de personas con Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, seguido de un servicio especializado. El análisis de supervivencia se realizó mediante el estimador de Kaplan-Meier, el modelo paramétrico de Weibull y el modelo semiparamétrico de Cox.

Resultados: Hubo diferencias significativas en el tiempo entre el diagnóstico y la hospitalización, en cuanto al grupo de edad, orientación sexual, historial de discontinuidad de la terapia y número de consultas médicas y multidisciplinarias. El modelo de Weibull presentó la discontinuidad de la terapia como una covariable significativa. En el modelo de Cox, las variables ocupación, consumo de alcohol y psicofármacos, recuento de linfocitos T-CD4+, carga viral e historia psiquiátrica fueron significativas para explicar el riesgo de hospitalización.

Conclusión: Fue posible identificar los factores de riesgo y de protección para el resultado de la hospitalización. Los modelos también señalaron los factores que influyen en el tiempo que transcurre entre el diagnóstico del virus de la inmunodeficiencia humana y la primera hospitalización, y permitieron un debate enriquecedor sobre los aspectos intrínsecos de la atención sanitaria a las personas que viven con el virus y la enfermedad.

¹Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa, PB, Brasil.

Como citar:

Pereira RR, Leadebal OD, Chaves RB, Medeiros LB, Silva AC, Nogueira JÁ. Modelo preditivo de avaliação do tempo entre o diagnóstico do HIV e primeira hospitalização. *Enferm Foco*. 2021;12(6):1196-203.

DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n6.4883>

INTRODUÇÃO

A Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e sua manifestação através da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids) tem revelado desafios para a saúde pública devido à dinamicidade de seu perfil epidemiológico, sendo necessário repensar o cuidado em saúde destinado às pessoas que vivem com a infecção/doença.^(1,2)

O controle da infecção é uma das maiores preocupações mundiais da atualidade, responsável por pactuações intergovernamentais, a fim de que medidas conjuntas sejam capazes de assegurar que a epidemia global deixe de ser uma ameaça à saúde pública.⁽³⁾

Nos últimos anos, o cenário mundial da infecção suscitou otimismo frente às perspectivas do enfrentamento e controle. Em 2017, havia 36,9 milhões de pessoas vivendo com HIV no mundo, das quais, 75% conheciam seu estado sorológico, e dessas 21,7 milhões tinham acesso à terapia antirretroviral (TARV), um aumento de oito milhões comparados a 2010. O número de novas infecções por HIV caiu 47% desde o pico em 1996 e as mortes relacionadas à aids caíram mais de 51% desde 2004.⁽⁴⁾

No Brasil, em 2017, foram diagnosticados 42.420 novos casos de HIV e 37.791 casos de aids, um decréscimo de 15,7% na taxa de detecção desde 2012. Também em 2017, foram registrados no Sistema de Informação de Mortalidade um total de 11.463 óbitos por causa básica: aids (CID10: B20 a B24), com uma taxa de mortalidade padronizada apresentando uma redução de 15,8% entre 2014 e 2017.⁽⁵⁾

Com a evolução das estratégias de diagnósticos e tratamento, a sobrevida e qualidade de vida das pessoas infectadas pelo HIV aumentaram e resultaram em novos desafios, como a redução de indicadores de desfechos clínicos negativos a exemplo das hospitalizações.

No contexto clínico, o advento da TARV combinada, reduziu a ocorrência de infecções oportunistas e doenças definidoras de aids, proporcionando mudança também no perfil das hospitalizações (número, duração e causas).⁽⁶⁾ Além disso, estudos evidenciam o risco do desenvolvimento de condições consideradas não-aids, incluindo doenças cardiovasculares, cânceres, osteopenia/osteoporose e doenças renais, hepáticas e neurocognitivas, bem como os efeitos colaterais e tóxicos dos medicamentos antirretrovirais. Estes fenômenos contribuem para o perfil de morbimortalidade atual da doença, levando a complicações clínicas que demandam frequentemente hospitalização.^(7,8)

No Brasil, em especial na Região Nordeste, o manejo clínico da infecção/doença é fundamental, pois, diferente das outras regiões, pode-se observar o avanço da mortalidade

na última década, com taxa mais elevada do que àquelas anteriores à política de acesso aos antirretrovirais.⁽⁹⁾

O conhecimento acerca das hospitalizações de pessoas com HIV/Aids acompanhadas em serviços especializados, principalmente no que tange aos fatores de risco para esse desfecho, auxilia no planejamento de ações de cuidado numa perspectiva preventiva, o que justificou a realização desse estudo. Acrescenta-se o fato de que identificar as características desta população hospitalizada permite averiguar as limitações do tratamento ambulatorial no controle da infecção e dos seus agravos.

Neste sentido, o estudo teve como objetivo construir um modelo preditivo de avaliação do tempo entre o diagnóstico do HIV até a primeira hospitalização.

MÉTODOS

Estudo epidemiológico, descritivo, retrospectivo, com abordagem quantitativa, realizado no serviço especializado referência para HIV/Aids no Estado da Paraíba, a partir de fonte de dados secundária.

A população do estudo constituiu-se de 4.638 prontuários de pessoas diagnosticadas com HIV/Aids no período de 2007 a 2017 vinculadas ao serviço especializado.

A amostra foi definida pelo cálculo amostral para populações finitas, admitindo-se um erro amostral de 0,01 sob nível de confiança de 99%. A prevalência utilizada foi de 0,23% considerando a população da Paraíba de acordo com o último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística e o número de casos de aids na Paraíba até o ano de 2018, segundo o último Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde. Determinou-se assim, uma amostra majorada de 200 prontuários, selecionados por amostragem aleatória simples (AAS).^(5,10)

Constituíram critérios de inclusão: prontuários de pacientes com idade igual ou superior a 18 anos, diagnosticados com HIV/Aids acompanhados pelo serviço especializado no período de 2007 a 2017 e com dados completos pertinentes à pesquisa. Os critérios de exclusão foram: prontuários de pacientes gestantes, pessoas do sistema prisional e com registros incompletos de informações de interesse ao estudo.

A coleta de dados foi realizada no período de setembro a dezembro de 2018, por meio de um formulário específico que contemplou características sociodemográficas e econômicas, comportamentais, clínicas e terapêuticas e epidemiológicas da hospitalização.

Os dados foram digitados e armazenados em planilha eletrônica do *Microsoft Office Excel 2013*, sendo posteriormente processados pelo *software R* versão 3.2.4. O tempo

decorrido do diagnóstico do HIV até a primeira hospitalização foi descrito por análise de sobrevivência.

Inicialmente, foi utilizado o estimador não paramétrico de Kaplan-Meier para estimar o tempo de não hospitalização dos pacientes, o mesmo também foi utilizado para estimar a sobrevivência, considerando estratificação por vários fatores (sociodemográficos, econômicos, comportamentais, clínicos, terapêuticos e epidemiológicos). Em seguida, as curvas de sobrevivência foram comparadas usando o teste log-rank com a hipótese nula de igualdade da sobrevivência entre os extratos, considerando um nível de significância de 5% (valores de $p < 0,05$ indicando uma diferença estatisticamente significativa entre as categorias das variáveis analisadas).

Com o objetivo de encontrar um modelo para explicar a não ocorrência de hospitalização de paciente diagnosticados com HIV, foi utilizada a abordagem dos modelos paramétricos. A distribuição Exponencial, Weibull e Log-Normal foram utilizadas para modelar o tempo de sobrevivência, e para o procedimento de escolha da distribuição que melhor se ajustava aos dados foi utilizada análise gráfica e teste de hipótese.

Foi possível verificar a partir da análise gráfica que as distribuições Weibull e Log-Normal se apresentaram mais adequadas, para tanto, também foi necessário realizar o teste da razão de verossimilhanças (TRV) para confirmar o resultado exposto nos gráficos. A hipótese nula é de que a distribuição é adequada. Assim, encontrou-se p -valor $< 0,0001$ para a distribuição Exponencial; $0,327389$ para a distribuição Weibull e $0,0629$ para a distribuição Log-normal. Dessa forma, não foi rejeitada a hipótese de que a distribuição Weibull apresentou-se adequada para analisar os dados.

Os dados foram analisados utilizando a distribuição Weibull, e para a obtenção desse modelo, todas as variáveis foram introduzidas na modelagem, e a decisão sobre qual das covariáveis deveriam permanecer no modelo foi realizada de acordo com o p -valor que cada uma apresentou, sendo retiradas as covariáveis com maiores p -valor, permanecendo no modelo final apenas aquelas covariáveis com p -valor inferior ou igual a 5% (nível de significância escolhido para essa análise).

Considerando a exponencial dos coeficientes estimados, foi obtida a razão dos tempos medianos de sobrevivência. Para uma covariável codificada (0 e 1), esta razão comparou o tempo mediano para ocorrência de uma hospitalização do grupo 1 em relação ao do grupo 0.⁽¹¹⁾

Posteriormente foi utilizado o modelo semi-paramétrico de riscos proporcionais de Cox para os pacientes que

foram hospitalizados após o diagnóstico de HIV. No modelo inicial todas as variáveis foram incluídas e aplicando o procedimento "backward", foram retiradas uma por vez, as variáveis que não apresentaram significância de 10%. Após o ajuste do modelo final, foram realizadas as análises sobre os resíduos, a fim de verificar a adequação do modelo. Nesse contexto, foram utilizados os resíduos padronizados de Schoenfeld e o teste de proporcionalidade para o modelo ajustado.

O teste de proporcionalidade verificou a presença da correlação do risco ao longo do tempo. Sob a hipótese nula de correlação igual a zero (ou seja, os riscos são proporcionais), a distribuição do teste foi Qui-quadrado com um grau de liberdade. Logo, para a premissa de proporcionalidade dos riscos a hipótese nula não deveria ser rejeitada. Dessa maneira, a hipótese de riscos proporcionais não foi rejeitada para nenhuma variável do modelo final.

Depois de verificada a adequação do modelo final e realizada a análise dos resíduos para as hospitalizações associados ao HIV, foram estimadas as taxas de risco de falha proporcionais (RTF), a qual evidenciou a relação de risco que cada variável incluída no modelo exercia sobre o risco de falha.

O presente estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, sob CAAE nº 89036818.0.0000.5188 e recebeu parecer favorável em 19 de julho de 2018.

RESULTADOS

O tempo médio decorrido entre o diagnóstico de HIV e a primeira hospitalização foi de 1.944 dias, aproximadamente cinco anos. Após o diagnóstico, os valores de tempo observados até a primeira hospitalização variaram entre 300 e 7.368 dias, em que com 300 dias de diagnóstico as chances dos pacientes não se hospitalizarem eram de 99,1%. Com aproximadamente cinco anos de diagnóstico, as chances de não se hospitalizarem reduziram para 56%; 10 anos caíam para 23% e com cerca de 20 anos de diagnóstico essas chances eram nulas, ou seja, todos os pacientes já haviam evoluído para a hospitalização. Na tabela 1, verificou-se que existiam diferenças significativas no tempo decorrido entre o diagnóstico de HIV e a primeira hospitalização, no que se referia à faixa etária, à prática sexual, ao registro de descontinuidade do tratamento e ao número de consultas com médico infectologista e equipe multidisciplinar.

Essas diferenças entre os estratos podem ser melhores visualizadas nas curvas de Kaplan-Meier estratificadas por variáveis (Figura 1). Observa-se nas curvas dos gráficos,

Tabela 1. Resultado do teste de log-rank das variáveis investigadas para a ocorrência de hospitalização após diagnóstico de HIV

Variáveis	p-value
Faixa etária	0,0112
Prática sexual	0,00305
Registro de abandono ao tratamento	0,0122
Número de consultas com infectologista	0,0000102
Número de consultas multidisciplinar	0,0117

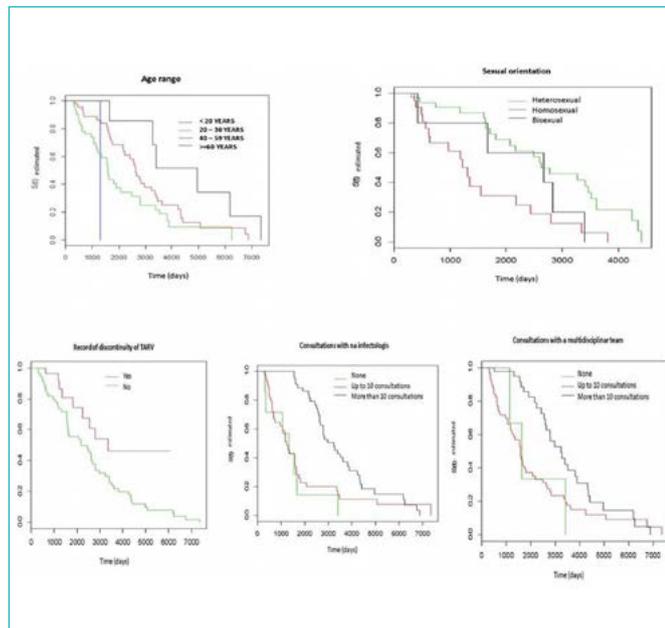


Figura 1. Curvas de sobrevivência estratificadas por variável que apresentaram diferenças significativa no teste de Log-rank

Tabela 2. Resultados do modelo de regressão Weibull final para os dados de pacientes diagnosticados com o HIV

Termo	Estimativa	Erro-padrão	Estatística Z	p-value
Intercept	7,797	0,373	20,89	6,91 e-97
NÃO - Registro de descontinuidade da TARV	1,866	0,603	3,10	1,95e-03
Log (scale)	0,691	0,125	5,53	3,17e-08

Tabela 3. Resultados do modelo de Cox final para os dados de pacientes diagnosticados com o HIV

Termo	Estimativa	Erro-padrão	Estatística Z	p-value
Ocupação	0,5546	0,2785	1,992	0,04641
Uso de álcool	-0,4357	0,2448	-1,779	0,07518
Uso de psicotrópicos	-0,5650	0,2967	-1,904	0,05685
Último CD4+ (350 - 500)	-1,2882	0,4586	-2,809	0,00497
Último CD4+ (> 500)	-1,1945	0,2647	-4,513	0,0000064
Última CV	0,4262	0,2550	1,672	0,09461

Tabela 4. Taxas de risco de falha proporcionais do modelo Cox para os dados dos pacientes diagnosticados com o HIV

Variáveis	Categoria de risco	Estimativa	Erro-Padrão	p-value	RTF	IC _{95%} (RTF)
Ocupação	População não economicamente ativa	0,5546	0,2785	0,04641	1,7412	(1,008, 3,005)
Uso de álcool	Não	-0,4357	0,2448	0,07518	0,6468	(0,400, 1,045)
Uso de psicotrópicos	Não	-0,5650	0,2967	0,05685	0,5684	(0,317, 1,016)
Último CD4+	350-500	-1,2882	0,4586	0,00497	0,2758	(0,112, 0,677)
Último CD4+	> 500	-1,1945	0,2647	0,0000064	0,3029	(0,183, 0,508)
Última CV	Detectável	0,4262	0,2550	0,09461	1,5314	(0,929, 2,524)

que o tempo entre diagnóstico e primeira hospitalização para variável faixa etária é menor para as pessoas com menos de 20 anos e entre 20 e 39 anos comparado às faixas etárias maiores. Quanto à orientação sexual, os homossexuais apresentaram tempo do diagnóstico à hospitalização menor em relação aos bissexuais e heterossexuais, com relação ao registro de descontinuidade da TARV, o tempo sem hospitalização é maior para os pacientes que não possuíam esse registro.

Modelos Paramétricos

Através da análise gráfica e teste de hipótese foi escolhido o Modelo de Weibull para explicar a não ocorrência de hospitalização de paciente diagnosticados com HIV. A tabela 2 apresenta as estimativas, erro padrão, estatística e p-valor para as variáveis do modelo final obtido. O coeficiente deste modelo não tem interpretação direta na análise de sobrevivência, então foi feito um cálculo que transforma esse resultado na taxa de risco para melhor interpretação. Sendo assim, os pacientes que não tiveram registro de descontinuidade da TARV apresentaram uma redução de 64% no risco de hospitalização após o diagnóstico, e 5,46 vezes mais de chance de não se hospitalizar, probabilidade ao desfecho hospitalização.

Modelo semi paramétrico de Cox

O grau de concordância do modelo encontrado foi 0,71, o que indica ajuste do modelo. Fizeram parte do modelo final as variáveis “Último CD4+” ao nível de 1% de significância, “Ocupação” ao nível de 5% e “Uso de álcool”, “Uso de psicotrópicos” e “Última carga viral” ao nível de 10% de significância (Tabela 3).

Na tabela 4 observa-se as taxas de risco de falha proporcionais (RTF), que evidenciam a relação de risco que cada variável incluída no modelo exerce sobre o risco de falha.

Na interpretação da análise da taxa do risco de falha (RTF) foram considerados que valores acima de 1 indicavam a variável como um fator de risco e valores entre 0 e 1 indicavam a variável como fator de proteção. As pessoas diagnosticadas com HIV não economicamente ativas

apresentaram risco de hospitalização aumentado em 74%. Os resultados de carga viral detectáveis aumentaram em 53% o risco de hospitalização. Pacientes que apresentaram exames de linfócitos CD4+ com resultados de 350 a 500 cél/mm³ e >500 cél/mm³ apresentaram risco de hospitalização reduzido em torno de 70%, e os que não faziam uso de álcool e psicotrópicos em 36% e 26% respectivamente.

DISCUSSÃO

Observou-se no estudo que quanto maior o tempo de diagnóstico de HIV ou aids, menor a chance de não hospitalização. Estudo sobre hospitalizações em pessoas maiores de 50 anos, também traz o tempo de diagnóstico como variável estatisticamente significativa com a hospitalização.⁽¹²⁾

Visto tratar-se de doença sem cura e a hospitalização ser um desfecho negativo da doença que representa falhas no tratamento ambulatorial e alterações epidemiológicas do curso da epidemia,^(13,14) é necessário o conhecimento do perfil dos indivíduos acometidos pelo HIV/Aids e que necessitam de hospitalização.

O tempo médio de hospitalização foi de 17,09 dias, superior ao tempo encontrado em estudo do perfil de pacientes hospitalizados em Paris⁽¹⁵⁾ e aproximado ao tempo de hospitalização de pacientes em Hospital Universitário do nordeste brasileiro, os mesmos permaneceram hospitalizados por 19,3 dias em média.⁽¹⁶⁾

Sabe-se que o desenvolvimento da aids e de suas complicações envolvem o aumento de viremia, supressão imunológica e susceptibilidade a doenças oportunistas, e as expressões clínicas dessas condições se dão através da contagem de LT-CD4+, quantificação de carga viral e manifestações clínicas variadas.⁽¹⁷⁾

No modelo de Cox aplicado no estudo, o número elevado de células CD4+ foi considerado fator de proteção para a hospitalização, enquanto a carga viral detectável aumentou em 53% o risco para o desfecho. Achado corroborado por outros estudos que sugeriram diminuição na taxa de hospitalização com o aumento no número de células CD4+.^(18,19) Estudo em países da África mostrou que pacientes infectados pelo HIV eram frequentemente hospitalizados extremamente imunossuprimidos (CD4 <100 células/ μ L), geralmente por causa de doenças infecciosas relacionadas ao HIV. A contagem de células CD4 na admissão permaneceu como o mais importante preditor de morbidade, mortalidade e tempo de permanência de hospitalizações.⁽²⁰⁾

Associada a contagem de células CD4+ (com quem expressa comportamento inverso), a carga viral é um marcador de progressão da infecção na identificação de falha virológica em pessoas tratadas, sua ocorrência está

associada a prognóstico negativo, porque o aumento das partículas virais está associado à deterioração acelerada do sistema imune.^(14,16)

O presente estudo identificou, através do modelo de Cox, que fazer parte da população não economicamente ativa, aumentava em quase duas vezes o risco de hospitalização. A baixa escolaridade e a inatividade são indicadores da realidade social a que está submetida a pessoa com HIV/Aids. Fatores decorrentes da infecção, do adoecimento e do processo de hospitalização geram impactos negativos tanto no desempenho funcional e ocupacional, como nas condições emocionais e relações interpessoais das pessoas acometidas, muitos apresentam dificuldades de inserção laboral e de constituir família.⁽²¹⁾ Em muitos países, inclusive no Brasil, as pessoas que vivem com o HIV perderam seus empregos, suas moradias e o acesso a serviços públicos.⁽²²⁾

Desigualdade de renda interfere tanto na aquisição das informações, como nas tomadas de decisões para a prevenção da doença, sendo necessário que as políticas de prevenção ao HIV/Aids considerem a epidemia em desigualdades, afetando a população de forma heterogênea.⁽²³⁾

A comparação das curvas de Kaplan-Meier apresentou menor tempo entre o diagnóstico do HIV e primeira hospitalização aos pacientes com faixas etárias menores que 39 anos. Esse achado diferiu do encontrado em estudos semelhantes, que trouxeram maior risco de hospitalização para as pessoas mais velhas.^(24,25) Porém, corroborou com o estudo que traz a faixa etária de 50 a 60 anos como fator de proteção para hospitalização.⁽¹²⁾

Em estudo epidemiológico sobre coinfeção TB/HIV/Aids a idade não se mostrou como uma variável explicativa da ocorrência de internação hospitalar, contudo, manteve-se associada ao desfecho mortalidade.⁽¹³⁾

O “não uso de álcool e psicotrópicos” e “não ter antecedentes psiquiátricos” foram identificados como fatores de proteção para hospitalização. Os pacientes que não fazia uso de álcool tiveram risco de hospitalização reduzido em 36%. O alto consumo de álcool em pessoas com HIV e aids pode influenciar de forma negativa o sistema imunológico, elevar a propensão para o desenvolvimento de infecções, alterar o metabolismo das drogas antirretrovirais e aumentar a ocorrência de problemas no fígado. O consumo de álcool também pode ser correlacionado à problemas de adesão ao tratamento farmacológico, ocasionando imprópria supressão do vírus, resistência viral e tratamento falho, contribuindo para progressão da aids e seus desfechos negativos, entre eles, hospitalização e óbito.⁽²⁶⁾

Estudos realizados com pessoas vivendo com HIV e aids, verificaram que problemas relacionados à saúde mental,

comprometem à adesão regular da TARV, bem como influenciam o abandono do acompanhamento clínico.^(2,27) Alguns estudos reportaram que pessoas vivendo com HIV/Aids possuem prevalência elevada de depressão quando comparada à população geral.⁽²⁸⁾ Dentre os transtornos psiquiátricos mais comumente observados a depressão e o transtorno de ansiedade são os mais comuns, que podem estar relacionados a fatores como descoberta da infecção, início dos sintomas físicos, progressão da doença e das limitações por ela impostas, infecções oportunistas no sistema nervoso central e as complexas questões psicossociais envolvidas, que vão desde o preconceito e estigma ainda inerentes ao contexto do HIV e aids, à sua repercussão sobre a família e sociedade.⁽²⁹⁾

Os pacientes que apresentaram registro de descontinuidade da TARV, tanto na análise de sobrevivência quanto no modelo paramétrico de Weibull mostraram redução no tempo entre o diagnóstico da infecção e a hospitalização. Os avanços na terapia antirretroviral levaram à diminuição da morbidade e da mortalidade por aids, seu uso regular está relacionado ao aumento da sobrevida e a prevenção de diversos desfechos desfavoráveis.⁽³⁰⁾ Seu amplo uso parece não apenas reduzir a frequência de hospitalizações, mas também reduzir o tempo de permanência de pacientes hospitalizados. O tempo para ocorrência da primeira hospitalização é menor em pacientes em uso regular da TARV.⁽²⁵⁾

No contexto das pessoas com HIV e aids, várias dificuldades estão relacionadas ao uso regular da TARV, como os baixos recursos financeiros, sobretudo em países subdesenvolvidos, representando um dos principais entraves para a adesão ao tratamento medicamentoso e aos cuidados de saúde.⁽¹⁶⁾

Estudo realizado na África apontou a pobreza como um dos obstáculos para os usuários aderirem à TARV e aos cuidados de saúde. Apesar de ter aumentado o acesso à terapia antirretroviral nesses países, muitos pacientes continuam se apresentando tardiamente para cuidar de doença, retardando o início do tratamento. Outros hospitalizados após anos em TARV apresentavam-se em estado de falha clínica, imunológica e virológica, com doença resistente devido a uma gama de fatores que incluem desafios de adesão às drogas, impedindo o acesso consistente e seu uso regular. Até 25% dos pacientes interromperam seu tratamento em algum momento.⁽²⁰⁾

O regime terapêutico da TARV exige que seus usuários adquiram hábitos de vida saudáveis e, principalmente, uma alimentação balanceada. No entanto, a falta de recursos presente na maioria dos casos, inviabiliza que tais hábitos sejam adotados, dificultando a adesão desses usuários ao tratamento.⁽³¹⁾

Entre as variáveis que influenciam na baixa aderência à terapia antirretroviral, as mais comuns são a baixa escolaridade, o baixo nível socioeconômico, o uso de drogas ilícitas e álcool assim como ter transtornos mentais.^(19,26)

Diante dos achados deste estudo, constatou-se que a hospitalização de pacientes vivendo com HIV e aids, não resulta exclusivamente de determinantes individuais, mas sim da interação entre esses fatores com a rede de apoio e contexto social. Características sociais, condições econômicas, educacionais, clínicas e outros fatores pessoais e comportamentais influenciam a maneira pela qual o indivíduo adquire e convive com a doença, assim como a oferta de serviços. Isto reforça a recomendação de que o cuidado ofertado às pessoas que vivem com HIV e aids deve ser um cuidado integral, continuado, que vise além da retenção desses usuários nos serviços de saúde, a melhoria do acesso a esses serviços, com o objetivo de otimizar o diagnóstico e a adesão à terapia e assim minimizar os desfechos negativos da doença.

Neste trabalho, duas foram as limitações principais: o uso de dados secundários, cuja precisão não pode ser avaliada, e a amostra proveniente de um único serviço, ainda que o mesmo seja referência estadual especializada para o cuidado as pessoas vivendo com HIV e aids.

Diante disso, ressalta-se a contribuição do conhecimento dos fatores de risco para hospitalização como subsídio para direcionar o planejamento da oferta de serviços de acordo com a demanda de atenção existente, além de orientar o contato com outros serviços da rede no intuito de ofertar aos usuários um cuidado integral. Os resultados apresentados nesse estudo convergem para a importância de assegurar a continuidade do acompanhamento clínico, mesmo diante das dificuldades de acesso aos serviços em decorrência da falta de recursos financeiros vivenciada por muitas pessoas que vivem com HIV e aids.

Ao constatar a influência não apenas de fatores clínicos, mas outros de interface social sobre o risco de hospitalizações associadas ao HIV/Aids, é necessário ampliar o foco das ações do serviço especializado para além da monitorização da condição clínica dos usuários, implementação da TARV e manejo clínico das condições instaladas.

O conhecimento do tempo estimado entre o a sorologia positiva para HIV e a primeira hospitalização e os fatores mais fortemente associados a ele, pode auxiliar no planejamento do cuidado, além de ratificar a importância do tratamento cada vez mais precoce com o intuito de manter um bom estado imunológico dos indivíduos infectados evitando assim condições que aumentariam a probabilidade de ocorrer hospitalização.

CONCLUSÃO

A partir dos modelos estatísticos utilizados foi possível identificar fatores de risco (carga viral detectável, ocupação e registro de descontinuidade da TARV) e de proteção (não uso de álcool, não uso de psicotrópicos e alta contagem de LT CD4+) para o desfecho hospitalização. Os modelos também apontaram fatores que influenciaram no tempo entre o diagnóstico do HIV e a primeira hospitalização (faixa etária, orientação sexual, registro de descontinuidade da TARV e números de consultas médicas e multidisciplinares), e possibilitaram uma discussão enriquecedora a cerca dos aspectos intrínsecos aos cuidados em saúde das pessoas vivendo com HIV e aids ligados à hospitalização. A

descontinuidade do tratamento da TARV mostrou-se como principal fator associado à hospitalização, por ser responsável por maior risco e diminuição no tempo para ocorrência desse desfecho.

Contribuições

Concepção e/ou desenho do estudo: Pereira RR; Coleta, análise e interpretação dos dados: Pereira RR, Chaves RB, Medeiros LB; Redação e/ou revisão crítica do manuscrito: Pereira RR, Leadebal ODCP, Silva ACO, Nogueira JA; Aprovação da versão final a ser publicada: Pereira RR, Leadebal ODCP, Chaves RB, Medeiros LB, Silva ACO, Nogueira JA.

REFERÊNCIAS

1. Figueiredo LA, Lopes LM, Magnabosco GT, Andrade RL, Faria MF, Goulart VC, et al. Provision of health care actions and services for the management of HIV/AIDS from the users' perspective. *Rev Esc Enferm USP*. 2014;48(6):1026-34.
2. Medeiros LB, Trigueiro DR, Silva DM, Nascimento JA, Monroe AA, Nogueira JA, et al. Integration of health services in the care of people living with aids: an approach using a decision tree. *Ciênc Saúde Colet*. 2016;21(2):543-52.
3. Foresto JS, Melo ES, Costa CR, Antonini M, Gir E, Reis RK. Adherence to antiretroviral therapy by people living with HIV/AIDS in a municipality of São Paulo. *Rev Gaúcha Enferm*. 2017;38(1):e63158.
4. United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Together we will end aids. Geneva: UNAIDS; 2012 [cited 2020 Dec 11]. Available from: <https://www.unaids.org/en/resources/campaigns/togetherwewillendaids>
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico HIV Aids: Julho de 2017 a junho de 2018. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2018 [citado 2020 Dez 11]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-hivaids-2018>
6. Bachhubrt MA, Southerm WN. Hospitalization Rates of People Living with HIV in the United States, 2009. *Public Health Rep*. 2014;129(2):178-86.
7. Heslin KC, Elixhauser A. HIV Hospital Stays in the United States, 2006-2013. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality; 2016 [cited 2020 Dec 11]. Available from: <https://www.hcup-us.ahrq.gov/reports/statbriefs/sb206-HIV-Hospital-Stays-Trends.jsp>
8. Magno ES, Saraiva MG. Causas de óbito relacionadas ao HIV/Aids em Instituição de Referência, Amazonas, 2016. *Braz J Hea Rev*. 2019;2(2):787-99.
9. Grangeiro A, Rose E, Nemes MR. The reemergence of the Aids epidemic in Brazil: Challenges and perspectives to tackle the disease. *Interface*. 2015;19(52):7-8.
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo 2010. Brasília (DF): IBGE; 2010 [citado 2020 Dez 08]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pb/panorama>
11. Colosimo EA, Giolo SR. Análise de sobrevivência aplicada. São Paulo: Edgard Blücher; 2006.
12. Pio DP, Renato LA, Lopes LP, Souza JC, Gir E. Hospitalization of people 50 years old or older living with HIV/AIDS. *Rev Bras Enferm*. 2017;70(4):845-50.
13. Silva CM, Mendonza-Sassi RA, Mota LD, Nader MM, Martinez AM. Alcohol use disorders among people living with HIV/AIDS in Southern Brazil: prevalence, risk factors and biological markers outcomes. *BMC Infect Dis*. 2017;17(1): 263.
14. Leadebal OD, Medeiros LB, Lins KS, Chaves RB, Monroe AA, Nogueira JA. Care for people living with AIDS: focus on health education actions. *Rev Enferm UERJ*. 2017;25:e9524.
15. Seng R, Mutuon P, Riou J, Duvivier C, Weiss L, Lelievre JD, et al. Hospitalization of HIV positive patients: Significant demand affecting all hospital sectors. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2018;66(1):7-17.
16. Soares TC. HIV/AIDS e estilo de vida: parâmetros imunológicos, virológicos, síndrome lipodistrófica e sua relação com a prática de exercícios [tese]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2012.
17. Abagambe EK, Ezeamama AE, Guwatudde D, Campos H, Fawzi W. Plasma n-6 Fatty Acid Levels Are Associated With CD4 Cell Counts, Hospitalization, and Mortality in HIV-Infected Patients. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2016;73(5):598-605.
18. Lazar R, Kersanske L, Xia Q, Daskalakis DB, Raunsteins SL. Hospitalization Rates Among People With HIV/AIDS in New York City. *Clin Infect Dis*. 2017;65(3):469-76.
19. Ousley J, Niyibizi AA, Wanjala S, Vandenbulcke A, Kirubi B, Omwoyo W, et al. High Proportions of Patients With Advanced HIV Are Antiretroviral Therapy Experienced: Hospitalization Outcomes From 2 Sub-Saharan African Sites. *Clin Infect Dis*. 2018;66(Suppl 2):126-31.
20. Gil NA, Carlo MM. Os papéis ocupacionais de pessoas hospitalizadas em decorrência da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. *Mundo Saúde*. 2014;38(2):179-88.
21. Martins TA, Kerr LR, Kendall C, Mota RM. Cenário Epidemiológico da Infecção pelo HIV e AIDS no Mundo. *Rev Fisioter S Fun*. 2014;3(1):4-7.
22. Alves MR, Rodrigues VD. Perfil epidemiológico do HIV/Aids no estado de Minas Gerais/Brasil: um desafio interdisciplinar da educação formal. *Rev Multitexto*. 2016;4(1):74-81.
23. Ribeiro SR. Eventos morbidos graves e internações hospitalares em uma coorte clínica de pacientes com HIV/AIDS no Rio de Janeiro - Brasil, 2000 - 2010 [tese]. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas; 2012.

24. Coelho AB. Fatores associados ao risco de internação dos indivíduos HIV (+) [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2014.
25. Rosseto M. Estudo Epidemiológico sobre coinfeção TB/HIV/aids e fatores de risco para internação e mortalidade em Porto Alegre, Rio Grande do Sul [tese]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2016.
26. Schilkowsky LB, Portela MC, As MC. Factors associated with HIV/AIDS treatment dropouts in a special care unit in the City of Rio de Janeiro, RJ, Brazil. *Rev Bras Epidemiol.* 2011;14(2):187-97.
27. Camargo LA, Capitão CG, Filipe EM. Saúde mental, suporte familiar e adesão ao tratamento: associações no contexto HIV/Aids. *Psico USF.* 2014;19(2):221-32.
28. Marques ES, Melo GC, Brandão TM, Moreira AS, Paixão JT. Sintomas depressivos entre gestantes soropositivas e soronegativas para o vírus da imunodeficiência humana. *Enferm Foco.* 2021;12(1):67-72.
29. Rossi SM, Maluf EC, Carvalho DS, Ribeiro CE, Battaglin CR. Impacto da terapia antirretroviral conforme diferentes consensos de tratamento da Aids no Brasil. *Rev Panam Salud Publica.* 2012;32(2):117-23.
30. Dewing S, Mathews C, Lurie M, Kagee A, Padayachee T, Lombard C. Predictors of poor adherence among people on antiretroviral treatment. *AIDS Care.* 2015;27(3):342-9.
31. Teixeira C, Dourado ML, Santos MP, Brites C. Impact of use of alcohol and illicit drugs by AIDS patients on adherence to antiretroviral therapy in Bahia, Brazil. *AIDS Res Hum Retroviruses.* 2013;29(5):799-804.

PERCEPÇÃO DA ARTETERAPIA COMO RECURSO À PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM HOSPITALAR

PERCEPTION OF ART THERAPY AS A RESOURCE FOR THE PROMOTION OF MENTAL HEALTH IN THE HOSPITAL NURSING TEAM

PERCEPCIÓN DE LA ARTETERAPIA COMO RECURSO PARA PROMOVER LA SALUD MENTAL EN EL EQUIPO DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL

Joseli Aparecida Caldi¹

Marcos Hirata Soares¹

Júlia Trevisan Martins¹

Maira Bonafé Sei¹

Leilane de Jesus de Martini Lopes Vilar¹

Maria José Quina Galdino²

Aline Aparecida Oliveira Moreira¹

(<https://orcid.org/0000-0002-2261-1422>)

(<https://orcid.org/0000-0002-1391-9978>)

(<https://orcid.org/0000-0001-6383-7981>)

(<https://orcid.org/0000-0003-0693-5029>)

(<https://orcid.org/0000-0003-0834-5874>)

(<https://orcid.org/0000-0001-6709-3502>)

(<https://orcid.org/0000-0002-2621-7078>)

Descritores

Saúde mental; Equipe de enfermagem; Hospitais; Terapias complementares

Descriptors

Mental health; Nursing team; Hospitals; Complementary therapies

Descriptores

Salud mental; Grupo de enfermería; Hospitales; Terapias complementarias

Submetido

22 de Abril de 2021

Aceito

23 de Junho de 2021

Conflitos de interesse:

manuscrito extraído da dissertação "Percepção da arteterapia como recurso à promoção da saúde mental da equipe de enfermagem hospitalar", defendida em 2021, no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina - UEL.

Autor correspondente

Joseli Aparecida Caldi Gomes
E-mail: josicatai@hotmail.com

RESUMO

Objetivo: Compreender a percepção da arteterapia para a equipe de enfermagem da área hospitalar.

Métodos: Pesquisa descritiva de natureza qualitativa, realizada com seis profissionais de enfermagem de um hospital de pequeno porte. O estudo foi desenvolvido por meio de duas etapas, na primeira implementou-se 10 oficinas de arteterapia realizadas semanalmente, no período de janeiro a março de 2020. A etapa dois, ocorreu cinco meses após o término da primeira e se deu por meio de entrevistas individuais audiogravadas. As falas transcritas foram avaliadas segundo os preceitos da Análise de Conteúdo.

Resultados: Desvelaram-se cinco categorias: compartilhando as experiências; despertando para o trabalho em equipe; propiciando momento de relaxar; aprendendo a escutar e a falar e solicitando a continuidade das oficinas.

Conclusão: Pela concepção dos participantes a arteterapia se configurou como uma ferramenta capaz de promover a saúde mental. Assim, é uma estratégia intervencionista que pode ser colocada em prática no ambiente laboral dos profissionais de enfermagem.

ABSTRACT

Objective: To understand the perception of art therapy for the nursing team in the hospital area.

Methods: Qualitative descriptive research, carried out with six nursing professionals from a small hospital. The study was developed through two stages, in the first, 10 art therapy workshops were carried out weekly, from January to March 2020. Stage two took place five months after the end of the first and took place through individual interviews audio recorded. The transcribed statements were evaluated according to the precepts of Content Analysis.

Results: Five categories were unveiled: sharing experiences; awakening to team work; providing a moment to relax; learning to listen and speak and requesting the continuity of the workshops.

Conclusion: According to the participants' conception, art therapy was configured as a tool capable of promoting mental health. Thus, it is an interventionist strategy that can be put into practice in the work environment of nursing professionals.

RESUMEN

Objetivo: Comprender la percepción de la arteterapia por parte del equipo de enfermería en el área hospitalaria.

Métodos: Investigación descriptiva cualitativa, realizada con seis profesionales de enfermería de un pequeño hospital. El estudio se desarrolló en dos etapas, la primera vez que se implantaron 10 consultorios de arteterapia por semana, sin período de enero a marzo de 2020. En la etapa dos o cinco meses después del primer período, se realizó mediante entrevistas individuales grabado. Según las declaraciones transcritas para un segundo aval, tienes los preceptos del Análisis de Contenido.

Resultados: Se revelaron cinco categorías: compartir experiencias; despertarse para trabajar en equipo; proporcionar un tiempo para relajarse; aprender a escuchar y hablar y pedir continuidad en la oficina.

Conclusión: Desde la concepción de los dos participantes hasta la arteterapia, se configuró como una herramienta capaz de promover la salud mental. Además, es una estrategia intervencionista que se puede poner en práctica en el entorno laboral de dos profesionales de enfermería.

¹ Universidade Estadual de Londrina (UEL). Londrina, PR, Brasil.

² Universidade Estadual do Norte do Paraná (UENP). Bandeirantes, PR, Brasil.

Como citar:

Caldi JA, Soares MH, Martins JT, Sei MB, Vilar LJ, Galdino MJ, et al. Percepção da arteterapia como recurso à promoção da saúde mental da equipe de enfermagem hospitalar. *Enferm Foco*. 2021;12(6):1204-9.

DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n6.4887>

INTRODUÇÃO

Devido aos avanços tecnológicos, o aumento da industrialização, as exigências por maior produtividade, sobrecarga laboral, pouco ou nenhum lazer, dentre outros fatores, colaboraram para o aumento de doenças e agravos no ambiente de trabalho, tornando-se um grande problema de saúde pública brasileira, principalmente, advindos do aumento do estresse e da depressão, desencadeando transtornos mentais e de comportamento.⁽¹⁾

Os transtornos mentais, em especial, o transtorno depressivo, vem aumentando em nível mundial, porém, ainda é uma doença que enfrenta muito preconceito, sendo confundida como apenas uma tristeza, porém, apresenta-se com manifestações psicológicas, relacionada ao comprometimento funcional devido às perturbações biológicas, sociais, psicológicas, genéticas, físicas ou químicas, que alteram o modo de pensar, o humor, provocando modificações no desempenho pessoal, social, laboral ou familiar.⁽²⁾

A Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) e a Organização Mundial de Saúde (OMS) descrevem em seu relatório que a depressão para o ano de 2020 será a segunda maior causa de doenças mentais e incapacitantes em todo o mundo, e a primeira causa para o ano de 2030. Diante desta probabilidade, a OPAS e OMS, no ano de 2017, lançaram a campanha mundial "Depressão: vamos conversar".⁽³⁾

Os profissionais que exercem suas atividades na área de saúde pertencem à um grupo vulnerável para desenvolver problemas de natureza mental, pois realizam diariamente atividades estressantes que mexem com seu estado emocional, as quais estão relacionadas aos pacientes (dor, morte, sofrimento e doentes terminais).⁽⁴⁾

Dentre os profissionais de saúde, encontram-se os da enfermagem, que permanecem ininterruptamente nas 24 horas cuidando dos pacientes, sobrecarregados, com recursos humanos e materiais insuficientes, demanda de pacientes além do preconizado, relações conflituosas, trabalho em turnos, familiares ansiosos, entre outros fatores, que se configuram como potenciais causadores de desgaste, de estresse, ou seja de agravos à saúde mental, o que, por sua vez, pode influenciar na qualidade da assistência prestada.⁽⁵⁾

Cabe destacar, que o processo laboral da enfermagem, principalmente dos que atuam em instituições hospitalares, possuem características que agrupam fatores que podem provocar problemas de natureza física e mental, tais como: ambiente hostil, relação interpessoal conflituosa, sobrecarga de atividades, trabalho em turnos, falta de reconhecimento, sofrer atos de incivilidade, dentre outros. Tais fatores podem levar ao estresse laboral e a outros agravos.⁽⁶⁾

O estresse no trabalho provoca repercussões negativas para o bem-estar psicológico e, conseqüentemente, interfere na qualidade de vida do trabalho (QVT) estendido a qualidade de vida geral. Assim, é preciso buscar estratégias planejadas entre os gestores e os trabalhadores que promovam a saúde, previnam as doenças, recuperem os que já estão doentes, visando garantir a qualidade do cuidado prestado aos clientes, bem com maximizar a QVT.⁽⁷⁾

Muitas são as formas que podem ser implementadas para promover a saúde física e mental do ser humano. Dentre elas, surge a arteterapia, isto é, a participação dos trabalhadores em atividades artísticas. Assim, a arteterapia, se apresenta como uma proposta que está em consonância com a OMS, que é o cuidado à saúde mental da sociedade.⁽⁸⁾

A arteterapia pode ser utilizada por grupos ou indivíduos, em diferentes locais, empregando a expressão artística como processo terapêutico, para diferentes problemas, mas salienta-se que é uma estratégia ímpar para o desenvolvimento pessoal e para a saúde mental.⁽⁸⁾ Há diferentes concepções de saúde mental, mas no presente estudo adotou-se a compreensão de ser um estado de bem-estar em que cada indivíduo reconhece seu potencial e consegue enfrentar as tensões da vida e exercer suas atividades de trabalho com eficiência, contribuindo para a sociedade.⁽⁹⁾

Cabe enfatizar que a arteterapia pode ser empregada com profissionais da área da saúde, como a equipe de enfermagem de diferentes cenários, visto que, colabora para diminuir as doenças de natureza saúde mental e, por sua vez, propiciar maior bem-estar e QVT. Assim, é relevante estudos sobre a temática da arteterapia com a equipe de enfermagem de instituições hospitalares.⁽¹⁰⁾

Ante as considerações anteriores, delimitou-se como objetivo deste estudo compreender o significado da arteterapia para a equipe de enfermagem da área hospitalar.

MÉTODOS

Estudo descritivo, de natureza qualitativa, realizado em um hospital público de um município de pequeno porte localizado no interior do norte do Estado do Paraná. A rede de serviços públicos de saúde desta cidade é composta por três estabelecimentos, sendo dois deles de serviços destinados a Atenção Primária em Saúde (APS) sendo duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e um hospital geral de pequeno porte, que conta com 16 leitos e presta o atendimento de urgência/emergência, ambulatorial e internação hospitalar de clínica geral adulto e infantil.

A investigação foi desenvolvida com a equipe de enfermagem, sendo como critério de inclusão estabelecido foi

estar no trabalho há no mínimo seis meses. Como critérios de exclusão a falta em dois encontros e estar de férias ou licença de qualquer natureza. De uma população de 26 profissionais de enfermagem, ou seja, enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem, que compõe o quadro de trabalhadores do referido hospital e após aplicar os critérios de inclusão e exclusão, chegou-se a 22 profissionais, porém, foi utilizada a técnica de sorteio e foram convidados a participar 10 profissionais.

A pesquisadora principal após o sorteio e convite informou sobre os objetivos da pesquisa, sigilo no processo das informações e sobre os procedimentos de coletas de dados. Destaca-se que dos 10 participantes selecionados, dois desistiram no início das oficinas de arteterapia e houve mais duas perdas em decorrência de faltas atribuídas a doenças. Assim, o estudo foi desenvolvido com 6 trabalhadores.

A pesquisa foi realizada em duas distintas etapas. A primeira envolveu o processo de arteterapia propriamente dito, a segunda as entrevistas, que ocorreu após cinco meses da realização das oficinas de arteterapia. Os encontros foram efetuados entre o período de janeiro a março de 2020, sendo um total de dez, desenvolvidos uma vez por semana, com duração média de 1h10, sendo realizado em um local no próprio hospital e durante o trabalho.

Cabe destacar que os encontros foram implementados pela investigadora principal, porém, anterior e posteriormente a cada encontro o coordenador da pesquisa e especialista em arteterapia procedia suas reflexões e orientações. Para aplicar a arteterapia seguiu-se os preceitos de Bernardo.⁽¹¹⁾ Assim, apresenta-se breve resumo dos encontros arteterápicos. No primeiro encontro, o objetivo foi estabelecer o vínculo, com a finalidade de propiciar a autonomia dos participantes do grupo, bem como promover a reflexão sobre temas que surgem rotineiramente no trabalho. Assim, procedeu-se a leitura de manuscrito que estimulava a apresentação de cada um, por meio de dramatizações, essa dinâmica estimula o toque, analisa o tocar no sentido de fazer e receber. Os pesquisados foram convidados a serem livres, viver os movimentos, momentos de reflexão física própria, um monólogo e uma introsversão. Por meio do exercício é possível desenvolver na pessoa a extroversão e sua reflexão.⁽¹²⁾

A oficina 2 teve como temática o autoconhecimento, sendo o princípio norteador a visualização da Torre.⁽¹³⁾ Essa atividade visa fortalecer o reconhecimento e processo de transformação individual, por meio de desenho, com a utilização de meditação guiada.

A oficina 3 também teve o objetivo de autoconhecimento e de estimular o relacionamento interpessoal, com

fortalecimento de vínculo e a importância laboral em equipe. Teve como guia o Conto dos Sete Novelos,⁽¹⁴⁾ para o desenvolvimento da criatividade e expressividade, por meio da confecção do Olho de Deus, trabalho esse que foi realizado com lãs e palitos de churrasco.

A oficina 4 teve como finalidade promover o empoderamento e autoconfiança. Assim, foi desenvolvida a construção da Mandala dos quatro elementos, cada membro do grupo executou de forma isoladamente suas atividades. Foram desveladas características de linguagens, por meio do uso de: pensamento, sentimento, intuição e sensação juntamente com os aspectos simbólicos relacionados aos quatro elementos da natureza: fogo, água, terra e ar.⁽¹⁵⁾

O encontro 5 também abordou o empoderamento. Desta forma, procedeu-se a leitura do Mito da Deusa Atena, representante das características arquetípicas que diz respeito ao pensamento estratégico e racional.⁽¹⁶⁾

Na oficina 6, o objetivo era a comunicação e a expressão. Assim, foi lido o Mito da Deusa Ártemis.⁽¹⁶⁾ Neste encontro solicitou-se a todos os participantes a produção de uma capa protetora.

A oficina 7 teve como meta a comunicação e a expressão, sendo utilizado o conto da Deusa Perséfone que associa a sensação/intuição, é a deusa das ervas, flores, frutos e perfumes, relevando em sua história que era luz para os que viviam na escuridão.⁽¹⁶⁾ Cada participante desenvolveu um desenho para se expressar.

Com relação a oficina 8, o objetivo foi favorecer o processo de transformação e superação (autoestima). Tal processo foi realizado por meio da parábola chinesa do vaso de cerâmica rachado, utilizou-se a resiliência para propiciar a reflexão, que trabalha a positividade e trata de maneira assertiva com os aspectos negativos.⁽¹⁷⁾

A oficina 9 teve como finalidade estimular a autoestima. Assim foi realizada a leitura da história Afrodite e após foi desenvolvido a realização da moldura de espelho, isto é, os membros do grupo devolveram atividades que os representassem no espelho.

Finalmente a oficina 10, ou seja, foi o encerramento dos encontros. Neste dia, levou-se todas as produções, solicitou-se que todos olhassem para as mesmas e refletissem sobre elas. Após houve atividade de lazer por meio de uma confraternização.

A fase dois da pesquisa ocorreu cinco meses após o término das oficinas de arteterapia e foi desenvolvida por meio de entrevistas individuais audiogravadas, com duração aproximada de 22 minutos. Essas entrevistas foram agendadas previamente e aplicadas no próprio local de trabalho, em sala uma sala apropriada, tendo a seguinte

pergunta mediadora: “fale-me qual a sua percepção em participar dos encontros de arteterapia”. Durante seu transcorrer, outras perguntas foram sendo inseridas no sentido de aprofundar a compreensão dos conceitos expressos pelo entrevistado.

As falas foram transcritas na íntegra e avaliadas de acordo com a técnica de Análise de Conteúdo,⁽¹⁸⁾ que consiste em uma soma de técnicas de análise dos depoimentos/falas, e objetiva ultrapassar as ambiguidades e aperfeiçoar a leitura dos dados coletados. Na sequência seguiu-se os passos: codificação, categorização, integração e descrição das categorias desveladas. Após análise, entendeu-se que os dados revelados foram considerados bem desenvolvidos, com repetição de informações que levaram à compreensão do fenômeno estudado.

O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, com Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 19612519.6.0000.5231, e Parecer nº 3.775.414. Para preservar o anonimato dos participantes as falas foram identificadas com a E seguida pela numeração 1, 2, 3 e assim sucessivamente.

RESULTADOS

Das falas dos entrevistados depreenderam-se cinco categorias: compartilhando as experiências; despertando para o trabalho em equipe; propiciando momentos para relaxar; aprendendo a escutar e falar e solicitando a continuidade das oficinas, as quais que estão descritas na sequência:

Compartilhando as experiências

O momento das oficinas foi uma experiência ímpar para os entrevistados, pois, os mesmos conseguiram dividir suas experiências, compartilhar sentimentos que julgavam que não poderiam ser socializados. É o que mostra os depoimentos:

Foi uma experiência grande, nunca pensei em dividir certos problemas com a maioria das pessoas aqui, apesar de fazer anos que trabalhamos juntas. (E1)

Significou muito para mim cada oficina, principalmente a da Perséfone, me fez olhar as coisas que a gente guarda e não quer falar mais, e pode até ficar doente de ficar guardando tudo isso. (E3)

Despertando para o Trabalho em Equipe

Os participantes identificaram os momentos dos encontros com um despertar para a o trabalho em equipe, um momento de aprender que é possível o trabalho em conjunto. É o que mostra as seguintes falas:

Foi um exercício de trabalho em conjunto. Percebi que trabalhar em conjunto é bem melhor, a gente divide tudo. (E2)

Parece que o relacionamento está melhorando até entre quem não está fazendo as oficinas. Sabe aprender a trabalhar mais em equipe. (E4)

(...) o trabalho em conjunto. (E6)

Propiciando Momentos para Relaxar

De acordo com as falas dos membros participantes das oficinas, os encontros propiciaram o relaxamento mental, a descontração, a calma e aliviou do estresse. É que se revela nas expressões:

Adorei participar de todas as oficinas e dos trabalhos, vou continuar fazendo porque me acalma muito e me tira do estresse deste dia a dia. (E2)

Bom que eu fui a sorteado para participar. Aqui nos encontros eu podia relaxar, descontrair, esquecer, aliviar, de rir. (E5)

Quem não gosta de ter um tempo para descansar, para descontrair. Para cuidar da mente. (E6)

Aprendendo a Escutar e a Falar

As oficinas de arteterapia favoreceram o aprender a falar e a ouvir como uma ferramenta importante para o trabalho, conforme pode-se verificar nos seguintes depoimentos:

Os encontros me fizeram ver que temos que aprender a ouvir e a falar. Não adianta ir falando e falando. Tem que ouvir também. (E1)

Percebi nesses grupos que a gente precisa falar, mas precisa muito ouvir as outras pessoas. (E3)

Ouvir com atenção todos e dialogar sempre. Isso só aumenta as possibilidades de sermos mais unidos no trabalho. (E5)

Solicitando a Continuidade das Oficinas

As oficinas terapêuticas foram importantes para o grupo de participantes, visto que, solicitaram a extensão para outros trabalhadores e a sua continuidade. Tal afirmativa pode ser desvelada nas falas:

Esse trabalho deveria ser feito com todas as pessoas e deveria ter sempre. (E2)

Deveria continuar. Percebi que é muito bom para a nossa saúde. (E4)

Esse tipo de atividade sempre deveria existir. É muito bom para todos. (E5)

Esses encontros poderiam fazer parte do trabalho é uma forma da gente cuidar. (E6)

DISCUSSÃO

Os dados apontaram que a arteterapia foi um momento em que puderam dividir as experiências. Dados análogos foram descritos em pesquisa, na qual utilizou-se as oficinas de arteterapia, e os resultados revelaram que favoreceu a troca de ideias e aumentou as relações de vínculo entre os participantes, visto que, houve uma maior confiança e solidariedade entre as pessoas e, por consequência uma promoção da saúde mental.⁽¹⁹⁾

No que diz respeito ao trabalho em equipe, as atividades da arteterapia mostrou aos participantes do presente estudo que é fundamental para o labor. Autores colocam para que o trabalho ocorra em equipe é essencial o relacionamento entre os seus membros, de maneira a propiciar comportamento colaborativo e troca de informações entre todos.⁽²⁰⁾

Quando se executa o trabalho em equipe, cada profissional atua com seus conhecimentos e habilidades, assim há ganhos para a equipe e clientes, ou seja, pode se estabelecer uma relação complementar e interdependente entre todos, mas é uma forma de prestar um melhor cuidado, bem como pode ser um fortalecimento para a saúde mental dos profissionais, visto que todos se ajudam, tornando o trabalho mais prazeroso.⁽²¹⁾

Autores afirmam que a assistência aos clientes e seus familiares pode ser impactada positivamente quando há uma ligação entre os participantes da equipe, bem como quando existe um olhar compartilhado por todos.⁽²²⁾

Pode-se constatar que os encontros arteterapêuticos foram momentos que propiciaram o relaxar, o descansar e o "desestressar". Pesquisa com trabalhadores da área da saúde revelou que realizar atividades artísticas em pausas durante o labor foi benéfico para a saúde e bem-estar dos mesmos.⁽¹⁰⁾ Outra investigação mostrou que há efeitos positivos ao se utilizar a arteterapia com a finalidade de diminuir o estresse, melhorar o humor, aumentar a produtividade, e, por consequência, maximizar a saúde mental.⁽²³⁾

Assim sendo, pode-se afirmar que arteterapia é uma estratégia eficaz como possibilidade terapêutica. Pesquisa realizada na Escandinávia aponta que a arte e a cultura são estratégias para promover a saúde mental.⁽²⁴⁾ Assim, a participação de encontros de arteterapia pode se configurar em uma forma para diminuir o estresse e o sofrimento psíquico do profissional de saúde.⁽²⁵⁾ Enfatiza-se que a arteterapia foi uma proposta eficiente, terapêutica, pois, promoveu o bem-estar de profissional que exercem suas funções em um ambulatório de saúde.⁽¹⁰⁾

Com relação a escutar e ser ouvido também foi um momento em que os participantes do estudo em questão, verbalizaram como ter sido despertado por meio das oficinas. Sabe-se que falar e escutar é uma estratégia que deve ser utilizada entre os trabalhadores, pois, fortalece as relações e, por sua vez, propicia uma melhor qualidade dos serviços prestados na área da saúde, bem como, promove a saúde mental dos trabalhadores, visto que, ocorre uma maior satisfação no labor, ajuda mútua e solidariedade.⁽²⁶⁾

Estudo realizado com a equipe de enfermagem a nível nacional mostrou que poder se expressar é suporte essencial para relações de trabalho saudáveis, porém, 1/3 dos pesquisados informaram que não se sente à vontade para expressar sua opinião, manifestação, alguma queixa em relação ao trabalho, aos colegas, aos pacientes, ou até mesmo deles próprios, os chefes.⁽²⁷⁾ Assim, a arteterapia se configura como uma estratégia eficaz para propiciar o ouvir e falar.

Uma revisão sistemática indicou que a oportunidade de falar e escutar, se apresentou para os participantes de uma oficina de arteterapia como uma estratégia que melhorou a saúde mental, pois, foi um momento de satisfação de descontração e de leveza no ambiente laboral.⁽²⁸⁾

Os participantes do presente estudo verbalizaram que é importante a continuidade das oficinas, e que se configurou como forma para superar as adversidades laborais. Assim, pode se afirmar que surtiu efeitos positivos na saúde mental dos mesmos. Os resultados estão de acordo com estudos que apontam que é de fundamental importância que os profissionais de saúde tenham recursos que lhes propiciem suporte para lidar com os desafios que surgem em cada área de trabalho e, assim, promover a saúde mental.⁽²⁹⁻³¹⁾

Outra investigação com profissional de saúde mostrou que é essencial compreender o trabalhador holisticamente e que a arteterapia como estratégia grupal é uma possibilidade terapêutica, visto que, traz efeitos positivo para a saúde e o bem-estar.⁽¹⁰⁾

O estudo teve limitação por ter sido realizado com a equipe de enfermagem de apenas uma instituição hospitalar, o que não permite a generalização dos achados. Desta forma, sugere-se a realização de investigações sobre o tema da arteterapia com profissionais de enfermagem em outros locais.

A pesquisa contribui com avanços sobre a temática da arteterapia aplicada em profissionais da enfermagem da área hospitalar, podendo ser uma prática intervencionista a ser adotada no próprio ambiente laboral para promover a saúde mental, melhorar a QVT, e por consequência uma melhor assistência aos clientes e seus familiares.

CONCLUSÃO

A arteterapia se configurou como uma ferramenta capaz de promover a saúde mental, visto que, despertou para a necessidade do trabalho em equipe como uma estratégia capaz de potencializar as competências de cada membro desta equipe, estimulou o aprender ouvir e falar, foi um momento na qual puderam relaxar e um momento de experiências.

Contribuições

Concepção e/ou desenho do estudo: JAC, MHS; Coleta, análise e interpretação dos dados: JAC, MHS; Redação e/ou revisão crítica do manuscrito: JAC, MHS, JTM, MBS, LJMLV, MJQG, AAOM; Aprovação da versão final a ser publicada: JAC, MHS, JTM, MBS, LJMLV, MJQG, AAOM.

REFERÊNCIAS

- Santana LL, Sarquís LM, Brey C, Miranda FM, Felli VE. Absenteísmo por transtornos mentais em trabalhadores de saúde em um hospital no sul do Brasil. *Rev Gaúcha Enferm.* 2016;37(1):e53485.
- Assumpção GL, Oliveira LA, Souza MF. Depressão e suicídio: uma correlação. *Rev Pret.* 2018;3(5):312-33.
- Organização Mundial da Saúde (OMS), Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Com depressão no topo da lista de causas de problemas de saúde, OMS lança a campanha "Vamos conversar". Brasília (DF): OMS; 2017 [citado 2021 Feb 23]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5385:com-depressao-no-topo-da-lista-de-causas-de-problemas-de-saude-oms-lanca-a-campanha-vamos-conversar&Itemid=839
- Ascarí RA, Schmitz SS, Silva OM. Prevalência de doenças ocupacionais em profissionais da enfermagem: revisão de literatura. *Uningá Rev.* 2013;15(2):26-31.
- Soares MH, Martins JT. O(A) herói(ina) que precisamos ser para enfrentar a pandemia de COVID-19. *Adv Nurs Health.* 2020; 2(2): 1-13.
- Ribeiro BG, Santos SV, Silveira SE, Bardaquim VA, Ozanam MA, Robazzi ML. Incivilidade no processo de trabalho da enfermagem. *Enferm Foco.* 2020;11(2): 204-8.
- Vidotti V, Ribeiro RP, Galdino MJ, Martins JT. Síndrome de Burnout e o trabalho em turnos na equipe de enfermagem. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2018; 26:e3022.
- Reis AC. Arte terapia: el arte como instrumento en el trabajo del Psicólogo. *Psicol Ciênc Prof.* 2014;34(1):142-157.
- World Health Organization (WHO). Mental health. Genève: WHO; 2014 [cited 2021 Feb 23]. Available from: https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/
- Depret OR, Maia EB, Borba RI, Ribeiro CA. Saúde e bem-estar: a arteterapia para profissionais de saúde atuantes em cenários de cuidado ambulatorial. *Esc Anna Nery.* 2020;24(1):e20190177.
- Bernardo PP. A prática da arteterapia: correlações entre temas e recursos. Temas centrais em arteterapia. 4ª ed. v. 1. São Paulo: Arterapinna Editorial; 2013.
- Boal A. Jogos para atores e não atores. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2009.
- Gebirim P. A menina, a águia e a torre. Kindle; 2018.
- Medearis AS. Os sete novos: um conto de Kwanzaa. São Paulo: Cosac Naify; 2005.
- Associação de Arteterapia do Estado de São Paulo. Multifaces da Arteterapia: Textos do II Fórum Paulista de Arteterapia. São Paulo: Associação de Arteterapia do Estado de São Paulo; 2010.
- Woolger JB, Woolger RJ. A deusa interior: um guia sobre os eternos mitos femininos que moldam nossas vidas. São Paulo: Editora Cultrix; 2016.
- Carvalho B, Kwietniak D. On homeomorphisms with the two-sided limit shadowing property. *J Math Anal Appl.* 2014;420(1):801-13.
- Bardin L. Análise de conteúdo. 4a ed. Lisboa: Edições 70; 2010.
- Stickley T, Wright N, Slade M. The art of recovery: outcomes from participatory arts activities for people using mental health services. *J Ment Health.* 2018;27(4):367-73.
- Goulart BF, Camelo SH, Simões AL, Chaves LD. Trabalho em equipe em Unidade Coronariana: facilidades e dificuldades. *Rev Esc Enferm USP.* 2016;50(3):482-9.
- Monteiro DT, Mendes JM, Beck CL. Health professionals' mental health: a look at their suffering. *Trends Psychol.* 2019;27(4):993-1006.
- Mundt MP, Agneessens F, Tuan WJ, Zakletskaia LI, Kamnetz SA, Gilchrist VJ. Primary care team communication networks, team climate, quality of care, and medical costs for patients with diabetes: a cross-sectional study. *Int J Nurs Stud.* 2016;58:1-11.
- Elias AD, Tavares CM, Muniz M, Pimenta. A interseção entre ser enfermeiro e ser terapeuta em saúde mental. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(1):e20180134.
- Jensen A, Stickley T, Torrisen W, Stigmar K. Arts on prescription in Scandinavia: a review of current practice and future possibilities. *Perspect Public Health.* 2017;137(5):268-74.
- Schwalbert LS, Gelain D. Arteterapia: do estresse à transcendência. *Rev Cient Arteter Cores Vida.* 2013; 20(20):1-45.
- Lapão LV, Arcêncio RA, Popolin MP, Rodrigues LB. Atenção Primária à Saúde na coordenação das Redes de Atenção à Saúde no Rio de Janeiro, Brasil, e na região de Lisboa, Portugal. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2017;22(3):713-24.
- Machado MH, Santos MR, Oliveira E, Wermelinger M, Vieira M, Lemos W, et al. Condições de trabalho da enfermagem. *Enferm Foco.* 2015;6(1/4):79-90.
- Martin L, Oepen R, Bauer K, Nottensteiner A, Mergheim K, Gruber H, et al. Creative arts interventions for stress management and prevention - a systematic review. *Behav Sci.* 2018;8(2):28.
- Avelino DC, Silva PM, Costa LF, Azevedo EB, Saraiva AM, Ferreira Filha MO. Trabalho de enfermagem no centro de atenção psicossocial: estresse e estratégias de coping. *Rev Enferm UFSM.* 2014;4(4):718-26.
- Maissiat GS, Lautert L, Dal Pai D, Tavares JP. Work context, job satisfaction and suffering in primary health care. *Rev Gaúcha Enferm.* 2015;36(2):42-9.
- Rodrigues CC, Santos VE. The body speaks: physical and psychological aspects of stress in nursing professionals. *Rev Pesqui Cuid Fundam.* 2016;8(1):3587-96.

PERCEPÇÃO DOS ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM SOBRE AUTISMO

NURSING STUDENTS' PERCEPTION OF AUTISM

PERCEPCIÓN DE LOS ACADÉMICOS DE ENFERMERÍA SOBRE EL AUTISMO

Isabella Martins Camelo¹ (<https://orcid.org/0000-0003-1679-7504>)

Edna Chaves Camelo¹ (<https://orcid.org/0000-0001-9658-0377>)

Kelly Rose Tavares Neves² (<https://orcid.org/0000-0003-4097-7812>)

Gislei Frota Aragão^{1,2} (<https://orcid.org/0000-0002-0689-8371>)

Descritores

Educação em enfermagem;
Estudantes de enfermagem;
Transtorno do espectro autista;
Educação em saúde

Descriptors

Nursing education; Nursing
students; Autistic spectrum
disorder; Health education

Descritores

Educación en enfermería;
Estudiantes de enfermería;
Desorden del espectro autista;
Educación en salud

Submetido

23 de Abril de 2021

Aceito

23 de Abril de 2021

Conflitos de interesse:

nada a declarar.

Autor correspondente

Kelly Rose Tavares Neves
E-mail: kelly.rose@ufc.com

RESUMO

Objetivo: Verificar o nível de conhecimento dos acadêmicos do curso de Enfermagem de uma universidade pública sobre o Transtorno do Espectro Autista.

Métodos: Trata-se de estudo quantitativo, descritivo, realizado entre outubro de 2020 a janeiro de 2021, utilizando um questionário on-line. Responderam ao questionário 60 estudantes dos últimos semestres do curso.

Resultados: A maioria dos acadêmicos não conheciam a faixa etária mais provável para identificar os primeiros sinais de autismo, mas conseguiram identificar os sintomas nucleares do Transtorno do Espectro Autista. 65% negaram haver correlação entre o nível socioeconômico e o transtorno. De acordo com 4% dos estudantes, todos os autistas são superdotados, e para 98% o autismo não é causado por vacina. A maioria dos acadêmicos afirmaram não ter recebido conhecimento suficiente na graduação sobre o tema. Todos concordaram na falta de conscientização sobre o Transtorno do Espectro Autista entre profissionais da saúde.

Conclusão: Verificou-se algumas lacunas no conhecimento de estudantes de enfermagem acerca do Transtorno do Espectro Autista, devendo ser encorajado a inserção desta temática nos cursos de graduação.

ABSTRACT

Objective: To verify the level of knowledge of nursing students at a public university about Autistic Spectrum Disorder.

Methods: This is a quantitative, descriptive study, carried out between October 2020 and January 2021, using an online questionnaire. Sixty students from the last semesters of the course answered the questionnaire.

Results: Most academics did not know the age group most likely to identify the first signs of autism, but they were able to identify the core symptoms of Autism Spectrum Disorder. 65% denied having a correlation between socioeconomic status and the disorder. According to 4% of students, all autistic people are gifted, and for 98% autism is not caused by a vaccine. Most academics stated that they did not receive enough knowledge about the subject at graduation. All agreed on the lack of awareness about Autistic Spectrum Disorder among health professionals.

Conclusion: there were some gaps in the knowledge of nursing students about Autistic Spectrum Disorder, and the inclusion of this theme in undergraduate courses should be encouraged.

RESUMEN

Objetivo: Verificar el nivel de conocimientos de los académicos del curso de Enfermería de una universidad pública sobre el Trastorno del Espectro Autista.

Métodos: Se trata de un estudio cuantitativo, descriptivo, realizado entre octubre de 2020 y enero de 2021, mediante un cuestionario online. 60 alumnos responderán al cuestionario en los dos últimos semestres del curso.

Resultados: La mayoría de los dos académicos no conocen cuál es el mejor grupo de edad para identificar los primeros síntomas del autismo, pero podrán identificar los síntomas centrales del trastorno del espectro autista. El 65% niega tener una correlación entre el nivel socioeconómico y el trastorno. Según el 4% de dos estudiantes, todos los autistas son superdotados, y para el 98% el autismo no es causado por la vacunación. Además, dos académicos afirman que no han recibido suficiente conocimiento de la graduación en la materia. Todos coinciden en la falta de conciencia sobre el trastorno del espectro autista entre los profesionales de la salud.

Conclusión: Verificar algunas lagunas en el conocimiento de los estudiantes enfermos sobre el Trastorno del Espectro Autista, se me debe animar a insertar este tema en los cursos de graduación.

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

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

Como citar:

Camelo IM, Camelo EC, Neves KR, Aragão GF. Percepção dos acadêmicos de enfermagem sobre autismo. *Enferm Foco*. 2021;12(6):1210-6.

DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n6.4890>

INTRODUÇÃO

O Transtorno do Espectro Autista (TEA), de acordo com a Associação Americana de Psiquiatria (APA), é um distúrbio de desenvolvimento neurológico caracterizado por dificuldades de comunicação e interação social e pela presença de comportamentos e/ou interesses repetitivos e restritos, e tem origem nos primeiros anos de vida.⁽¹⁾

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), considerando que há uma prevalência crescente do autismo de forma global,⁽²⁾ é imprescindível que os profissionais de saúde tenham uma base de conhecimento adequada para poder ofertar os devidos cuidados a indivíduos com esse transtorno.⁽³⁾ No entanto, muitos profissionais não possuem conhecimento técnico acerca do autismo e suas manifestações. Isso se deve pela falta de exposição a essa temática no âmbito acadêmico.⁽⁴⁾

O Transtorno do Espectro Autista é uma condição que afeta tanto o indivíduo quanto a sua família, e que pode ser agravada pela falta de conhecimento dos profissionais em identificá-lo. Apesar de não existir cura, o diagnóstico e as intervenções precoces são essenciais para tornar a pessoa mais independente e melhorar a qualidade de vida,^(5,6) na medida em que possibilita o estímulo do desenvolvimento cognitivo, da fala e nos aspectos afetivos e emocionais, além de preparar a família para a futura luta diária. Entretanto, estudo realizado⁽⁷⁾ aponta que profissionais da área da saúde possuem um conhecimento inconsistente, apresentando diversos equívocos e opiniões desatualizadas acerca das características de desenvolvimento, cognitivas, sociais e emocionais do Transtorno do Espectro Autista. Além disso, familiares relatam a falta de acompanhamento das Unidades Básicas de Saúde para com as crianças autistas, expondo a ausência da participação dos profissionais de enfermagem na assistência ao longo do desenvolvimento do indivíduo com esse transtorno.⁽⁸⁾

Uma pesquisa feita com estudantes do último ano de medicina, enfermagem e psicologia da Universidade da Nigéria, demonstrou o baixo conhecimento sobre a temática.⁽⁹⁾ O que é preocupante considerando que, em um futuro próximo, estes estudantes serão profissionais da saúde que poderão integrar uma equipe multidisciplinar, e também poderão ser os primeiros a entrar em contato com indivíduos acometidos por distúrbios do desenvolvimento. O profissional de enfermagem tem um importante papel de educador em saúde, sendo responsável por desenvolver atividades que atendam às necessidades sociais e por orientar os pacientes na prevenção de doenças e na promoção da saúde.⁽¹⁰⁾

Assim, faz-se necessário que o profissional de Enfermagem tenha conhecimento necessário para detectar

sinais de atrasos no desenvolvimento infantil e prestar uma assistência adequada a indivíduos autistas e seus familiares/cuidadores. No entanto, observa-se que a matriz curricular da área de Enfermagem trabalha pouco com esse tema, ou não o expõe, e isso provoca um grande déficit de conhecimento dos enfermeiros acerca do autismo.⁽¹¹⁾

Nesse sentido, o objetivo deste trabalho foi analisar o nível de conhecimento dos acadêmicos do curso de Enfermagem de uma universidade pública sobre o Transtorno do Espectro Autista.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa sobre o conhecimento dos discentes acerca do Transtorno do Espectro Autista.

O estudo foi realizado em uma universidade estadual pública no estado do Ceará, na cidade de Fortaleza, capital do Estado

A amostra foi composta por 60 estudantes do curso de graduação em Enfermagem. Foram incluídos graduandos devidamente matriculados, que estavam cursando os três últimos semestres do curso, pois estes já teriam concluído disciplinas que abordam conteúdos teóricos e a vivência prática na área de saúde mental e da saúde da criança. Foram excluídos estudantes que estavam com a matrícula trancada, em licença prolongada durante a coleta de dados ou que, por algum motivo, se negaram a participar da pesquisa.

Os dados foram coletados durante o período de outubro de 2020 a janeiro de 2021, utilizando um questionário virtual adaptado de estudo anterior.⁽¹²⁾ O instrumento de coleta de dados apresentava questões objetivas, organizadas em forma de escala nominal para: sim, não e não sei, e de múltiplas escolhas (alternativas) dividido em blocos que abordavam o conhecimento que os estudantes julgavam ter sobre autismo; informações que o curso de graduação forneceu sobre essa temática, a experiência com autismo que eles possam ter adquirido fora da universidade e, se consideram importante abordar temáticas acerca do Transtorno do Espectro Autista durante a graduação. O conhecimento sobre o autismo foi autodeclarado. O questionário *on line* foi enviado aos participantes por meio de um aplicativo de mensagens (WhatsApp). Vale ressaltar que o tempo gasto para responder o questionário era de 20 minutos em média.

As respostas foram organizadas em planilhas Excel, versão Microsoft Office 2016, para a análises estatísticas de cunho descritivo (percentual), e as discussões dos resultados foram respaldadas na literatura científica.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (CAAE nº

36627320.6.0000.5534), seguindo todas as diretrizes éticas da Resolução CNS n. 466/2012. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi enviado de forma on-line, na parte anterior ao questionário, e os participantes que aceitaram assinalaram eletronicamente, o que corresponde à assinatura do referido documento.

RESULTADOS

A amostra foi constituída por 60 estudantes de graduação em enfermagem, dos quais 65% estavam entre o sétimo e oitavo semestres e os demais nos dois últimos anos do curso. Além disso, foi possível identificar que um pouco mais da metade desses graduandos são provenientes de escolas particulares e 48% de escolas públicas. A seguir, os resultados deste estudo estão apresentados seguindo a ordem das questões do questionário que foi enviado aos estudantes. Na primeira questão foi perguntado: "Os primeiros sintomas de autismo geralmente se manifestam com que idade?" Nossos resultados mostraram que somente 33,337% dos acadêmicos conheciam a faixa etária mais provável para identificar os primeiros sinais de autismo, pois conforme os critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DMS-5) as primeiras manifestações do Transtorno do Espectro Autista devem aparecer antes dos 36 meses de idade.

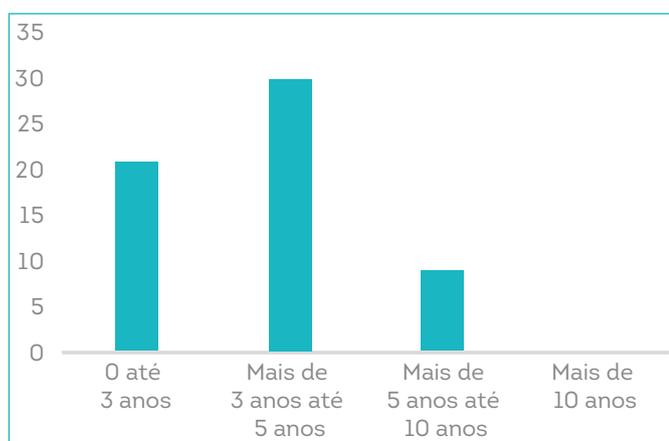


Figura 1. Distribuição das respostas quanto à idade em que se manifestaram os primeiros sintomas de Transtorno do Espectro Autista

A segunda questão investigou os conhecimentos dos estudantes sobre os aspectos essenciais para o diagnóstico do Transtorno do Espectro Autista, levando em conta as habilidades que estão comprometidas nesses indivíduos. Foram incluídas quatro alternativas, das quais duas estavam corretas, porém o questionário só aceitava uma resposta. Dessa forma, a maioria (75%) dos estudantes identificaram um dos dois tipos de comprometimentos, seja nas habilidades sociais ou nas habilidades verbais e não-verbais (Figura 2).

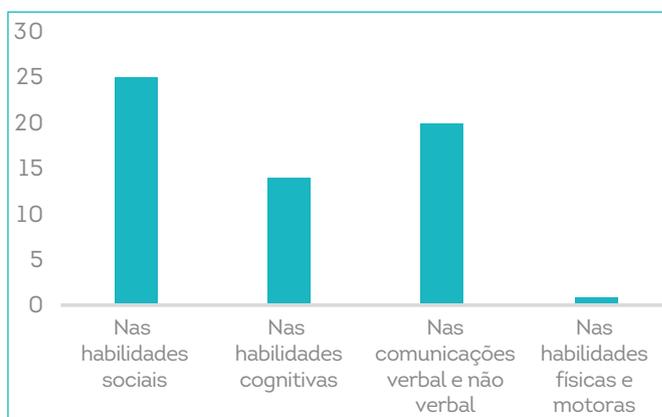


Figura 2. Respostas dos participantes sobre quais os principais comprometimentos que o indivíduo com TEA pode apresentar

Foi questionado também, aos participantes, se o Transtorno do Espectro Autista ocorre mais comumente entre indivíduos com níveis socioeconômicos e educacionais mais altos e 8% responderam que sim, entretanto, a maioria dos participantes (65%) acredita que o autismo não está relacionado com a classe social econômica do indivíduo com esse transtorno. Quando perguntado sobre a relação entre superdotação e autismo, apenas dois participantes (4%) acreditavam que todos os indivíduos autistas são superdotados e 1 afirmou não saber. Ao serem perguntados sobre o autismo ser causado por vacinas, 98% dos estudantes responderam não haver associação. Com relação a experiências pessoais com autismo, 60% dos participantes afirmaram não ter contato ou não conhecer alguém que tivesse autismo, entretanto, 27% possui um familiar e 7% possui um amigo dentro desse espectro (Figura 3).

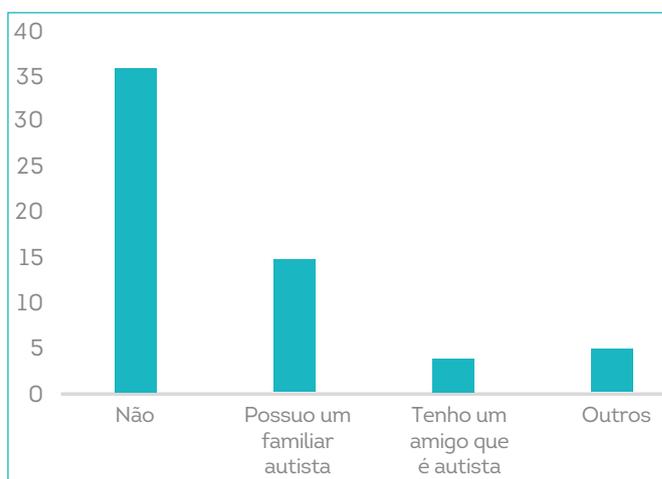


Figura 3. Respostas dos participantes quanto a experiências pessoais e convívio com indivíduos com Transtorno do Espectro Autista

A maior parte dos estudantes (97%) afirmaram que ao longo da graduação não obtiveram o conhecimento

suficiente acerca dos Transtornos do Espectro Autista. Ao serem questionados a respeito da falta de conscientização sobre o autismo entre profissionais da área da saúde, todos (100%) afirmaram que existe sim, falta de conscientização. Foi perguntado também aos participantes sobre os cuidados a um paciente com autismo e, a maioria (64%) afirmou não se sentirem confortáveis em atender e ofertar cuidados a pacientes com Transtorno do Espectro Autista e, 35% respondeu que sim, isto é, se sentem confortáveis. Sobre a importância de abordar temáticas acerca do desse transtorno durante a graduação, 100% dos participantes responderam sim. Quando perguntado se haviam assistido palestras, seminários e/ou cursos acerca da temática do Transtorno do Espectro Autista, apenas 37% responderam que já haviam assistido, enquanto 63% dos participantes da pesquisa afirmaram nunca ter assistido. Por fim, todos (100%) os participantes responderam que gostariam de conhecer mais sobre os Transtornos do Espectro do Autismo (Tabela 1).

Tabela 1. Respostas dos participantes a questões apresentadas em forma de SIM, NÃO e NÃO SEI

Respostas dos participantes	SIM	NÃO	NÃO SEI
O autismo ocorre mais comumente entre indivíduos com níveis socioeconômicos e educacionais mais altos?	8%	65%	27%
Todos os indivíduos autistas são superdotados?	4%	95%	1%
O autismo é causado por vacinas?	-	98%	2%
Você acredita que ao longo da graduação recebeu conhecimento suficiente acerca dos Transtorno do Espectro Autista?	3%	97%	-
Você acredita que existe uma falta de conscientização sobre o autismo entre profissionais da área da saúde?	100%	-	-
Você acha importante abordar temáticas acerca do Transtorno do Espectro Autista durante a graduação?	100%	-	-
Você se sente confortável em atender e ofertar cuidados a um paciente com autismo?	35%	64%	-
Você participou de cursos, palestras e/ou seminários sobre o tema de Transtorno do Espectro Autista realizados por sua universidade e/ou outras instituições?	37%	63%	-
Você gostaria de conhecer mais acerca dos Transtornos do Espectro do Autismo?	100%	-	-

DISCUSSÃO

O conhecimento sobre Transtorno do Espectro Autista é necessário para identificar e reconhecer, de forma precoce, os primeiros sinais de alteração durante o período de crescimento e desenvolvimento da criança, pois sabe-se da importância do apoio, que é necessário à família por atuar de forma direta na promoção da assistência à criança e a sua família.^(13,14) Nesse sentido, os resultados apresentados permitem verificar o conhecimento que os estudantes, futuros profissionais de enfermagem, possuem acerca do Transtorno do Espectro Autista.

Pesquisas indicam que os primeiros sintomas de Transtorno do Espectro Autista podem ser identificados em

crianças com idades entre os 18 e 24 meses,^(15,16) e mesmo antes, em casos mais graves. A presente investigação evidenciou que 66,67% dos acadêmicos não conheciam a faixa etária mais provável para identificar os primeiros sinais de autismo, o que é preocupante, tendo em vista a necessidade do diagnóstico precoce, pois, quanto mais cedo começarem as intervenções, maiores serão as possibilidades de melhorar a qualidade de vida da pessoa. Infelizmente, no Brasil, muitas crianças ainda permanecem com um diagnóstico em aberto até as idades de seis ou sete anos e até mesmo por mais tempo.⁽¹⁷⁾

O Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais que traz os critérios de diagnósticos para o Transtorno do Espectro Autista assevera que, o comprometimento das habilidades sociais, déficit nas comunicações verbais e não verbais, se manifestam ainda na infância do indivíduo.⁽¹⁾ Desse modo, visando a identificação precoce, um dos primeiros sinais observáveis em crianças com autismo destaca-se o comprometimento no comportamento ligado às habilidades sociais.^(18,19) Isto foi apontado por 42% dos estudantes que responderam ao questionário, enquanto 33% acreditavam que os maiores comprometimentos apresentados por uma criança com Transtorno do Espectro Autista estão na comunicação verbal e não verbal, isso é compreensível, considerando que, o atraso de fala é o principal motivo que levam os pais a procurar atendimento médico para seus filhos,^(20,21) entretanto, 23% marcaram nas habilidades cognitivas, que não entra como critério de Transtorno do Espectro Autista. Dessa forma, é necessário que os estudantes de enfermagem estejam familiarizados com os primeiros sinais e sintomas para possibilitar o reconhecimento precoce, uma vez que são fundamentais para o desenvolvimento do indivíduo.⁽²²⁾

O Transtorno do Espectro Autista se manifesta em indivíduos de diversas etnias ou raças e em todos os grupos socioeconômicos, entretanto, é inegável que famílias com uma maior renda possuiam um maior acesso a informações e a assistência médica de qualidade, o que possibilita a realização de diagnósticos de forma precoce.^(23,24) em vista disso, 65% dos participantes do estudo acreditam que o autismo não está relacionado com a classe social econômica do indivíduo com Transtorno do Espectro Autista.

Na presente pesquisa apenas 4% dos estudantes de enfermagem acreditam que todos os indivíduos autistas são superdotados. Dentre os mitos que as pessoas compartilham sobre autismo, uma delas diz respeito à falsa ideia de que todos os indivíduos com Transtorno do Espectro Autista seriam superdotados ou teriam alguma habilidade especial.

Superdotação ou altas habilidades diz respeito àqueles que apresentam notável desempenho e elevada potencialidade em aspectos isolados ou combinados: capacidade intelectual geral, aptidão acadêmica específica, pensamento criador ou produtivo, capacidade de liderança, talento especial para as artes e capacidade psicomotora.⁽²⁵⁾ Apesar disso, indivíduos com altas habilidades/superdotação podem às vezes também apresentar simultaneamente alguma deficiência, como transtorno específico da aprendizagem, de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) e do espectro autista.⁽²⁶⁾

Estudo⁽²⁷⁾ aponta que há uma quantidade significativa de indivíduos com autismo leve (anteriormente classificados como Síndrome de Asperger) que apresentam nível intelectual médio ou superior à média, sendo assim, diagnosticados como superdotados.

Uma história controversa relaciona a origem do autismo com a vacinação. Em 1998 um estudo publicado na revista *Lancet* correlacionou o aumento da incidência de autismo com a vacina tríplice viral. Contudo, vários estudos posteriores não conseguiram reproduzir os resultados, e investigações demonstraram conflitos de interesse e violações éticas, até que o artigo foi desqualificado pela comunidade científica internacional.

Também foi refutada a possibilidade de substâncias adjuvantes na formulação de vacinas serem responsáveis pelo desenvolvimento de Transtorno do Espectro Autista em crianças.⁽²⁸⁾ Os resultados da presente pesquisa mostram que esse mito foi superado na população estudada, considerando que 98% dos participantes afirmam que o autismo não é causado por vacinas, ao contrário de outra população, onde 71,6% acredita nesta relação de causalidade.⁽²⁷⁾

Estima-se que existam, no Brasil, cerca de 1,2 milhão de pessoas com autismo.⁽²⁹⁾ Os resultados desta pesquisa mostram que 27% dos participantes possuem um familiar com autismo, enquanto 60% afirmaram não ter contato ou não conhecer alguém que tenha autismo. Considerando o aumento de diagnósticos de autismo, o profissional de saúde irá se deparar com um indivíduo com Transtorno do Espectro Autista em algum momento de sua vida profissional, dessa maneira, ter contato com algum indivíduo autista durante a graduação permite uma maior familiaridade dos estudantes com o autismo e suas características.

Uma das maiores barreiras para aumentar a qualidade dos serviços de saúde mental é devido à falta de formação profissional adequada.⁽³⁰⁾ Corroborando com o exposto, a maior parte dos participantes da presente pesquisa afirmaram não ter recebido conhecimento suficiente acerca dos Transtornos do Espectro Autista ao longo da graduação, o que indica um déficit no conhecimento sobre

esse transtorno em estudantes, futuros profissionais de enfermagem.

Como apontado nos resultados, 100% dos acadêmicos de enfermagem que responderam a esta pesquisa apontaram a falta de conscientização sobre o autismo entre profissionais da área da saúde, ou seja, que estes profissionais não possuem percepção e conhecimento acerca dos transtornos do espectro autista. Nesse sentido, uma pesquisa realizada⁽³¹⁾ constatou a falta de conscientização, apontando que entre os estudantes de medicina, apenas 22% já ouviram sobre o TEA, e alunos do último ano de enfermagem nunca tinham escutado falar sobre o assunto.

O baixo nível de conscientização dos profissionais de saúde sobre os primeiros sinais em crianças com autismo e diversos outros aspectos importantes do transtorno afetam diretamente na qualidade dos cuidados ofertados e conseqüentemente na qualidade de vida do indivíduo.⁽³²⁾

Observou-se em uma pesquisa realizada,⁽¹¹⁾ que muitos profissionais de enfermagem não se sentem preparados para atuar no cuidado de pacientes com autismo devido à falta de capacitações no âmbito acadêmico sobre os cuidados a um paciente com autismo. Em consonância a isso, a maioria dos participantes do presente estudo, afirmaram que não se sentem confortáveis em atender e oferecer cuidados a pacientes Transtorno do Espectro Autista.

A maioria dos participantes confirmou a necessidade de incorporar e abordar aspectos importantes do autismo no currículo acadêmico. Isso mostra a imprescindibilidade de que os profissionais de saúde tenham uma base de conhecimento adequada a fim de poder ofertar os devidos cuidados a indivíduos com Transtorno do Espectro Autista.⁽³⁾

As lacunas existentes no conhecimento dos profissionais da saúde advêm muitas vezes da falta de exposição sobre os distúrbios do espectro autista,⁽⁹⁾ desse modo, validando o exposto, mostra-se que a maioria dos estudantes nunca participaram de palestras, seminários ou cursos evidenciando uma deficiência de capacitação dos estudantes de enfermagem acerca da temática.

Por fim, o interesse e a busca por informações acerca dos Transtornos do Espectro autista podem elevar o conhecimento dos estudantes de enfermagem e proporcionar aos indivíduos e seus familiares/cuidadores o manejo, apoio e acompanhamento adequado.⁽²¹⁾

A principal limitação do estudo consiste na abrangência da pesquisa, por se tratar de um estudo restrito a apenas uma universidade e a uma parcela de acadêmicos de um curso de graduação.

Fornecimento de informações relevantes para fomentar a discussão e formação de estratégias, sobre a necessidade

de abordagem desse tema nos cursos de graduação em Enfermagem. Contribuiu também, para o conhecimento da necessidade de elevação da qualificação dos futuros profissionais acerca do autismo.

CONCLUSÃO

Verificou-se que os estudantes de enfermagem apresentam algumas lacunas no conhecimento acerca dos Transtornos do Espectro Autista e que, um dos fatores influenciadores disso é a reduzida exposição dos alunos à temática, ao longo do curso de graduação, causando certa insegurança os futuros profissionais para atuar na oferta de cuidados a indivíduos com autismo. É importante ressaltar que, a importância do profissional de enfermagem qualificado para identificar

de forma precoce os sinais e sintomas do Transtorno do Espectro Autista é auxiliar familiares/cuidadores no acompanhamento direto do desenvolvimento da criança. Evidenciou-se que, diante da identificação das dificuldades apresentadas pelos participantes da pesquisa, torna-se indispensável uma atenção especial a este tema na graduação, bem como, ao processo de formação profissional como um todo.

Contribuições

Concepção e/ou desenho do estudo: IMC, KRTM; Coleta, análise e interpretação dos dados: IMC, KRTM; Redação e/ou revisão crítica do manuscrito: ECM, KRTM, GFA; Aprovação da versão final a ser publicada: IMC, ECM, KRTM, GFA.

REFERÊNCIAS

1. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. (DSM-5). 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
2. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Folha informativa – Transtorno do espectro autista. Brasília (DF): OPAS; 2021 [cited 2021 Jan 10]. Available from: <https://www.paho.org/pt/topicos/transtorno-do-espectro-autista>
3. Kristine A, Immaculada A, James W, Michele K. Contemporary trainee knowledge of autism: How prepared are our future providers? *Front Pediatr*. 2019;7:165.
4. Shah K. What do medical students know about autism? *Autism*. 2001;5(2):127-33.
5. Maia FA, Almeida MT, Oliveira LM, Oliveira SL, Saeger VS, Oliveira VS, et al. Importância do acolhimento de pais que tiveram diagnóstico do transtorno do espectro do autismo de um filho. *Cad Saúde Colet*. 2016;24(2):228-34.
6. Imran N, Chaudry MR, Azeem MW, Bhatti MR, Choudhary ZI, Cheema MA. A survey of Autism knowledge and attitudes among the healthcare professionals in Lahore, Pakistan. *BMC Pediatr*. 2011;11:107.
7. Rafaela RH, Marcia P, Jouhana M, Soraia GR, Dayanne SB. Experiências dos familiares no convívio de crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA). *Enferm Foco*. 2019;10(2):64-9.
8. Igwe MN, Bakare MO, Agomoh AO, Onyeama GM, Okonkwo KO. Factors influencing knowledge about childhood autism among final year undergraduate Medical, Nursing and Psychology students of University of Nigeria, Enugu State, Nigeria. *Ital J Pediatr*. 2010;36:44.
9. Maia LF. O enfermeiro educador: conhecimento técnico na formação profissional docente. *Rev Recien*. 2012;2(5):19-25.
10. Sena R. Prática e conhecimento dos enfermeiros sobre o autismo infantil. *Rev Pesq Cuid Fundam*. 2015;7(3):2707-16.
11. Ferreira AC, Franzoi MA. Conhecimento de estudantes de enfermagem sobre os transtornos autísticos. *Rev Enferm UFPE on line*. 2019;13(1):51-60.
12. Sousa AMBS, Sousa CS. Produções científicas sobre os cuidados de enfermagem às crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA). *Rev Cient Multidiscip Núcl Conhecimento*. 2017;2(1):387-406.
13. Nogueira MA, Rio M, Moreira SC. A família com criança autista: Apoio de enfermagem. *Rev Port Enferm Saúde Ment*. 2011;5:16-21.
14. Ozonoff S, Iosif AM, Baguio F, Cook IC, Hill MM, Hutman T, et al. A prospective study of the emergence of early behavioral signs of autism. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2010;49(3): 256-66.e1-2.
15. Belini AE, Fernandes FD. Olhar de bebês em desenvolvimento típico: correlações longitudinais encontradas. *Rev Soc Bras Fonoaudiol*. 2007;12(3): 165-73.
16. Silva M, Mulick JA. Diagnosticando o transtorno autista: aspectos fundamentais e considerações práticas. *Psicol Ciênc Prof*. 2009;29(1):116-31.
17. Ozonoff S, Young GS, Goldring S, Greiss-Hess L, Herrera AM, Steele J, et al. Gross motor development, movement abnormalities, and early identification of autism. *J Autism Dev Disord*. 2008;38(4):644-56.
18. Carvalho FA, Paula CS, Maria CT, Zaquero LC, D'Antino ME. Rastreamento de sinais precoces de transtorno do espectro do autismo em crianças de creches de um município de São Paulo. *Psicol Teor Prat*. 2013;15(2):144-54.
19. Chakrabarti S. Early identification of Autism. *Indian Pediatr*. 2009;46(17):412-4.
20. Zanon RB, Bárbara B, Cleonice AB. Identificação dos Primeiros Sintomas do Autismo pelos Pais. *Psic Teor Pesq*. 2014; 30(1):25-33.
21. Nascimento YC, Castro CS, Lima JL, Albuquerque MC, Bezerra DG. Transtorno do espectro autista: detecção precoce pelo enfermeiro na Estratégia Saúde da Família. *Rev Baiana de Enferm*. 2018;32:e25425.
22. Valicenti-McDermott M, Hottinger K, Seijo R, Shulman L. Age at diagnosis of autism spectrum disorders. *J Pediatr*. 2012;161(3):554-6.
23. Goin-Kochel RP, Mackintosh VH, Myers BJ. How many doctors does it take to make an autism spectrum diagnosis? *Autism*. 2006;10(5):439-51.
24. Brasil. Ministério da Educação (MEC). Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva. Brasília (DF): MEC; 2008 [citado 2021 Fev 25]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/politicaeducespecial.pdf>
25. Foley-Nicpon M, Assouline SG, Stinson RD. Cognitive and academic distinctions between gifted students with Autism and Asperger Syndrome. *Gift Child Q*. 2011;56(2):77-89.

26. Guimarães TG, Alencar EM. Dupla excepcionalidade superdotação e Transtorno de Asperger: Contribuições teóricas. *Amazôn*. 2012;10(3):95-108.
27. Gillespie-Lynch K, Brooks PJ, Someki F, Obeid R, Shane-Simpson C, Kapp SK, et al. Changing college students' conceptions of autism: an online training to increase knowledge and decrease stigma. *J Autism Dev Disord*. 2015;45(8):2553-66.
28. DeStefano F, Price CS, Weintraub ES. Increasing Exposure to Antibody-Stimulating Proteins and Polysaccharides in Vaccines Is Not Associated with Risk of Autism. *J Pediatr*. 2013;163(2):561-7.
29. Mello AM, Ho H, Dias I, Andrade M. Retratos do autismo no Brasil. Brasília (DF): Presidência da República, Secretaria de Direitos Humanos, Secretaria Nacional de Promoção dos direitos da pessoa com deficiência; 2013 [citado 2021 Fev 26] Disponível em: <https://www.ama.org.br/site/wp-content/uploads/2017/08/RetratoDoAutismo.pdf>
30. Saraceno B, van Ommeren M, Batniji R, Cohen A, Gureje O, Mahoney J, et al. Barriers to improvement of mental health services in low-income and middle-income countries. *Lancet*. 2007; 370(9593):1164-74.
31. Chansa-Kabali T, Nyoni J, Mwanza H. Awareness and knowledge associated with Autism Spectrum Disorders among university students in Zambia. *J Autism Dev Disord*. 2019;49(9): 3571-81.
32. Pejovic-Milovancevic M, Stankovic M, Mitkovic-Voncina M, Rudic N, Grujicic R, Herrera AS, et al. Perceptions on support, challenges and needs among parents of children with autism: the serbian experience. *Psychiatr Danub*. 2018;30(Suppl 6):354-64.

SOBREVIDA E PRINCIPAIS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM EM PACIENTES PEDIÁTRICOS EM USO DA OXIGENAÇÃO POR MEMBRANA EXTRACORPÓREA

SURVIVAL AND MAIN NURSING INTERVENTIONS IN PEDIATRIC PATIENTS USING EXTRACORPOREAL MEMBRANE OXYGENATION

SUPERVIVENCIA Y PRINCIPALES INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS MEDIANTE OXIGENACIÓN POR MEMBRANA EXTRACORPÓREA

Amanda Sayuri Miyamae¹

Evelise Helena Fadini Reis Brunori¹

Sérgio Henrique Simonetti¹

João Italo Dias França¹

(<https://orcid.org/0000-0001-6725-1152>)

(<https://orcid.org/0000-0002-1396-9393>)

(<https://orcid.org/0000-0001-7840-8004>)

(<https://orcid.org/0000-0001-5606-5960>)

Descritores

Cuidados de enfermagem; Oxigenação por membrana extracorpórea; Cardiopatias; Cirurgia torácica; Cardiopatias congênicas; Criança; Adolescente

Descriptors

Nursing care; Extracorporeal membrane oxygenation; Heart diseases; Thoracic surgery; Heart defects, congenital; Child; Adolescent

Descriptores

Atención de enfermería; Oxigenación por membrana extracorpórea; Cardiopatías; Cirugía torácica; Cardiopatías congênicas; Niño; Adolescente

Submetido

24 de Abril de 2021

Aceito

23 de Junho de 2021

Conflitos de interesse:

manuscrito extraído do trabalho de conclusão de residência "Sobrevida e principais intervenções NIC para pacientes pediátricos em uso da oxigenação por membrana extracorpórea (ECMO) no pós-operatório de cirurgia cardíaca", defendida em 2021, no Programa de Residência em Enfermagem Cardiovascular do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia - IDPC.

Autor correspondente

Amanda Sayuri Miyamae

E-mail: amanda.miyamae@gmail.com

RESUMO

Objetivo: Identificar intervenções de enfermagem e analisar a sobrevida de pacientes pediátricos que utilizaram oxigenação por membrana extracorpórea no pós-operatório de Cirurgia Cardíaca.

Métodos: Trata-se de um estudo observacional prospectivo histórico de abordagem quantitativa. Foram obtidos dados sobre as principais intervenções de enfermagem nos prontuários período do pós-operatório imediato. Posteriormente foi realizado contato telefônico para analisar a sobrevida das crianças que utilizaram oxigenação por membrana extracorpórea no pós-operatório de cirurgia cardíaca.

Resultados: Evidenciou a predominância sexo masculino 68,8%, lactentes 66,7%, etnia branca 83,3%. Encontrou-se 82 intervenções de enfermagem. Nos pacientes que apresentaram alta hospitalar (33,3%), foi realizado o *follow up*.

Conclusão: As principais intervenções de enfermagem, para os pacientes pediátricos pós-cirurgia cardíaca em uso de oxigenação por membrana extracorpórea identificados nesse estudo foram: monitorização multiparamétrica, cuidados para prevenção e/ou controle do sangramento, mudança de decúbito, troca de curativo e observação de mudança clínica do paciente.

ABSTRACT

Objective: To identify nursing interventions and analyze the survival of pediatric patients who used extracorporeal membrane oxygenation in the post-op period of cardiac surgery.

Methods: This is a prospective historical observational study with a quantitative approach. Data on the main nursing interventions were captured in the medical records during the immediate postoperative period. Subsequently, telephone contact was made to analyze the survival of children who used extracorporeal membrane oxygenation in the postoperative period of cardiac surgery.

Results: There was a predominance of male gender 68.8%, infants 66.7%, white ethnicity 83.3%. We found 82 nursing procedures. In the patients who had hospital discharge (33.3%), it was performed for follow-up.

Conclusion: The main nursing interventions for pediatric patients after cardiac surgery using extracorporeal membrane oxygenation indicated in this study were: multiparametric monitoring, care for prevention and / or control of bleeding, change of decubitus position, bandage change and observation of the patient's clinical change.

RESUMEN

Objetivo: Identificar intervenciones de enfermería y analizar la supervivencia de pacientes pediátricos que utilizaron oxigenación por membrana extracorpórea en el postoperatorio de cirugía cardíaca.

Métodos: Se trata de un estudio observacional histórico prospectivo con enfoque cuantitativo. Los datos sobre las principales intervenciones de enfermería se obtuvieron de las historias clínicas en el postoperatorio inmediato. Posteriormente, se realizó contacto telefónico para analizar la supervivencia de los niños que utilizaron oxigenación por membrana extracorpórea en el postoperatorio de cirugía cardíaca.

Resultados: Predominó el sexo masculino 68,8%, lactantes 66,7%, etnia blanca 83,3%. Se encontraron 82 intervenciones de enfermería. En los pacientes dados de alta hospitalaria (33,3%), la *follow up*.

Conclusión: Las principales intervenciones de enfermería para pacientes pediátricos postoperatorios de cirugía cardíaca mediante oxigenación por membrana extracorpórea identificadas en este estudio fueron: monitorización multiparamétrica, cuidados para la prevención y / o control de hemorragias, cambio de decúbito, cambio de apósito y observación del cambio clínico del paciente.

¹Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, São Paulo, SP, Brasil.

Como citar:

Miyamae AS, Brunori EH, Simonetti SH, França JI. Sobrevida e principais intervenções de enfermagem em pacientes pediátricos em uso da oxigenação por membrana extracorpórea. *Enferm Foco*. 2021;12(6):1217-23.

DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n6.4898>

INTRODUÇÃO

A oxigenação por membrana extracorpórea (ECMO), ou suporte de vida extracorpóreo (ECLS) é um sistema temporário mecânico e fechado que tem por objetivo oferecer um suporte cardíaco, respiratório ou cardiopulmonar, sendo implementado quando existe uma falha no funcionamento dos pulmões e/ou coração, exigindo uma intervenção para que ocorra a oxigenação desse sangue e possibilite a recuperação dos órgãos primariamente acometidos.⁽¹⁾ Deste modo a ECMO garante a perfusão tecidual de todos os órgãos enquanto ocorre a recuperação dos órgãos afetados que são responsáveis por esta função.⁽²⁾

A ECMO, permite dois tipos de configuração dependendo da falência que o paciente apresenta, venovenosa (ECMO- VV) ou venoarterial (ECMO- VA). A modalidade ECMO- VV é capaz de oxigenar adequadamente o sangue e remover o CO₂, sendo utilizado para fins respiratórios, nesta configuração como não oferece suporte circulatório a função cardíaca deve estar preservada. A ECMO- VA é indicado para ofertar suporte circulatório com função pulmonar preservada ou não.^(3,4)

O uso da ECMO como estratégia de tratamento, é uma intervenção de alta complexidade e alto custo, é utilizada tanto em pacientes neonatais, pediátricos quanto em adultos.^(5,6) Houve um aumento do uso da ECMO em recém nascidos no final dos anos 1980, demonstrando uma sobrevida de 80% entre os pacientes que havia um prognóstico ruim de 60-80%.⁽⁷⁾

A sobrevida pode ser utilizada com um indicador para avaliar resultados na utilização da ECMO em pacientes pediátricos no pós-operatório de cirurgia cardíaca, considerando que as taxas de sobrevida podem contribuir para estimar a capacidade do sistema em prover uma atenção de qualidade aos pacientes. A sobrevida através da ECMO pode ser dividida em duas: presença de circulação nativa 24 após a decanulação, e a sobrevida no momento de alta do paciente vivo.⁽⁷⁻⁹⁾

De acordo com o parecer do COREN-SP Nº 033/2011, cabe ao enfermeiro, privativamente a responsabilidade pela assistência direta aos pacientes que utilizam a ECMO, deste modo o enfermeiro deve ter pensamento crítico e proporcionar uma assistência sistematizada, reflexiva e humanizada, a fim de promover cuidados específicos, tendo sempre a segurança do paciente como meta primordial, e como resultado, tenha a recuperação evitando complicações.^(5,10,11)

Através de uma abordagem clínica podemos utilizar o processo de enfermagem como estratégia do cuidado favorecendo a identificação de problemas de enfermagem que requeiram intervenções.^(12,13) De acordo com a Resolução do

Conselho Federal de Enfermagem – COFEN nº358/2009 a sistematização da assistência de enfermagem -SAE é privativa do Enfermeiro, operacionalizando e documentando o processo de enfermagem, e por meio dela acontece a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde. As intervenções de enfermagem fazem parte desse processo, e refletem o nível de complexidade do cuidado.⁽¹²⁻¹⁴⁾

Neste contexto, objetivou-se identificar intervenções de enfermagem e analisar a sobrevida de pacientes pediátricos que utilizaram ECMO no pós-operatório de Cirurgia Cardíaca.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional, prospectivo histórico, de abordagem quantitativa, realizado com todos os pacientes pediátricos (48) que utilizaram suporte circulatório mecânico com a ECMO no pós-operatório de cirurgia cardíaca, de 2013 a 2020, conforme informações armazenadas em banco de dados. Foi utilizado como critério de inclusão no estudo pacientes pediátricos admitidos na UTI, que utilizaram ECMO no pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca.

Realizado em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica de um hospital público de referência em cardiologia do Estado de São Paulo de grande porte, o qual dispõe de 13 leitos destinados a UTI Neonatal e pediátrica. O motivo de internação que prevaleceu foi cirúrgico, tendo uma média de 200 cirurgias cardíacas pediátricas no período de janeiro de 2019 a agosto de 2019.

Com a autorização deste estudo pelas chefias responsáveis pela Unidade de Terapia Intensiva da instituição, foi liberada uma relação com todos os pacientes pediátricos que utilizaram suporte mecânico com a ECMO no pós-operatório de cirurgia cardíaca. Após a identificação dos participantes que atenderam os critérios de elegibilidade, os dados do estudo foram coletados e gerenciados usando ferramentas de captura de dados eletrônicos REDCap hospedadas no hospital de referência em Cardiologia, no Estado de São Paulo.^(15,16) REDCap (Research Electronic Data Capture) é uma plataforma de *software* segura, baseada na web, projetada para apoiar a captura de dados para estudos de pesquisa, fornecendo 1) uma interface intuitiva para captura de dados validados; 2) trilhas de auditoria para rastreamento de manipulação de dados e procedimentos de exportação; 3) procedimentos de exportação automatizados para *downloads* contínuos de dados para pacotes estatísticos comuns; e 4) procedimentos para integração de dados e interoperabilidade com fontes externas.^(15,16) Após a identificação dos pacientes, foi realizado contato

telefônico para analisar a sobrevida das crianças que utilizaram ECMO no pós-operatório de cirurgia cardíaca.

Foi realizado uma revisão integrativa com a finalidade de identificar artigos relacionados com a temática embasada, os descritores utilizados foram os seguintes: cuidados de enfermagem; oxigenação por membrana extracorpórea, cardiopatias; cirurgia torácica; cardiopatias congênitas; criança; adolescente. Salienta-se que os descritores supracitados se encontram nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS).

A busca bibliográfica foi realizada por meio das fontes de busca constituídas pelos recursos eletrônicos nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Health Information from the National Library of Medicine (Medline)*, *Bases De Dados De Enfermagem (BDENF)*, publicados no período de 2015 a 2019.

Para a identificação das principais intervenções de enfermagem foi necessário realizar uma pesquisa em prontuários do período maio-2020 a novembro-2020. Foram avaliadas as intervenções no período do pós-operatório imediato, até 48 horas.

O instrumento de coleta de dados foi um formulário estruturado, sendo dividido em dados sociodemográficos, aspectos clínicos, diagnóstico e intervenções de enfermagem, e o desfecho do paciente. As variáveis categóricas foram expressas pela frequência absoluta e porcentagem, e as variáveis quantitativas pela mediana e intervalo interquartil. Para a comparação entre os grupos nas variáveis quantitativas foi utilizado o teste de Mann-Whitney e nas variáveis categóricas o teste exato de Fisher. O nível de significância adotado foi de 5%.

Para a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Instituição proponente foram solicitadas as declarações institucionais de autorização da realização da pesquisa pelas chefias médica e de enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva e a dispensação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Sendo uma pesquisa retrospectiva com análise documental, os dados foram extraídos de prontuário médico de pacientes pediátricos internados na unidade de terapia intensiva pós-operatório de cirurgia cardíaca que utilizaram ECMO, entre 2013 a 2020, em hospital de referência em Cardiologia do Estado de São Paulo, Brasil. O estudo foi submetido à apreciação ética sob CAAE nº 27852820.4.0000.5462.

RESULTADOS

O estudo contemplou 48 crianças que entraram em ECMO no Pós-Operatório Imediato (POI) de cirurgia cardíaca

entre 2013 a 2020. A análise dos dados de perfil sócio demográfico (Tabela 1) evidenciou que as maiorias dos pacientes são do sexo masculino (68,8%), classificados como lactentes (66,7%), e de etnia branca (83,3%).

Tabela 1. Caracterização dos pacientes pediátricos, que entraram em ECMO no POI de cirurgia cardíaca

Variáveis	n(%)
Sexo	48(100)
Feminino	15(31,3)
Masculino	33(68,8)
Faixa etária	48(100)
Lactente	32(66,7)
Pré-escolar	9(18,8)
Escolar	5(10,4)
Adolescente	2(4,2)
Etnia	48(100)
Branco	40(83,3)
Amarelo	0(0)
Negro	1(2,1)
Pardo	7(14,6)

Na tabela 2 são evidenciadas as intervenções de enfermagem (82) que foram prescritas pelos enfermeiros diante dos diagnósticos de enfermagem. As intervenções mais identificadas foram: Registrar quantidade de sangramentos em drenos (97,6%), verificar pressão arterial, frequência cardíaca, temperatura e saturação O₂ a cada 2 horas (89,5%), observar e comunicar ao enfermeiro sinais de piora do estado respiratório (91,6%), realizar higiene oral em pacientes em ventilação mecânica (100%), realizar limpeza ao redor do dreno com soro fisiológico e clorexidina alcoólica (95%), e realizar/ estimular mudança de decúbito a cada duas horas (97,4%).

Entre 2013 a 2020, 48 pacientes pediátricos utilizaram ECMO no pós-operatório de cirurgia cardíaca, sendo que 47 (97,9%) colocaram ECMO VA. O desfecho dos pacientes foi classificado em alta e óbito hospitalar, dos que tiveram alta 16 (33,3%), foi realizado o *follow up* (Tabela 3). Como não houve óbitos posteriores à alta hospitalar, não foi construída a curva de *Kaplan-Meier*.

A tabela 4 mostra análise da correlação das variáveis relacionadas a ECMO com óbito e alta hospitalar. A média de idade dos pacientes que foram a óbito e que tiveram alta hospitalar era menor do que 1 ano, e foram classificados como lactentes com p-valor de 0,378. Em relação ao peso das crianças, a média foi de 6,95kg dos que tiveram alta hospitalar e a média de 6,30 kg das que foram a óbito, apresentando um p-valor de 0,567. A média do tempo de CEC (circulação extracorpórea) foi de 165' dos que tiveram alta hospitalar e a média de 215' das que foram a óbito com

Tabela 2. Distribuição das intervenções de enfermagem e dos diagnósticos de enfermagem mais frequentes, identificados nos prontuários de pacientes pediátricos em uso da ECMO no POI de cirurgia cardíaca, de acordo com Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) institucional

Diagnóstico de enfermagem	Intervenção de enfermagem	n(%)
Risco de sangramento	Registrar quantidade de sangramento em drenos. Se =100ml/h comunicar ao enfermeiro	40(97,6)
	Observar presença de hematoma, registrar tamanho em cm e localização	36(87,8)
	Enfermeiro: monitorar teste de coagulação (TP, TTPA, fibrinogênio, contagem de plaquetas)	32(78)
	Enfermeiro: monitorar tendências da pressão arterial e parâmetros hemodinâmicos	31(75,6)
Integridade tissular prejudicada	Observar e registrar a presença de sangramento em mucosas, eliminações vesicais e intestinais, exsudação nos locais de punção e presença de petéquias	27(56,2)
	Realizar curativo (descrever local e materiais)	42(87,5)
Débito cardíaco diminuído	Verificar pressão arterial, frequência cardíaca, temperatura e saturação O ₂ a cada duas horas	43(89,5)
	Observar, registrar e comunicar ao enfermeiro a presença de sudorese, pele fria e pegajosa, palidez cutânea, sonolência, agitação, taquicardia ou bradicardia, hipotensão	40(100)
	Registrar parâmetros do marca passo provisório	32(80)
Ventilação espontânea prejudicada	Observar e comunicar ao enfermeiro sinais de piora do estado respiratório (cianose de extremidades, uso de musculatura acessória, retração torácica, respiração com lábios franzidos, inquietação, sonolência, respiração ruidosa).	44(91,6)
	Realizar higiene oral em pacientes em VM, com gaze e água filtrada	48(100)
Risco de infecção	Realizar troca de equipamentos e buretas de infusão contínua a cada 96 horas	44(91,6)
	Realizar troca de dispositivo intravenoso periférico, torneirinha/ polífix a cada 96 horas	44(91,6)
	Observar, comunicar o enfermeiro e anotar a presença hiperemia, calor, dor e edema nos locais de artefatos invasivos	42(87,5)
	Realizar troca de equipamentos e buretas de infusão intermitente a cada 24 horas	42(87,5)
	Realizar troca de conector valvulado a cada 96 horas	42(87,5)
	Realizar troca de inaladores (extensão e máscara) a cada 24 horas	41(85,4)
	Realizar troca de nebulizador (extensão e máscara) a cada 72 horas	41(85,4)
	Observar, anotar e comunicar ao enfermeiro sinais de bacteremia: tremores e alteração de temperatura	40(83,3)
	Realizar limpeza concorrente no leito (grades e cabeceiras da cama, mesa de refeição, criado mudo, monitor, bomba de infusão e respirador) com solução padronizada pela SCIH	40(83,3)
	Manter o recipiente para drenagem de tórax abaixo do nível do tórax	38(95)
	Registrar o volume e cor da drenagem	38(95)
	Realizar limpeza ao redor do dreno com soro fisiológico e clorexidina alcoólica, cobertura com gaze filme transparente e fixação com micropore ou filme transparente	38(95)
	Realizar limpeza do local de inserção do fio de marcapasso com soro fisiológico 0,9% e clorexidina alcoólica. Ocluir com gaze e fixação com micropore ou filme transparente	35(72,9)
	Manter pacientes em ventilação mecânica (VM) com cabeceira elevada de 30° a 45°	35(72,9)
	Trocar o curativo da inserção do cateter central realizando limpeza com sf0,9% e clorexidina alcoólica no local de inserção, anotando o aspecto do local e utilizando como cobertura com gazes estéril e micropore	35(87,5)
	Ao enfermeiro - realizar troca de película de cateter de longa permanência a cada 7 dias	35(87,5)
	Trocar selo de água a cada 24 horas, com 200 ml de água destilada	35(87,5)
	Ao enfermeiro - monitorar a crepitação em torno do local de inserção do dreno	35(87,5)
	Manter sistema de drenagem urinária abaixo do nível da bexiga	35(87,5)
	Risco de úlcera por pressão	Observar se todas as conexões do dreno estejam firmemente presas
Realizar higiene oral por meio de escovação com clorexidina 0,12%		34(70,8)
Ao enfermeiro realizar limpeza em local de inserção de cateter para hemodiálise com soro fisiológico e clorexidina alcoólica, cobertura com gaze e fixação com filme transparente estéril a cada 48 horas		34(70,8)
Utilizar medidas de precauções de isolamento conforme protocolo da SCIH		32(80)
Monitorar a distensão da bexiga		29(76,3)
Registrar característica da e volume da drenagem urinária		24(63,2)
Manter cateter vesical fixado		24(63,2)
Realizar higiene de meato urinário com água e sabão		24(63,2)
Realizar/estimular mudança de decúbito a cada 2 horas		37(97,4)
Registrar aceitação alimentar documentado em porcentagens os alimentos ingeridos (ingestão de até: 25%, 50%, 75% ou 100% de ingestão)		30(78,9)
Dor aguda	Observar, registrar e comunica ao enfermeiro indicadores verbais e não verbais de dor	33(97,1)
	Registrar ingestão e eliminação de líquidos em ficha balanço	29(60,4)
Risco de quedas	Realizar e registrar ronda no leito a cada duas horas em pacientes com moderado/alto risco de quedas	28(100)
	Travar rodas do leito/ cadeira de higiene durante a sua utilização	28(100)
	Orientar ao acompanhante comunicar a equipe de enfermagem em período de ausências	27(96,4)
	Manter grades do leito elevadas	27(96,4)
Déficit no autocuidado para banho	Realizar banho no leito com toalha para banho de leito	15(65,2)
Risco de glicemia instável	Observar, registrar e comunicar ao enfermeiro sinais de hipoglicemia: tremor, sudorese, palidez, nervosismo, ansiedade, irritabilidade, calafrios, fome, náuseas, calor, sonolência, fraqueza	13(92,9)

Tabela 3. Desfecho clínico dos pacientes pediátricos que utilizaram ECMO no POI de cirurgia cardíaca

Desfecho do paciente	n(%)
Alta hospitalar	16(33,3)
Óbito hospitalar	32(66,7)
Follow- UP	f(%)
Vivo	16(100)
Óbito	(-)

Tabela 4. Análise de correlação entre as variáveis relacionadas a ECMO com a mortalidade e a alta hospitalar. Relação entre as variáveis e a mortalidade hospitalar

Variável	Óbito				p-value
	Não		Sim		
	Med*	IIQ**	Med	IIQ	
Idade	0,00	(0 - 1)	0,00	(0 - 3)	0,378
Peso na cirurgia	6,95	(4,8 - 11,3)	6,30	(3,65 - 12,75)	0,567
Tempo de CEC	165,00	(110 - 238,5)	215,00	(127,5 - 289,5)	0,100
Tempo de anóxia	108,00	(83 - 123,5)	102,00	(64 - 144)	0,973
Dias em ECMO	7,00	(5,5 - 11)	7,00	(2 - 10,5)	0,489

* Mediana / ** Interquantil

p-valor de 0,100. A média do tempo de anoxia, das que tiveram alta hospitalar foi de 108' e das que apresentaram óbito hospitalar foi de 102', com p-valor de 0,973. A média em dias de utilização de ECMO tanto nas crianças que foram de alta como as que apresentaram óbito hospitalar, foi de 7 dias, com p-valor de 0,489.

DISCUSSÃO

Através deste estudo, houve a possibilidade de realizar a identificação das intervenções de enfermagem mais prevalentes em pacientes pediátricos em uso de ECMO no pós-operatório de cirurgia cardíaca em um hospital de referência em Cardiologia do Estado de São Paulo.

A assistência de enfermagem para o paciente pediátrico no pós-operatório em ECMO deve ter em vista, principalmente a prevenção e identificação precoce de complicações.^(5,14) Ao conhecer as complicações que podem existir neste período é possível desenvolver raciocínio clínico em torno da situação estabelecida.^(11,14)

Em consonância com os dados da pesquisa, a literatura aponta a monitorização hemodinâmica como um cuidado importante, a fim de prevenir as complicações decorrentes ao uso da ECMO.⁽¹⁷⁾

O enfermeiro é o primeiro a identificar um evento de risco potencial à vida da criança. Os cuidados para prevenção e/ou controle do sangramento se destacaram, pois, além do próprio circuito do dispositivo provocar uma resposta inflamatória e pró trombótica generalizada, a criança faz uso de drogas antiplaquetárias e/ou anticoagulantes, o que aumenta significativamente a chance de sangramento.⁽¹⁷⁻¹⁹⁾

O paciente em POI que necessita do suporte mecânico da ECMO, apresenta um sistema imune comprometido, pois além de ter passado por um procedimento cirúrgico, está em um ambiente hospitalar. Na terapia intensiva, a criança possui muitos dispositivos, invasivos, e com a utilização da ECMO, a cada dia, aumenta em 40% o risco de infecção.^(17,18) É de extrema importância que os cuidados de enfermagem tenham ênfase nos procedimentos de manuseio com técnica adequada dos dispositivos e do circuito da ECMO, através da higienização das mãos, troca de equipos, buretas, polifix conforme protocolo institucional, e técnica asséptica na realização dos curativos.^(18,19)

Nesse contexto, o controle rigoroso com volumes, intervenções para prevenção de lesões de pele e bronco aspiração, controle de padrão respiratório, controle glicêmico rigoroso, e autocuidado também são cuidados direcionados que o enfermeiro consegue promover para a prevenção de complicações, mobilizando assim a equipe multidisciplinar, fornecendo elementos iniciais para estabilizar o paciente.^(18,19)

Nesse âmbito, os cuidados indicados pelos enfermeiros estão de acordo com a literatura, entretanto, não foi mencionado o controle dos parâmetros da ECMO, tais como gradiente de pressão transmembrana. O aumento da pressão transmembrana é um alerta precoce possivelmente relacionado à falha da membrana oxigenadora por formação de trombos; porém na instituição a assistência relacionada ao equipamento da ECMO é realizada por um perfusionista terceirizado, cabendo a assistência ao paciente, ao enfermeiro.^(20,21)

O enfermeiro, como responsável pela assistência direta aos pacientes em ECMO conforme o parecer do COREN-SP nº 033/ 2011, deve estar atento desde a admissão até a alta do paciente, mantendo todos os cuidados necessários e específicos, para a detecção precoce e consequentes intervenções para as possíveis complicações que venham a ocorrer durante a internação do paciente na UTI.^(5,11) Deste modo, torna-se relevante definir intervenções estratégicas para a assistência, necessárias neste momento crítico, visando a prestação de um padrão de excelência de cuidado, sempre em busca da melhoria, realizando assim a promoção da saúde.^(11,23)

Diante da percepção do enfermeiro acerca dos cuidados necessários para pacientes pediátricos no pós-operatório de cirurgia cardíaca em uso da ECMO, é importante estabelecer intervenções de enfermagem específicas, para uma assistência de acordo com as necessidades prioritárias da saúde do mesmo.^(22,23) As primeiras 24 horas, são consideradas as mais críticas, por exigirem atividades

assistenciais complexas associadas a um conhecimento técnico científico específico, pelo risco potencial de instabilidades hemodinâmicas.⁽²⁴⁻²⁷⁾ Neste contexto é de extrema importância que o enfermeiro seja qualificado para prestar uma assistência com a devida qualidade e segurança no que diz respeito aos parâmetros vitais.⁽²¹⁻²³⁾

É importante salientar que o hospital em questão passou por uma transição da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), antes realizada por meio de “*check list*” em papel. A partir de julho de 2019, com a implementação do PGI-SAE, sistema desenvolvido pela instituição, passou a ser possível realizar a SAE por via eletrônica.

Com a crescente demanda de pacientes com cardiopatias congênitas complexas nos últimos anos, o sistema de ECMO tem sido cada vez mais inserido como opção terapêutica.⁽⁷⁾ A ELSO reporta que no ano de 2019, houve uma sobrevida de 69% nos pacientes neonatais e 72% nos pacientes pediátricos com o uso de ECMO.⁽⁸⁾ No presente estudo, verificou-se que a sobrevida com a terapia ECMO VA foi de 16 pacientes (33,3%) e após o contato telefônico com os responsáveis, 100% destes seguem vivos.

O tamanho da população é reduzido, uma vez que no hospital onde o estudo foi realizado, o número de crianças submetidas ao tratamento com ECMO, no Pós-Operatório Imediato de cirurgias cardíacas é pequeno.

A contribuição desta pesquisa é muito significativa, devido à carência de artigos que relatem diagnósticos e intervenções de enfermagem específicas, para crianças submetidas à terapêutica com ECMO, assim como dados sobre mortalidade hospitalar e sobrevida após a alta hospitalar, e servirá para pesquisas posteriores na área, fornecendo embasamento científico para enfermeiros no que diz respeito à

assistência de enfermagem para crianças em uso de ECMO no pós-operatório imediato de cirurgias cardíacas.

CONCLUSÃO

Com o presente estudo concluiu-se que cabe ao enfermeiro um pensamento crítico e deste modo proporcionar uma assistência sistematizada, para que complicações sejam minimizadas e os pacientes tenham uma sobrevida com qualidade. Dentre as principais intervenções de enfermagem, identificadas neste estudo, podemos citar: monitorização multiparamétrica, cuidados para prevenção e/ou controle do sangramento, mudança de decúbito, troca de curativo e observação de mudança clínica do paciente. É de extrema importância a avaliação da sobrevida dessas crianças para avaliarmos o impacto da utilização da ECMO no pós-operatório imediato de cirurgias cardíacas, e, portanto, esperamos que a assistência de enfermagem tenha um impacto positivo sobre a sobrevida. Vale ressaltar que grande parte desses pacientes pediátricos evoluem para óbito durante a internação hospitalar, e dentre as crianças que receberam alta hospitalar, a taxa de sobrevida é alta, todos estando vivos até o presente momento, conforme os contatos telefônicos realizados com seus responsáveis. Além disso, é importante ressaltar, que novos estudos acerca da temática acima seriam de grande valia para subsidiar a prática clínica do enfermeiro.

Contribuições

Concepção e/ou desenho do estudo: ASM; Coleta, análise e interpretação dos dados: ASM, JIDF; Redação e/ou revisão crítica do manuscrito: ASM, EHFRB, SHS; Aprovação da versão final a ser publicada: ASM, JIDF, EHFRB, SHS.

REFERÊNCIAS

1. Nakasato GR, Lopes J, Lopes CT. Complications Related to Extracorporeal Membrane Oxygenation. Rev Enferm UFPE online. 2018;12(6):1727-37.
2. Costa LM, Hora MP, Araujo EO, Pedreira LC. Cuidado de enfermagem a uma paciente em uso da ECMO. Rev Baiana Enferm. 2011;25(2):209-20.
3. Romano TG, Mendes PV, Park M, Costa EL. Suporte respiratório extracorpóreo em pacientes adultos. J Bras Pneumol. 2017;43(1): 60-70.
4. Chaves RC, Rabello Filho R, Timenetsky KT, Moreira FT, Vilanova LC, Bravim BA, et al. Oxigenação por membrana extracorpórea: revisão da literatura. Rev Bras Ter Intensiva. 2019;31(3):410-24.
5. Ribeiro A, Vista B. Parecer Coren-SP CAT no 009/2009. Prescrição de salinização de cateter por enfermeiro. São Paulo: Conselho Regional de Enfermagem; 2009 [citado 2021 Jan 10]. Disponível em: https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2013/07/parecer_coren_sp_2009_9.pdf
6. Martins LS, Ferronato CC, Silva TM. Sistematização da assistência de enfermagem: subsídio para autonomia do enfermeiro. Rev Saberes UNIJIPA. 2018;8(1):119-34.
7. Pilá ML, Moreno G, Krzynski M, Ponce G, Montonati M, Lenz M, et al. Asistencia con membrana de oxigenación extracorpórea en recuperación cardiovascular pediátrica: experiencia de un centro de Argentina. Arch Argent Pediatr. 2019;117(3):157-63.
8. Nakasato GR, Lopes JL, Lopes CT. Complicações Relacionadas à oxigenação por membrana extracorpórea. Rev Enferm UFPE online. 2018;12(6):1727-37.
9. Kattana J, Gonzalez A, Castillo A, Caneo F. Neonatal and pediatric extracorporeal membrane oxygenation in developing Latin American Countries. J Pediatr. 2017;93(2):120-9.
10. Extracorporeal Life Support Organization (ELSO). ECLS Registry Report: International Summary. Boston: ELSO; 2021 [cited 2021 Feb 21]. Available from: <https://www.else.org/Registry/ELSOliveRegistryDashboard.aspx>

11. Cavalcante AM, Brunori EH, Lopes CT, Silva AB, Herdman TH. Nursing diagnoses and interventions for a child after cardiac surgery in an intensive care unit. *Rev Bras Enferm.* 2015;68(1):155-60.
12. Ferreira AM, Rocha EN, Lopes CT, Bachion MM, Lopes JL, Barros AL. Diagnósticos de enfermagem em terapia intensiva: mapeamento cruzado e Taxonomia da NANDA-I. *Rev Bras Enferm.* 2016;69(2):307-15.
13. Silva MR, Silva DO, Santos EC, Oliveira PP, Sales AS, Rodrigues AB. Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para pessoas submetidas a cirurgias ortopédicas e traumatológicas. *Rev Enferm UFPE online.* 2017;11(5):2033-45.
14. Conselho Federal De Enfermagem (COFEN). Resolução no. 358, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília (DF): COFEN; 2009. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-3582009_4384.html
15. Harris PA, Taylor R, Thielke R, Payne J, Gonzalez N, Conde JG. Research electronic data capture (REDCap) – A metadata-driven methodology and workflow process for providing translational research informatics support. *J Biomed Inform.* 2009;42(2):377-81.
16. Harris PA, Taylor R, Minor BL, Elliott V, Fernandez M, O'Neal L, et al. The REDCap consortium: Building an international community of software partners. *J Biomed Inform.* 2019; 95:103208.
17. Fernandes HM, Saraiva EL, Souza CS. Atuação do time de enfermeiros na ressuscitação cardiopulmonar extracorpórea. *Rev Enferm UFPE online.* 2018;12(11):3147-53.
18. Nakasato GR, Lopes JL, Lopes CT. Preditores de complicações da oxigenação por membrana extracorpórea. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(2):e20180666.
19. De Oliveira LB, Neves AL, Jardim JM, Mendes PB, Naves SC, Bruno TC, et al. Uso da Membrana de Oxigenação Extracorpórea em uma Paciente Pós-Transplante Pulmonar: Cuidados de Enfermagem. *Enfermeria Glob.* 2015;38:17-32.
20. Nakasato GR, Lopes JL, Lopes CT. Complicações relacionadas à oxigenação por membrana extracorpórea. *Rev Enferm UFPE online.* 2018;12(6):1727-37.
21. Cabral JV, Chaves JS. Cuidado de enfermagem no pós-operatório de cirurgia cardíaca pediátrica: revisão integrativa. *Rev Enferm Contemp.* 2020;9(1):118-126.
22. Silva GS, Santos LS, Silva AC, Ramos IO, Bonfim IM, Studart RM. Sistematização da assistência de enfermagem no pós operatório de transplante renal pediátrico. *Enferm Foco* 2020;11(1):75-80.
23. Pereira GN, Abreu RN, Bonfim IM, Rodrigues AM, Monteiro LB, Sobrinho JM. Relação entre sistematização da assistência de enfermagem e segurança do paciente. *Enferm Foco* 2017;8(2):21-5.

PROFESSOR EM TEMPOS DE PANDEMIA: EMOÇÕES E SENTIMENTOS DO ENFERMEIRO-PROFESSOR

TEACHER IN TIMES OF PANDEMIC: EMOTIONS AND FEELINGS OF THE NURSE-TEACHER

DOCENTE EN TIEMPOS DE PANDEMIA: EMOCIONES Y SENTIMIENTOS DE LA ENFERMERA-DOCENTE

Rita Neuma Dantas Cavalcante de Abreu¹

Fabrizio Bezerra Eleres²

Fernanda Jorge Magalhães³

Karla Maria Carneiro Rolim¹

Virna Ribeiro Feitosa Cestari⁴

Thereza Maria Magalhães Moreira⁴

(<https://orcid.org/0000-0002-5130-0703>)

(<https://orcid.org/0000-0003-1070-2332>)

(<https://orcid.org/0000-0003-0104-1528>)

(<https://orcid.org/0000-0002-7914-6939>)

(<https://orcid.org/0000-0002-7955-0894>)

(<https://orcid.org/0000-0003-1424-0649>)

Descritores

Infecções por coronavírus;
Docentes; Emoções; Saúde mental;
Enfermeiras e enfermeiros

Descriptors

Coronavirus infections; Faculty;
Emotions; Mental health; Nurses

Descriptores

Infecciones por coronavirus;
Docentes; Emociones; Salud
mental; Enfermeras y enfermeros

Submetido

26 de Abril de 2021

Aceito

24 de Junho de 2021

Conflitos de interesse:

nada a declarar.

Autor correspondente

Rita Neuma Dantas Cavalcante de
Abreu
E-mail: rita_neuma@yahoo.com.br

RESUMO

Objetivo: Averiguar emoções e sentimentos de enfermeiros-professores universitários frente à pandemia da COVID-19.

Métodos: Estudo descritivo, qualitativo, realizado em Instituição de Ensino Superior em Fortaleza-Ceará-Brasil. Participaram 21 professores do curso de graduação em Enfermagem. Foi aplicado um questionário *via Google Forms®*, com variáveis de identificação e questões relacionadas às emoções/sentimentos vivenciadas pelos professores. Para análise textual dos discursos, utilizou-se o *software Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*.

Resultados: O medo foi a emoção central, circundada por sentimentos contraditórios como: ansiedade e tranquilidade. Atrelado ao medo, destacou-se sentimentos como a preocupação, intermediada pelo cansaço. Na vertente contrária ao medo e à preocupação, destaca-se o verbo estar, o qual apresenta-se envolto por emoções associadas à felicidade, esperança, fé e crença em Deus.

Conclusão: Considera-se relevante a atenção às emoções e sentimentos, os quais frequentemente podem interferir na qualidade de vida, na saúde mental e ocupacional do professor-enfermeiro.

ABSTRACT

Objective: To investigate the emotions and feelings of university nurse-professors in the face of the COVID-19 pandemic.

Methods: Descriptive, qualitative study, carried out in a Higher Education Institution in Fortaleza-Ceará-Brazil. 21 professors of the undergraduate nursing course participated. A questionnaire was applied via Google Forms®, with identification variables and questions related to the emotions / feelings experienced by the teachers. For textual analysis of the speeches, the *software Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* was used.

Results: Fear was the central emotion, surrounded by contradictory feelings such as: anxiety and tranquility. Linked to fear, feelings such as worry, mediated by tiredness, stood out. In the opposite direction to fear and worry, the verb to stand out stands out, which is surrounded by emotions associated with happiness, hope, faith and belief in God.

Conclusion: Attention to emotions and feelings is considered relevant, which can often interfere with the quality of life, mental and occupational health of the teacher-nurse.

RESUMEN

Objetivo: Investigar las emociones y sentimientos de los profesores de enfermería universitarios ante la pandemia COVID-19.

Métodos: Estudio descriptivo, cualitativo, realizado en una Institución de Educación Superior en Fortaleza-Ceará-Brasil. Participaron 21 profesores del curso de licenciatura en enfermería. Se aplicó un cuestionario *via Google Forms®*, con variables de identificación y preguntas relacionadas con las emociones / sentimientos vividos por los docentes. Para el análisis textual de los discursos se utilizó el *software Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*.

Resultados: El miedo fue la emoción central, rodeado de sentimientos contradictorios como: ansiedad y tranquilidad. Vinculados al miedo, se destacaron sentimientos como la preocupación, mediada por el cansancio. En sentido contrario al miedo y la preocupación, destaca el verbo destacar, que está rodeado de emociones asociadas a la felicidad, la esperanza, la fe y la fe en Dios.

Conclusión: Se considera relevante la atención a las emociones y sentimientos, que muchas veces pueden interferir con la calidad de vida, la salud mental y ocupacional de la profesora-enfermera.

¹Universidade de Fortaleza, Fortaleza, CE, Brasil.

²Faculdade dos Carajás, Marabá, PA, Brasil.

³Universidade de Pernambuco, Recife, PE, Brasil.

⁴Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

Como citar:

Abreu RM, Eleres FB, Magalhães FJ, Rolim KM, Cestari VR, Moreira TM. Professor em tempos de pandemia: emoções e sentimentos do enfermeiro-professor. *Enferm Foco*. 2021;12(6):1124-8.

DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n6.4903>

INTRODUÇÃO

A pandemia COVID-19, causada pelo SARS-Cov-2, tem gerado impactos na sociedade relacionados à morbimortalidade e à adoção de medidas de isolamento populacional, o que também repercute no cenário da saúde e da educação, atingindo os aspectos emocionais dos profissionais da saúde e da educação.

Diante da necessidade de seguir os protocolos de prevenção da COVID-19, foi necessário que as instituições de nível superior (IES) respeitassem as Portarias do Ministério da Educação de modo a propor estratégias de operacionalização de educação remota.⁽¹⁾ O ensino por meio de plataformas virtuais tem-se dado em tempo real (síncronas) ou por meio de aulas gravadas (assíncronas), com disponibilização do material para os estudantes, inserindo iniciativas tutoriais, metodologias ativas, *lives*, debates e utilização de redes sociais para efetivar a educação à distância.⁽²⁾

A fim de adaptar-se a esse contexto, os professores foram instados a realizar suas tarefas com adoção de aparatos tecnológicos e plataformas digitais, fato que exigiu que esses profissionais se adaptassem, de maneira abrupta, a executar um novo formato de ensino em novo ambiente de trabalho, com coexistência do espaço doméstico e laboral, agregando angústias profissionais e familiares durante a pandemia.⁽²⁾

Frequentemente, a saúde do professor tem sido fonte de preocupação e objeto de pesquisas, por seu desgaste psicológico, físico e emocional no decorrer do exercício de suas funções.⁽³⁾ Diante do atual cenário pandêmico destaca-se atenção à saúde mental do enfermeiro-professor, haja vista que, ele vivencia uma interação de profissões que compreendem o contexto da saúde e o processo educacional, muito deles atuando na assistência e na docência.

Estudo realizado na região Sul do Brasil rastreou indicadores da saúde mental do professor em instituição de ensino infanto-juvenil, comprovando sentimentos como ansiedade, depressão e preocupação com sua exposição ao novo coronavírus, estando a maioria em isolamento social, sem expectativa imediata de retorno ao trabalho de forma presencial.⁽⁴⁾ No que se refere ao cenário das Instituições de Ensino Superior um estudo pesquisou o isolamento social, a angústia e seus fatores relacionados em 546 universitários da área da saúde durante a atual pandemia e constatou serem sentimentos presentes em sua totalidade.⁽⁵⁾

Ante a situação relatada, questiona-se: quais as emoções e sentimentos vivenciados pelos professores-enfermeiros, considerando essa interação entre as áreas que integram a linha de frente do combate à pandemia e a educação de futuros profissionais que se depararão com tais situações?

O estudo justifica-se em decorrência da prática docente e assistencial dos autores atuando em cursos de graduação em Enfermagem e nas instituições de saúde e educacional do Nordeste Brasileiro, além do interesse na compreensão das emoções e sentimentos vivenciados pelo enfermeiro-professor frente à pandemia. Assim, o objetivo do estudo é averiguar emoções e sentimentos de enfermeiros-professores universitários frente à pandemia da COVID-19.

MÉTODOS

Estudo descritivo, com abordagem qualitativa, realizado em Instituição do Ensino Superior (IES) privada, localizada na cidade de Fortaleza, capital do Estado do Ceará.

O cenário do estudo conta atualmente com quarenta e seis (46) docentes enfermeiros. Destes, muitos são enfermeiros assistenciais na ativa. Portanto, do total de 46, vinte e um (21) concordaram em participar da pesquisa, perfazendo uma amostra por conveniência.

A coleta de dados ocorreu no mês de dezembro de 2020 e para realizá-lo foi aplicado um questionário *on-line* via *Google Forms*®, com variáveis de identificação e questões relacionadas às emoções/sentimentos vivenciadas pelos professores.

Considerando o período de distanciamento social, o convite inicial para participação do estudo se deu por *e-mail/WhatsApp*, onde explicou-se os propósitos e o objetivo do estudo. Foi enviado um *link* do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e após a sua aceitação o participante respondia os questionamentos, cujo tempo de resposta era de aproximadamente, 15 a 20 minutos. Vale destacar que o estudo seguiu as diretrizes do *Consolidated criteria for reporting qualitative research* (COREQ).⁽⁶⁾

Para apoiar a análise textual e temas relevantes nos discursos dos participantes, utilizou-se a saturação dos dados e o *software Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (IRaMuTeQ), programa de livre acesso desenvolvido na linguagem *Python* em que se utilizam funcionalidades providas do *software* estatístico *R*, porém sob ótica e enfoque qualitativo, possibilitando diferentes processamentos e análises estatísticas do *corpus* textual, com elaboração de figuras que representam os discursos e palavras proferidas pelos professores.⁽⁷⁾

Para a análise dos discursos foi realizada comparação das respostas. Inicialmente, exploraram-se estatísticas textuais clássicas, com lexicografia básica e pesquisa de especificidades por grupos de palavras. Em seguida, para análises multivariadas, optou-se pela realização da Classificação

Hierárquica Descendente (CHD), Análise de Similitude (semelhanças) e elaboração da Nuvem de Palavras.

Para realização da CHD, os seguimentos textuais ou unidades de contexto elementar (UCE) foram classificados em função dos seus respectivos vocábulos e de seus valores de qui-quadrado mais elevado. Este foi utilizado para verificar associação da UCE com determinada classe, sendo organizados em um dendrograma.^(8,9) Portanto, compreende-se que todas palavras selecionadas para compor as classes do dendrograma possuíam $p < 0,001$, indicando associação estatisticamente significativa.

Para a análise de similitude constituiu-se o modelo matemático ideal para o estudo, havendo relação entre objetos discretos de qualquer tipo com possibilidades de identificação das co-ocorrências entre palavras e fatos, apoiados na teoria dos grafos, que indicam conexidade entre palavras, auxiliando na estrutura de um *corpus* textual, distinguindo partes comuns e especificidades das variáveis descritivas.⁽⁹⁾

A partir da análise de similitude foram identificadas palavras-chave comuns nas falas dos professores reunindo-as em uma nuvem de agrupamento de palavras com organização gráfica, conforme sua frequência nos discursos. Após utilização do IRaMuTeQ, os resultados foram interpretados pelos pesquisadores por meio da leitura crítica reflexiva de evidências disponíveis na literatura, sendo apresentados em figuras e falas.⁽¹⁰⁾

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza (CAAE nº 33640720.0.0000.5052). Para preservar a identidade dos participantes, mediante as respostas do formulário foram atribuídos um código numérico para cada participante, sendo identificados por P1, P2, ..., P21, a fim de manter o sigilo e a discrição frente à apresentação das falas, conforme preconiza a Resolução 466/2012.⁽¹¹⁾

RESULTADOS

Os resultados do presente estudo evidenciaram as emoções e os sentimentos de enfermeiros-professores universitários frente à pandemia da COVID-19. No que se refere a estatística lexical clássica e lexicografia básica, constatou-se um quantitativo efetivo das formas ativas, suplementares e lista de hápax (Figura 1). Foram 21 textos, com total de 367 palavras e 181 unidades lexicais do corpus; 137 palavras apareceram apenas uma vez no corpus. A média de palavras por texto foi de 17,5.

Portanto, a partir da similitude desvelou-se elementos centrais de estrutura, núcleo central e sistema periférico, como um leque semântico de palavras mais frequentes, tais como: Medo, Estar e Preocupado (Figura 2).

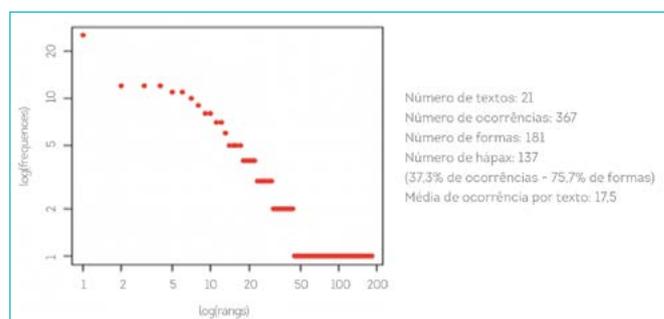


Figura 1. Apresentação dos resultados da análise estatística textual

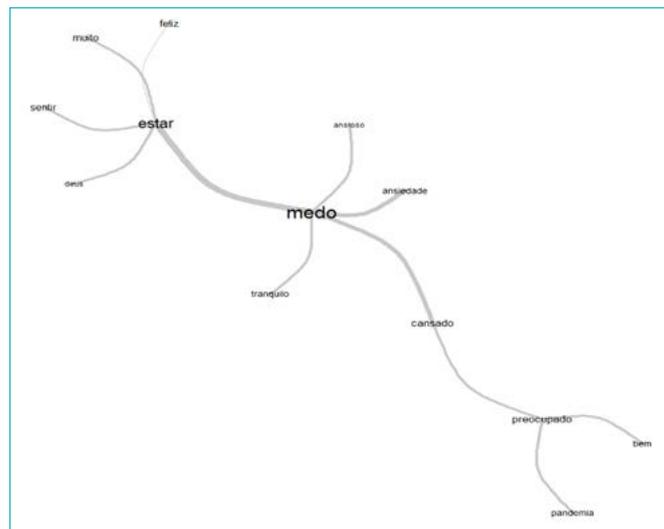


Figura 2. Análise de similitude estipulando como palavras centrais Medo, Estar e Preocupado

Observou-se que o medo foi a emoção central nas falas dos professores-enfermeiros, conforme a fala de P1. Porém, circundado por sentimentos contraditórios, como ansiedade e tranquilidade, de acordo com a fala de P10. Percebeu-se nas falas que vivenciavam uma fase de transição, assim considerada pela diminuição do número de casos da doença e busca por um ponto de equilíbrio, como refere P9, durante o período da coleta.

"[...] Tive muito medo, mas agora os sentimentos de acalmaram e me senti importante por participar de tudo isso" (P1).

"Estou muito ansiosa e com medo do que vem pela frente, com retorno às atividades e exposição maior ao risco de contrair o vírus" (P10)

"[...] É urgente encontrarmos um ponto de equilíbrio" (P9)

Atrrelado ao medo, destacou-se sentimentos como a preocupação, mencionado por P15 e P2 intermediada pelo cansaço como referido por P13 e P9. A preocupação foi

atenuada pela diminuição do número de casos, contudo, a pandemia evidenciou disparidades sociais e sua associação com questões políticas.

“Sinto-me preocupada com o futuro, mas nada exacerbado” (P15).

“Vou continuar em distanciamento, mas sem a preocupação de antes” (P2)

“Cansada, mas sendo obrigada a trabalhar” (P13).

“Cansada e preocupada com a evolução do todo, que está sendo corroído pelos desdobramentos da pandemia. Esperança abalada pelos desmandos de governantes, corrupção, desigualdades sociais” (P9).

Os participantes mostraram-se com emoções relacionadas à invasão da privacidade de suas vidas por realizar atividade laboral em seu ambiente doméstico, bem como com a necessidade e aumento do uso de redes sociais, conforme relata P9.

“Um turbilhão perpassa pela compreensão e ceticismo em alguns cenários. Sinto-me impotente diante da invasão da privacidade; exagero da visualização em nossas vidas. Sinto-me perseguida pelas lives que estão minando nossos momentos de solitude” (P9).

Na vertente contrária ao medo e à preocupação, destaca-se o verbo estar, o qual apresenta-se envolto por emoções associadas à felicidade (P3), esperança, fé e crença em Deus, conforme relata P4, ressaltando os estímulos à adaptação à realidade imposta pelo vírus e o desejo de viver o que considera como normal (P22 e P11).

“Estava amedrontada no início, mas agora estou feliz” (P3)

“[...] Confio em Deus, não tenho do que me queixar” (P4)

“Feliz. Que tudo volte ao normal” (P22)

“[...] Busco o que eu achava que era normal” (P11)

Em análise à nuvem de palavras (Figura 3), verificou-se que as palavras são posicionadas aleatoriamente, circundando a palavra principal e de maior repetição (medo). Assim, as palavras mais frequentes aparecem maiores (estar, preocupado e cansado), demonstrando seu destaque no corpus de análise da pesquisa. Constatou-se que a nuvem de palavras corroborou com os resultados explicitados na análise de similitude.

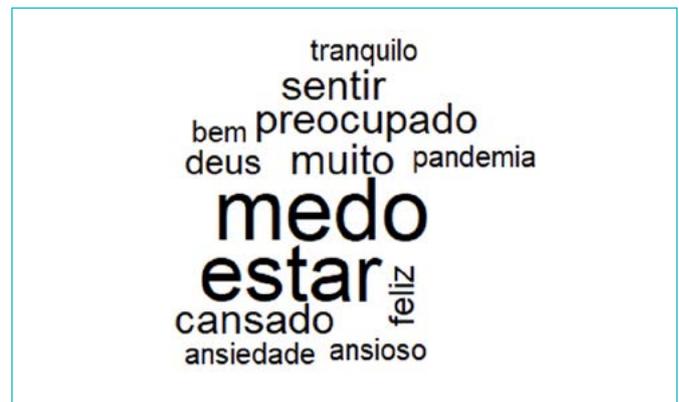


Figura 3. Nuvem de palavras

Percebeu-se, portanto, a representação das emoções e sentimentos sobre o contexto pandêmico do novo coronavírus, no qual o grande eixo organizador ainda é o medo. Em menor proporção, surgiram outros eixos que remeteram a sentimentos de preocupação, esperança e fé.

DISCUSSÃO

No início do século XXI, o mundo do trabalho ganhou contornos dramáticos com a emergência da pandemia COVID-19, evidenciando um cenário de poucos estudos na literatura a respeito da relação entre epidemias e trabalho.⁽²⁾

É relevante considerar os impactos na saúde mental docente, considerando a atual experiência de confinamento e isolamento social, assim como as expectativas de retorno ao ambiente de trabalho e à interação com os alunos. Alterações importantes na saúde mental têm impacto no desenvolvimento de tarefas habituais domésticas ou de trabalho, gerando desmotivação, desatenção, desconcentração, anedonia, aumento de erros e pequenos acidentes, propensão ao afastamento do trabalho, redução do interesse na interação com outras pessoas, dentre outros.⁽⁴⁾

Além dos impactos psicoemocionais diretamente relacionadas à COVID-19, coexistem os abalos biopsicossociais causados por medidas preventivas de contenção da pandemia, que limitam interações presenciais, relações sociais e atividades de lazer e entretenimento, agindo, assim, como potenciais fatores de risco à saúde mental e bem-estar emocional dos docentes.⁽¹²⁾

O cuidado à saúde mental e ocupacional dos professores/educadores precisa ser levado a sério por se constituir elemento crucial para manutenção das atuais condições de trabalho em formato *home-office* e para o retorno das aulas presenciais nas escolas no momento devido. Ações preventivas e promotoras de saúde devem ser desenvolvidas com vistas a reduzir as implicações psicológicas da pandemia,⁽¹²⁾ sobretudo no grupo de professores universitários, não raro a única fonte

de contato externo, incluindo formandos, que brevemente atuarão na linha de frente do combate à pandemia.

Nesse sentido, sabe-se que o setor saúde apresenta cenários complexos e desafiadores para os profissionais da área, uma vez que, com frequência, esses trabalhadores precisam lidar com diferentes adversidades em seu cotidiano profissional. Dentre as dificuldades vividas, destacam-se os problemas relacionados a saúde mental do enfermeiro.⁽¹³⁾

Uma experiência⁽¹⁴⁾ com enfermeiros que estão na linha de frente no combate à COVID-19 permitiu identificar condições que suscitam a necessidade de maior gerenciamento da sua saúde mental com fatores que potencializem o bem-estar psicológico, tais como atividades envolvendo valores como o altruísmo, crença na ciência, fé e esperança. Os mesmos autores⁽¹⁴⁾ sugeriram que os conselhos de classe da enfermagem iniciem um plano de contingência para o suporte psicoemocional pós-pandemia para os trabalhadores da enfermagem.

Como limitação do estudo destaca-se o número de participantes ser apenas de professores-enfermeiros do curso de graduação em Enfermagem, sem incluir os demais cursos da área da saúde.

Ao compreender os principais sentimentos dos professores enfermeiros universitários, buscou-se contribuir

com a saúde do trabalhador. Ainda, orientar para planejamento de ações protetoras em saúde.

CONCLUSÃO

O medo foi o sentimento central na fala do professor-enfermeiro, circundado por emoções e sentimentos contraditórios, como ansiedade e tranquilidade. Os professores mostraram preocupação com pandemia e com o uso excessivo das redes sociais. Por outro lado, expressaram também emoções de felicidade, esperança e fé em Deus com a adaptação à nova realidade imposta pelo vírus. Constatase, assim, que relatos de ansiedade e medo estiveram presentes nos discursos professores, revelando a necessidade de ênfase à atenção à saúde mental desse grupo. Sugere-se estudos aprofundados quanto às emoções, sentimentos e vivências destes profissionais enquanto assistenciais e educadores frente a pandemia da COVID-19.

Contribuições

Concepção e/ou desenho do estudo: RNDC; Coleta, análise e interpretação dos dados: RNDC, FBE, VRFC; Redação e/ou revisão crítica do manuscrito: RNDC, FBE, FJM, KMCR, TMMM; Aprovação da versão final a ser publicada: RNDC, FBE, VRFC, FJM, KMCR, TMMM.

REFERÊNCIAS

1. Silva AF, Estrela FM, Lima NS, Abreu CT. Saúde mental de docentes universitários em tempos de pandemia. *Physis*. 2020;30(2):e300216.
2. Souza KR, Santos GB, Rodrigues AM, Felix EG, Gomes L, Rocha GL, et al. Remote work, teaching health and virtual strike in a pandemic scenario. *Trab Educ Saúde*. 2021;19:e00309141.
3. Batista JB, Carlotto MS, Oliveira MN, Zaccara AA, Barros EO, Suarte MC. Mental disorders in university teachers: study in a servisse of medical investigation. *J Res Fundam Care Online*. 2016;8(2):4538-48.
4. Cruz RM, Rocha RE, Andreoni S, Pesca AD. Retorno ao trabalho? Indicadores de saúde mental em docentes durante a pandemia da COVID-19. *Rev Polyphonia*. 2020;31(1):325-44.
5. Martins AB, Falcão CS, Pereira AM, Carvalho JO, Diogo JL, Eloy YR, et al. Sentimento de angústia e isolamento social de universitários da área da saúde durante a pandemia da COVID-19. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2020;33:11444.
6. Allison T, Peter S, Jonathan C. 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.
7. Souza MA, Wall ML, Thuler AC, Lowen IM, Peres AM. The use of IRAMUTEQ software for data analysis in qualitative research. *Rev Esc Enferm USP*. 2018;52:e03353.
8. Salvador PT, Gomes AT, Rodrigues CC, Chiavone FB, Alves KY, Bezerril MS, et al. Uso do software IRAMUTEQ nas pesquisas brasileiras da área da saúde: uma scoping review. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2018;21(Supl.1):1-9.
9. Camargo BV, Justo AM. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. *Temas Psicol*. 2013;21(2):513-8.
10. Kami MT, Larocca LM, Chaves MM, Lowen IM, Souza VM, Goto DY. Working in the street clinic: use of IRAMUTEQ software on the support of qualitative research. *Esc Anna Nery*. 2016;20(3):e29160069.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013 [citado 2021 Abr 10]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
12. Pessoa HP, Viana FS, Aguiar MM. Saúde mental de docentes em tempos de pandemia: os impactos das atividades remotas. *Boletim Conjunt*. 2020;3(9):26-32.
13. Dresch LS, Paiva TS, Moraes II, Sales AL, Rocha CM. A saúde mental do enfermeiro frente a pandemia COVID-19. *Enferm Foco*. 2020;11(6):14-20.
14. Oliveira EM, Costa MS, Marques NS, Lomeo RC, Nascimento PI, Rodrigues CS, et al. Projeto vida em quarentena: estratégia para promoção da saúde mental de enfermeiros diante da COVID-19. *Enferm Foco*. 2020;11(Especial 1):162-7.

CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA: INCOMPLETUDE DOS PARÂMETROS AVALIADOS NA CONSULTA

CHILD HEALTH BOOKLET: INCOMPLETENESS OF THE PARAMETERS EVALUATED IN THE CONSULTATION

CUADERNO DE SALUD INFANTIL: INCOMPLETITUD DE LOS PARÁMETROS EVALUADOS EN LA CONSULTA

Karolaine Fernanda Marques¹

Luana da Silva¹

Márcia Aparecida dos Santos Silva Canario²

Rosângela Aparecida Pimenta Ferrari¹

(<https://orcid.org/0000-0002-6272-8502>)

(<https://orcid.org/0000-0002-5245-2725>)

(<https://orcid.org/0000-0002-2882-6184>)

(<https://orcid.org/0000-0003-0157-7461>)

Descritores

Cuidado da criança; Enfermagem pediátrica; Atenção primária à saúde

Descriptors

Child care; Pediatric nursing; Primary health care

Descriptores

Cuidado de los niños; Enfermería pediátrica; Primeros auxilios

Submetido

26 de Abril de 2021

Aceito

22 de Junho de 2021

Conflitos de interesse:

nada a declarar.

Autor correspondente

Karolaine Fernanda Marques

E-mail: karolaine.marques84@gmail.com

RESUMO

Objetivo: Analisar a consulta e o registro na Caderneta de Saúde da Criança quanto ao acompanhamento no serviço de atenção básica.

Métodos: Trata-se de um estudo quantitativo transversal desenvolvido em municípios da 17ª Regional de Saúde de Londrina, interior do Estado do Paraná, Sul do Brasil, no período de julho de 2017 a fevereiro de 2018 nas maternidades e seis meses após, no domicílio, sendo 230 mulheres que participaram das duas etapas. Utilizou-se o Teste Qui-quadrado de Pearson, a significância estatística adotada em todas as análises foi de 5%, expressa em p-valor.

Resultados: Houve subregistro de sinais vitais e avaliação da mamada nos municípios de médio porte. Assim como no preenchimento das consultas do terceiro e quarto trimestre, tanto nos municípios de grande porte quanto de médio porte.

Conclusão: Faz-se necessário que os profissionais de saúde reconheçam a Caderneta de Saúde da Criança como um documento primordial para acompanhamento do infante e que seu preenchimento seja realizado corretamente.

ABSTRACT

Objective: Analyze the consultation and registration in the Child Health Handbook regarding follow-up in the primary care service.

Methods: This is a cross-sectional quantitative study developed in municipalities in the 17th Regional Health Region of Londrina, in the state of Paraná, southern Brazil, from July 2017 to February 2018 in maternity hospitals and six months later, at home, being 230 women who participated in the two stages. Pearson's Chi-square test was used, the statistical significance adopted in all analyzes was 5%, expressed as p-value.

Results: There was an under-registration of vital signs and breastfeeding assessment in medium-sized municipalities. As well as filling out consultations in the third and fourth quarters, both in large and medium-sized municipalities.

Conclusion: It is necessary that health professionals recognize the Child Health Handbook as a primary document for monitoring the infant and that it is completed correctly.

ABSTRACT

Objetivo: Analizar la consulta y registro en el Manual de Salud Infantil sobre el seguimiento en el servicio de atención primaria.

Métodos: Se trata de un estudio cuantitativo transversal desarrollado en municipios de la XVII Región Regional de Salud de Londrina, en el estado de Paraná, sur de Brasil, de julio de 2017 a febrero de 2018 en maternidades y seis meses después, a domicilio, 230 mujeres. que participó en las dos etapas. Se utilizó la prueba de Chi-cuadrado de Pearson, la significancia estadística adoptada en todos los análisis fue del 5%, expresada como valor p.

Resultados: Hubo un subregistro de Evaluación de constantes vitales y lactancia materna en municipios medianos. Además de realizar consultas en el tercer y cuarto trimestres, tanto en municipios grandes como medianos.

Conclusión: Es necesario que los profesionales de la salud reconozcan el Manual de salud infantil como un documento principal para el seguimiento del lactante y que se complete correctamente.

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

²Centro Universitario Filadélfia, Londrina, PR, Brasil.

Como citar:

Marques KF, Silva L, Canario MA, Ferrari RA. Caderneta de saúde da criança: incompletude dos parâmetros avaliados na consulta. *Enferm Foco*. 2021;12(6):1229-32.

DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n6.4904>

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento infantil é um período que as potencialidades são adquiridas e faz-se necessário o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de modo que situações relacionadas à saúde sejam identificadas precocemente. A puericultura é realizada pelo enfermeiro da atenção primária e tem como objetivo atender a criança de forma integral, identificar alterações no desenvolvimento neuropsicomotor, nutricional e ofertar planos de promoção à saúde.⁽¹⁾

É recomendado que sejam realizadas sete consultas no primeiro ano de vida, duas consultas no segundo ano e, na sequência, consultas anuais, sendo indispensável que seu início seja ofertado na primeira semana, a fim de criar vínculo com a puérpera e oferecer apoio, pois é nessa fase que surgem as dúvidas sobre cuidados com o bebê, vacinação e nutrição. Essa prática assistencial é um conjunto de medidas que visam acompanhar a saúde da criança de maneira sistemática e periódica.⁽²⁾

Em 2005, o Ministério da Saúde (MS) implantou a Caderneta de Saúde da Criança com objetivo de acompanhar a assistência e desenvolvimento durante toda sua infância, que vai desde o nascimento, até 10 anos de idade. Nela são registrados dados antropométricos (peso, altura, perímetro torácico e cefálico), alimentação e vacinação.⁽³⁾

A Caderneta de Saúde da Criança é um instrumento que favorece a comunicação entre os familiares e profissionais de saúde, contribuindo para a qualidade do cuidado, pois, contém as informações que serão essenciais para o atendimento. O não preenchimento das informações traz prejuízos para a assistência, comprometendo a integralidade à saúde e a continuidade do cuidado nos diferentes níveis de atenção.⁽⁴⁾

Compete ao enfermeiro mensurar as medidas antropométricas de peso e estatura, perímetro cefálico e torácico. É importante realizar os registros dos dados e explicar essas medidas antropométricas para os pais, a fim de inseri-los no cuidado para que esse instrumento seja melhor utilizado pelos familiares e profissionais de saúde.⁽⁵⁾ Nessa perspectiva, o objetivo foi analisar a consulta e o registro na Caderneta de Saúde da Criança quanto ao acompanhamento no serviço de atenção básica.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo quantitativo transversal, desenvolvido em municípios da 17ª Regional de Saúde (RS), interior do estado do Paraná, sul do Brasil, em dois momentos, primeiro nas maternidades e na sequência nos domicílios.

A população de estudo compreendeu todas as crianças que nasceram nas maternidades públicas de risco habitual, intermediário e alto risco e receberam alta após o nascimento e foram acompanhadas pelo serviço de atenção

primária. Participaram das duas etapas da pesquisa 230 mulheres.

O estudo foi desenvolvido no período de julho de 2017 a fevereiro de 2018, nas maternidades e de janeiro a agosto de 2018 nos domicílios. Para a coleta de dados a abordagem foi realizada, por meio de busca das informações disponibilizadas na Carteira de Saúde da Criança (CSC) e entrevista com a mulher/usuária para identificar elementos da assistência referentes aos objetivos e pressupostos da Rede no que se refere à assistência à criança na atenção básica após a alta da maternidade.

A pesquisa é um recorte da pesquisa multicêntrica do tipo coorte intitulada "Rede Mãe Paranaense na perspectiva da usuária: o cuidado da mulher no pré-natal, parto, puerpério e da criança", realizada em três RS, financiada chamada Universal MCTI/CNPq nº 01/2016. A 17ª RS é constituída por 21 municípios, sendo 1 de grande porte, 3 médio e 17 pequeno.

As variáveis independentes selecionadas contemplaram os aspectos sociais e demográficos e fatores relacionados à assistência de enfermagem na puericultura e a variável dependente foi o porte dos municípios da RS. Utilizou-se o programa Statistical Package for Social Sciences, versão 20.0, para análise estatística.

A pesquisa foi autorizada pela Secretaria de Saúde do Estado do Paraná, bem como pela Diretoria das Regionais de Saúde e aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual de Londrina (CEP/UUEL), sob o parecer nº 2.053.304, de 09 de maio de 2017 (CAAE: 67574517.1.1001.5231).

RESULTADOS

Houve predomínio das mulheres jovens adultas no estudo (47,9%) e (59,3%), a maioria declarou ter cor de pele/raça branca (54,2%) e (55,8%), companheiro (86,8%) e (90,7) e não ter renda (66,7%) e (58,1%) em municípios de grande e médio porte, respectivamente (Tabela 1).

Os parâmetros do crescimento (perímetro cefálico, torácico, estatura e peso) foram verificados durante as consultas em ambos os portes dos municípios, com maior frequência nos municípios de grande porte, demonstrando relevância estatística $p \leq 0,001$. Sinais vitais (70,9%) e avaliação da mamada (74,4%) foram menos avaliados durante as consultas dos municípios de médio porte $p \leq 0,001$ (Tabela 2).

Houve predomínio dos dados anotados nos dois primeiros trimestres, com diferenças significativas entre grande e médio porte. Verifica-se que os sinais vitais e peso, foram poucos registrados no CSC. Grande parte das informações avaliadas na consulta do 3º e 4º trimestre não foram registradas, em especial, nos municípios de grande porte (Tabela 3).

Tabela 1. Características demográficas e socioeconômicas das puérperas por porte

Variáveis	Grande porte n(%)	Médio porte n(%)
Idade (em anos)		
14 a 19	29(20,1)	18(20,9)
20 a 30	69(47,9)	51(59,3)
≥ 30	46(31,9)	17(19,8)
Raça/Cor		
Branca	78(54,2)	48(55,8)
Não branca	66(45,8)	38(44,2)
Situação conjugal*		
Com companheiro	125(86,8)	78(90,7)
Sem companheiro	19(13,2)	7(8,1)
Escolaridade (em anos)*		
0 a 7	41(28,5)	28(32,6)
8 a 11	81(56,2)	45(52,3)
≥ 11	22(15,3)	12(14,0)
Ocupação materna		
Remunerada	48(33,3)	36(41,9)
Não remunerada	96(66,7)	50(58,1)
Renda (em SM**)		
≤ 1	26(18,1)	16(18,6)
1 a 2	58(40,3)	38(44,2)
2 a 3	31(21,5)	17(19,8)
≥ 3	29(20,1)	15(17,4)
Total	144(100,0)	86(100,0)

*Dados informados pela mãe; ** SM - Salário mínimo

Tabela 2. Dados verificados durante as consultas e registrados no Cartão de Saúde da Criança por porte dos municípios da Regional de Saúde

Variáveis*	Grande porte n(%)	Médio porte n(%)	p-value
Perímetro cefálico			
Sim	132(91,7)	63 (73,3)	≤0,001
Não	8(5,6)	20 (23,3)	
Perímetro torácico			
Sim	113(78,5)	42 (48,8)	≤0,001
Não	24(16,7)	28 (32,6)	
Estatura			
Sim	136(94,4)	56 (61,5)	≤0,001
Não	5(3,5)	10 (11,6)	
Peso			
Sim	138(95,8)	69 (80,2)	0,001
Não	4(2,8)	14 (16,3)	
Sinais vitais			
Sim	84(58,3)	22 (25,6)	≤0,001
Não	51(35,4)	61 (70,9)	
Exame físico			
Sim	107(74,3)	47 (54,7)	0,001
Não	31(21,5)	36 (41,9)	
Avaliação da mamada			
Sim	83(57,6)	19 (22,1)	≤0,001
Não	52(36,1)	64 (74,4)	
Total	144(100,0)	86(100,0)	

*Dados informados pela mãe e registrados no CSC

Tabela 3. Dados registrados no Cartão de Saúde da Criança de acordo com as consultas por trimestre e porte dos municípios da Regional de Saúde

Variáveis	1º Trimestre		2º Trimestre		3º Trimestre		4º Trimestre	
	Grande porte n(%)	Médio porte n(%)						
Perímetro cefálico								
Apenas uma consulta	10(6,9)	14(16,3)	23(16,0)	6(7,0)	11(7,6)	1(1,2)	1(0,7)	-(-)
Apenas duas consultas	19(13,2)	13(15,1)	19(13,2)	12(14,0)	7(4,9)	1(1,2)	-(-)	-(-)
Todas as consultas	68(47,2)	36(15,7)	30(20,8)	7(8,1)	1(0,7)	2(2,3)	1(0,7)	1(1,2)
Não mensurado	26(18,1)	16(18,6)	36(25,0)	33(32,6)	79(54,9)	37(43,0)	94(65,3)	37(43,0)
Perímetro torácico								
Apenas uma consulta	4(2,8)	9(10,5)	12(8,3)	4(4,7)	6(4,2)	-(-)	2(1,4)	-(-)
Apenas duas consultas	7(4,9)	7(8,1)	5(3,5)	5(5,8)	2(1,4)	-(-)	-(-)	-(-)
Todas as consultas	35(24,3)	15(17,4)	20(13,9)	4(4,7)	6(4,2)	1(1,2)	6(4,2)	1(1,2)
Não mensurado	78(54,2)	48(55,8)	71(49,3)	40(46,5)	83(57,6)	40(46,5)	88(61,1)	37(43,0)
Estatura								
Apenas uma consulta	11(7,6)	12(14,0)	20(13,9)	7(8,1)	10(6,9)	2(2,3)	1(0,7)	-(-)
Apenas duas consultas	19(13,2)	13(15,1)	22(15,3)	6(7,0)	6(4,2)	1(1,2)	1(0,7)	-(-)
Todas as consultas	71(49,3)	37(43,0)	34(23,6)	11(12,8)	3(2,1)	3(3,5)	2(1,4)	1(1,2)
Não mensurado	22(15,3)	17(19,8)	32(22,2)	29(33,7)	79 (54,9)	35(40,7)	92(63,9)	37(43,0)
Sinais vitais								
Apenas uma consulta	1(0,7)	-(-)	2(1,4)	1(1,2)	2(1,4)	-(-)	-(-)	-(-)
Apenas duas consultas	1(0,7)	1(1,2)	4(2,8)	-(-)	-(-)	-(-)	-(-)	-(-)
Todas as consultas	22(15,3)	2(2,3)	12(8,3)	-(-)	7(4,9)	-(-)	7(4,9)	-(-)
Não mensurado	99(68,8)	76(88,4)	89(61,8)	50(58,1)	89(61,8)	40(46,5)	89(61,8)	38(44,2)
Peso								
Apenas uma consulta	15(10,4)	12(14,0)	18(12,5)	6(7,0)	14(9,7)	2(2,3)	4(2,8)	1(1,2)
Apenas duas consultas	10(6,9)	10(11,6)	20(13,9)	7(8,1)	6(4,2)	1(1,2)	1(0,7)	-(-)
Todas as consultas	87(60,4)	40(46,5)	42(29,2)	11(12,8)	4(2,8)	3(3,5)	1(0,7)	1(1,2)
Não mensurado	12(8,3)	16(18,6)	28(19,4)	29(33,7)	74(51,4)	35(40,7)	90(62,5)	36(41,9)

Observou-se que orientações sobre aleitamento materno (71,5%) e (68,6%) e introdução alimentar (69,4%) e (66,3%) obtiveram destaque durante as consultas de puericultura em ambos os portes dos municípios, respectivamente. Informações preventivas sobre acidentes ($p=0,038$) e situações de risco ($p=0,054$), tiveram pouca abordagem durante o atendimento e foi estatisticamente significativo (Tabela 4).

Tabela 4. Orientações recebidas durante as consultas de puericultura de acordo com o porte dos municípios da Regional de Saúde

Orientações recebidas*	Grande porte n(%)	Médio porte n(%)	p-value
Aleitamento materno			
Sim	103(71,5)	59(68,6)	0,607
Não	29(27,1)	25(29,1)	
Introdução de alimentos			
Sim	100(69,4)	57(66,3)	0,601
Não	42(29,2)	27(31,4)	
Cuidados com o RN			
Sim	95(66,0)	56(65,1)	0,637
Não	47(32,6)	28(32,6)	
Prevenção de acidentes			
Sim	69(47,9)	26(30,2)	0,038
Não	73(50,7)	58(67,4)	
Cuidados para evitar engasgo			
Sim	71(49,3)	28(32,6)	0,054
Não	71(49,3)	56(65,1)	
Vacinação			
Sim	92(63,9)	61(70,9)	0,365
Não	50(34,7)	23(26,7)	
Situações de urgência			
Sim	51(35,4)	24(27,9)	0,395
Não	91(63,2)	60(69,8)	
Total	144(100,0)	86(100,0)	

*Dados informados pela mãe

DISCUSSÃO

A puericultura tem como objetivo o cuidado integral à criança e suporte familiar, possibilitando acompanhamento do desenvolvimento e crescimento do infante, além de promover ações de prevenção e proteção à saúde.⁽⁶⁾ O papel da enfermagem é muito importante durante as consultas, pois o enfermeiro fornece diversas orientações para uma qualidade de saúde à criança, além da interação com a família que viabiliza a confiança mútua que tende a aumentar no decorrer das próximas consultas, obtendo êxito sobre o cuidado com a criança.⁽⁷⁾

De acordo com a preconização do Ministério da Saúde, é necessário que seja realizado pelo menos sete consultas, sendo na 1ª semana, no 1º mês, 2º mês, 4º mês, 6º mês, 9º mês e 12º mês, além de duas consultas no 2º ano de vida (18º e no 24º mês). Após completar o 2º ano de vidas, as consultas deverão ser anuais, próximas ao mês de aniversário.⁽⁸⁾

Na primeira consulta de puericultura é necessário que seja realizado o exame físico completo da criança, utilização

e preenchimento adequado do CSC, constando o registro das principais informações da criança, para que haja uma comunicação entre os diferentes profissionais de saúde. É importante que os profissionais orientem a família sobre a importância dos dados de saúde do infante e do registro.⁽⁹⁾

No presente estudo nota-se que houve subregistro das informações no CSC a partir do terceiro trimestre tanto nos municípios de grande porte quanto médio porte. A falta dos indicadores de crescimento e desenvolvimento sugerem acompanhamento inadequado da saúde e do desenvolvimento neuropsicomotor da criança. Resultados semelhantes foram encontrados em estudo⁽¹⁰⁾ para avaliar o atendimento das crianças em unidades de saúde da família do município de Cuiabá-MT. Os autores concluíram que há precariedade dos registros, sendo os principais motivos a ausência de conhecimento sobre como realizar o preenchimento adequado, a indisponibilidade do Cartão nos serviços e o desconhecimento dos familiares. Concluíram também que mesmo com a importância da utilização da caderneta, a situação sobre sua utilização é preocupante.⁽¹⁰⁾

Durante as consultas de enfermagem é necessário que todas as medidas antropométricas do infante sejam verificadas, pois são indicadores indispensáveis do estado de saúde da criança ligadas à promoção da saúde. Essas medidas são ideais para o monitoramento do estado nutricional, curvas de crescimento e desenvolvimento, identificação precoce de agravos e intervenção precoce quando necessário, além de contribuir para diminuição de erros alimentares. Portanto, se faz necessário que a aferição do peso, da estatura, perímetro cefálico e torácico sejam avaliados em todas as consultas de puericultura.⁽¹¹⁾

Informações sobre situações de urgência e emergência são de extrema relevância, visando a proteção à criança, capacitação e identificação aos pais perante uma situação de risco, com objetivo de promover comportamentos de segurança.⁽¹²⁾

A baixa qualidade da consulta de puericultura na atenção básica pode estar relacionada a diversas dificuldades, incluindo o desconhecimento sobre CSC, o despreparo dos profissionais de saúde além da sobrecarga e falta de tempo. Tais dificuldades promovem a incompletude das consultas perante a assistência à criança.⁽¹³⁾

Orientações fornecidas aos familiares sobre aleitamento materno, introdução alimentar e vacinação foram frequentes nesse estudo. Ressalta-se que o aleitamento materno é considerado a maior estratégia de nutrição, vínculo e proteção da criança, pois contribui para a prevenção de doenças intestinais, respiratórias e metabólicas. A transição para a introdução de outros alimentos é uma fase

crítica que pode levar a criança a um déficit nutricional e desenvolvimento de alergias alimentares.⁽¹⁴⁾

Durante os atendimentos na atenção básica o profissional pode estabelecer vínculo, comunicação efetiva e troca de saberes com os pais e, juntos, identificar formas de melhorar o cuidado da criança.⁽¹⁵⁾ Também proporcionar ao familiar um ambiente em que se sinta à vontade para tirar suas dúvidas e receber um direcionamento para que possa lidar com as dificuldades apresentadas durante a consulta e dessa forma prevenir precocemente agravos à saúde.⁽¹⁶⁾ Portanto, a consulta de puericultura é imprescindível para o binômio, promovendo cuidado sistematizado e fundamental para um desenvolvimento saudável, ressaltando a importância das anotações das informações de modo a continuidade das próximas consultas sejam efetivas.

O perfil itinerante das mulheres abordado na pesquisa, resultou na dificuldade da coleta de dados para segunda etapa do estudo, reduzindo a amostra ao longo do seguimento após o parto.

Através desse estudo é possível reafirmar a vulnerabilidade da criança no seguimento da consulta de puericultura na Atenção Primária de Saúde, essa é uma população em que as estratégias políticas e programas de saúde não tem surtido efeito esperado. Assim, é nítido que a atuação do profissional enfermeiro quando realizada com eficácia, é capaz de transformar uma realidade social e permitir o acesso a criança aquilo lhe é de direito com informação, prevenção e prestação de serviço.

CONCLUSÃO

O presente estudo revela a incompletude dos dados verificados e mensurados no CSC, além da carência de orientação aos pais sobre como identificar e lidar com situações de emergência. O enfermeiro é essencial na puericultura, atuando na educação em saúde, no acompanhamento do desenvolvimento infantil, orientando quanto aos riscos e cuidados necessários à criança. Faz-se necessário que os profissionais de saúde reconheçam a Caderneta de Saúde da Criança como um documento primordial para acompanhamento do infante e que seu preenchimento seja realizado corretamente em todos os serviços de saúde, pois a falta ou incompletude dos registros dificulta o acompanhamento integral à saúde da criança. A família por sua vez, deve ser inserida e estimulada no acompanhamento da criança por meio da caderneta, pois favorece o comprometimento dos familiares com a saúde da criança e permite o vínculo com os profissionais, sua utilização torna-se indispensável. Ressalta-se a necessidade desenvolver estratégias para a qualificação das consultas de puericultura.

Agradecimentos

Ao Conselho Nacional de Pesquisa (CNPq).

Contribuições

Concepção e/ou desenho do estudo: RAPF; Coleta, análise e interpretação dos dados: KFM, LS, MASSC; Redação e/ou revisão crítica do manuscrito: KFM, MASSC, RAPF; Aprovação da versão final a ser publicada: RAPF, KFM, LS, MASSC.

REFERÊNCIAS

- Santos GS, Pieszak GM, Gomes GC, Biazus CB, Silva SO. Contribuições da Primeira Infância Melhor para o crescimento e desenvolvimento infantil na percepção das famílias. *J Res Fundam Care On line*. 2019;11(1):67-73.
- Zanardo GM, Andrade U, Zanardo GM, Menezes LP. Atuação do enfermeiro na consulta de puericultura: uma revisão narrativa da literatura. *Rev Enferm*. 2017;13(13):55-69.
- Lima LG, Nobre CS, Lopes AC, Rolim KM, Albuquerque CD, Araujo MA. A Utilização da Caderneta de Saúde da Criança no acompanhamento Infantil. *Rev Bras Ciênc Saúde*. 2016;20(2):167-74.
- Amorim LD, Senna MI, Gomes VE, Amaral JH, Vasconcelos M, Silva AG, et al. Preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança nos serviços de saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Epidemiol Serv Saúde*. 2018;27(1):e201701116.
- Silva FB, Gaiva MA. Dificuldades enfrentadas pelos profissionais na utilização da caderneta de saúde da criança. *Rev Bras Pesqui Saúde*. 2016;18(2):96-103.
- Ingrid PH, Silvana DS, Elisângela AZ. Diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem para subsidiar a consulta de enfermagem à criança. *Enferm Foco*. 2019;10(7):16-21.
- Reichert AP, Rodrigues PF, Albuquerque TM, Collet N, Minayo MC. Vínculo entre enfermeiros e mães de crianças menores de dois anos: percepção de enfermeiros. *Ciênc Saúde Colet*. 2016;21(8):2375-82.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012 [citado 2021 Fev 30]. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_crescimento_desenvolvimento.pdf
- Silva FB, Gaiva MA. Preenchimento da caderneta de saúde da criança: percepção dos profissionais. *Ciênc Cuid Saúde*. 2015;14(2):1027-34.
- Abud SM, Gaiva MA. Registro dos dados de crescimento e desenvolvimento na caderneta de saúde da criança. *Rev Gaúcha Enferm*. 2015;36(2):97-105.
- Carneiro GC, Moraes LM, Costa LF, Moura TH, Javorski M, Leal LP. Crescimento de lactentes atendidos na consulta de enfermagem em puericultura. *Rev Gaúcha Enferm*. 2015;36(1):35-42.
- Nascimento EN, Paschoal SR, Sebastião LT. Intervenção educativa sobre prevenção de acidentes infantis domésticos realizada por estagiários de Fonoaudiologia na Unidade de Saúde da Família. *Rev CEFAC*. 2019;21(5):e17018.

13. Pedraza DF, Santos IS. Avaliação da vigilância do crescimento nas consultas de puericultura na Estratégia Saúde da Família em dois municípios do estado da Paraíba, Brasil. *Epidemiol Serv Saude*. 2017;26(4):847-55.

14. Silva AM, Monteiro GR, Tavares NA, Pedrosa ZV. A introdução alimentar precoce e o risco de alergias: Revisão da literatura. *Enfermeria Glob*. 2019;18(54):486-98.

15. Ferreira AC, Pieszak GM, Rodrigues SO, Ebling S. Consulta de puericultura: desafios e perspectivas para o cuidado de enfermagem à criança e a família. *Vivências Rev Eletrônica Ext Uri*. 2015;11(20):231-41.

16. Ferreira FA, Freitas RS, Santos MC, Silva SR, Silva AM, Santos MK. Consulta de puericultura: problemas encontrados em menores de 2 anos. *Rev Enferm UFPE On line*. 2019;13:e2400724.

INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS DE PRESCRIÇÕES MÉDICAS EM PACIENTES ACOMETIDOS PELO CORONAVÍRUS DA SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE

POSSIBLE DRUG INTERACTIONS IN DRUG PRESCRIPTIONS OF PATIENTS AFFECTED BY SARS-COV-2

POSIBLES INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS EN LA PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS DE PACIENTES AFECTADOS POR SARS-COV-2

Julia Beatriz Lacet Nóbrega da Silva Lima¹

(<https://orcid.org/0000-0002-6591-2591>)

Keylla Talitha Fernandes Barbosa¹

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

Felipe Pereira Nunes¹

(<https://orcid.org/0000-0002-3149-327X>)

Fabiana Maria Rodrigues Lopes de Oliveira¹

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

Gabriela Lisieux Lima Gomes¹

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

Natalia Pessoa Rocha Leal¹

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

Descritores

Enfermagem; Interações medicamentosas; Infecções por coronavírus

Descriptors

Nursing; Drug interactions; Coronavirus infections

Descriptores

Enfermería; Interacciones con la drogas; Infecciones por coronavirus

Submetido

28 de Abril de 2021

Aceito

28 de Junho de 2021

Conflitos de Interesse:

não há conflitos.

Autor correspondente

Keylla Talitha Fernandes Barbosa
E-mail: keyllafernandes@gmail.com

RESUMO

Objetivo: Identificar as potenciais interações medicamentosas de prescrições médicas em pacientes acometidos pelo coronavírus da síndrome respiratória aguda grave.

Métodos: Trata-se de um estudo descritivo, do tipo documental e retrospectivo realizado no período de abril a junho de 2020. Os dados foram coletados por meio de instrumento semi-estruturado, que abordou os medicamentos utilizados, dados sociodemográficos, e condições clínicas associadas. A análise dos dados efetivou-se numa abordagem quantitativa por estatística descritiva.

Resultados: Verificou-se que os fármacos mais utilizados foram azitromicina, ondasetrona, enoxaparina e omeprazol. Ao avaliar as possíveis interações medicamentosas, constatou-se a média de 2,98 por cliente, sendo as de maior gravidade a ondasetrona e azitromicina; cloridrato de ondansetrona di-hidratado e fentanil, assim como midazolam e fentanil.

Conclusão: Enfatiza-se a necessidade em avaliar os fármacos prescritos, bem como seus aprazamentos de forma que a assistência ao paciente seja realizada com o mínimo de danos.

ABSTRACT

Objective: To identify potential drug interactions of medical prescriptions in patients affected by severe acute respiratory syndrome coronavirus.

Methods: This is a descriptive, documentary and retrospective study carried out from April to June 2020. Data were collected using a semi-structured instrument, which addressed the drugs used, sociodemographic data, and associated clinical conditions. Data analysis was carried out using a quantitative approach using descriptive statistics.

Results: It was found that the most used drugs were azithromycin, wavesetron, enoxaparin and omeprazole. When evaluating the possible drug interactions, an average of 2.98 per client was found, with the most severe being wavesetron and azithromycin; ondansetron hydrochloride dihydrate and fentanyl, as well as midazolam and fentanyl.

Conclusion: The need to evaluate the prescribed drugs, as well as their schedules, is emphasized so that patient care is carried out with minimal damage.

RESUMEN

Objetivo: Identificar posibles interacciones medicamentosas de prescripciones médicas en pacientes afectados por coronavirus síndrome respiratorio agudo severo.

Métodos: Se trata de un estudio descriptivo, documental y retrospectivo realizado de abril a junio de 2020. Los datos fueron recolectados mediante un instrumento semiestructurado, que abordó los fármacos utilizados, datos sociodemográficos y condiciones clínicas asociadas. El análisis de los datos se realizó mediante un enfoque cuantitativo utilizando estadística descriptiva.

Resultados: Se encontró que los fármacos más utilizados fueron azitromicina, wavesetron, enoxaparina y omeprazol. Al evaluar las posibles interacciones medicamentosas, se encontró un promedio de 2,98 por cliente, siendo los más graves el wavesetron y la azitromicina; hidrocloreuro de ondansetron dihidrato y fentanilo, así como midazolam y fentanilo.

Conclusión: Se enfatiza la necesidad de evaluar los fármacos prescritos, así como sus horarios, para que la atención al paciente se lleve a cabo con el mínimo daño.

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

Como citar:

Lima JB, Barbosa KT, Nunes FP, Oliveira FM, Gomes GL, Leal NP. Interações medicamentosas de prescrições médicas em pacientes acometidos pelo coronavírus da síndrome respiratória aguda grave. *Enferm Foco*. 2021;12(6):1235-41.

DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n6.4914>

INTRODUÇÃO

Atualmente, o mundo vive uma situação de pandemia, que se originou na China, mais especificamente na província de Wuhan. Profissionais perceberam um aumento considerável no número de casos de indivíduos acometidos por uma síndrome respiratória aguda (SRA), em consequência de um quadro de pneumonia de origem desconhecida. O isolamento do patógeno revelou um vírus de RNA, o SARS-CoV-2, sendo a infecção denominada *Coronavirus disease* (COVID-19).^(1,2)

A importância do uso de terapias medicamentosas para o tratamento de pacientes é extensamente reconhecida, principalmente por ser um dos recursos terapêuticos mais utilizados em ambientes hospitalares.⁽³⁾ Dentro deste âmbito, muitas são as drogas que estão sendo testadas e utilizadas mesmo sem comprovação para o tratamento de pacientes acometido pelo novo coronavírus. Diante da sintomatologia e da ausência de medicações específicas, as terapêuticas medicamentosas que vem sendo testadas empiricamente incluem: hidroxicloroquina e cloroquina associados com azitromicina, ou ainda, a combinação de lopinavir e ritonavir, em conjunto com a substância interferon beta-1b e o antiviral remdesivir.⁽³⁾

O uso de medicamentos pode ocasionar eventos adversos advindos de erros na prescrição, dispensação, omissão, preparo e administração, o que culmina em problemas como o aumento da morbimortalidade e um impacto negativo na saúde pública.⁽¹⁾ Dentre estes, destaca-se a incidência de interações medicamentosas, caracterizada pela modificação na ação de um fármaco devido a administração simultânea, ou em período anterior, que pode evidenciar uma ação potencializada (efeito sinérgico), reduzida (efeito antagônico) ou mesmo inativada.^(4,5)

A incidência desse evento é mais comum do que se possa imaginar, principalmente nos serviços de urgência e emergência, visto que é considerada uma área crítica. Diversos fatores podem predizer a ocorrência de erros em relação a administração e aprazamento de medicações, como setores superlotados, quantitativo de profissionais insuficientes, alto nível de estresse entre os colaboradores, rotatividade de pacientes e um número expressivo de medicamentos, assim como as falhas de comunicação entre a equipe multiprofissional.^(5,6)

Neste contexto, a literatura aponta que, um dos grandes fatores de risco para a ocorrência das interações medicamentosas é uso de vários fármacos, principalmente se administrados de forma simultânea. Ressalta-se ainda, que a enfermagem é capaz de atuar frente a diminuição dessa

problemática, visto que pode impedir a ocorrência em até 86% dos erros nos processos de prescrição, transcrição e dispensação.⁽⁵⁾

É privativo do enfermeiro o aprazamento das prescrições médicas, devido à possibilidade de interações medicamentosas, que podem acarretar prejuízos ao tratamento do cliente.⁽⁵⁾ Ademais, é proibido a administração de fármacos sem que se conheça a indicação, ação da droga e potenciais riscos para o paciente, o que fortalece a responsabilidade do enfermeiro frente a prevenção de interações medicamentosas.⁽⁴⁻⁶⁾

Nessa perspectiva, a realização deste estudo se justifica frente ao número expressivo de medicamentos que são utilizados nos setores de urgência e as possíveis interações entre eles. Ademais, considera-se o impacto que tais interações geram no tratamento dos pacientes, assim como, a importância de a equipe de enfermagem estar atenta com vistas a prevenir tais ocorrências. Por meio de tais evidências, é possível fornecer subsídios para uma assistência de enfermagem pautada na prevenção destas reações. Diante do exposto, dado a relevância de pesquisas na área e para fins de execução da presente pesquisa, formulou-se a seguinte questão norteadora do estudo: Quais as possíveis interações medicamentosas em pacientes acometidos pelo SARS-CoV-2 internados em unidades de pronto atendimento?

O presente estudo tem como objetivo de identificar as potenciais interações medicamentosas de prescrições médicas em pacientes acometidos pelo coronavírus da síndrome respiratória aguda grave.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo documental, retrospectivo, com abordagem quantitativa desenvolvido a partir de dados secundários obtidos por meio da análise de prontuários de duas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) do município de João Pessoa, Paraíba. Os referidos serviços eram unidades de referência para atendimento de casos moderados e graves para a COVID-19.

A população do estudo compreendeu todos os indivíduos com sintomas gripais admitidos no referido serviço, totalizando 263 pessoas. A determinação da amostra probabilística se deu por meio da técnica de amostragem simples, considerando a seguinte fórmula: $n = Z^2 PQ/d^2$, sendo n = tamanho amostral mínimo; Z = variável reduzida; P = probabilidade de encontrar o fenômeno estudado; $Q = 1-P$; d = precisão desejada. Adotou-se $p = 50\%$, por se tratar de uma avaliação multidimensional, e parâmetro de erro amostral de 5%.

Para tanto, foram incluídos na pesquisa prontuários de indivíduos de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 18 anos e que foram admitidos no setor amarelo ou vermelho das UPAs investigadas. Contudo, foram excluídos do presente estudo prontuários que não apresentavam o diagnóstico laboratorial de COVID-19, assim como aqueles que dispunham um elevado número de informações subnotificadas. Dessa forma, a amostra final foi constituída por 150 prontuários.

O estudo foi realizado no período de abril a junho de 2020. A coleta de dados foi subsidiada por um instrumento semi-estruturado, com questões pertinentes aos objetivos propostos para o estudo, como sexo, idade em anos completos, nível de escolaridade, bem como condições clínicas associadas, a exemplo de doenças diagnosticadas. Ademais, foram analisadas todas as prescrições em busca de evidenciar as principais medicações utilizadas durante a internação.

Para analisar as possíveis interações medicamentosas, foi utilizado o software Micromedex Drug Reax o qual apresenta uma adequada sensibilidade. Os dados coletados foram compilados e armazenados no *software Statistical Package for the Social Sciences - SPSS* versão 20.0, por ser adequada ao alcance do objetivo do estudo. A análise dos dados efetivou-se numa abordagem quantitativa por meio da estatística descritiva de natureza univariada para todas as variáveis. Para tanto, foram analisadas por meio de distribuições de frequências absolutas e percentuais para dados categóricos, enquanto as variáveis contínuas, determinou-se a média, amplitude e desvio-padrão.

Durante todo o processo da pesquisa foram observados os aspectos éticos que normatizam a pesquisa envolvendo seres humanos, especialmente o sigilo e a confidencialidade das informações. A presente pesquisa foi apreciada e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário de João Pessoa (CAAE nº 32786720.6.0000.5176).

RESULTADOS

Ao analisar os dados sociodemográficos, evidenciou-se a prevalência de indivíduos do sexo masculino (83; 55,3%), enquanto as mulheres apresentaram-se em minoria (67; 44,7%). Em relação a idade, destaca-se um uma média de 63,15 anos (DP ± 17,62), com idade mínima de 21 e máxima de 110 anos. Conforme apresentado na tabela 1, no que se refere as prescrições medicamentosas, a média de fármacos ofertados ao paciente foi de 8,8 (DP ± 2,85). Com base no quantitativo de medicamentos que são utilizados por cliente, o presente estudo demonstrou que 18 (12,0%)

pacientes utilizaram entre um a cinco, 76 (50,7%) entre seis a nove e 56 (37,3%) clientes faziam o uso de dez ou mais fármacos durante o período de internação. Ao analisar as interações medicamentosas, identificou-se uma média de 3,0 (DP: ±2,3) eventos por paciente, com mínimo zero e máximo de 11.

Tabela 1. Prevalência de possíveis interações medicamentosas em pacientes acometidos por COVID-19 (n=150)

Variáveis	n(%)
Quantitativo de medicamentos utilizados por cliente	
Um a cinco	18(12,0)
Seis a nove	76(50,7)
Dez ou mais	56(37,3)
Possíveis interações medicamentosas	
Sim	142(94,7)
Não	8(5,3)
Quantitativo de interações medicamentosas por cliente	
Zero	8(5,3)
Um a cinco	116(77,3)
Seis a nove	24(16,0)
Dez ou mais	2(1,4)
Gravidade das interações	
Contraindicada	2(3,2)
Grave	35(56,5)
Moderado	21(33,9)
Leve	4(6,5)

Diante das prescrições avaliadas, verificou-se que Azitromicina (130; 10,9%), Ondasetrona (126; 10,6%), Enoxaparina (105; 8,8%), Omeprazol (99; 8,3%) foram as medicações mais prescritas para os clientes nas unidades de pronto atendimento investigadas, como exposto na tabela 2.

Diantes dos resultados obtidos acerca das interações encontradas, destaca-se a Ondasetrona associado à Azitromicina (150; 33,94%), Soro Ringer Lactato com Ceftriaxona (37; 8,37%) e Cloridrato de Ondansetrona di-hidratado e Fentanil (21; 4,75%). Ademais, a Hidrocortisona e Hidroclorotiazida (05; 1,13%) e Omeprazol associado com Clopidogrel (0,4; 0,90%) também se sobressaíram, conforme dados apresentados na tabela 3.

DISCUSSÃO

A COVID-19 consiste em uma infecção viral com alta taxa de transmissibilidade, com quadros clínicos que variam desde assintomáticos até casos graves.^(1,7) Identificou-se no presente estudo que a maioria dos indivíduos acometidos pertenciam ao sexo masculino e apresentavam média de 63 anos. Corroborando com o referido achado, pesquisas semelhantes evidenciam que as pessoas do sexo masculino e com idade superior a 50 anos são mais atingidas pela infecção, pois a população masculina, de maneira geral, apresenta hábitos

Tabela 2. Principais medicações prescritas para os pacientes acometidos por COVID-19 (n=150)

Variáveis	n(%)
Azitromicina	130(10,9)
Ondansetrona	126(10,6)
Enoxaparina	105(8,8)
Omeprazol	99(8,3)
Ceftriaxona	95(8,0)
Hidrocortisona	94(7,9)
Insulina regular	87(7,3)
Terbutalina	78(6,6)
Olsetamivir	49(4,1)
Losartina	27(2,3)
Fentanil	23(1,9)
Furosemida	23(1,9)
Heparina	22(1,9)
Noradrenalina	21(1,8)
Midazolam	20(1,76)
Levofloxacino	20(1,7)
Dexametasona	19(1,6)
Aminofilina	18(1,5)
Ácido acetilsalicílico	17(1,4)
Ivermectina	16(1,3)
Nifedipina	14(1,2)
Sinvastatina	12(1,0)
Captopril	12(1,0)
Propofol	11(0,9)
Tazocin	8(0,7)
Paracetamol	7(0,6)
Rocurônio	7(0,6)
Hidroclotiazida	7(0,6)
Acetilcisteína	6(0,5)
Clopidogrel	6(0,5)
Ranitidina	6(0,5)
Enalapril	6(0,5)
Total	1191(100,0)

*A soma perfaz a amostra visto que cada paciente poderia fazer uso de mais de um medicamento

Tabela 3. Potenciais Interações medicamentosas mais frequentes em pacientes acometidos por COVID-19 (n=150)

Variáveis	n(%)	Grau das Interações
Ondansetrona + Azitromicina	150(33,9)	Grave
Soro Ringer Lactato + Ceftriaxona	37(8,4)	Contraindicada
Cloridrato de Ondansetrona di-hidratado + Fentanil	21(4,8)	Grave
Hidrocortisona + Furosemida	20(4,5)	Moderada
Insulina + Furosemida	19(4,3)	Moderada
Midazolam + Fentanil	17(3,9)	Grave
Azitromicina + Levofloxacino	17(3,9)	Grave
Levofloxacino + Insulina regular	16(3,6)	Grave
Azitromicina + Aminofilina	15(3,4)	Moderada
Levofloxacino + Ondansetrona	15(3,4)	Grave
Aminofilina + Terbutalina	14(3,2)	Leve
Fentanil + Propofol	7(1,6)	Grave
Nifedipina + Dexametasona	7(1,6)	Grave
Hidrocortisona + Rocurônio	6(1,4)	Moderada
Dexametasona + Levofloxacino	6(1,4)	Grave
Propofol + Midazolam	5(1,1)	Grave
Hidrocortisona + Hidroclotiazida	5(1,1)	Moderada
Ácido acetilsalicílico + Clopidogrel	4(0,9)	Grave
Omeprazol + Clopidogrel	4(0,9)	Grave
Succinilcolina + Propofol	4(0,9)	Moderada
Outros	53(33,9)	-
Total	442(100,0)	-

*A soma perfaz a amostra visto que cada paciente poderia fazer uso de mais de um medicamento

de vida que a torna mais suscetível à contaminação pelo novo coronavírus.^(8,9)

Destaca-se que, os homens apresentam maior resistência às medidas de prevenção que são implantadas, além de possuir um estilo de vida mais sedentário, aliado ao tabagismo. Tais fatores corroboram para que este grupo seja o mais acometido e, conseqüentemente, requer uma maior atenção frente às medidas de prevenção, principalmente, em meio ao contexto de uma pandemia.^(8,9)

Pesquisadores destacam ainda que, a menor prevalência da contaminação em mulheres pode ser explicada pela proteção do cromossomo X e hormônios sexuais, que desempenham papel importante na imunidade inata e adaptativa.⁽⁹⁾ Os hormônios possuem influência em células imunes e inatas, assim como em suas respostas funcionais a infecções por Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS), Síndrome Respiratória do Oriente Médio (MERS), influenza e outros tipos de vírus no trato respiratório, demonstrando diferenças fisiológicas entre os homens e as mulheres.⁽⁹⁾ Tal desproporcionalidade entre os sexos foi relatada em pesquisas, que apontam que a taxa de gravidade e letalidade são significativamente maiores em indivíduos do sexo masculino.^(8,9)

Diante de uma doença a qual não se possui tratamento estabelecido, estudos vêm sendo realizados visando desenvolvimento de medidas terapêuticas. Contudo, na corrida contra a COVID-19, a principal medida utilizada é o uso de medicações já existentes no mercado, que são administradas em outras patologias que apresentam similaridade em relação a sua sintomatologia. Embora não se tenha eficácia comprovada, alguns fármacos foram utilizados, a exemplo da Hidroxicloroquina, Azitromicina, Cloroquina, Ivermectina, Prednisona, Dexametasona, Hidrocortisona, Osetalmevir e Favipiravir.^(10,11)

Na presente pesquisa, identificou-se que as medicações prescritas, em sua maioria, são mesmas que os estudos semelhantes apontaram como medicamentos de escolha para tratamento da infecção viral, como a Azitromicina, Hidrocortisona e Osetalmevir.⁽¹¹⁾ Entretanto, outros fármacos também foram prescritos como terapêutica associada, mediante as manifestações clínicas evidenciadas, a exemplo da Ondansetrona, Enoxaparina, Omeprazol, Ceftriaxona, Insulina regular e Terbutalina.

Entre as medicações, houve destaque para o macrolídeo azitromicina, apontado como um dos fármacos que possui grande potencial de ação no tratamento da infecção viral, visto que possui efeito anti-inflamatório e imunomoduladores. Seu efeito imunomodulador é dividido em duas fases distintas no curso da infecção pelo SARS-CoV-2, uma é na

aguda em que a medicação tem a capacidade de minimizar a produção de ocitocinas pró-inflamatórias, e a outra ação é na resolução da inflamação crônica, visto que age aumentando a apoptose de neutrófilos e o estresse oxidativo.⁽¹²⁾ Pesquisas destacam que a azitromicina apresentou também um efeito antiviral *in vitro*, com a diminuição significativa da carga viral aos ser utilizada em indivíduos contaminados por vírus Zika e influenza A (H1N1). Ademais, age na prevenção de infecções bacteriana, sendo recomendada para tratar doenças crônicas das vias aéreas.^(12,13)

Entretanto, estudos clínicos demonstraram que o uso da azitromicina em pacientes acometidos por COVID-19 não interferiu no prognóstico de pacientes hospitalizados, visto que não houve redução da mortalidade ou tempo de internação, sendo então desencorajado o seu uso a fim de permitir uma melhor alocação de recursos financeiros. A administração da azitromicina deve então ser restrita a pacientes com sólidas indicações antimicrobianas.^(14,15)

Pacientes acometidos pela SARS-CoV-2 podem ser tratados também com corticoides, como a hidrocortisona. Destaca-se o efeito benéfico em pacientes que evidenciaram quadros de broncoconstrição, visto que suprime a inflamação pulmonar. Porém, podem inibir as respostas imunológicas, além de diminuir a eliminação do patógeno.⁽¹⁶⁾ O uso de corticoesteróides demonstrou resultados favoráveis, sobretudo em pacientes acometidos por formas graves. Ensaio clínico randomizado demonstrou que, a dexametasona em indivíduos hospitalizados por COVID-19 reduziu a mortalidade, a duração da hospitalização e a progressão para ventilação mecânica invasiva.^(16,17) Contudo, os dados demonstraram também que o fármaco deve ser utilizado apenas em pacientes que requerem suplementação de oxigênio, visto que não houve melhora clínica entre aqueles sem suporte respiratório.⁽¹⁸⁾

É oportuno destacar também o uso do oseltamevir, um antiviral que, apesar de não possuir estudos clínicos randomizados que atestem sua eficácia na COVID-19, é comumente utilizado para o tratamento de Influenza A e B, com o objetivo de inibir a propagação do vírus no organismo. Possui indicação terapêutica para pacientes acometidos por SARS ou em síndrome gripal com comorbidades, a fim de diminuir as possíveis complicações.⁽²⁾ No entanto, estudo clínico realizado em Wuhan, na China, indicou que não houve resultados clínicos significativos quando administrado em pacientes contaminados por SARS-CoV-2.⁽¹⁹⁾

Embora não evidenciada de modo significativo no presente estudo, destaca-se a hidroxicloroquina e cloroquina, que são fármacos comumente utilizados no tratamento da malária e de outras doenças inflamatórias sistêmicas.

Estudos apontam que estas são capazes de inibir a entrada de vírus pelas células, como também de gerar imunomodulação, atenuando a produção de citocinas, inibindo a autofagia e a atividade lisossomal no hospedeiro. Tais medicações já possuem evidências de seu uso e eficácia em outras epidemias, como a da SARS e MERS. Diante disso, no início da pandemia, estudo observacional identificou que pacientes acometidos por COVID-19 apresentaram benefícios modestos frente ao uso da medicação, a exemplo de pesquisa realizada por chineses, em que foi detectado que 100 indivíduos portadores da doença obtiveram melhora no padrão radiológico, com maior depuração viral e menor progressão da infecção.⁽²⁰⁾

Em contrapartida, revisão sistemática apontou que o fármaco está associado com desfechos de mortalidade, progressão da doença na forma mais grave, além do fato de que os clientes que utilizaram a droga, principalmente em dosagens mais altas, desenvolveram prolongamento no intervalo QT, que possui uma importância clínica, visto que pode predizer a *torsade de pointes* e a morte cardíaca súbita.⁽²¹⁾ Ademais, estudos clínicos randomizados demonstraram que o uso da hidroxicloroquina, associado ou não a azitromicina, não é eficaz em eliminar o vírus a ponto de interromper a transmissão, reduzir a mortalidade ou ainda diminuir as manifestações clínicas.^(22,23)

Assim, e diante da vasta sintomatologia que a SARS-CoV-2 ocasiona nos indivíduos acometidos, diversas são as medicações prescritas para estes. Logo, é importante atentar para o risco de interações medicamentosas. Estas devem ser classificadas como leve, moderada e grave e, mediante a estratificação, podem indicar uma contraindicação frente a diminuição da eficácia dos fármacos ou risco de agravos à saúde do indivíduo.⁽²⁴⁾

Nesta pesquisa, verificou-se a presença de potenciais interações medicamentosas nas prescrições médicas, destacando-se as contraindicadas e as de risco grave. Dentre as possíveis interações contraindicadas, destaca-se o soro Ringer Lactato (SRL) e a Ceftriaxona, visto que o uso concomitante da medicação e os sais de cálcio presentes na solução cristalóide não é indicado, pois pode resultar na formação de precipitados, o que ocasiona riscos, sobretudo em neonatos. Estudos realizados pela Roche, laboratório responsável pela fabricação de ceftriaxona sódica, informou ao *Food and Drug Administration* que foi constatado a morte de cinco neonatos após o uso das medicações com o SRL, constatando a presença de material cristalino em vasos pulmonares e renais. Ressalta-se ainda que, os referidos estudos indicaram que tais modificações podem acometer também a população adulta.^(25,26)

Em relação as potenciais interações de maior grau, evidenciou-se a ondasetrona administrada junto a azitromicina. O uso concomitante dos referidos fármacos pode ocasionar o prolongamento do intervalo QT. O intervalo QT é o meio pelo qual se mede a duração entre o começo do complexo QRS até o final da onda T, sendo controlado pela frequência cardíaca. Como referido anteriormente, quando ocorre este prolongamento, há o risco aumentado de arritmias ventriculares polimórficas e Torsades de Pointes.⁽²⁷⁻²⁹⁾

Identificou-se também possíveis interações medicamentosas na administração do Cloridrato de Ondansetrona di-hidratado e o Fentanil. Evidências demonstram que o uso simultâneo do Fentanil e os agentes serotoninérgicos pode resultar em um risco aumentado da síndrome de serotonina, o que resulta em uma grande estimulação dos receptores de serotonina, em geral causada por medicamentos, seja pela superdosagem ou comumente advinda de interações dos fármacos. Tal interação pode apresentar uma tríade de sintomas: alteração do estado mental, hiperatividade autônoma e anormalidades musculares, podendo até mesmo culminar em óbito.⁽⁴⁾

Uma outra interação bastante encontrada neste estudo é resultante de associação do midazolam e o fentanil, em que o uso simultâneo dessas drogas pode resultar em aumento do risco de depressão do sistema nervoso central. O risco aumenta em pacientes que fazem o uso contínuo de mais de uma medicação que possua este mesmo efeito.^(4,29) Destaca-se também o uso da azitromicina e o levofloxacino, visto que a interação desses dois agentes pode prolongar o intervalo QT, assim como na interação grave de ondansetrona e azitromicina. Logo, a administração da azitromicina e levofloxacino de modo conjunto pode gerar riscos de arritmias ventriculares.⁽²⁹⁾

O risco de interações medicamentosas se mostra elevado à medida que mais fármacos são utilizados. No presente estudo evidenciou-se que 94,7% dos clientes possuíam riscos de interações medicamentosas. Os referidos achados é corroborado por pesquisadores, que apontaram a média de medicação por pacientes entre 10 e 23 e revelaram a prevalência de 63,6% de interação medicamentosa.^(4,28,29) Justifica-se tal percentual por se tratar de públicos que, em sua maioria, apresentam comorbidades como hipertensão arterial, diabetes mellitus, cardiopatias e que já faziam uso de medicações de forma regular. Sendo assim, diante de índices elevados de interações medicamentosas, é imprescindível o papel do enfermeiro no aprazamento correto dos fármacos. Embora a equipe de enfermagem

compartilhe a responsabilidade no sistema de medicação com outros profissionais, cabe-lhe a responsabilidade em administrá-los e, assim, observar o efeito terapêutico e adverso que possa se apresentar mediante o uso e interação de diversos medicamentos.^(30,31)

Destaca-se como limitações o desenho transversal que não permite relação de causa e efeito entre as variáveis. Ademais, o fato de ser um estudo documental e a subnotificação de alguns dados ocasiona lacunas na obtenção das informações, além de medicações que não foram possíveis avaliar, a exemplo da dipirona, fármaco bastante prescrito, mas que não estava presente na base de dados da IBM *Microdex Drug Int* por não ser comercializado nos Estados Unidos.

No presente estudo o quantitativo de possíveis interações por cliente foi bastante perceptível. Destaca-se que, a partir da elevada incidência e das grandes complicações que as interações podem gerar, o enfermeiro é peça chave no que se trata de gerenciamento das medicações, visto que tem por função aprazamento das prescrições, sempre observando os horários agendados, o cuidado com doses que podem gerar toxicidade, estando atento ao tempo de tratamento, aos possíveis efeitos adversos e principalmente as possíveis interações medicamentosas.

CONCLUSÃO

O presente estudo possibilitou a identificação de possíveis interações medicamentosas entre os fármacos mais utilizados em pacientes acometidos por COVID-19 em unidades referência para atendimentos em urgência e emergência. Tendo em vista, destaca-se a importância da atuação da equipe de enfermagem, sobretudo do enfermeiro, em reconhecer possíveis interações e evita-las, conforme as técnicas corretas de aprazamento. Espera-se que o estudo contribua para avaliação de medicações utilizadas na COVID-19, seus riscos e benefícios, a importância de a enfermagem estar sempre atenta as prescrições de diversos fármacos, visando realizar o melhor aprazamento para que os clientes se apresentem menos expostos as interações e possibilitando uma recuperação mais eficaz.

Contribuições

Concepção e/ou desenho do estudo: JBLNSL, KTFB; Coleta, análise e interpretação dos dados: JBLNSL, KTFB, FMRLO, NPRL; Redação e/ou revisão crítica do manuscrito: FPN, GLLG; Aprovação da versão final a ser publicada: JBLNSL, KTFB, FMRLO, NPRL, FPN, GLLG.

REFERÊNCIAS

- Nascimento IJ, Cacic N, Abdulazeem HM, Von Groote TC, Jayarajah U, Weerasekara I, et al. Novel Coronavirus Infection (COVID-19) in Humans: A Scoping Review and Meta-Analysis. *Clin Med*. 2020;9:941.
- Croda JH, Garcia LP. Immediate health surveillance response to COVID-19 epidemic. *Epidemiol Serv Saúde*. 2020;29(1):e2020002.
- Falavigna M, Colpani V, Stein C, Azevedo LC, Bagattini AM, Brito GV, et al. Guidelines for the pharmacological treatment of COVID-19. The task-force/consensus guideline of the Brazilian Association of Intensive Care Medicine, the Brazilian Society of Infectious Diseases and the Brazilian Society of Pulmonology and Tisiology. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2020;32(2):166-96.
- Moreira MB, Mesquita MG, Stipp MA, Paes GO. Potential intravenous drug interactions in intensive care. *Rev Esc Enferm USP*. 2017;51:e03233.
- Cortes AL, Silvino ZR, Santos FB, Pereira JA, Tavares GS. Prevalência de interações medicamentosas envolvendo medicamentos de alta vigilância: estudo transversal. *Rev Min Enferm*. 2019;23:e-1226.
- Mieiro DB, Oliveira EB, Fonseca RE, Mininel VA, Mascarenhas SH, Machado RC. Strategies to minimize medication errors in emergency units: na integrative review. *Rev Bras Enferm*. 2019;58(4):399-404.
- Chen N, Zhou M, Dong X, Qu J, Gong F, Han Y, et al. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. *Lancet*. 2020;395(10223): 507-13.
- Souza AR. Como a pandemia por covid-19 pode afetar a saúde de homens? Uma análise sociohistórica. *Rev Prev Infecç Saúde*. 2020;6:10549.
- Ten-Caten F, Gonzalez-Dias P, Castro I, Ogava RL, Giddaluru J, Silva JC, et al. In-depth Analysis of Laboratory Parameters Reveals the Interplay Between Sex, Age and Systemic Inflammation in Individuals with COVID-19. *Int J Infect Dis*. 2021;12(21):579-87.
- Alves Neto UE, Pires AC. Drogas e medicamentos investigados para o tratamento do COVID-19. *J Health Biol Sci*. 2020;8(1):1-7.
- Bezerra HC, Xavier DP, Bachur TP, Aragão GF. Fármacos antimicrobianos e antivirais com potencial uso terapêutico para a covid-19. *Infarma*. 2020;32(2):109-19.
- Pani A, Lauriola M, Romandini A, Scaglione F. Macrolides and viral infections: focus on azithromycin in COVID-19 pathology. *Int J Antimicrob Agents*. 2020;56(2):1-5.
- Andrade LM, Coelho JL, Almeida NS, Luz DC, Monte EC, Araújo AF, et al. Importance of antibiotics in the treatment of COVID-19. *Res Soc Dev*. 2020;9(10):e-2999108481.
- Recovery Collaborative Group. Azithromycin in patients admitted to hospital with COVID-19 (RECOVERY): a randomised, controlled, open-label, platform trial. *Lancet*. 2021;397:605-12.
- Furtado RH, Berwanger O, Fonseca HA, Corrêa TD, Ferraz LR, Lapa MG, et al. Azithromycin in addition to standard of care versus standard of care alone in the treatment of patients admitted to the hospital with severe COVID-19 in Brazil (COALITION II): a randomised clinical trial. *Lancet*. 2020;396:959-67.
- Horby P, Lim WS, Emberson JR, Mafham M, Bell JL, Linsell L, et al. Dexamethasone in hospitalized patients with Covid-19—Preliminary Report. *N Engl J Med*. 2020;384:693-704.
- Sterne JA, Murthy S, Diaz JV, Slutsky AS, Villar J, Angus DC, et al. Association Between Administration of Systemic Corticosteroids and Mortality Among Critically Ill Patients With COVID-19: A Meta-analysis. *JAMA*. 2020;324(13):1330-41.
- Russell CD, Millar JE, Baillie JK. Clinical evidence does not support corticosteroid treatment for 2019-nCoV lung injury. *Lancet*. 2020;395(10223):473-5.
- Wang D, Hu B, Hu C, Zhu F, Liu X, Zhang J, et al. Clinical characteristics of 138 hospitalized patients with 2019 novel coronavirus-infected pneumonia in Wuhan, China. *JAMA*. 2020;323(11):1061-9.
- Hernandez AV, Roman YM, Pasupuleti V, Barboza JJ, White M. Hydroxychloroquine or Chloroquine for Treatment or Prophylaxis of COVID-19. *Ann Intern Med*. 2020;73(4):287-97.
- Wu TC, Sacilotto L, Darrieux FC, Pisani CF, Melo SL, Hachul DT, et al. QT interval control to prevent torsades de pointes during use of Hydroxychloroquine and/or Azithromycin in patients with COVID-19. *Arq Bras Cardiol*. 2020;114(6):1061-6.
- Johnston C, Brown ER, Stewart J, Karita HC, Kissinger PJ, Dwyer J, et al. Hydroxychloroquine with or without azithromycin for treatment of early SARS-CoV-2 infection among high-risk outpatient adults: A randomized clinical trial. *EClinicalMedicine*. 2021;33:100773.
- Furtado RH, Berwanger O, Fonseca HA, Corrêa TD, Ferraz LR, Lapa MG, et al. Azithromycin in addition to standard of care versus standard of care alone in the treatment of patients admitted to the hospital with severe COVID-19 in Brazil (COALITION II): a randomised clinical trial. *Lancet*. 2020;396(10256):959-67.
- Sobrinho NP, Campos JF, Silva RC. Drug scheduling by nurses and drug interactions in patients with cardiovascular diseases. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(5):e20190307.
- Food and Drug Administration (FDA). Information for Health Care Professionals. Ceftriaxone (marketed as Rocephin). Mayland: FDA; 2015 [cited 2021 Feb 28]. Available from: <https://www.fda.gov/drugs/postmarket-drug-safety-information-patients-and-providers/ceftriaxone-marketed-rocephin-information>
- Bosetto A, Silva CM, Peder LD. Interações medicamentosas entre psicofármacos e a relação com perfil de prescritores e usuários. *J. Health NPEPS*. 2020;5(1):187-206.
- Santos JS, Giordani F, Rosa ML. Interações medicamentosas potenciais em adultos e idosos na atenção primária. *Ciênc Saúde Colet*. 2019;24 (11):4335-44.
- Sobrinho NP, Campos JF, Silva RC. Drug scheduling by nurses and drug interactions in patients with cardiovascular diseases. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(5):e20190307.
- Lima JV, Cavalcante GL, Braga NS, Silva AR, Silva TM, Gomes BP, et al. Potential risk of investigated drugs for the treatment of covid-19: drugs interactions. *Rev Prev Infecç Saúde*. 2020;6:10829.
- Souza AF, Queiroz JC, Vieira AN, Solon LG, Bezerra EL. Os erros de medicação e os fatores de risco associados a sua prescrição. *Enferm Foco*. 2019;10(4):12-6.
- Pinheiro TS, Mendonça ET, Siman AG, Carvalho CA, Zanelli FP, Amaro MO. Administração de medicamentos em um serviço de emergência: ações realizadas e desafios para práticas seguras. *Enferm Foco*. 2020;10(4):174-80.

TRABALHO DE ENFERMAGEM EM UNIDADE DE INTERNAÇÃO PEDIÁTRICA: DESAFIOS DO COTIDIANO

NURSING WORK IN A PEDIATRIC HOSPITAL UNIT: CHALLENGES OF EVERYDAY

EL TRABAJO DE ENFERMERÍA EN UN UNIDAD HOSPITALARIA PEDIÁTRICA: RETOS DE LA CADA DÍA

Andressa da Silveira¹ (<http://orcid.org/0000-0002-4182-4714>)

Alexa Pupiar Flores Coelho¹ (<http://orcid.org/0000-0002-9117-5847>)

Bruna Mara Picollo² (<http://orcid.org/0000-0002-8127-9095>)

Descritores

Enfermagem; Enfermagem materno-infantil; Profissionais de enfermagem pediátrica; Criança hospitalizada

Descriptors

Nursing; Maternal-child nursing; Pediatric nurse practitioners; Child hospitalized

Descriptores

Enfermería; Enfermería materno infantil; Profesionales de enfermería pediátrica; Niño hospitalizado

Submetido

3 de Maio de 2021

Aceito

28 de Junho de 2021

Conflitos de interesse:

nada a declarar.

Autor correspondente

Andressa da Silveira
E-mail: andressadasilveira@gmail.com

RESUMO

Objetivo: Conhecer como os profissionais de enfermagem percebem o seu trabalho e os desafios do seu cotidiano em unidade de internação pediátrica.

Métodos: Pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória, realizada com profissionais de enfermagem de uma unidade de internação pediátrica de um hospital filantrópico do Sul do Brasil. Os dados foram produzidos a partir de entrevistas semiestruturadas e submetidos à análise temática de conteúdo.

Resultados: A primeira categoria analítica evidenciou as percepções das profissionais sobre o trabalho de enfermagem e desafios do cotidiano em unidade pediátrica. Já a segunda categoria analítica desvelou as demandas de educação permanente para a qualificação do trabalho de enfermagem em unidade pediátrica.

Conclusão: As profissionais de enfermagem se colocavam frente ao desafio de promover assistência qualificada e humanizada, apesar da imersão em um cotidiano de rotinas e acúmulo de atividades, destacando a educação permanente como uma possibilidade para potencializar sua prática profissional.

ABSTRACT

Objective: To know how nursing professionals perceive their work and the challenges of their daily lives in a pediatric inpatient unit.

Methods: Qualitative, descriptive and exploratory research, carried out with nursing professionals from a pediatric inpatient unit of a philanthropic hospital in southern Brazil. The data were produced from semi-structured interviews and submitted to thematic content analysis.

Results: The first analytical category showed the professionals' perceptions about nursing work and daily challenges in a pediatric unit. The second analytical category, on the other hand, revealed the demands of continuing education for the qualification of nursing work in a pediatric unit.

Conclusion: Nursing professionals faced the challenge of promoting qualified and humanized care, despite the immersion in a daily routine and accumulation of activities, highlighting permanent education as a possibility to enhance their professional practice.

RESUMEM

Objetivo: Conocer cómo los profesionales de enfermería perciben su trabajo y los desafíos de su vida diaria en una unidad de hospitalización pediátrica.

Métodos: Investigación cualitativa, descriptiva y exploratoria, realizada con profesionales de enfermería de una unidad de internación pediátrica de un hospital filantrópico del sur de Brasil. Los datos se obtuvieron a partir de entrevistas semiestruturadas y se sometieron a análisis de contenido temático.

Resultados: La primera categoría analítica mostró las percepciones de los profesionales sobre el trabajo de enfermería y los desafíos diarios en una unidad pediátrica. La segunda categoría analítica reveló las demandas de la educación permanente para la calificación del trabajo de enfermería en una unidad de pediatría.

Conclusión: Los profesionales de enfermería enfrentaron el desafío de promover un cuidado calificado y humanizado, a pesar de la inmersión en la rutina diaria y la acumulación de actividades, destacando la educación permanente como una posibilidad para potenciar su práctica profesional.

¹Universidade Federal de Santa Maria, Palmeira das Missões, RS, Brasil.

²Prefeitura Municipal de Sarandi, Sarandi, RS, Brasil.

Como citar:

Silveira A, Coelho AP, Picollo BM. Trabalho de enfermagem em unidade de internação pediátrica: desafios do cotidiano. *Enferm Foco*. 2021;12(6):1242-8.

DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n6.4926>

INTRODUÇÃO

O trabalho consiste em um espaço de construção da identidade, da subjetividade e da história dos indivíduos. Demarca um cenário de negociação, tensão, trocas e configura um sentido para a vida. Considera-se o trabalho como um conjunto de possibilidades em que são construídas diferentes trajetórias, ideologias, experiências e subjetividades.⁽¹⁾

É importante reconhecer o trabalho como um importante objeto de estudo na saúde e na enfermagem. Nessa pesquisa, o objeto de análise e teorização foi o trabalho de enfermagem em Unidade de Internação Pediátrica (UIP) e seu cotidiano de desafios frente à complexidade do cuidado à criança, adolescente e famílias.

A enfermagem representa uma potente força de trabalho dentro dos serviços de saúde⁽²⁾ e também nos ambientes de cuidados pediátricos. Sabe-se que a população infantil vem crescendo ao mesmo passo da complexidade e da diversidade de suas necessidades de assistência à saúde,⁽³⁾ o que também aumenta as demandas para a prática em enfermagem pediátrica.

O papel da enfermagem nesses cenários perpassa a organização da unidade, liderança da equipe, atividades de cuidado, promoção, planejamento e a adoção de estratégias para uma assistência qualificada, além de ações que viabilizem a segurança à criança e ao adolescente hospitalizados.⁽⁴⁾ No entanto, para além das rotinas assistenciais por si só desafiadoras, o trabalho em enfermagem pediátrica perpassa também as dimensões da experiência da criança, da família e da própria equipe no universo do hospital, ambiente simbólico marcado por interações humanas.⁽⁵⁾

A pesquisa em enfermagem pediátrica é necessária para fortalecer ações que promovam a melhoria da qualidade de vida de crianças e suas famílias e que potencializem os resultados de saúde ao longo do curso de suas vidas.⁽³⁾ Portanto, são importantes iniciativas que fortaleçam a construção de conhecimentos capazes de potencializar o trabalho de enfermagem nas Unidades de Internação Pediátrica.

Uma *scoping review* realizada a partir da literatura científica internacional sistematizou as prioridades para a pesquisa em enfermagem pediátrica. Entre os assuntos prioritários, destacam-se temas adstritos ao trabalho de enfermagem, estudos sobre ambiente laboral, educação profissional, saúde do trabalhador e qualidade da assistência.⁽⁶⁾ Isso justifica a importância deste estudo, a partir do olhar sobre o trabalho de enfermagem como ferramenta fundamental para a tradução dos conhecimentos em práticas capazes de promover cuidado humanizado, seguro e efetivo às crianças e famílias em Unidade de Internação Pediátrica.

Considerando a diversidade de atividades que constituem o cotidiano de trabalho da equipe de enfermagem no ambiente pediátrico, este estudo partiu da seguinte questão de pesquisa: Como os profissionais de enfermagem percebem o seu trabalho e os desafios do seu cotidiano em Unidade de Internação Pediátrica? Esta pesquisa objetivou conhecer como os profissionais de enfermagem percebem o seu trabalho e os desafios do seu cotidiano em Unidades de Internação Pediátrica.

MÉTODOS

Estudo qualitativo, descritivo e exploratório realizado em um hospital filantrópico de médio porte localizado em um município interiorano no Sul do Brasil.

Profissionais de enfermagem lotadas na Unidade de Internação Pediátrica. Incluíram-se trabalhadoras com tempo de atuação mínimo de seis meses, considerando um período de experiência mínima para a apreensão de vivências do trabalho. Foram excluídos aqueles que estivessem afastados por férias ou licença durante a produção de dados.

A equipe da Unidade de Internação Pediátrica era composta por 15 profissionais, sendo cinco enfermeiras e 11 técnicas de enfermagem. Utilizou-se a técnica de saturação de dados empíricos, ou seja, a partir do momento em que houve aproximação com o objeto de estudo cessou a inclusão de novas informações.⁽⁷⁾ Portanto, 11 profissionais de enfermagem participaram desta pesquisa.

Estudo realizado na Unidade de Internação Pediátrica, organizada para o atendimento de crianças e adolescentes de 0 a 15 anos, composta por 22 leitos destinados a pacientes do Sistema Único de Saúde e de diferentes convênios.

A produção de dados aconteceu no segundo semestre de 2019, durante a jornada de trabalho, mediante agendamento prévio e disponibilidade das participantes. Utilizou-se a entrevista semiestruturada, desenvolvida em uma sala anexa à unidade, a fim de facilitar o acesso das pesquisadoras e também das participantes. Para a caracterização socio laboral foram coletadas as seguintes informações: sexo, idade, tempo de trabalho, função desempenhada na Unidade de Internação Pediátrica e experiência profissional.

A seguir, procedeu-se a entrevista em profundidade a partir de um roteiro semiestruturado com os tópicos: Trabalho de enfermagem na Unidade de Internação Pediátrica; Inserção do profissional na Unidade de Internação Pediátrica; Desafios e facilidades no cuidado de crianças e adolescentes hospitalizados; Qualificação

da equipe de enfermagem para atuar em Unidade de Internação Pediátrica.

As entrevistas tiveram duração média de 25 minutos. Foram audiogravadas com auxílio de dispositivos de mídia digital que passaram pela dupla transcrição no programa de edição de textos *Microsoft Word*. Posteriormente foi realizada a comparação entre as transcrições, a fim de evitar inconsistências na etapa de análise.

O material empírico foi submetido à análise temática de conteúdo, que se estabelece ao longo de três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferências e interpretação.⁽⁶⁾

Na pré-análise foi realizada a leitura flutuante de todas as entrevistas com intuito de sistematizar as ideias iniciais. Já na exploração do material, realizou-se a descrição analítica, o processo de marcação dos discursos mais frequentes e categorização, onde as enunciações representativas foram destacadas. Para o tratamento de resultados, inferências e interpretação, realizou-se a condensação e o destaque das informações para análise, resultando nas interpretações inferenciais e análise crítica da pesquisa.⁽⁶⁾ Como ferramenta facilitadora e dinamizadora da análise dos dados, foi utilizado o *software* CmapTools versão 6.04, o qual possibilita a organização e hierarquização das informações a partir da elaboração de mapas conceituais.

Para manter o sigilo em relação à identidade das participantes, utilizou-se os códigos "E" referente a enfermeira e "TE" indicativa a técnica em enfermagem, seguidos por número ordinal aleatório. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa local sob Certificado de Apresentação para Apreciação Ética nº 86186518.5.0000.5346.

RESULTADOS

Participaram do estudo 11 profissionais de enfermagem do sexo feminino, sendo seis técnicas em enfermagem e cinco enfermeiras, entre 24 e 61 anos de idade, com tempo de formação entre dois a 36 anos, e atuação na Unidade de Internação Pediátrica entre um a vinte e sete anos de trabalho. Da análise temática de conteúdo emergiram duas categorias: Desafios do cotidiano de trabalho de enfermagem em unidade pediátrica e Demandas de educação permanente para a qualificação do trabalho de enfermagem em unidade pediátrica. A relação entre os conceitos que entrelaçam ambas as categorias analíticas estão ilustradas na figura 1.

A seguir, os conceitos serão aprofundados a partir da apresentação das categorias analíticas, descrevendo as percepções das profissionais de enfermagem sobre seu trabalho em Unidade de Internação Pediátrica.

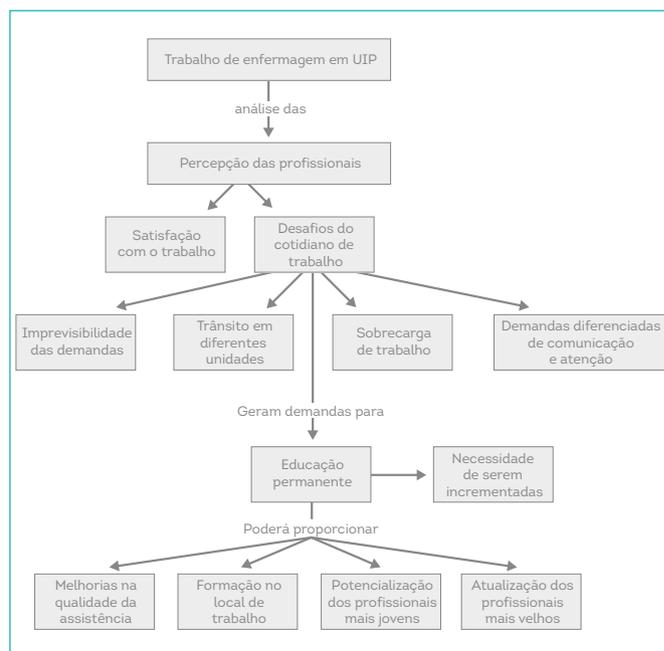


Figura 1. Mapa conceitual ilustrativo da relação entre os conceitos que entrelaçam as categorias analíticas

Percepções sobre o trabalho de enfermagem e desafios do cotidiano em unidade pediátrica

As profissionais de enfermagem revelaram a satisfação em desenvolverem seu trabalho junto a crianças e adolescentes, apoiada na identificação com as atividades e nas afinidades fortalecidas com a experiência profissional:

É muito bom! Eu amo o que faço! E pelo tempo de trabalho eu me sinto em casa! Eu não tenho dificuldade nenhuma, pelo contrário, eu adoro! (TE1)

Tem sempre uma atividade que você gosta mais. Eu gosto mais da pediatria e do berçário, tem colegas que são mais da maternidade... Então, a gente sempre está revezando ente nós! (TE5)

Nada é difícil se você se dedicar... Tem que ter afinidade com o local de trabalho mesmo, e fazer sempre o melhor! (TE6)

Apesar de alinhadas com o trabalho, as profissionais identificaram os desafios em seu cotidiano, como o caráter imprevisível do trabalho, em que a demanda que chegava à Unidade de Internação Pediátrica era maximizada em algumas ocasiões. Destacaram uma rotina de cuidados que se tornavam complexas devido ao fato de que precisavam transitar em diferentes unidades:

[...] Eu faço minha planilha, visito os pacientes, a gente faz prescrições de enfermagem, outras que não

dá tempo fica sem fazer, como aqui no nosso hospital são três setores, a gente atende os três. (E1)

Tem dias que está muito agitado! Um dia subiram quatro crianças no mesmo turno. Todas com problemas respiratórios. Dessas, duas precisaram de oxigênio. Então, o nosso trabalho é muito relativo, dias de muito movimento, dias em que está calmo. (E4)

[...] Tem dias calmos, mas tem outros que tem muito trabalho! Você punçiona, medica, encaminha a criança e a família, prepara a gestante, tem os testes rápidos... (TE3)

As participantes deram ênfase à sobrecarga laboral, pela diversidade de setores em que precisavam trabalhar. Essa realidade fragilizava o cuidado singular em pediatria, ocasionando descontinuidades na assistência e fazia com que as profissionais precisassem priorizar demandas urgentes em detrimento do cuidado individualizado:

Nós não temos tempo para ficar direto com a criança, então até na brinquedoteca nós encaminhamos a família para acompanhar. A enfermagem assume três setores, a pediatria, a maternidade e o berçário ao mesmo tempo! (E1)

Não temos tempo para estar apenas com as crianças. Tem espaços que eu nem entro. Você precisa dar conta de muita coisa ao mesmo tempo. (E3)

Às vezes, está bem calmo! Agora tem dias que é o caos, sabe? Quando tem um recém-nascido que está mal, a gente sobrecarrega a equipe inteira, entende? Não sobra tempo para nada! (E4)

Eu assumo maternidade e berçário, dois setores! Eu fico um pouco em cada. Se precisa, também estou na pediatria. Então eu preciso estar pronta para dar conta! Se a colega precisa sair eu tenho que assumir! (TE3)

Além do atendimento, tem o lado emocional. Você está ali e atende aquele paciente pediátrico. Você conversa com aqueles familiares, se dispõe para o que precisar! (TE6)

Além do cotidiano marcado por rotinas, procedimentos e rodízio de unidades, as profissionais sinalizaram as singularidades do cuidado a crianças, adolescentes e suas famílias, com destaque para a comunicação e suas demandas afetivas e psíquicas.

Demandas de educação permanente para a qualificação do trabalho de enfermagem em unidade pediátrica

As participantes refletiram sobre as possibilidades e limites em torno da atuação na Unidade de Internação Pediátrica.

A educação permanente foi destacada como uma necessidade do serviço, ao vislumbrarem os limites identificaram um conjunto de demandas de educação permanente, no sentido de qualificar seu trabalho.

O trabalho rotineiro foi identificado como um dos elementos limitadores para a prática profissional. Ao mesmo tempo, as profissionais elencaram a educação permanente como uma possibilidade para a melhoria do cuidado prestado:

A gente vai cansando e entra na rotina. Tem dias e dias! E tem muita rotina no ambiente de trabalho! (E4)

Nós estamos com três setores ao mesmo tempo. Por isso, qualificar, preparar a equipe é importante. Isso evita que a gente fique sempre na mesma rotina! (TE2)

Em função do trabalho sobrecarregado, rotineiro e pouco individualizado, as profissionais identificaram a falta de continuidade da assistência, mais uma vez sinalizando para uma demanda de educação permanente:

Na verdade, [a assistência] não tem uma continuidade, por isso é necessário educação permanente. (E1)

Não tem [continuidade]! Percebemos até mesmo quando os alunos fazem as pesquisas e trazem os resultados na pediatria, nós temos muita coisa para ampliar. (E3)

A educação permanente também foi apontada como uma solução frente à dificuldade encontrada pelo grupo para a atualização de seus conhecimentos. As profissionais trouxeram a falta de espaços de atualização e manifestaram o desejo de usufruir destes espaços:

Com o tempo você pega a rotina do trabalho! Mas educação permanente também não tem! (TE1)

Atividades de educação, de forma regular não tem! É uma necessidade mesmo! [...] Seria importante, a gente gosta de se atualizar. E como não tem, quando nós temos dúvidas, a gente busca na internet. (TE3)

As enunciações remetem a dificuldade em estabelecer uma parte do seu tempo fora do trabalho para as atividades formativas. A educação permanente também foi lembrada, como um espaço importante para ampliar as possibilidades de desenvolvimento do trabalho:

Todas as atividades aqui fazem diferença, pois temos pouco tempo e assumimos muita coisa ao mesmo tempo. (E1)

Para nós, não sobra tempo! Nós estamos em três setores. Por isso, a qualificação permanente faz diferença. É importante! (TE4)

As ações educativas fariam muita diferença na pediatria. Tem coisas para melhorar mesmo! (E3)

Seria importante para quem está chegando e também para aquelas que tem mais tempo de trabalho. Aqui toda a atividade faz diferença! (TE1)

Qualquer atividade que ajude a melhorar o atendimento é bem-vinda! (TE2)

Para as participantes a educação premente é uma forma de melhorar a qualidade no atendimento, de preparar os profissionais que ingressam no setor e uma estratégia para atualizar aqueles que atuam há mais tempo.

DISCUSSÃO

A primeira categoria analítica sinaliza para as percepções sobre o trabalho de enfermagem e desafios do cotidiano em Unidade de Internação Pediátrica. As profissionais destacaram gostar de atuar com crianças e adolescentes e referiram um processo de identificação com o conteúdo do seu trabalho. Isso vai ao encontro de outros estudos, em que profissionais de enfermagem referem sentimentos de prazer e identificação ao atuar junto a crianças e adolescentes.^(9,10)

Os sentimentos e vivências de prazer e satisfação são capazes de motivar os profissionais e potencializar seu trabalho.⁽¹⁰⁾ Profissionais de enfermagem satisfeitos com seu processo de trabalho desenvolvem suas atividades assistenciais na unidade pediátrica com maior engajamento, o que influencia na qualidade do cuidado prestado e para o sucesso do serviço de saúde.⁽¹¹⁾ O processo de identificação dos trabalhadores de enfermagem com o cotidiano junto a crianças e adolescentes pode ser considerado um elemento que favorece seu trabalho.

Quanto aos desafios do cotidiano destacam o caráter imprevisível da rotina de trabalho, o que muitas vezes gera ansiedade. Estudo realizado com profissionais de enfermagem de um pronto-socorro pediátrico evidenciou que as participantes se sentiam, muitas vezes, apreensivas frente à imprevisibilidade da demanda de trabalho e dificuldade em dimensionar os desafios do trabalho.⁽⁹⁾ Apesar do processo de trabalho das unidades de pronto-socorro diferirem das unidades de internação, trabalhar com pacientes pediátricos é algo desafiador.

À rotina imprevisível que caracteriza o cotidiano de trabalho na Unidade de Internação Pediátrica, somava-se uma organização laboral singular, em que as profissionais

precisavam transitar em três unidades distintas em suas escalas de trabalho. Isso ocasionava, segundo elas, sobrecarga e contribuía para um cuidado rotineiro, tarefairo e pouco individualizado.

A Revisão da literatura evidenciou que o trabalho de enfermagem pode ser prejudicado pelo aumento do ritmo de trabalho, dimensionamento insuficiente dos recursos humanos, demandas excessivas e ritmo de trabalho irregular.⁽¹²⁾ Corroborando essas evidências, pesquisa qualitativa revelou aspectos que potencializam a sobrecarga de enfermagem, destacando o número elevado de pacientes, número diminuto dos profissionais, infraestrutura inadequada e organização gerencial insuficiente.⁽¹⁾

Os dados deste estudo foram obtidos no contexto de um hospital filantrópico interiorano. Sendo assim, é importante ponderar que as entidades sem fins lucrativos, apesar de possuírem importante papel estratégico na rede pública de saúde, enfrentam, muitas vezes, desafios econômicos e gerenciais,⁽¹³⁾ o que possivelmente interfere no dimensionamento da força de trabalho de enfermagem.

A sobrecarga da enfermagem pode levar ao estresse, potencializar aspectos emocionais e sensação de não conseguir resolver demandas de trabalho.⁽¹⁴⁾ A complexidade do trabalho de enfermagem associada à grande demanda assistencial e gerencial podem causar desgaste e adoecimento, fragilizando a saúde desses profissionais.⁽¹⁵⁾ Isso chama a atenção para a implicação destes resultados não apenas na qualidade da assistência, mas também na saúde dos trabalhadores.

A primeira categoria analítica é finalizada com a inferência à singularidade que permeia o cuidado à criança, adolescente e família como um dos desafios do cotidiano do trabalho. A comunicação e demandas psíquico-afetivas eram características do dia-a-dia em Unidade de Internação Pediátrica.

A comunicação eficaz em pediatria é fundamental para garantir a segurança e para a assistência humanizada.⁽¹⁶⁾ A comunicação é um dos grandes desafios para a enfermagem em Unidade de Internação Pediátrica, pois crianças de diferentes idades e fases do desenvolvimento possuem capacidades cognitivas distintas. Comunicar-se com famílias também é desafiador, pois a família é parte do plano de cuidados de crianças e adolescentes. Desde a graduação, estudantes de enfermagem passam a entender que cuidar de crianças exige empatia, sensibilidade e uso do lúdico para bons resultados.⁽¹⁷⁾

Os aspectos afetivos e relacionais também permeiam o cotidiano de trabalho da enfermagem, incluindo ações humanizadas, capazes de reduzir o desconforto da

hospitalização infantil. Frente à necessidade de transmitir segurança ao paciente pediátrico e sua família, é importante constituir vínculo, proporcionar conforto e bem-estar, a fim de reduzir os impactos da hospitalização.⁽¹⁸⁾ Pacientes singulares requerem cuidados singulares que os profissionais se preocupam em proporcionar, apesar dos desafios do seu cotidiano.

A segunda categoria analítica sinaliza que as profissionais de enfermagem destacaram com ênfase suas demandas por ações de educação permanente. Ao discorrer sobre isso, elencaram um conjunto de demandas relacionadas: ao trabalho rotineiro; à falta de continuidade da assistência; à ausência de espaços para a atualização profissional; e à necessidade de formação no local de trabalho para melhorar a qualidade da assistência.

O trabalho rotineiro e sem possibilidade de transformação é descrito como um elemento de insatisfação no trabalho de enfermagem.⁽¹⁹⁾ A sobrecarga de trabalho e o rodízio em diferentes setores podem ser algumas das causas do trabalho centrado na rotina. A formação tecnicista, sedimentada no modelo biomédico, talvez também esteja relacionado a esse perfil de trabalho rotineiro das participantes do estudo, e justifica o anseio por ações de educação permanente.

Estudo com docentes universitários evidenciou que ainda há, no ensino de enfermagem em pediatria, priorização das dimensões cognitivas e procedimentais, desvalorizando a dimensão atitudinal, ou seja, o desenvolvimento de aspectos afetivos. Apesar dos avanços do conhecimento científico e das abordagens educacionais, ainda existem lacunas na formação, fundamentadas no modelo tradicional de ensino.⁽²⁰⁾ Quando os profissionais solicitam a educação permanente, talvez identifiquem falhas em seu próprio processo formativo, para além das limitações que as condições de trabalho lhes impõem.

A descontinuidade da assistência é uma consequência do trabalho rotineiro, fragmentado e pouco centrado na relação com a criança, adolescente e sua família. A assistência pediátrica exige um perfil profissional fortalecido na assistência de enfermagem, em razão da necessidade de transcender os aspectos da prática e das técnicas para a singularidade e a complexidade do cuidado. A qualificação profissional é um dos caminhos para o fortalecimento deste perfil,⁽²¹⁾ indo ao encontro da percepção das participantes.

Ao término da segunda categoria analítica, as profissionais referiram a dificuldade que encontravam para adquirir novos conhecimentos no tempo e no espaço fora do trabalho. Sinalizaram para a necessidade de que a educação permanente acontecesse no local de trabalho, indo ao

encontro de suas expectativas de melhoria da qualidade da assistência oferecida na Unidade de Internação Pediátrica.

A prestação de cuidados de enfermagem à criança hospitalizada deve ser amparada por ações organizadas e eficazes, a partir de estratégias que possibilitem maior segurança no desenvolvimento do cuidado em unidade pediátrica. Isso é possível por meio de educação permanente e capacitações periódicas sobre atividades assistenciais em pediatria.⁽²²⁾ A capacidade da profissão de promover a excelência e atender adequadamente às crescentes necessidades de saúde das crianças exige que a prática baseada em evidências faça parte de seu cotidiano.⁽³⁾

A revisão da literatura evidenciou que a formação atualizada do enfermeiro, sua experiência, especialização e confiança, somadas a bons processos de comunicação e trabalho em equipe são elementos que protegem a segurança do paciente pediátrico e diminuem a ocorrência de eventos adversos.⁽²³⁾ Esses elementos podem ser potencializados pela educação permanente em serviço, indo ao encontro da percepção das participantes.

A academia, os serviços e as políticas públicas devem apoiar a prática e a ciência em enfermagem pediátrica.⁽³⁾ A enfermagem pediátrica que se almeja é centrada na criança/adolescente e sua família, além de firmemente baseada em evidências. Para isso, é importante o investimento em formação na graduação e na pós-graduação sobre a atenção ao paciente pediátrico.⁽²⁴⁾ Além disso, devem haver melhorias das condições de trabalho e desenvolvimento de práticas inovadoras.⁽¹⁵⁾

O cuidado humanizado e centrado na criança/adolescente e sua família estará articulado à prática profissional fundamentada em evidências para o atendimento de excelência. Como caminho para este modelo de trabalho, reforça-se a importância das ações de educação permanente, combinadas com o fortalecimento das condições de trabalho.

A educação permanente deve objetivar mais do que a formação e capacitação profissional, mas espaços em que os trabalhadores de enfermagem poderão refletir sobre sua própria práxis, ressignificar seu fazer e projetar novas possibilidades de atuação. Trata-se de uma ferramenta que facilita a aquisição de poder e autonomia pela enfermagem, culminando em melhorias na qualidade da assistência e a satisfação do trabalho. Portanto, reforça-se a importância deste espaço para a superação dos desafios cotidianos e potencialização do trabalho de enfermagem em Unidade de Internação Pediátrica.

Quanto as limitações deste estudo, destaca-se que foi desenvolvido em uma única Unidade de Internação

Pediátrica, não sendo possível comparar os achados desta pesquisa com outras realidades.

Os achados deste estudo poderão subsidiar ações de educação permanente em Unidade de Internação Pediátrica, apontando caminhos para a mitigação das barreiras que fragilizam a atuação da enfermagem no cuidado às crianças, adolescentes e suas famílias na hospitalização.

CONCLUSÃO

Esta pesquisa permitiu reconhecer as percepções de profissionais de enfermagem de Unidade de Internação Pediátrica sobre o seu trabalho e os desafios do seu cotidiano. Os achados mostram satisfação e identificação com o trabalho junto às crianças, adolescentes e suas famílias. As profissionais destacaram desafios adstritos

à imprevisibilidade das demandas, trânsito em diferentes unidades, sobrecarga laboral e as demandas diferenciadas de comunicação e atenção. Se colocam frente ao desafio de promover assistência qualificada, humanizada, centrada na criança/adolescente e família, apesar da imersão em um cotidiano de rotinas e atividades. Para a superação destes desafios, anseiam pela educação permanente como um processo capaz de potencializar sua prática profissional.

Contribuições

Concepção e/ou desenho do estudo: AS; Coleta, análise e interpretação dos dados: AS; Redação e/ou revisão crítica do manuscrito: AS, APFC; Aprovação da versão final a ser publicada: AS, APFC, BMP.

REFERÊNCIAS

1. Silva RP, Valente GS, Camacho AC. Risk management in the scope of nursing professionals in the hospital setting. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(6):e20190303.
2. Sánchez JB, Zavala MH, Grajales RA. Factores relacionados con la seguridad y la calidad en la atención del paciente pediátrico hospitalizado. *Enferm. Univ.* 2019;16(1):52-62.
3. Harrison TM, Steward D, Tucker S, Fortney CA, Militello LK, Smith LH, Thrane S, Tubbs-Cooley HL, Pickler RH. The future of pediatric nursing science. *Nurs Outlook.* 2020;68(1):73-82.
4. Costa NN, Silva AE, Lima JC, Bezerra AL, Sagawa MR, Sousa MR. Pediatric work environment: satisfaction on nursing professionals. *Rev Enferm UFPE online.* 2018;12(12):3327-36.
5. Issi HB, Motta MD. Care and temporality: pediatric nursing in the Joint Permanence System of a teaching hospital. *Rev Gaúcha Enferm.* 2020;41(spe):e20190170.
6. Mörelius E, Foster M, Gill FJ. A scoping review of nursing research priorities in pediatric care. *J Pediatr Nurs.* 2020;52:e57-e69.
7. Minayo MC. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Rev Pesqui Qualit.* 2017;5(7):1-12.
8. Bardin L. *Análise de conteúdo.* 4a ed. São Paulo: Edições 70; 2011.
9. Lamb FA, Beck CL, Coelho AP, Vasconcelos RO. Nursing work in a pediatric emergency service: between pleasure and pain. *Cogitare Enferm.* 2019;24:e59396.
10. Vasconcelos LS, Camponogara S, Dias GL, Bonfada MS, Beck CL, Rodrigues IL. Pleasure and suffering in the nurses work in a Pediatric Intensive Therapy Unit. *Rev Min Enferm.* 2019;23:e-1165.
11. Garcia LG, Pinto MH, Canille RM. Engajamento do profissional da enfermagem no trabalho com crianças em tratamento oncológico. *Enferm Foco.* 2020;11(5):152-8.
12. Ferreira VH, Teixeira VM, Giacomini MA, Alves LR, Gleriano JS, Chaves LD. Contributions and challenges of hospital nursing management: scientific evidence. *Rev Gaúcha Enferm.* 2019;40:e20180291.
13. Neves CA, Sousa VC, Nascimento L. Contratualização de um hospital filantrópico no SUS: percepção e participação dos profissionais de enfermagem. *Rev Adm Hosp Inov Saúde.* 2019;16(4):46-62.
14. Reis CD, Amestoy SC, Silva GT, Santos SD, Varanda PA, Santos IA, et al. Stressful situations and coping strategies adopted by leading nurses. *Acta Paul Enferm.* 2020:eAPE20190099.
15. Pimenta CJ, Bezerra TA, Martins KP, Costa TF, Viana LR, Costa MM, Costa KN. Pleasure and suffering among hospital nurses. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(2):e20180820.
16. Uhm JY, Ko Y, Kim S. Implementation of an SBAR communication program based on experiential learning theory in a pediatric nursing practicum: a quasi-experimental study. *Nurse Educ Today.* 2019;80:78-84.
17. Liang HF, Wu KM, Wang YH. Nursing students' first-time experiences in pediatric clinical practice in Taiwan: a qualitative study. *Nurse Educ Today.* 2020;91:104469.
18. Soares PR, Silva CR, Louro TQ. Comfort of the child in intensive pediatric therapy: Perception of nursing professionals. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(4):e20180922.
19. Ozanam MA, Santos SV, Silva LA, Dalri RC, Bardaquim VA, Robazzi ML. Satisfação e insatisfação no trabalho dos profissionais de enfermagem. *Braz J of Develop.* 2019;5(6):6156-78.
20. Regino DD, Nascimento JD, Parada CM, Duarte MT, Tonete VL. Training and evaluation of professional competency in pediatric nursing: perspective of university professors. *Rev Esc Enferm USP.* 2019;53:e03454.
21. Mororó DD, Menezes RM, Queiroz AA, Assis Silva CJ, Pereira WA. Nurse as an integrator in healthcare management of children with chronic condition. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(3):e20180453.
22. 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.
23. Stotts JR, Lyndon A, Chan GK, Bekmezian A, Rehm RS. Nursing surveillance for deterioration in pediatric patients: an integrative review. *J Pediatr Nurs.* 2020;50:59-74.
24. Betz CL. Time Again? Research priorities in pediatric nursing. *J Pediatr Nurs.* 2021;56:A7-A9.

POTENCIALIDADES DE UM WEBSITE PARA UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIL

POTENTIALS OF A WEBSITE FOR A CHILD AND YOUTH PSYCHOSOCIAL CARE CENTER

POTENCIALIDADES DE UN SITIO WEB PARA UN CENTRO DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES

Lilian Cruz Souto de Oliveira Sperb¹

Valéria Cristina Cristello Coimbra¹

César Brasil Sperb¹

Wendy Gifford²

Amanda Vandyk²

Evangeline Danseco³

Luciane Prado Kantorski¹

(<https://orcid.org/0000-0001-9654-7470>)

(<https://orcid.org/0000-0001-5327-0141>)

(<https://orcid.org/0000-0003-0268-9289>)

(<https://orcid.org/0000-0002-0841-3219>)

(<https://orcid.org/0000-0002-2356-7136>)

(<https://orcid.org/0000-0002-8326-5551>)

(<https://orcid.org/0000-0001-9726-3162>)

Descritores

Saúde; Serviços comunitários de saúde mental; Intervenção baseada em internet; Acesso à tecnologias em saúde; Avaliação das tecnologias de saúde

Descriptors

Health; Community mental health services; Internet-based intervention; Access to health technologies; Health technology assessment

Descriptores

Salud; Servicios comunitarios de salud mental; Intervención basada en Internet; Acceso a tecnologías sanitarias; Evaluación de tecnologías sanitarias

Submetido

8 de Maio de 2021

Aceito

28 de Junho de 2021

Conflitos de Interesse:

manuscrito extraído da tese "Novos caminhos para as melhores práticas do acesso aos serviços de saúde mental Infanto-Juvenil: a importância do e-Health na era digital", defendida em 2018, no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas - UFPel.

Autor correspondente

Lilian Cruz Souto de Oliveira Sperb
E-mail: lica.cso@hotmail.com

RESUMO

Objetivo: Evidenciar, a partir do feedback dos usuários, familiares, coordenadores e profissionais do Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil, a potencialidade do e-Mental Health na promoção do acesso através de um website.

Métodos: Pesquisa com abordagem metodológica qualitativa através de um estudo exploratório, do tipo pesquisa-ação utilizando o Knowledge Translation e a Metodologia da Dinâmica do Espelhamento Digital. A coleta de dados ocorreu entre os meses de agosto e setembro de 2018 no Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil da cidade de Pelotas, RS, Brasil.

Resultados: O website iCanguru demonstrou ser capaz de melhorar o acesso, atuar na prevenção e promoção em saúde mental Infantojuvenil, aproximar a população rural e dar suporte cidades desassistidas.

Conclusão: O website iCanguru pode ser uma excelente estratégia para superar algumas das barreiras de acesso e ser uma porta de entrada para o Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil.

ABSTRACT

Objective: To demonstrate, based on the feedback from users, family members, coordinators, and professionals of the Center for Psychosocial Care for Children and Youths, the potential of e-Mental Health in promoting access through a website.

Methods: Qualitative research approach through an exploratory study - action research, using Knowledge Translation and the Methodology of Digital Mirroring Dynamic. Data collection occurred between August and September 2018 at Center for Psychosocial Care for Children and Youths in the city of Pelotas, RS, Brazil.

Results: The iCanguru website demonstrated to be able to improve access, prevention, and mental health promotion for children and youths, approaching the rural population and unsupported cities.

Conclusion: The iCanguru website can be an excellent strategy to overcome some of the barriers to access and be a gateway to Center for Psychosocial Care for Children and Youths.

RESUMEN

Objetivo: Destacar, a partir de la retroalimentación de los usuarios, familias, coordinadores y profesionales del Centro de Atención Psicossocial a la Infancia y la Adolescencia, el potencial de la e-Salud Mental para promover el acceso a través de un sitio web.

Métodos: Investigación con enfoque metodológico cualitativo a través de un estudio exploratorio, del tipo de investigación acción utilizando la Traducción del Conocimiento y la Metodología de la Dinámica del Mirroring Digital. La recolección de datos se llevó a cabo entre agosto y septiembre de 2018 en Centro de Atención Psicossocial a la Infancia y la Adolescencia en la ciudad de Pelotas, RS, Brasil.

Resultados: El sitio web iCanguru demostró ser capaz de mejorar el acceso, actuar en la prevención y promoción de la salud mental de niños y adolescentes, acercar a la población rural y apoyar a las ciudades no asistidas.

Conclusión: El sitio web de iCanguru puede ser una excelente estrategia para superar algunas de las barreras de acceso y ser una puerta de entrada a Centro de Atención Psicossocial a la Infancia y la Adolescencia.

¹Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS, Brasil.

²Universidade de Ottawa, Ottawa, KS, Estados Unidos.

³Ontario Centre of Excellence for Child and Youth Mental Health, Ottawa, ON, Canadá.

Como citar:

Sperb LC, Coimbra VC, Sperb CB, Gifford W, Vandyk A, Danseco E, et al. Potencialidades de um website para um centro de atenção psicossocial infantojuvenil. *Enferm Foco*. 2021;12(6):1249-55.

DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n6.4942>

INTRODUÇÃO

No Brasil, a prevalência de adolescentes com Transtornos Mentais Comuns é de 30%⁽¹⁾ e em Pelotas, cidade no sul do Brasil, a prevalência de Transtorno de Ansiedade Generalizada nos jovens é de 16,5%.⁽²⁾ O Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) é um serviço substitutivo do modelo manicomial, faz parte do Sistema Único de Saúde (SUS) esse serviço é gratuito e oferece atendimento às crianças e adolescentes que apresentam algum tipo de sofrimento mental, inclusive aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas.⁽³⁻⁵⁾

O acesso no contexto da saúde mental Infantojuvenil no mundo, diz respeito à entrada de crianças, jovens e suas famílias aos serviços de saúde mental e geralmente é influenciado por uma variedade de fatores e barreiras, como por exemplo, a demora para acessar os serviços e neste sentido estudos indicam a necessidade do sistema de saúde se adaptar à crescente demanda por serviços de saúde mental dos jovens.⁽⁶⁻⁹⁾

O acolhimento é a porta de entrada no CAPS, onde no primeiro acesso, ocorre a elucidação das dúvidas, sendo uma das principais ações da prática em saúde mental, é no acolhimento que a equipe de saúde realiza o primeiro contato e estabelece relações que irão orientar o processo de acompanhamento e inserção no serviço.⁽¹⁰⁾

Os indicadores demonstram uma alta taxa de suicídios na população brasileira de 15 a 29 anos⁽¹¹⁾ e dentro desta realidade, o acesso aos serviços de saúde mental é de suma importância em se tratando de episódios de crise e comportamento suicida. Quanto mais ágil o acesso e mais cedo ocorrer o acolhimento e o encaminhamento ao serviço adequado, maior será a chance dos jovens reagirem diante desta situação já que estes referem preferir o acolhimento on-line.⁽¹²⁾

O e-Mental Health é uma ferramenta que está ligada às tecnologias e a utilização da internet e através do uso de seus dispositivos pode atuar na promoção, prevenção, intervenção precoce e prolongada do tratamento e além disso pode reduzir as filas e o tempo de espera nos serviços, onde os atendimentos são limitados.^(13,14) Neste contexto, os websites mostraram-se ser potencialmente úteis para encorajar as pessoas a buscar ajuda, já que em um website pode haver milhares de informações referentes à ajuda e tratamento, além disso, uma pessoa deprimida muitas vezes não quer sair de casa e acaba encontrando “ajuda virtual”.⁽¹⁵⁾

Com isso, pensando em um melhor acesso para a saúde mental das crianças e dos adolescentes, foi desenvolvido um website, o “iCanguru” para um serviço de saúde mental

Infantojuvenil no Brasil (CAPSi) essa modalidade pode encurtar a distância entre o serviço e o usuário e com isso melhorar o acesso para a saúde mental Infantojuvenil.

A partir destas colocações, este artigo tem por objetivo evidenciar as potencialidades de um Website para um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil, a partir do feedback dos usuários, familiares, coordenadores e profissionais desse centro.

MÉTODOS

Este artigo é parte integrante da tese de doutorado intitulada “Novos Caminhos para as Melhores Práticas do Acesso aos Serviços de Saúde Mental Infantojuvenil: a importância do e-Health na era Digital”. Trata-se de uma pesquisa com abordagem metodológica qualitativa através de um estudo exploratório, do tipo pesquisa-ação utilizando o Knowledge Translation⁽¹⁶⁾ e a Metodologia da Dinâmica do Espelhamento Digital, a qual foi desenvolvida pela autora e co-autor. A coleta de dados ocorreu entre os meses de agosto e setembro de 2018 no Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil – CAPSi Canguru da cidade de Pelotas, RS. Participaram da análise do website 4 usuários, 4 familiares, 4 trabalhadores e as 2 coordenadoras do Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil da cidade de Pelotas, RS (Tabela 1).

Tabela 1. Caracterização dos participantes (n=14)

	Identificação (n)	Vínculo com o CAPSi	Acesso à internet
1.	Canada	Profissional	Sim
2.	Nova Scotia	Profissional	Sim
3.	Prince Edward Island	Profissional	Sim
4.	New Brunswick	Profissional	Sim
5.	Newfoundland	Profissional	Sim
6.	Quebec	Profissional	Sim
7.	Ontario	Adolescente	Sim
8.	Manitoba	Adolescente	Sim
9.	British Columbia	Adolescente	Sim
10.	Alberta	Adolescente	Sim
11.	Saskatchewan	Familiar	Sim
12.	Northwest Territories	Familiar	Sim
13.	Nunavut	Familiar	Sim
14.	Yukon	Familiar	Sim

A coleta de dados se deu em dois momentos. Primeiro os participantes responderam a questões que envolviam a utilização da internet na obtenção de informações relacionadas a saúde mental. Após esta etapa os participantes navegaram no website desenvolvido para o CAPSi – o iCanguru - durante 10 minutos e após este período responderam a outras questões que envolviam o acesso, a qualidade de transparência de conteúdo, a ética e o design do website. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Faculdade de Enfermagem sob CAAE nº 91175418.3.0000.5316.

RESULTADOS

As temáticas organizadas a partir dos dados coletados foram as seguintes: 1- A importância de um website em saúde; 2- O website como facilitador de acesso e 3- O website como propagador de informações de saúde (Figuras 1 e 2).



Figura 1. Uma parte da página inicial do website iCanguru



Figura 2. Uma parte da página inicial do website iCanguru destacando a seção "saiba mais" do menu

Temática 1 - A importância de um website em saúde

As falas apresentadas foram organizadas expondo o antes e depois do contato com o website (Figura 3).

[...] "Com certeza. Eu acho que poderia ter umas coisas tipo hoje eu não vou poder vir aqui mas se eles me mandarem uma mensagem e eu poder responder via online seria uma coisa bem interessante sabe. E, se eu não posso ligar, não posso vir, se eu não consigo enviar uma mensagem, mas se eu consigo entrar em contato com eles através da internet, que hoje em dia é super mais fácil" (Manitoba - Antes)

[...] "Na verdade eu já tinha dito que era bem interessante, né, mas como eu vi agora eu achei super super legal! Porque era realmente o que eu pensava, sabe, tem tudo ali tudo! Eu gostaria muitos pais e mães

que tenham a mente fechada acessasse este website, sabe porque o teu filho que tá ali e não quer comer deve ser besteira, né? [...] hoje ele não tá com fome, mas ele já passou uma semana sem comer e tu não viu [...] Realmente se os pais de mente fechada acessassem esse site pra tentar abrir a cabeça deles, sabe, para verem o que é a depressão porque ninguém tá de brincadeira aqui." (Manitoba - Depois)

[...] "Muito importante. Porque eu acho que assim como a internet é um dos grandes meios de comunicação e informação que a gente tem eu acho que sim é importante até para as pessoas entenderem que existe o CAPSi porque se tu for pensar ele é um conceito muito abstrato assim: o que é o CAPSi? O que é CAPS, né? Começa por aí, né. E nem todo mundo sabe né, então eu acho que até para divulgar essa informação é algo que se faz necessário." (Prince Edward Island- Antes)

[...] "E eu achei legal, né uma coisa que eu reparei já de cara é que tu colocou, usou nas imagens assim bastante variedade das pessoas, pessoas brancas, pessoas negras eu acho bastante fundamental assim porque hoje em dia tem se falado nisso na diversidade cultural, racial acho que é importante" (Prince Edward Island- Depois)

[...] "Hoje o mundo tá muito rápido e com o celular na mão é uma coisa que tu digita ali e já vai achar, né e também se a pessoa não tem disponibilidade de tempo ou se a pessoa vai se sentir constrangida de vir aqui pra buscar alguma informação, e se ela entrar no site ela vai se sentir mais a vontade de ler ali e entender porque as vezes as pessoas ficam com vergonha de procurar um atendimento em saúde mental, porque existe um preconceito em relação a saúde mental, né, ou as vezes a pessoa não conhece nada do lugar e através disso ela vai conhecer um pouco melhor e quem sabe a frequentar, né, começar a procurar o serviço, eu acho que é interessante, acho muito importante." (Saskatchewan- Antes)

[...] "Com certeza. Acho que pelo que eu vi que tu já construiu né, tá bem colorido assim, bem chamativo, bem explicado, não é difícil de achar as coisas porque ali tem os links em cima, não é um link que tu tem que abrir outro, outro e outro, tu abre e já tá ali, né o que a pessoa vai tá procurando, achei bem legal assim, bem interessante, essa ideia também de fazer o contato pela internet, [...] se a pessoa não tem quem traga ela, ou ela tem medo ou tem vergonha, atrás da tela de um computador ou de um celular todo mundo cria coragem para fazer tudo, né, então acho que vai ser bem legal, essa ideia é ótima." (Saskatchewan- Depois)

Temática 2 - O website como facilitador de acesso

As falas apresentadas foram organizadas expondo o depois da navegação pelo website iCanguru.

[...] “Sim. Ainda mais com aqueles temas que tem no “saiba mais”, como ansiedade e depressão, porque tem muita gente que tem e acha que é normal, que ela já nasceu assim”. (British Columbia-Depois)

[...] “Sim. Para ter mais acesso, né... mais aberto.. as pessoas às vezes não querem falar com ninguém, não querem comentar, mas ouviu falar que tem, de repente vai ser bem divulgado e daí ela entra em casa e não precisa falar com ninguém... vem direto, porque as pessoas têm muita vergonha né de falar sobre o assunto”. (Northwest Territories-Depois)

[...] “Sim. Justamente porque ele abre esse leque, ele canaliza essas pessoas que estão em sofrimento, essas pessoas que podem conhecer familiares ou amigos que estão em sofrimento e que podem nos encaminhar para cá. Acho que sim, acho que a pessoa pode se identificar com aquele comportamento ou com aqueles sintomas, né, eu acho que sim”. (Quebec - Depois)

Em relação a população rural ou suporte a outras cidades

[...] “Eu acredito que sim, porque eles acessam bastante também. Eu atendo aqui umas meninas que moram na colônia Maciel e em uns outros distritos assim bem mais afastados, eles usam bastante a internet. Até talvez por uma questão de dificuldade de acesso a biblioteca formal mas eles usam bastante pelo celular”. (New Brunswick)

[...] “Creio que sim, se mesmo longe eles tiverem acesso ao website e vê o que o CAPSi oferece eu vejo que pode aproximar sim, que pode ser uma porta de ajuda para alguém que tá procurando, a...achei aqui o lugar, né, assim...vamos lá vê eu creio sim que possa ajudar.” (Yukon)

[...] “Sim, porque como ele (o website) está na internet que é uma coisa mais acessível, em qualquer local, qualquer lugar a pessoa que tiver internet pode ir lá e lê e tirar as dúvidas, acessibilidade [...] porque só o fato do site tá na internet e só o fato da internet ser uma coisa acessível a todos ou a grande maioria da população já encurta a distância. Sem um site talvez a pessoa da zona rural teria que ligar ou sem um telefone a pessoa da zona rural teria que vir aqui para se informar.” (Ontario)

[...] “Acho que sim, porque hoje em dia o pessoal da zona rural já tem acesso a internet, na verdade é difícil

alguém que não tenha acesso a internet. E normalmente é muito mais fácil tu procurar um site do que sei lá ir em outro CAPS para saber onde levar teu filho ou onde mesmo ir.” (Alberta)

[...] “Acho que sim, como é um website ele tá na rede, ele tem um alcance enorme, qualquer um que navegue na internet tem acesso, né. (Newfoundland)



Figura 3. Uma parte da página inicial do website iCanguru destacando a seção “o que é o CAPSi” do menu

O estigma é uma das barreiras que impedem os adolescentes de procurarem os serviços de saúde mental. Abaixo o relato de todos os adolescentes participantes do estudo sobre este tema

[...] “Acho que se eu já não estivesse no CAPSi eu procuraria. No mínimo mandaria uma mensagem ou algo do tipo. Porque quando se tá muito para baixo a gente procura ajuda de qualquer lugar e normalmente não são lugares que tu se possa confiar e tendo o website assim confiável eu acho que eu procuraria e recomendaria para os meus amigos também.” (Alberta)

[...] “Obtendo as informações primeiro para vir aqui sabe [...]seria o meu particular porque eu realmente já sou envergonhada para tipo falando todos os meus problemas, tá uma psicóloga é para isso mas falar...nos primeiros diaseu ainda sou meio apegada, tem que a pessoa puxar um assunto, pra mim desenrolar o assunto, porque eu não vou chegar falando tudo, tudo o que aconteceu sabe, então eu acho que eu obteria informações para depois ter um diálogo pessoalmente.”(Manitoba)

[...] “Se eu não estivesse no CAPS e visse que eu não estou me sentindo bem, esse tipo de coisa, eu tentaria procurar na internet e poderia aparecer ali o site do CAPS.” (British Columbia)

[...] “No website, eu acho que se a pessoa tem mais vergonha ou não tem muito o que falar assim por pura vergonha mesmo acho que ela lê sem precisar conversar com alguém já pode dar mais confiança para ela vir aqui conversar mesmo.” (Ontario)

Temática 3- O website como propagador de informações de saúde

Sabe-se que a internet é um meio de propagação de informações, e neste contexto, os websites em saúde, podem ser excelentes disseminadores de conhecimento. A seguir o depoimento dos participantes adolescentes e familiares sobre a recomendação do iCanguru com o propósito de ajuda e ampliação do acesso e conhecimento (Figura 4).

[...] “Recomendaria porque as vezes tu chega na pessoa com a ideia assim: que eu vou te mostrar onde é que é! E a pessoa tem resistência. [...] E eu fiquei falando assim: -vamos, não sei o que, tu vai vê, é legal, tu vai gostar, eu acho que tu tá precisando[...] Porque as pessoas também tem isso, né? Não querem contar para os outros se fazem psicoterapia ou que vão um psicólogo. Isso foi uma coisa que eu trabalhei muito com a minha irmã quando ela começou vir aqui, porque tinha preconceito! [...] Então eu acho que é uma boa forma de mostrar o serviço, a pessoa não precisa vir aqui olhar ela vai olhar pela tela do celular ou do computador, tanto faz.”(Saskatchewan)

[...] “Sim, porque as vezes as pessoas tem dificuldade de falar com outras pessoas e as vezes não querem procurar, ou não sabem ou não podem. Então entra, olha, tem essa parte de perguntas para tirar dúvidas, eu indicaria sim.” (Northwest Territories)

[...] “Sim. Achei ele completo. Tem abas e subcategorias que abrange tudo que as pessoas procuram.” (Ontario)

[...] “Sim. Porque é uma forma das pessoas entrarem em contato e saber o que está acontecendo com elas mesmo. Porque muitas vezes tu acha que vai passar e normalmente não passa eu acho mais fácil.” (Alberta)

DISCUSSÃO

Temática 1 - A importância de um website em saúde

As novas tecnologias vem se mostrando como complementos para os serviços tradicionais de saúde, atuando como dispositivos eficientes tanto na prevenção, quanto no tratamento à saúde mental de crianças e adolescentes. Os websites em saúde, podem fornecer um ambiente



Figura 4. Uma parte da página inicial do website iCanguru destacando a seção “Faça sua parte: Pais ou Responsáveis” do menu

informativo e envolvente além de potencializar a saúde e o bem-estar geral dos jovens, já que as evidências nos mostram que grande parcela desta faixa etária no Brasil e no mundo utiliza a internet.^(17,18) Todos os participantes concordam que o website iCanguru pode tornar-se um aliado ao CAPSi, dar suporte com seus tópicos sobre transtornos e notícias. Os participantes também expuseram o fato de que muitas pessoas não conhecem o CAPSi, que não sabem que existe um serviço gratuito e multiprofissional, e também que as pessoas não sabem onde encontrar o serviço na cidade. O iCanguru, na primeira página, já informa através de um mapa e de contato de endereço, telefônico e eletrônico os dados do serviço e além disso, o sub-menu “o que é CAPSi” explica o que é o serviço e como funciona.

Temática 2 - O website como facilitador de acesso

Quando se compreende o acesso relacionado aos cuidados de saúde, há três dimensões que devem ser consideradas: a acessibilidade física; a acessibilidade financeira; e a aceitabilidade.^(19,20) Todos os participantes do nosso estudo acreditam e corroboram que o website iCanguru pode tornar-se uma porta de entrada ao CAPSi, para obter informações e atendimento precoce.

A utilização das tecnologias em saúde mental nas áreas rurais, onde há a escassez de profissionais, melhora o acesso à prevenção primária, aumenta a autonomia do paciente ao buscar atendimento e reduz as disparidades, além de dar suporte e apoio através do contato on-line e informações aos pacientes.⁽²¹⁾ Todos os participantes foram unânimes quando falaram que o website pode aproximar a população rural ou dar suporte a outras cidades através do iCanguru, ampliando o serviço e rompendo com a barreira da distância, já que a internet também está presente na zona rural.

O estudo revelou ainda, que todos os participantes tinham acesso à internet, pois a barreira da distância foi encurtada no momento em que o website aproxima o usuário ao serviço e o alcance foi expandido. Além disso, com a disponibilidade da internet 3G/4G e dos planos de telefonia móvel de baixo custo e ainda com a disseminação do Wi-Fi público, ofertado em diversos lugares como universidades, praças, praias, estabelecimentos comerciais e nos locais de trabalho, os serviços disponíveis na web se tornam mais acessíveis ao público jovem.

A Comissão em Saúde Mental do Canadá (MHCC), através de seu programa para combater o estigma, revelou há quase 10 anos, através de evidências científicas, que uma das melhores práticas para o desenvolvimento de um programa de saúde mental e conscientização é o acesso através do desenvolvimento de portais de serviços de saúde baseado na web para jovens e adultos.⁽²²⁾

Essas informações vem ao encontro do iCanguru que tem o propósito de aproximar os adolescentes, crianças e familiares, promover a intervenção precoce, compartilhar informações sobre saúde-mental e bem-estar, divulgar informações sobre eventos locais em saúde mental, publicar artigos e notícias de saúde mental em linguagem acessível, conectar os jovens de forma rápida através de grupos de discussão em salas virtuais e realizar, através dos grupos de interesse, estratégias para promoção e prevenção de agravos em saúde mental (eventos; palestras; grupos) através de um portal de web de acesso gratuito e com o intuito de romper com o estigma da doença mental.

Temática 3 - O website como propagador de informações de saúde

Estudos mostraram que os websites são eficientes e eficazes enquanto propagadores de informações em saúde mental, já que o ambiente on-line é cada vez mais reconhecido como um cenário disponível para os jovens, permitindo que eles acessem os serviços de forma privada e em seu próprio ritmo para obterem informação de suporte.^(23,24) Quando os adolescentes buscam por respostas para as suas inquietações na internet, muitas vezes acabam se frustrando, pois encontram dados imprecisos ou incompletos em muitos websites em saúde.⁽²⁵⁾ Neste sentido, o website iCanguru foi pensado de modo a suprir as necessidades de busca dos usuários e desenvolvido, para o público jovem que acessa a internet já que foi totalmente desenvolvido utilizando ferramentas validadas para a construção de websites em saúde. Os relatos dos participantes, o website

iCanguru pode ser uma fonte de informação confiável, disseminador do conhecimento, disponível 24 horas por dia e capaz de ampliar o alcance do serviço.

Para a implementação do website iCanguru na cidade de Pelotas, RS de forma definitiva, é necessário a autorização dos gestores locais.

Este estudo demonstrou que o website iCanguru pode ser uma excelente estratégia para superar algumas das barreiras de acesso e ser uma porta de entrada para os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil.

CONCLUSÃO

Os websites em saúde mental Infantojuvenil são muito utilizados em países como o Canadá, Estados Unidos, Reino Unido, Austrália e Nova Zelândia como meio de acesso, apoio, acolhimento, encaminhamento e informação. Num país como o Brasil onde a maioria dos jovens atualmente tem acesso a algum tipo de internet, essas ferramentas deveriam ser mais utilizadas, visto que constatamos que são excelentes facilitadores, quando empregadas suas tecnologias, em benefício dos serviços de saúde mental Infantojuvenil, pois além de romperem com barreiras geográficas tradicionais e barreiras financeiras, reduzem as demandas da força de trabalho e melhoram o acesso, garantindo uma melhora no atendimento. O website ao ser desenvolvido com diretrizes de ética e design, baseado em evidência científica aliado a um ambiente agradável e impessoal, proporciona ao usuário o conforto e a confiabilidade necessária para que ele procure o atendimento.

Agradecimentos

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela Bolsa de Doutorado Sanduiche no Exterior; ao Center for Research on Health & Nursing (CRHN - Universidade de Ottawa, Canadá), ao Ontario Centre of Excellence for Child and Youth Mental Health (Ottawa, Canadá) e ao Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil - Capsi (Pelotas, Brasil) que possibilitaram a realização desta pesquisa.

Contribuições

Concepção e/ou desenho do estudo: LCSOS, WF, AV, ED, CBS; Coleta, análise e interpretação dos dados: LCSOS, CBS; Redação e/ou revisão crítica do manuscrito: LCSOS, CBS, VCCC, LPK; Aprovação da versão final a ser publicada: LCSOS, WF, AV, ED, CBS, VCCC, LPK.

REFERÊNCIAS

1. Lopes CS, Abreu GA, Santos DF, Menezes PR, Carvalho KM, Cunha CF, et al. ERICA: Prevalence of common mental disorders in Brazilian adolescents. *Rev Saúde Pública*. 2016;50(suppl 1):14s.
2. Orellana JD, Ribeiro MR, Barbieri MA, Saraiva MC, Cardoso VC, Bettiol H, et al. Transtornos mentais em adolescentes, jovens e adultos do Consórcio de Coortes de Nascimento brasileiras RPS (Ribeirão Preto, Pelotas e São Luís). *Cad Saude Publica*. 2020;36(2):e00154319.
3. Kantorski LP, Coimbra VC, Oliveira NA, Nunes CK, Pavani FM, Sperb LC. Atenção psicossocial infantojuvenil: Interfaces com a rede de saúde pelo sistema de referência e contrarreferência. *Texto Contexto Enferm*. 2017;26(3):e1890014.
4. Silva JS, Ribeiro HK, Fernandes MA, Rocha DM. O cuidar de enfermagem em saúde mental na perspectiva da reforma psiquiátrica. *Enferm Foco*. 2020;11(1):170-5.
5. Soares e Silva J, Leite HD, Fernandes MA, Nogueira LT, Avelino FV, Rocha SS. Os determinantes sociais do sofrimento mental infantil. *Enferm Foco*. 2020;11(1):164-9.
6. Tristiana RD, Yusuf A, Fitriyasaki R, Wahyuni SD, Nihayati HE. Perceived barriers on mental health services by the family of patients with mental illness. *Int J Nurs Sci*. 2018;5(1):63-7.
7. Gulliver A, Griffiths KM, Christensen H. Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: A systematic review. *BMC Psychiatry*. 2010;10:113.
8. Radez J, Reardon T, Creswell C, Lawrence PJ, Evdoka-Burton G, Waite P. Why do children and adolescents (not) seek and access professional help for their mental health problems? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2021;30(2):183-211.
9. McCann TV, Mugavin J, Renzaho A, Lubman DI. Sub-Saharan African migrant youths' help-seeking barriers and facilitators for mental health and substance use problems: A qualitative study. *BMC Psychiatry*. 2016;16:275.
10. Coimbra VC, Kantorski LP. O acolhimento em centro de atenção psicossocial. *Rev Enferm UERJ*. 2005;13(1):57-62.
11. Ribeiro JM, Moreira MR, Ribeiro JM, Moreira MR. Uma abordagem sobre o suicídio de adolescentes e jovens no Brasil. *Ciênc Saúde Colet*. 2018;23(9):2821-34.
12. Irteja Islam M, Khanam R, Kabir E. The use of mental health services by Australian adolescents with mental disorders and suicidality: Findings from a nationwide cross-sectional survey. *PLoS One*. 2020;15(4):e0231180.
13. Goss S, Anthony K, Stretch LS, Nagel DM. *Technology in mental health: Applications in practice, supervision and training*. Springfield: Charles C Thomas Publisher; 2016.
14. Dreier M, Ludwig J, Härter M, Von Dem Knesebeck O, Baumgardt J, Bock T, et al. Development and evaluation of e-mental health interventions to reduce stigmatization of suicidality- A study protocol. *BMC Psychiatry*. 2019;19:152.
15. Okamura KH, Orimoto TE, Mah AC, Slavin LA, Rocco S, Shimabukuro SK, et al. Insights in Public Health: The Help Your Keiki Website: Increasing Youth and Caregiver Awareness of Youth Psychosocial Mental Health Treatment. *Hawaii J Med Public Health*. 2018;77(8):203-7.
16. Straus S, Tetroe J, Graham ID. *Knowledge translation in health care: moving from evidence to practice*. Nova Jersey: John Wiley & Sons; 2013.
17. Burns JM, Birrell E, Bismark M, Pirkis J, Davenport TA, Hickie IB, et al. The role of technology in Australian youth mental health reform. *Aust Heal Rev*. 2016;40(5):584-90.
18. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Uso de Internet, televisão e celular no Brasil*. Rio de Janeiro: IBGE; 2021 [cited 2021 Apr 18]. Available from: <https://educa.ibge.gov.br/criancas/brasil/2697-ie-ibge-educa/jovens/materias-especiais/20787-uso-de-internet-televisao-e-celular-no-brasil.html>
19. Boyle S, Appleby J, Harrison A. *A rapid view of access to care*. London: The Kings Fund; 2010.
20. McIntyre DI, Thiede M, Birch S. Access as a policy-relevant concept in low-and middle-income countries. *Health Econ Policy Law*. 2009;4(Pt 2):179-93.
21. Orłowski S, Matthews B, Lawn S, Jones G, Bidargaddi N, Venning A. Designing for practice: understanding technology use in rural community-based youth mental health contexts. *CoDesign*. 2019;15(2):163-84.
22. *Together against stigma: changing how we see mental illness*. Report on the 5th international stigma conference. Mental Health Commission of Canada. Canadian Human Rights Commission. World Psychiatric Association Scientific Section on Stigma. Mental Health and the Public Health Agency of Canada: Ottawa; 2012 [cited 2021 Jan 20]. Available from: https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/stigma_opening_minds_conference_book_eng_0_0_0.pdf
23. Kokabisaghi F, Bakx I, Zenelaj B. The Right to Mental Health in the Digital Era. *Erasmus Law Rev*. 2017;9(3):146-60.
24. Burns JM, Birrell E, Bismark M, Pirkis J, Davenport TA, Hickie IB, et al. The role of technology in Australian youth mental health reform. *Aust Heal Rev*. 2016;40(5):584-90.
25. Kreps GL. *Online information and communication systems to enhance health outcomes through communication convergence*. Hum Commun Res. 2017;43(4):518-30.

PRÁTICAS AVANÇADAS DE ENFERMAGEM NO BRASIL

ADVANCED NURSING PRACTICES IN BRAZIL

PRÁCTICAS AVANZADAS DE ENFERMERÍA EN BRASIL

Ellen Marcia Peres¹Bruna Maiara Ferreira Barreto Pires²Sílvia Maria de Sá Basílio Lins¹Helena Ferraz Gomes¹Betânia Maria Pereira dos Santos^{3,4}Lilían Prates Belem Behring¹Manoel Carlos Neri da Silva⁵Neyson Pinheiro Freire^{4,6}

(https://orcid.org/0000-0003-4262-6987)

(https://orcid.org/0000-0002-5584-8194)

(https://orcid.org/0000-0002-6717-9223)

(https://orcid.org/0000-0001-6089-6361)

(https://orcid.org/0000-0002-7916-1995)

(https://orcid.org/0000-0003-0044-4392)

(https://orcid.org/0000-0002-3923-7473)

(https://orcid.org/0000-0002-9038-9974)

Descritores

Enfermagem; Prática avançada de enfermagem; Enfermagem baseada em evidências

Descriptors

Nursing; Advanced nursing practice; Evidence-Based nursing

Descriptores

Enfermería; Práctica de enfermería avanzada; Enfermería basada en evidencias

Submetido

19 de Setembro de 2021

Aceito

29 de Dezembro de 2021

Conflitos de interesse:

nada a declarar.

Autor correspondente

Ellen Marcia Peres

E-mail: ellenperes@globo.com

RESUMO

Objetivo: Mapear os estudos publicados sobre Práticas Avançadas de Enfermagem (PAE) no Brasil.

Métodos: Trata-se de estudo de revisão de escopo delineada conforme as diretrizes do *Joanna Briggs Institute*.

Resultados: Foram selecionados 20 artigos, e, a partir da referida análise, emergiram três categorias temáticas: 1) Características da Prática Avançada de Enfermagem; 2) Formação profissional para as Práticas Avançadas de Enfermagem e 3) Reflexões políticas para as Práticas Avançadas de Enfermagem.

Conclusão: O mapeamento realizado permitiu uma ampla visualização das práticas avançadas de enfermagem no Brasil, contribuindo para reflexões sobre seu reconhecimento no país.

ABSTRACT

Objective: To map published studies on the topic of Advanced Nursing Practice (PAE) in Brazil.

Methods: This is a scope review study outlined according to the guidelines of the Joanna Briggs Institute.

Results: 20 articles were selected, and from the analysis, three thematic categories emerged: 1) Characteristics of Advanced Nursing Practice; 2) Professional Training for Advanced Nursing Practices and 3) Political Reflections for Advanced Nursing Practice.

Conclusion: The mapping performed allowed a broad view of advanced nursing practices in Brazil, contributing to reflections on their recognition in the country.

RESUMEN

Objetivo: Mapear estudios publicados sobre el tema de Prácticas Avanzadas de Enfermería (PAE) en Brasil.

Métodos: Este es un estudio de revisión del alcance delineado de acuerdo con las pautas del *Joanna Briggs Institute*.

Resultados: se seleccionaron 20 artículos y del análisis surgieron tres categorías temáticas: 1) Características de la práctica avanzada de enfermería; 2) Formación profesional para prácticas avanzadas de enfermería y 3) Reflexiones políticas para la práctica avanzada de enfermería.

Conclusión: El mapeo realizado permitió una visión amplia de las prácticas avanzadas de enfermería en Brasil, contribuyendo a reflexionar sobre su reconocimiento en el país.

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

²Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, Brasil.

³Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, Brasil.

⁴Conselho Federal de Enfermagem, Brasília, DF, Brasil.

⁵Conselho Regional de Enfermagem de Rondônia, Porto Velho, RO, Brasil.

⁶Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Como citar:

Peres EM, Pires BM, Lins SM, Gomes HF, Santos BM, Behring LP, et al. Práticas avançadas de enfermagem no Brasil. *Enferm Foco*. 2021;12(6):1256-62.

DOI: https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n6.5337

INTRODUÇÃO

Modelos assistenciais, se destinam ao atendimento de pessoas e coletividades objetivando ampliar o acesso das mesmas aos Sistemas de Saúde, sejam estes, privados ou públicos. Assim, a Prática Avançada de Enfermagem (PAE) se insere, com seu saber fazer, em uma condição diferenciada para assistir a população que ocorre aos serviços de saúde. Em grande medida, por ser uma modalidade de assistência pautada em evidências produzidas pela prática investigativa, a PAE se constitui fonte privilegiada de conteúdo educativo pedagógico e, promotor de autonomia para o enfermeiro pelas incontáveis oportunidades da enfermagem ser o primeiro ponto de contato dos usuários com os serviços de saúde. A PAE pode ser definida como um campo que expande o escopo da atuação dos enfermeiros, sedimentando a prática profissional dos mesmos, a partir de evidências científicas.⁽¹⁾

O enfermeiro de PAE é aquele com habilidades em determinada especialidade, capaz de prestar cuidados efetivos e eficientes, com autonomia; ser reconhecido como liderança; utilizar as evidências científicas para nortear sua prática clínica e integrar este conhecimento com outros saberes correlatos; aplicar referenciais teóricos em sua prática; desenvolver e divulgar a enfermagem baseada em evidências.^(1,2)

Alguns autores definem a PAE como “conhecimento especializado utilizado pelo enfermeiro qualificado e titulado para tomar decisões complexas e avançadas, bem como, colocar em prática suas habilidades clínicas na assistência à saúde, integrando teoria, prática, ensino, pesquisa, liderança e gestão”.⁽³⁾

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) há tempo, convoca a enfermagem a assumir seu protagonismo no fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), e, hoje, vê a PAE como potente força para isso, além de reconhecer a necessidade de sua implantação o quanto antes.⁽⁴⁾ Importante que essa convocação seja acolhida pelas Instituições de Ensino Superior (IES), responsáveis pela formação pós-graduada de Enfermeiros.

É no contexto desse debate, que esse trabalho buscou descrever as evidências encontradas na literatura sobre a PAE. Definiu-se como questão de Pesquisa: o que tem sido publicado sobre Práticas Avançadas de Enfermagem no Brasil? Objetivo: Mapear os estudos publicados sobre Práticas Avançadas de Enfermagem no Brasil.

MÉTODOS

Trata-se de estudo de revisão de escopo segundo as diretrizes do *Joanna Briggs Institute (JBI) Manual for Evidence Synthesis*. A estratégia de busca ocorreu em 3 etapas.

Na 1ª, se fez, na base de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), uma análise das palavras dos textos contidas nos títulos, resumos e descritores dos materiais encontrados, objetivando verificar a abrangência da estratégia de busca utilizada.

Na 2ª etapa, após verificação da estratégia de busca, aplicou-a em todas as bases de dados incluídas, ajustando-se às suas especificidades. Na 3ª etapa, buscou-se nas referências bibliográficas dos estudos selecionados visando assegurar a inclusão de todas as pesquisas relevantes.

Fonte das informações: LILACS, Banco de Dados em Enfermagem (BDENF), Índice Bibliográfico *Español en Ciencias de la Salud* (IBECS) e *PubMed (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online - MEDLINE)*. Na busca na literatura cinzenta, não foram encontrados relatos sobre PAE no Brasil.

Critérios de inclusão: pesquisas sobre PAE no Brasil. Participantes: suas características não consistiram em critérios de inclusão/exclusão. Conceitos: foram incluídos artigos com referência expressa ao tema a partir da definição do Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE). Contexto: incluídos estudos realizados no contexto da enfermagem brasileira.

Seleção dos estudos: feita pelo gerenciador de referências bibliográficas (*Mendeley*) com remoção dos duplicados. Os remanescentes foram reportados ao *software Rayyan* por dois revisores independentes, e os artigos considerados nesta etapa, passaram à avaliação do seu conteúdo na íntegra. Essa leitura ocorreu de forma independente por dois revisores. A seleção de estudos está apresentada pelo fluxograma PRISMA e o material excluído, foi justificado.

Extração dos dados: foi realizada por dois revisores independentes, com auxílio de instrumento criado pelos pesquisadores, o qual, preliminarmente, foi aplicado em 2 estudos para familiarização com o procedimento e modificações, caso precisasse. Como essas modificações não foram necessárias, utilizou-o em todos os estudos. Em situações discordantes entre os dois avaliadores, um terceiro era solicitado a opinar.

Apresentação dos dados: a extração dos dados, anteriormente relatada, possibilitou a identificação dos elementos centrais e das unidades de análise de cada artigo avaliado, o que permitiu empreender uma categorização por similaridade e fazer uma síntese narrativa dos dados. Não se avaliou a qualidade da evidência pois o método dos artigos implicava em qualidade insuficiente para essa análise.

RESULTADOS

Os resultados da busca destacam-se na figura 1, um fluxograma com registro dos 20 artigos selecionados.

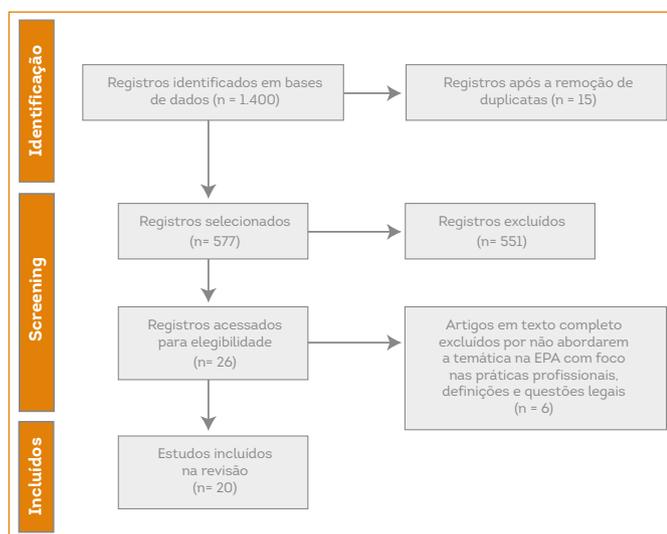


Figura 1. Fluxograma de seleção dos artigos

No quadro 1, destacam-se os principais resultados dos 20 artigos identificados, e a distribuição dos mesmos segundo as categorias que emergiram na busca: caracterização da PAE, formação profissional e reflexão política.

DISCUSSÃO

Categoria 1: Características da Prática

Avançada de Enfermagem

Das categorias temáticas que emergiram dos estudos sobre Práticas Avançadas em Enfermagem no Brasil, a Caracterização da PAE, guarda ampla concordância entre os autores, incluindo o Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE), o que facilita uma descrição e consolidação das mesmas. Para contribuir, cabe destacar que a evolução da enfermagem em perspectiva de práticas avançadas, decorre da necessidade de mudança da prática profissional, reconhecida pela OMS como importante para dirimir problemas relacionados a qualidade da assistência à saúde, principalmente na América Latina.^(3,14)

No Brasil, ainda não existem as Enfermeiras de Práticas Avançadas e para compreender as características destas profissionais, torna-se importante recorrer às categorias norte-americanas para uma analogia destas com o contexto brasileiro. A PAE nos Estados Unidos, pioneiro na sua consolidação, se organiza em *Certified nursing assistant*; *licence practical nurse*; e *registered nurse (RN)*. Somente a RN (enfermeiro com nível superior, já que as demais categorias não possuem) poderá progredir para a PAE em uma das funções regulamentadas: *nurse practitioners (NP)*, *Clinical nurse specialists (CNS)*, *Certified registered nurse anesthetists (CRNA)* e *Certified nurse midwife (CNM)*.⁽²³⁾

O CIE define o enfermeiro de PAE como aquele que tem, conhecimentos especializados adquiridos a

partir de programas de pós-graduação com nível mínimo de Mestrado, e traz a importância deste enfermeiro para o desenvolvimento da profissão.^(2,3,14)

O enfermeiro de PAE deve ter capacidade de raciocínio e julgamento clínicos avançados para tomada de decisões complexas, resolutividade em tempo hábil, entre outras. Destarte, na prática de trabalho colaborativo com a medicina, principalmente em pacientes complexos, o enfermeiro de PAE poderá diagnosticar e tratar questões de adoecimento no âmbito do processo saúde-doença dialogando com o paciente.^(3,14)

O enfermeiro de práticas avançadas não tem a pretensão de substituir nenhum outro profissional, mas sim, ampliar o acesso aos serviços de saúde, melhorar a qualidade da assistência ao paciente, colaborando da forma mais efetiva e eficiente com a equipe multiprofissional.⁽¹⁴⁾

Outros autores enfatizam que deve haver treinamentos, alterações nas leis, nos currículos e mudanças na prestação de cuidados aos pacientes, e que enfermeiros deverão ter o título de Mestrado ou Doutorado na área.⁽³⁾ Embora existam tais desafios, a necessidade de superá-los para melhorar a qualidade da assistência de enfermagem é superior.

Com base nas características que conformam a PAE, é possível asseverar que o COFEN, hoje, dispõe de amplas condições para promover os ajustes necessários nas normativas de regulamentação da PAE, assim como de condições objetivas para sensibilizar a academia a investir na formação de enfermeiros com Mestrado em Práticas Avançadas, ajudando assim, o Brasil a ingressar no conjunto de países que buscam expandir o escopo das competências de seus enfermeiros em perspectiva de atuação em práticas avançadas, com respaldo ético legal de ampliação de seus papéis, funções, e responsabilidades diante desta titulação.

Categoria 2: Formação profissional para a Enfermagem em Práticas Avançadas

Nesta categoria os artigos versam sobre a formação necessária para um enfermeiro de práticas avançadas. O principal consenso internacional sobre o tema, referendado pelo CIE, é a necessidade de Mestrado Profissional para esta formação. Alguns países, inclusive, já avançaram para o Doutorado profissional.⁽⁵⁾

O envolvimento das universidades ao redor do mundo tem sido fundamental para estruturar o arcabouço formativo e dar suporte à formação destes profissionais para consequente aquisição da referida titulação.⁽¹²⁾

No Brasil a modalidade *Strictu sensu*, oferece Mestrado e Doutorado acadêmicos para formação de pesquisadores

Quadro 1. Principais desfechos dos estudos sobre PAE no Brasil

Autor(es)/Ano	Objetivo	Métodos	Principais Desfechos
Oliveira JL, Toso BR, Matsuda LM. 2018. ⁽¹⁾ (***)	Explinar sobre PAE e discorrer sobre as possibilidades na gestão do cuidado de enfermagem no Brasil.	Ensaio teórico-reflexivo	Destacam-se a autonomia, a formação qualificada, a liderança e a atuação baseada em evidências como alicerces da melhor gestão do cuidado em PAE.
Olimpio JA, Araújo JN, Pitombeira DO, Enders BC, Sonenberg A, Vitor AF. 2018. ⁽²⁾ (*)	Analisar a PAE e elucidar os elementos-chave: atributos, antecedentes e consequências.	Análise conceitual	Identificado a necessidade de Mestrado ou Doutorado, e Especialização em área clínica. Práticas baseadas em evidências, raciocínio clínico e pensamento crítico.
Miranda Neto MV, Rewa T, Leonello VM, Oliveira MA. 2018. ⁽³⁾ (**)	Refletir sobre o papel da PAE no contexto da APS brasileira.	Análise de produções científicas	Atuação do enfermeiro em PAE na APS é favorável, em especial na (ESF). Desafio: padronização dos papéis do Enfermeiro em PAE.
Vitor AF. 2018. ⁽⁴⁾ (*)	Analisar o conceito de PAE e elucidar os elementos-chave: atributos, antecedentes e consequências.	Estudo reflexivo	Necessidade de formação especializada, no nível de Mestrado e Doutorado em PAE, e de mudanças na legislação sobre o exercício profissional.
Souza BM, Salviano CF, Martins G. 2018. ⁽⁵⁾ (***)	Relatar a implementação do projeto de extensão, Prática Avançada de Enfermagem em Uropediatria, desenvolvido em um hospital de ensino do Distrito Federal	Relato de experiência	A EPA na América Latina é desafiadora e incipiente pelas legislações e sistemas organizacionais de saúde.
Oldenburger D, Cassiani SH, Bryant-Lukosius D, Valaitis RK, Baumann A, Pulcini J, et al. 2017. ⁽⁶⁾ (***)	Delinear estratégias de implementação para PAE na APS na América Latina e Caribe	Estudo descritivo	Adaptar uma estrutura existente de países que consolidaram a EPA; aplicação de conhecimento de especialistas em PAE na APS; estímulo à qualificação da força de trabalho. Articulação com países que já consolidaram a PAE para orientação neste processo.
Peduzzi M. 2017. ⁽⁷⁾ (**)	Descrever a EPA na Atenção Básica (AB)	Estudo reflexivo	Autonomia do enfermeiro de PAE na AB e necessidade de Mestrado Profissional (titulação mínima), para a PAE.
Cassiani S, Lopez Reyes S, Rosales LK. 2016. ⁽⁸⁾ (*)	Descrever estratégias para fortalecimento de competências no nível curricular visando a implementação da EPA na América Latina	Estudo descritivo	Ampliar acesso equitativo aos serviços de saúde; fortalecer as políticas para PAE e, fortalecer a articulação de políticas.
Zug KE, Cassiani SH, Pulcini J, Garcia AB, Aguirre-Boza F, Park J. 2016. ⁽⁹⁾ (***)	Identificar o estado atual da regulamentação, e da educação PAE na AL e Caribe.	Estudo descritivo transversal	Participantes amplamente familiarizados sobre a função da PAE, porém, maioria desconhecia legislação para essa função em seus países. Relataram necessidade de maior preparação do corpo docente, de reformas curriculares, e de treinamento para Enfermeiras em PAE.
Cassiani SH, Rosales LK. 2016. ⁽¹⁰⁾ (**)	Descrever iniciativas para a implementação da EPA na região das Américas	Estudo reflexivo	A PAE existe desde a década de 70 nos Estados Unidos e Canadá. Em 2016 a OMS convocou diversos países para tentar consolidar a PAE na AL. Necessidade de ampliar a e pós-graduação em PAE, e aprovar alterações nos sistemas nacionais de saúde.
Quiroz PA, Toso BR. 2021. ⁽¹¹⁾ (***)	Reconhecer a importância de um entendimento claro aprofundado do papel das competências do Enfermeiro em PAE.	Editorial	Revisar aspectos legais e regulamentares locais; reconhecer que o status quo não pode continuar, e que os governos precisam reorientar seus sistemas de saúde para implementação da EPA.
Andriola IC, Sonenberg A, Lira AL. 2020. ⁽¹²⁾ (*)	Descrever os elementos da prática das <i>certified nurse-midwives</i> e <i>women's health nurse practitioners</i> no contexto norte-americano visando subsidiar a implementação PAE no Brasil	Estudo de caso, de natureza exploratória	Categorias identificadas: atividades comumente exercidas que alicerçam a prática; diferencial do papel desses profissionais; interação com os demais profissionais de saúde.
Mattos-Pimenta CA, Coca KP, Amorim MH, Belasco AG, Gabrielloni MC, Schirmer J. 2020. ⁽¹³⁾ (**)	Propor Programa de Mestrado Profissional em PAE / área de concentração Saúde da Mulher (MEPASM)	Relato de Experiência	Caracterização do curso; área de concentração, linhas de pesquisa/disciplinas; Duração, Número de Créditos por disciplina, Processo seletivo e Trabalho final (dissertação); Infraestrutura, recursos de informática e biblioteca.
Cassiani SH, Silva FA. 2019. ⁽¹⁴⁾ (***)	Discutir a ampliação do papel do Enfermeiro de PAE na APS	Editorial	Oportunidade para o Brasil avançar na assistência à saúde.
Siqueira CL, Dorigan GH, Saidel MG, Cunha MR, Rodrigues AP, Uhlmann DB. 2019. ⁽¹⁵⁾ (**)	Refletir sobre o Doctor of Nursing Practice, explorando as potencialidades e fragilidades do programa.	Estudo reflexivo	Reflexões sobre o Programa <i>Doctor of Nursing Practice</i> , suas principais características.
Malvestio MA, Behringer LP, Martuchi SD, Fonseca MA, Silva L, Souza EF, Hanszman GC, et al. 2019. ⁽¹⁶⁾ (***)	Analisar o cenário de implementação da PAE na APH como ferramenta de ampliação do acesso ao cuidado de urgência e emergência brasileiro.	Revisão Narrativa	PAE pelo mundo nas urgências e emergências; atenção pré-hospitalar no Brasil.
Toso BR, Padilha MI, Breda KL. 2019. ⁽¹⁷⁾ (**)	Analisar o enfoque atual brasileiro sobre boas práticas em cuidados de enfermagem e oferece suporte às discussões sobre expansão da atuação do enfermeiro por meio da PAE.	Artigo teórico-reflexivo	Boas práticas baseadas em evidências; e PAE.
Ribeiro VS, Garbuio DC, Zamariolli CM, Eduardo AH, Carvalho EC. 2018. ⁽¹⁸⁾ (**)	Analisar a contribuição da simulação como estratégia de ensino e treinamento das PAE.	Revisão Integrativa	Exame aprofundado para avaliar o desempenho dos alunos na PAE na abordagem ao paciente.
Bezerril MS, Chivone FB, Mariz CM, Sonenberg A, Enders BC, Santos VE. 2018. ⁽¹⁹⁾ (***)	Descrever fatores que podem influenciar a implantação da PAE no América Latina e Caribe.	Scoping review	Foram delimitados desafios, potencialidades, perspectivas e legislações.
Cassiani SH, Aguirre-Boza F, Hoyos MC, Barreto MF, Peña LM, Mackay MC, et al. 2018. ⁽²⁰⁾ (**)	Determinar as competências centrais para a formação do enfermeiro de PAE na AB na América Latina e Caribe.	Estudo quantitativo descritivo	Das 64 competências avaliadas, 59 foram consideradas centrais para a formação do enfermeiro de PAE, e 5 como muito relevantes.

(*) Caracterização da PAE; (**) Formação profissional; (***) Reflexão política

e professores, bem como Mestrado e Doutorado profissionais para o aprimoramento de enfermeiros imersos na sua atividade fim.⁽¹⁹⁾

O Mestrado Profissional iniciou-se no Brasil, ainda na década de 1990, evoluindo timidamente até receber

sua regularização em 2009, pela Portaria do Ministério da Educação nº 17 de 28/12⁽²⁴⁾ revogada pela Portaria do Ministério da Educação nº 389/03/2017⁽⁴⁾ a qual dispõe sobre Mestrado e Doutorado profissional. O número de programas de pós-graduação profissional *Strictu sensu* em

enfermagem totalizou 24 programas em 2019. Destes, 22 são nível de Mestrado, e 2 Mestrado e Doutorado profissionais.⁽²⁵⁾

Como pilar da formação do enfermeiro de práticas avançadas, a pós-graduação profissional *Strictu Sensu* se apresenta como o caminho, uma vez que a prática clínica baseada em evidências é sua chave. Para que a PAE se constitua e consolide no Brasil, é necessário promover um deslocamento radical do componente teórico para a prática clínica.⁽⁵⁾ Outra estratégia a ser considerada é a simulação clínica no contexto destas pós-graduações.⁽²⁰⁾

Pesquisa realizada com 830 enfermeiros que atuam na assistência, na docência, estudantes, pesquisadores e líderes classistas de 31 países das Américas, determinou um conjunto de competências centrais da PAE, para as quais foram elencadas 64 delas e essas, foram divididas em 7 domínios. Para o alcance de tais competências o referido estudo apontou a necessidade de uma robusta estrutura curricular.⁽²²⁾

Categoria 3: Reflexões políticas para a Enfermagem em Práticas Avançadas

A categoria Reflexões Políticas emergiu de sete dos vinte estudos sobre PAE no Brasil, e quase todos, a apontam como uma decisão estratégica a ser tomada pelas instituições formadoras (IES), na missão que lhes compete, assim como pelo organismo regulamentador (Conselho Federal de Enfermagem), uma demonstração inequívoca de convergência entre esses atores.

É necessária e premente a mudança no *status quo*, e governos precisam reorientar os sistemas de saúde e apoiar a implementação da PAE para que se possa responder efetivamente à promoção da saúde, à prevenção e ao tratamento de doenças nos diversos níveis de atenção à saúde, recurso eficaz e eficiente frente aos desafios de acessibilidade, qualidade e segurança a serem alcançados. Esse reconhecimento perpassa competências, papéis e funções do profissional, e depende também de aspectos externos à profissão como marcos legais e regulamentares.⁽¹³⁾

Sobre o papel da EPA na APS, autores declaram que o Brasil, por ter o maior número de escolas de Enfermagem na Região da América Latina e Caribe, e o maior número de programas de pós-graduação (Mestrado e Doutorado), é o país que reúne todas as condições para ampliar, reconhecer, e valorizar o papel estratégico dos enfermeiros em todos os níveis de atenção da rede em saúde, em perspectiva de práticas avançadas. Para isso, cabe-lhe um forte e integrado trabalho de todos os atores institucionais, podendo significar um novo direcionamento nas práticas de atenção

à saúde no país, assim como ocorreu em outros países há mais de 50 anos atrás.^(13,16)

Ao fazer analogia com as funções regulamentadas nos Estados Unidos, é possível prever que o Enfermeiro de PAE no Brasil, será aquele atuante em atenção primária, secundária, terciária ou quaternária, com formação de Mestrado Profissional. A PAE é uma estratégia para ampliação de acesso aos serviços de saúde, em cenários desafiadores como as urgências e emergências no Brasil. Enfermeiros habilitados e treinados são capazes de conferir segurança na assistência em áreas que precisam de cobertura ou que inexistem médicos e/ou Suporte Básico de Vida (SBV). A presença de enfermeiro na atenção pré hospitalar é relevante e pode ser referência para problemas nos sistemas de saúde no mundo e no Brasil.⁽¹⁸⁾

Muitos autores acreditam que o Brasil possa ser pioneiro na implantação da PAE na América Latina, pois seu sistema de saúde baseia-se nos princípios da universalidade do acesso e da cobertura plena. Destacam experiência exitosa de um serviço de Urologia Pediátrica com atuação diferenciada, evidenciando assistência baseada em evidências, e cuidado de enfermagem fundamentado no pensamento crítico humanístico.⁽⁷⁾

Estudo sobre o contexto das Práticas Avançadas na América Latina e Caribe, afirmam que a PAE não é ainda uma realidade vigente, no entanto, enfatizam que organizações, em nível mundial, buscam introduzi-las, a fim de sanar vazios referentes ao acesso do usuário. O estudo indica também que países como Brasil, México, Chile e Colômbia são os mais susceptíveis à implementação da EPA, visto que os mesmos possuem crescente número de cursos de graduação e de pós-graduação, e chamam atenção para o fato do Brasil ser aquele com maior probabilidade de estabelecer a PAE pelos alicerces legais e políticas públicas que sustentam seu sistema público de saúde.⁽²¹⁾

Estudo realizado com líderes da enfermagem na AL e Caribe em 2016, contemporaneamente ao início desse debate no Brasil trazida à cena pelo COFEN, os autores buscaram identificar a regulação, a educação e a prática do enfermeiro em PAE, e ao final concluíram que estas ainda não estavam estabelecidas, e isso seria um grande desafio. Afirmaram também a inexistência de legislação para regular esse papel, e enfatizaram que o estabelecimento de regulações é necessário e essencial. Ressaltaram ainda que o desenvolvimento da PAE na América Latina e Caribe pode ocorrer *vis-à-vis* com experiências de países como Estados Unidos e Canadá, e das lições aprendidas, sendo fundamental as parcerias entre instituições formadoras, Ministério da Saúde, e associações regionais, nacionais e internacionais.⁽¹¹⁾

É importante considerar as constantes mudanças sociais e epidemiológicas que se impõem ao setor saúde na

definição de estratégias para responder às demandas de cuidado, as quais, não raras vezes, são complexas. Nesse contexto, a PAE parece emergir exequível para a melhoria dos serviços de saúde.⁽¹⁾

De igual modo, o equipamento de regulação profissional, sob a responsabilidade do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, com sua estrutura capilarizada, detém as prerrogativas de propositura das bases legais e regulamentadoras da prática profissional. Em perspectiva de diálogo com a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), juntos poderão, com mais força, dialogar com o Ministério da Saúde (MS), com a Organização Panamericana de Saúde (OPAS), e assim, fazer avançar a proposta de formação do Enfermeiro de Práticas Avançadas (PAE) no Brasil.

Restou evidenciado uma clara incipiência de estudos sobre PAE no Brasil, algo que em alguma medida, fragiliza uma discussão aprofundada da temática.

Ao mapear a produção científica sobre PAE no Brasil, identificando de maneira inequívoca, aspectos de sua caracterização, e da formação profissional necessária, o presente estudo contribui com subsídios para auxiliar as instituições formadoras e regulamentadoras na tomada de suas respectivas decisões, no contexto da realidade brasileira.

CONCLUSÃO

A reflexão mais contundente que se pode depreender da análise dos estudos sobre práticas avançadas de enfermagem no Brasil, é que as mesmas poderão vir a ser importante potencial de ampliação do acesso de usuários aos serviços de saúde, e de qualidade da assistência em saúde e enfermagem. Outra reflexão é que o robusto equipamento de formação pós-graduada para enfermeiros no nível stricto sensu, ampliado pela modalidade profissional, refletido na atualidade, no conhecimento científico dos enfermeiros, e nas transformações do seu processo de trabalho, são condições objetivas necessárias para o estabelecimento da meta de implantação da PAE no país. Além disso, o mapeamento realizado oferece uma visão atualizada da produção sobre PAE, contribuindo para reflexões sobre seu reconhecimento no país.

Contribuições

Concepção e/ou desenho do estudo: EMP, BMFBP, SMSBL, HFG; Coleta, análise e interpretação dos dados: EMP, BMFBP, SMSBL, HFG; Redação e/ou revisão crítica do manuscrito: BMPS, LPBB, MCNS, NPF; Aprovação da versão final a ser publicada: EMP, BMFBP, SMSBL, HFG, BMPS, LPBB, MCNS, NPF.

REFERÊNCIAS

- Oliveira JL, Toso BR, Matsuda LM. Advanced practices for care management: reflections on the Brazilian Nursing. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(4):2060-5.
- International Council of Nurses (ICN). Nurse practitioner/advanced practice nurse: definition and characteristics. Genebra: ICN; 2009 [cited 2016 May 12]. Available from: <https://international.aanp.org/Practice/APNRoles>
- Olimpio JA, Araújo JN, Pitombeira DO, Enders BC, Sonenberg A, Vitor AF. Prática Avançada de Enfermagem: uma análise conceitual. *Acta Paul Enferm.* 2018;31(6):674-80.
- Brasil. Ministério da Educação. Portaria nº 389 de 23 de março de 2017. Dispõe sobre o mestrado e doutorado profissional no âmbito da pós-graduação stricto sensu. Brasília (DF): Ministério da Educação; 2017[citado 2020 Ago 30]. Disponível em: <http://abmes.org.br/arquivos/legislacoes/Port-MEC-389-2017-03-23.pdf>
- Miranda Neto MV, Rewa T, Leonello VM, Oliveira MA. Advanced practice nursing: a possibility for Primary Health Care? *Rev Bras Enferm.* 2018;71(suppl 1):716-21.
- Vitor AF. Perspectivas da prática avançada de enfermagem no Brasil e no mundo. *Online Braz J Nurs.* 2018;17(1):1-4.
- Souza BM, Salviano CF, Martins G. Advanced Practice Nursing in Pediatric Urology: experience report in the Federal District. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(1):223-7.
- Oldenburger D, Cassiani SH, Bryant-Lukosius D, Valaitis RK, Baumann A, Pulcini J, et al. Implementation strategy for advanced practice nursing in primary health care in Latin America and the Caribbean. *Rev Panam Salud Publica.* 2017;41:e40.
- Peduzzi M. Enfermeira de prática avançada na atenção básica. *Rev Baiana Enferm.* 2017;31(4): e24728.
- Cassiani S, Lopez Reyes S, Rosales LK. Fortaleciendo competencias a nivel curricular para facilitar la implementación de Enfermería de Práctica Avanzada en América Latina. *Enferm Univ.* 2016;13(4):199-200.
- Zug KE, Cassiani SH, Pulcini J, Garcia AB, Aguirre-Boza F, Park J. Advanced practice nursing in Latin America and the Caribbean: regulation, education and practice. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2016;24:e2807.
- Cassiani SH, Rosales LK. Iniciativas para a Implementação da Prática Avançada em Enfermagem na Região das Américas [editorial]. *Esc Anna Nery.* 2016;20(4):e20160081.
- Quiroz PA, Toso BR. Advanced Practice Nursing in Latin America and the Caribbean: seeking its implementation. *Rev Bras Enferm.* 2021;74(Suppl 6):e74suppl601.
- Andriola IC, Sonenberg A, Lira AL. A compreensão da prática avançada de enfermagem como um passo à sua implementação no Brasil. *Rev Panam Salud Publica.* 2020;44:e115.
- Mattos-Pimenta CA, Coca KP, Amorim MH, Belasco AG, Gabrielloni MC, Schirmer J. Prática Avançada em Enfermagem na Saúde da Mulher: formação em Mestrado Profissional. *Acta Paul Enferm.* 2020;33:eAPE20200123.
- Cassiani SH, Silva FA. Expanding the role of nurses in primary health care: the case of Brazil [editorial]. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2019;27:e3245.
- Siqueira CL, Dorigan GH, Saidel MG, Cunha MR, Rodrigues AP, Uhlmann DB. Doctor of Nursing Practice: reflexões sobre educação doutoral em Enfermagem. *Rev Min Enferm.* 2019;23:e-1200.

18. Malvestio MA, Behringer LP, Martuchi SD, Fonseca MA, Silva L, Souza EF, Hanszman GC, et al. Enfermagem em Práticas Avançadas no atendimento pré-hospitalar: Oportunidade de ampliação do acesso no Brasil. *Enferm Foco*. 2019;10(6):157-64.
19. Toso BR, Padilha MI, Breda KL. O eufemismo das boas práticas ou a prática avançada de enfermagem. *Esc Anna Nery*. 2019;23(3):e20180385.
20. Ribeiro VS, Garbuio DC, Zamariolli CM, Eduardo AH, Carvalho EC. Simulação clínica e treinamento para as Práticas Avançadas de Enfermagem: revisão integrativa. *Acta Paul Enferm*. 2018;31(6):659-66.
21. Bezerril MS, Chiavone FB, Mariz CM, Sonenberg A, Enders BC, Santos VE. Prática avançada de enfermagem na América Latina e Caribe: análise de contexto. *Acta Paul Enferm*. 2018;31(6):636-43.
22. Cassiani SH, Aguirre-Boza F, Hoyos MC, Barreto MF, Peña LM, Mackay MC, et al. Competências para a formação do enfermeiro de prática avançada para a atenção básica de saúde. *Acta Paul Enferm*. 2018; 31(6):572-84.
23. Institute of Medicine (US). Committee on the Robert Wood Johnson Foundation Initiative on the Future of Nursing, at the Institute of Medicine. *The Future of Nursing: Leading Change, Advancing Health*. Washington (DC): National Academies Press; 2011 [cited 2016 May 12]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24983041/>
24. Souza CJ, Silvino ZR, Souza DF. Análise dos registros de patentes na enfermagem brasileira e sua relação com o mestrado profissional. *Rev Gaúcha Enferm*. 2020;41:e20190358.
25. Brasil. Ministério da Educação. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Diretoria de Avaliação (DAV). Documento de Área. Área 20: Enfermagem. Brasília (DF): CAPES; 2020. Available from: <https://www.gov.br/capes/pt-br/centrais-de-conteudo/enfermagem-pdf>

