

saúde coletiva

ANO 9 • EDIÇÃO 47
JAN/FEV • 2019
ISSN 18063365

Mala Direta Básica
CNPJ 18.590.546/0001-05
DR/SPM/SP
Cliente
MPM COMUNICAÇÃO LTDA

Correios



Aspectos éticos no uso dos protocolos como potencializadores das práticas dos enfermeiros na atenção primária ▪ **Ambiguidade e falatório na relação assistencial: a mulher com câncer de mama e a enfermagem** ▪ Bundles de Cateter venoso Central de Inserção periférica na Prevenção e Controle das Infecções Primária de Corrente Sanguínea ▪ Os estilos de liderança mais utilizados por enfermeiros em uma emergência hospitalar ▪ O Conhecimento do Enfermeiro acerca do Desbridamento em Lesões ▪ **Construção de saberes e práticas em primeiros socorros para profissionais da pré-escola** ▪ O cuidado musical em idosos com Alzheimer em uma instituição de longa permanência ▪ **Avaliação do uso de benzodiazepínicos por idosos que frequentam um ambulatório de atenção à demência** ▪ Estratégias de educação permanente e o desenvolvimento da competência liderança em enfermeiros: uma revisão sistemática ▪ **Adesão de mulheres à realização do exame papanicolau: estratégias de uma clínica da família – RJ** ▪ Perfil de casos notificados de sífilis na mulher gestante e tratamento de seu parceiro no município do Rio de Janeiro, RJ, 2012 a 2016 ▪ **Atuação do Pedagogo em uma Clínica Especializada em Insuficiência Cardíaca: Experiências e Reflexões** ▪ Alterações podais em idosos e quedas: revisão integrativa ▪ Vulnerabilidade de idosos frente às Infecções Sexualmente Transmissíveis ▪ **Preceptoría na estratégia da saúde da família: espaço de compartilhamento de conhecimentos** ▪ Segurança dos pacientes e a participação internacional da enfermagem ▪ **Caracterização da violência brasileira: análise dos dados do DATASUS** ▪ Cuidado integral à saúde da criança no contexto das políticas públicas ▪ **Caracterização dos atendimentos traumáticos no serviço móvel de emergência no município de Ipiatã – Bahia** ▪ Patologias neonatais relacionadas aos extremos de idade reprodutiva: revisão de literatura ▪ **Impacto do treinamento e desenvolvimento de competências dos profissionais da saúde na segurança dos pacientes** ▪ Saúde mental na atenção básica sob a ótica de agentes comunitários de saúde ▪ **Respostas não punitivas ao erro na visão de profissionais da enfermagem: um estudo de caso** ▪ Anticoncepção de Emergência: conhecimento e utilização entre estudantes universitários de diferentes áreas ▪ **Perfil epidemiológico de pacientes adultos e idosos com úlceras venosas no município de Petrópolis** ▪ Escala para avaliação da função sexual de homens com insuficiência cardíaca ▪ **Oficina interativa com idosos: relato de experiência** ▪ Características clínicas de pacientes do núcleo de atenção à saúde da pessoa estomizada: um estudo descritivo ▪ **Motivos que levam a não adesão ao esquema terapêutico da sífilis em gestante: uma revisão integrativa** ▪ A educação em saúde como estratégia de cuidado de enfermagem na atenção básica

Prof. Dr. Sérgio Luis Alves de Moraes Júnior
Editor científico da Revista Saúde Coletiva. Doutor em Biotecnologia em Saúde. Mestre em Reabilitação e Inclusão Social. Especialista em UTI, Urgência e Emergência, Saúde Pública e Docência para o Ensino Superior. Graduação em Enfermagem. Professor Titular na Universidade Anhanguera de São Paulo. Professor na Universidade Nove de Julho. Professor convidado no Centro de Estudos em Enfermagem e Nutrição (CEEN) em convênio com a Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO).

Prof. Dr. Adilson da Costa

Pós-doutor em Dermatologia. Doutor em Dermatologia. Mestre em Dermatologia. Graduação em Medicina. Orientador permanente do Programa de Pós-graduação do Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual de São Paulo (IAMSP), São Paulo.

Prof. Dra. Aline Coelho Macedo Quezadas

Doutorado e Mestrado em Ciências pela USP. Graduação em Fisioterapia. Professora Titular da Universidade Anhanguera.

Prof. Dra. Ana Cristina de Sá

Doutora em Enfermagem. Mestre em Enfermagem. Graduação em Enfermagem, Psicologia e Pedagogia. Vice-Líder do GEPHUS (Grupo de Estudo e Pesquisa em Humanização em Saúde - CNPq), pesquisadora do Grupo de Estudos em Terapias Complementares do CNPq EEUSP; membro do GT COFEN de Terapias Integrativas em Enfermagem.

Prof. Dr. Carlos Leonardo Figueiredo Cunha

Doutor em Saúde Coletiva. Mestre em Saúde Materno Infantil. Especialista em Saúde da Família, Formação pedagógica e planejamento e em Políticas de Saúde. Graduado em Enfermagem. Membro do Conselho Fiscal do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES). Professor Adjunto do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Pará (UFPA).

Prof. Esp. Caroliny dos Santos Guimarães da Fonseca

Mestranda do Curso Bioética e Ética médica na Universidad Europea Del Atlantico-Espanha. Especialista em Gestão em Enfermagem, auditoria em Sistemas de saúde e urgência e emergência. Enfermeira graduada pela Faculdade São Camilo RJ. Experiência em pesquisa nos EUA, Hungria e Portugal.

Prof. Dra. Cláudia Cristina Soares Muniz

Dra. em Ciências pelo Programa de Cardiologia do Instituto do Coração da Faculdade de Medicina da USP. Graduação em Enfermagem. Professora de Graduação e Pós-Graduação da Universidade Nove de Julho.

Prof. Dra. Cristina Helena Costanti Settervall

Doutora e Mestre em Ciências da Saúde. Enfermeira do Conjunto Hospitalar do Mandaquí.

Professora de Ensino Superior na Universidade Nove de Julho.

Prof. Dra. Danila Torres Leite

Doutorado e Mestrado em Ciências (Farmacologia) pela Universidade Federal de São Paulo. Graduação em Biomedicina. Professora titular da Universidade Anhanguera de São Paulo e professora assistente do Centro Universitário São Camilo.

Prof. Dr. Éktor Tsuneo Onishi

Doutor em Medicina. Mestre em Otorrinolaringologia e cirurgia de cabeça e pescoço. Médico. Professor Afiliado da Disciplina de Otolgia e Otoneurologia da Escola Paulista de Medicina - Universidade Federal de São Paulo (EPM-UNIFESP).

Dra. Gisela Cardoso Ziliotto

Doutora e mestre em Ciências. Residência em Enfermagem psiquiátrica e saúde mental. Graduada em enfermagem. Membro do Grupo de Estudo e Pesquisa Interdisciplinar em Saúde Mental (GEPISM).

Prof. Dr. Gustavo Alves Andrade dos Santos

Doutor em Biotecnologia em Saúde. Mestre em Farmácia. Especialista em Farmácia Hospitalar. Membro do ISTAART (Alzheimer's Association International Society to Advanced Alzheimer's Research and Treatment). Professor e coordenador do curso de Pós-Graduação em Farmacologia Clínica no SENAC.

Prof. Msc. Luir José Ruaro Filho

Mestre em Obstetrícia pela Universidade de São Paulo. Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia pelo Hospital Estadual do Ipiranga. Título de Especialista pela Sociedade Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. Graduação em Medicina pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná. CRM 127919. Preceptor da Residência Médica de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Estadual do Ipiranga.

Prof. Msc. Madson Douglas Ribeiro Sousa

Mestrado em Cirurgia Experimental e Técnica Cirúrgica. Residência Médica em Cirurgia Geral e Cirurgia Plástica. Graduado em Medicina. Membro do Colégio Brasileiro de Cirurgia; Sociedade Brasileira de Laser em Medicina e Cirurgia; Sociedade Brasileira de Cirurgia Minimamente Invasiva e Robótica; Associação Paulista de Medicina. Coordenador técnico da área de Estética, Emagrecimento e Cirurgia Plástica na Clínica Instituto Amazônia de Saúde e Bem Estar.

Prof. Dr. Marcelo Channes

Doutor em Ciências. Mestre em Enfermagem. Especialista em Administração Hospitalar. Graduado em Enfermagem. Diretor da MARCELO CHANES Evoluindo Talentos. Diretor e Presidente do Comitê de Educação e Pesquisa da NANDA International. Revisor ad hoc das Revistas Computers & Education, Nurse Education Today e International Journal of Nursing Knowledge.

Prof. Dra. Maria Cristina Marcucci Ribeiro

Pós-doutora no Núcleo de Medicina e Cirurgia Experimental. Doutora em Ciências. Possui graduação em Química. Tem colaborações com pesquisadores internacionais como o Institute of Organic Chemistry with Centre of Phytochemistry (BAC, Sofia, Bulgária), Universidade de Beijing (China) e Universidade de Marchè (Ancona, Itália). É membro do grupo de trabalho em espectrometria de massas do Laboratório Thomson (IQ-Unicamp). É membro da Câmara Técnica de Fitoterápicos da ANVISA.

Prof. Dra. Maria Helena de Agrela Gonçalves Jardim

Pós-doutorado em Saúde Coletiva. Doutora em Desenvolvimento e Intervenção Psicológica e em Ciências em Enfermagem. Mestre em Ciências de Enfermagem e em Planificação, Desenho e Investigação em Serviços Sociais. Especialista em Educação Intercultural, Psicologia aplicada ao Ensino e em Saúde Pública. Coordenadora e docente na Universidade da Madeira - Escola Superior de Saúde em Portugal.

Prof. Dra. Renata de Jesus Teodoro

Pós doutora em saúde pública FSPUSP. Doutora em ciências UNIFESP. Mestre em ciências UNIFESP. Especialista em terapia intensiva e Pneumologia. Graduação em Fisioterapia. Profa. Titular da Universidade Anhanguera de SP. Profa. Convidada dos cursos de Pós-graduação da Pontifícia Universidade Católica de Goiás e Universidade Estácio de Sá.

Prof. Dra. Renata Coelho Scharlach

Doutora em Ciências. Fonoaudióloga. Docente do Departamento de Fonoaudiologia da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC.

Prof. Dra. Rosângela Elaine Minéo Biagolini

Doutora em Enfermagem pela USP. Mestre em Ciências da Saúde pela USP. Enfermeira pela USP. Enfermeira na Supervisão de Vigilância Epidemiológica (SUVIS). Professor na Universidade Nove de Julho. e-mail: romineo@uni9.pro.br

Prof. Dr. Thiago Moura de Araújo

Doutor e Mestre em Enfermagem. Especialista em Enfermagem Dermatológica e em Estomatoterapia. Graduação em Enfermagem. Professor da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB). Pesquisador na área da saúde do adulto, cuidados com feridas, doenças crônicas, tecnologias em saúde e cuidados à pacientes em situação crítica.

Prof. Dra. Vanessa Ribeiro Neves

Doutora em Ciências. Enfermeira. Professora Adjunta do Departamento de Administração em Serviços de Saúde e Enfermagem da EPE-UNIFESP.

Dra. Valnice de Oliveira Nogueira

Doutora em ciências. Mestrado em enfermagem saúde do adulto. Graduada em enfermagem.

11º

congresso **Nursing** BRASILEIRO

2º Congresso Internacional Saúde Coletiva
2º Congresso Internacional Feridas

SÃO PAULO



26 E 27 DE SETEMBRO DE 2019

WWW.REVISTANURSING.COM.BR/CONGRESSO

Realização



Patrocínio ouro



Apoio



Patrocínio





EDITORA MPM COMUNICAÇÃO

Av. Yojiro Takaoka, 4384, Sl. 705
Conjunto 5209, Santana do Parnaíba - SP
Cep: 06541-038
Tel: +55 (11) 4152-1879

PUBLISHER

Maria Aparecida dos Santos
maria.aparecida@mpmcomunicacao.com.br

EDITOR CIENTÍFICO

Prof. Dr. Sérgio Luis Alves de Morais Júnior

Imagem da Capa: Ilustrativa/CanstockPhoto

1075 | NORMAS DE PUBLICAÇÃO

1076 | EDITORIAL

Aspectos éticos no uso de protocolos como potencializadores das práticas dos enfermeiros

ARTIGOS CIENTÍFICOS

1077 | Aspectos éticos no uso dos protocolos como potencializadores das práticas dos enfermeiros na atenção primária

Ethical aspects in the use of protocols as potentialists of nursing practices in primary care

Aspectos éticos en el uso de los protocolos como potencializadores de las prácticas de los enfermeros en la atención primaria

1084 | Ambiguidade e falatório na relação assistencial: a mulher com câncer de mama e a enfermagem

Ambiguity and talking in care relationship: woman with breast cancer and nursing

Ambigüidad y falatório en la relación asistencial: la mujer con cáncer de mama y la enfermería

1089 | Bundles de Cateter venoso Central de Inserção periférica na Prevenção e Controle das Infecções Primária de Corrente Sanguínea

Bundles of central venous catheter insertion in the prevention and control of primary bloodstream infections

Bundles de cateter venoso central de inserción periférica en la prevención y control de las infecciones primarias de corriente sanguínea

1094 | Os estilos de liderança mais utilizados por enfermeiros em uma emergência hospitalar

The leadership styles most used by nurses in a hospital emergency

Los estilos de liderazgo más utilizados por los enfermeros en una emergencia hospitalaria

1101 | O Conhecimento do Enfermeiro acerca do Desbridamento em Lesões

Nurses knowledge about debridement in lesions

El conocimiento del enfermero sobre el desbridamiento en lesiones

1106 | Construção de saberes e práticas em primeiros socorros para profissionais da pré-escola

Construction of first aid knowledge and practice for pre-school professionals

Construcción de saberes y prácticas en primeros auxilios para profesionales de la pré escuela

EVENTOS

atendimento@mpmcomunicacao.com.br

ATENDIMENTO AO ASSINANTE

atendimento@mpmcomunicacao.com.br

ENVIO DE ARTIGOS

artigo@mpmcomunicacao.com.br

ASSINATURAS

assinaturas@mpmcomunicacao.com.br / (11) 4152-1879

- 1112** | **O cuidado musical em idosos com Alzheimer em uma instituição de longa permanência**
The musical care in elderly with Alzheimer in a long-stay institution
El cuidado musical en los idosos con Alzheimer en una institución de larga permanencia
- 1118** | **Avaliação do uso de benzodiazepínicos por idosos que frequentam um ambulatório de atenção à demência**
Evaluation of the use of benzodiazepine by elderly people that frequent an outpatient care for dementia
Evaluación del uso de benzodiazepínicos por idosos que frecuen un ambulatorio de atención a la demencia
- 1124** | **Estratégias de educação permanente e o desenvolvimento da competência liderança em enfermeiros: uma revisão sistemática**
Stragedies for continuing education and the development of leadership competence in nurses: a systematic review
Estrategias de educación permanente y el desarrollo de la competencia liderazgo en enfermeros: una revisión sistemática
- 1130** | **Adesão de mulheres à realização do exame papanicolau: estratégias de uma clínica da família - RJ**
Women's compliance to the pap test: strategies of a family clinic – Rio de Janeiro
Adherencia de las mujeres a la prueba de citología vaginal: estrategias de una clínica familiar – Rio de Janeiro
- 1135** | **Perfil de casos notificados de sífilis na mulher gestante e tratamento de seu parceiro no município do Rio de Janeiro, RJ, 2012 a 2016**
Notificación de sífilis en gestantes y tratamiento del socio en el municipio del Río de Janeiro
Notification of syphilis in pregnant women and treatment of their partners in the municipality of Rio de Janeiro.
- 1140** | **Atuação do Pedagogo em uma Clínica Especializada em Insuficiência Cardíaca: Experiências e Reflexões**
The work of pedagogues in a heart failure specialized clinic: experiences and reflections
Actuación del pedagogo en una clínica especializada en insuficiencia cardíaca: experiencias y reflexiones
- 1145** | **Alterações podais em idosos e quedas: revisão integrativa**
Foot changes in elderly people and falls: an integrative review
Alteraciones en los pies de ancianos y caídas: revisión integrativa

- 1153** | **Vulnerabilidade de idosos frente às Infecções Sexualmente Transmissíveis**
Vulnerability of the elderly to sexually transmitted infections
Vulnerabilidad de ancianos frente a las infecciones sexualmente transmisibles
- 1163** | **Preceptoria na estratégia da saúde da família: espaço de compartilhamento de conhecimentos**
Preceptoría en la estrategia de la salud de la familia: espacio de compartir de conocimientos
Preceptory in family health strategy: a knowledge sharing space
- 1168** | **Segurança dos pacientes e a participação internacional da enfermagem**
Patient safety and the international participation of nursing
Seguridad del paciente y la participación internacional de enfermería
- 1173** | **Caracterização da violência brasileira: análise dos dados do DATASUS**
Characterization of brazilian violence: analysis of DATASUS
Caracterización de la violencia brasileña: análisis de los datos del DATASUS
- 1179** | **Cuidado integral à saúde da criança no contexto das políticas públicas**
Comprehensive care of children's health in the context of public policies
Cuidado integral a la salud del niño en el contexto de las políticas públicas
- 1184** | **Caracterização dos atendimentos traumáticos no serviço móvel de emergência no município de Ipiaú - Bahia**
Characterization of the traumatic care by mobile emergency service in the municipality of Ipiaú - Bahia
Caracterización de atendimentos traumáticos en el servicio móvil de emergencia en el municipio de Ipiaú - Bahia
- 1188** | **Patologias neonatais relacionadas aos extremos de idade reprodutiva: revisão de literatura**
Neonatal pathologies related to the reproductive age of extreme: literature review
Patologías neonatales relacionadas a los extremos de edad reproductiva: revisión de literatura
- 1194** | **Impacto do treinamento e desenvolvimento de competências dos profissionais da saúde na segurança dos pacientes**
Impact of skills training and development of health professionals on patient safety
Impacto del entrenamiento y desarrollo de competencias de los profesionales de la salud en la seguridad de los pacientes
- 1202** | **Saúde mental na atenção básica sob a ótica de agentes comunitários de saúde**
Mental health in the primary health care under the optics of community health agents
Salud mental en la atención primaria a la salud bajo la óptica de agentes comunitarios de salud

- 1209** | **Respostas não punitivas ao erro na visão de profissionais da enfermagem: um estudo de caso**
Non-Punitive Responses to Error in the View of Nursing Professionals: A Case Study
Respuestas no punitivas al error en la visión de profesionales de la enfermería: un estudio de caso
- 1214** | **Anticoncepção de Emergência: conhecimento e utilização entre estudantes universitários de diferentes áreas**
Emergency Contraception: knowledge and use among college students from different areas
Anticoncepción de Emergencia: conocimiento y utilización entre estudiantes universitarios de diferentes áreas
- 1221** | **Perfil epidemiológico de pacientes adultos e idosos com úlceras venosas no município de Petrópolis**
Perfil epidemiológico de adultos y ancianos portadores de úlceras venosas en el municipio de Petrópolis.
Epidemiological profile of adults and elderly patients with venous ulcers in the city of Petrópolis.
- 1231** | **Qualidade de vida e sintomas de depressão em idosos na comunidade**
Quality of life and symptoms of depression in elderly in the community
Calidad de vida y síntomas de depresión en idosos en la comunidad
- 1236** | **Escala para avaliação da função sexual de homens com insuficiência cardíaca**
Scale for evaluation of the sexual function of men with heart failure
Escala para evaluación de la función sexual de hombres con insuficiencia cardiaca
- 1243** | **Oficina interativa com idosos: relato de experiência**
Interactive workshop with elderly: experience report
Oficina interactiva con idosos: relato de experiencia
- 1248** | **Características clínicas de pacientes do núcleo de atenção à saúde da pessoa estomizada: um estudo descritivo**
Características clínicas de pacientes del núcleo de atención de la salud de la persona estomizada
Clinical characteristics of patient in healthcare of people with ostomies
- 1255** | **Motivos que levam a não adesão ao esquema terapêutico da sífilis em gestante: uma revisão integrativa**
Reasons that take compliance to the therapeutic diagram of syphilis in pregnant: an integrative review
Motivos que levam a no adhesión al esquema terapéutico de la sífilis en gestante: una revisión integrativa
- 1264** | **A educação em saúde como estratégia de cuidado de enfermagem na atenção básica**
Health education as a strategy for basic care nursing care
La educación en salud como estrategia de cuidado de enfermería en la atención básica

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO

A **Revista Saúde Coletiva**, tem por objetivo a divulgação de assuntos na área de Saúde Coletiva, colaborando, assim, com o desenvolvimento técnico-científico dos profissionais. **Para o envio para apreciação do conselho científico com possível publicação posterior na Revista Saúde Coletiva, o trabalho deverá atender às seguintes normas:**

01

Devem ser enviados para **artigo@mpmcomunicacao.com.br**, acompanhados de solicitação para publicação e de termo de cessão de direitos autorais assinados pelos autores.

02

Um dos autores deve ser profissional de enfermagem. Será cobrado após aprovação do estudo um valor de **R\$600,00 por artigo publicado**.

03

Os autores devem checar se os **descritores utilizados no artigo constam no DeCS** (Descritores em Ciências da Saúde).

04

Não ter sido enviado e nem publicado em **nenhuma outra fonte nacional**.

05

Ter no máximo **10 páginas de texto**, incluindo resumo (português, inglês e espanhol – inclusive título do artigo), com **até 19 mil caracteres** com espaços, ilustrações, diagramas, gráficos, esquemas, referências bibliográficas e anexos, com espaço entrelinhas de 1,5 cm, margem superior de 3 cm, margem inferior de 2 cm, margens laterais de 2 cm e letra arial tamanho 12 em todo o texto. Os originais deverão ser encaminhados em formato Word para o e-mail **artigo@mpmcomunicacao.com.br** e aguardar retorno por e-mail.

06

Caberá à redação julgar o excesso de ilustrações, suprimindo as redundantes. A ela caberá também a adaptação dos títulos e subtítulos dos trabalhos, bem como o copidesque do texto, com a finalidade de **uniformizar a produção editorial**.

07

As referências bibliográficas deverão estar de acordo com os requisitos uniformes para manuscritos apresentados às revistas médicas elaborado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (**Estilo Vancouver**).

08

Evitar siglas e abreviaturas. Caso necessário, deverão ser precedidas, na primeira vez, do nome por extenso. Solicitamos destacar frases ou pontos-chave. Explicitar os uni termos.

09

Conter, no fim, o endereço completo do(s) autor(es), e-mail e telefone(s) e, no rodapé, a função que exerce(m), a instituição a que pertence(m), títulos e formação profissional. Pode conter **para cada estudo até 06 (seis) autores**.

10

Não será permitida a inclusão no texto de nomes comerciais de quaisquer produtos. Quando necessário, **citar apenas a denominação química ou a designação científica**.

11

O Conselho Científico pode efetuar eventuais correções que julgar necessárias, sem, no entanto, alterar o conteúdo do artigo.

12

O original do artigo não aceito para publicação **será devolvido** ao autor indicado, **acompanhado de justificativa** do Conselho Científico.

13

O conteúdo dos artigos é de exclusiva responsabilidade do(s) autor(es).

Os trabalhos publicados terão seus direitos autorais resguardados pela **Editora MPM Comunicação LTDA**. e só poderão ser reproduzidos com autorização desta.

14

Os trabalhos deverão **preservar a confidencialidade**, respeitar os **princípios éticos** da pesquisa e trazer a **aceitação do Comitê de Ética em Pesquisa** (Resolução CNS – 466/12), quando se tratar de pesquisa com seres humanos.

15

Ao **primeiro autor do artigo** serão enviados dois exemplares desta revista.

16

Caso os autores possuam **fotos que possam ilustrar o artigo**, a Revista Saúde Coletiva agradece a colaboração, esclarecendo que as mesmas serão devolvidas após a publicação.

17

Os trabalhos, bem como qualquer correspondência, deverão ser enviados para: **REVISTA SAÚDE COLETIVA – A/C DO CONSELHO CIENTÍFICO**, Av. Dr. Yojiro Takaoka, 4384, Sala 705, Conjunto 5209 - Alphaville - Santana do Parnaíba - CEP: 0654 1-038.

ASPECTOS ÉTICOS NO USO DE PROTOCOLOS COMO POTENCIALIZADORES DAS PRÁTICAS DOS ENFERMEIROS



Prof. Dr. Sérgio Luis Alves de Moraes Júnior

Doutor em Biotecnologia em Saúde. Mestre em Reabilitação e Inclusão Social. Especialista em UTI, Urgência e Emergência, Saúde Pública e Docência para o Ensino Superior. Graduação em Enfermagem. Professor na Universidade Nove de Julho (UNINOVE). Professor convidado no Centro de Estudos em Enfermagem e Nutrição (CEEN) em convênio com a Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO). Editor Científico da Revista Saúde Coletiva Barueri - São Paulo.

Prezados leitores, sejam bem-vindos a mais uma edição da Revista Saúde Coletiva (Barueri)! Nesta são apresentados estudos diversos sobre assuntos de interesse coletivo aos pesquisadores da área da saúde, principalmente os que atuam na Enfermagem, bem como a equipe multiprofissional, aos estudantes e as pessoas em geral que querem conhecer mais sobre assuntos atuais.

Chamo a atenção de todos para o artigo de capa, o qual trata de uma questão fundamental e atual: “aspectos éticos no uso de protocolos nas práticas dos enfermeiros na Atenção Primária”. Tendo a Atenção Primária o local que o enfermeiro possui maior autonomia, muitas são as discussões e conflitos envolvidos em sua atuação, incluindo acusações sobre o exercício ilegal da profissão.

A criação de protocolos no cuidado à saúde possui o objetivo de organizar, sistematizar e padronizar atividades profissionais,

sejam gerenciais ou assistenciais, orientar o cuidado, além de firmar um mecanismo de redução de conflitos e legitimação das atividades dos profissionais de acordo com a Legislação do Exercício Profissional e Código de Ética da Profissão¹.

Muitos são os protocolos elaborados pelo Ministério da Saúde na atuação do enfermeiro na Atenção Primária, porém, ainda existe a necessidade de protocolos locais, seja por regionalização e por instituição, aplicando de forma adequada as ações dos profissionais de acordo com a dada realidade, com o que são e o que realmente precisam.

Mais importante que a criação de protocolos e diretrizes nas instituições são o treinamento e a divulgação que devem ocorrer com os integrantes da respectiva unidade, tais quais passam a ser considerados como normas e cabe à toda a equipe o cumprimento do estabelecido^{2,3}.

Além do respaldo que os protocolos ga-

rantem ao enfermeiro, subsidiam a tomada de decisão, proporcionam uma atuação crítico-reflexiva, são uma segurança do profissional e firmam a sua autonomia. Também garantem uma assistência de qualidade com minimização de erros e custos e melhoram a comunicação entre a equipe multidisciplinar, por isso devem ser considerados instrumentos indispensáveis para sua atuação.

A organização das ações no ambiente laboral de Saúde é baseada em aspectos éticos, bioéticos e de conhecimento técnico-científico. Os protocolos são necessários e precisam ser utilizados da melhor forma possível por todos, garantindo assim o bom desenvolvimento do trabalho em equipe e a qualidade da assistência.

Desta forma, deixo esse texto para reflexão de todos e os convido a ler este interessante estudo, bem como os outros que tratam de temáticas diversas de interesse coletivo.

Boa leitura a todos! ■

REFERÊNCIAS

1. Alves KYA, Salvador PTCO, Tourinho FSV, Santos VEP. Análise do conceito “protocolos de enfermagem” a partir da visão evolucionária de Rodgers. Revista de Enfermagem UFPE On Line [Internet] 2014 [acesso em 01 mar 2019]; 8(1):177-82. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/9622>.

2. Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro (COREN-RJ). Prefeitura e Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Coordenação de Saúde da Família. Protocolos de Enfermagem na atenção

primária à saúde / Prefeitura, Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil, Subsecretaria Geral Rio de Janeiro: Prefeitura, 2012 [acesso em 01 mar 2019]. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/4446958/4111921/enfermagem.pdf>.

3. Pimenta CAM, Pastana ICASS, Sichieri K, Solha RKT, Souza W. Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem. Coren-SP. São Paulo; 2015. [acesso em 01 mar 2019]. Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/Protocolo-web.pdf>.

Aspectos éticos no uso dos protocolos como potencializadores das práticas dos enfermeiros na atenção primária

RESUMO

Objetivou-se analisar os aspectos éticos relacionados aos protocolos como potencializadores das práticas dos enfermeiros na Atenção Primária. Participaram 14 enfermeiros que atuaram no processo de construção dos protocolos na região metropolitana do Rio de Janeiro- RJ. O estudo é descritivo, de abordagem qualitativa. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada, depoimento, formulário e pesquisa em fontes documentais. Por meio da Análise temática de Conteúdo, emergiram as seguintes categorias: 1- Aspectos éticos relativos ao uso dos protocolos e; 2-Protocolos como potencializadores das práticas dos enfermeiros. O protocolo assistencial foi percebido como um apoio aos enfermeiros nos conflitos de ordem ética e profissional, como forma de legitimação da ação dos profissionais na APS, e no enfrentamento de dificuldades do exercício profissional.

DESCRITORES: avaliação em enfermagem; atenção primária à saúde; enfermagem de atenção primária.

ABSTRACT

The aim was to analyze the ethical aspects related to the protocols as boosters of nursing practices in Primary Care. The participants were 14 nurses who worked on the protocol's construction process in the metropolitan area of Rio de Janeiro - RJ. The study was descriptive, with a qualitative approach. Data were collected through semi-structured interview, testimony, form and research in documentary sources. Through the Thematic Content Analysis, the following categories emerged: 1 - Ethical aspects related to the use of protocols and; 2-Protocols as potentiators of nurses' practices. The care protocol was perceived as a support to nurses in ethical and professional conflicts, as a way of legitimizing the professionals' action in PHC, and in coping with difficulties in the professional practice.

KEYWORDS: nursing evaluation; primary health care; primary care nursing.

RESUMEN

Se objetivó analizar los aspectos éticos relacionados a los protocolos como potencializadores de las prácticas de los enfermeros en la Atención Primaria. Participaron 14 enfermeros que actuaron en el proceso de construcción de los protocolos en la región metropolitana de Río de Janeiro- RJ. El estudio es descriptivo, de abordaje cualitativo. Los datos fueron recolectados por medio de entrevista semiestruturada, testimonio, formulario e investigación en fuentes documentales. Por medio del Análisis temático de Contenido que emergieron las siguientes categorías: 1- Aspectos éticos relativos al uso de los protocolos y; 2-Protocolos como potencializadores de las prácticas de los enfermeros. El protocolo asistencial fue percibido como un apoyo a los enfermeros en los conflictos de orden ético y profesional, como forma de legitimación de la acción de los profesionales en la APS, y en el enfrentamiento de dificultades del ejercicio profesional.

PALABRAS CLAVE: evaluación en enfermería; atención primaria a la salud; enfermería de atención primaria.

Márcia Cristina Cid Araújo

Mestre em Enfermagem pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Brasil.

Sonia Acioli

Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Brasil.

Mercedes Neto

Doutora em Ciências pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Brasil.

Juliana Roza Dias

Doutoranda em Enfermagem pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Brasil.

**Gláucia Bohusch**

Mestranda da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Brasil.

INTRODUÇÃO

Com a expansão da cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil e nas regiões metropolitanas do estado do Rio de Janeiro, houve a demanda pelo protagonismo dos profissionais de enfermagem, em particular do enfermeiro. Estratégias para a qualificação das práticas de cuidado da enfermagem no campo da Atenção Primária à Saúde é uma preocupação crescente dos profissionais, no que tange as questões relativas à segurança do fazer da enfermagem e da autonomia profissional diante aos novos desafios para a atuação do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde (APS).

A Lei do Exercício Profissional de Enfermagem, Lei n.º 7.498/86¹, regulamentada pelo Decreto n.º 94.406/87², garante aos enfermeiros as funções privativas (artigo 11, §I), dentre elas, a consulta de enfermagem (alínea i), a prescrição da assistência de enfermagem (alínea j), e o §II, alínea c, prevê ao enfermeiro, como integrante da equipe de saúde, “a prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela Instituição de Saúde”. A prescrição de medicamentos e a solicitação de exames são desenvolvidas no âmbito da consulta de enfermagem, no contexto da assistência integral à saúde do indivíduo.

No entanto, a Enfermagem ao longo dos anos vem combatendo diversos desafios para a implementação de suas práticas de acordo com a lei do exercício profissional. Os enfermeiros são frequentemente acossados pelas entidades médicas que se concentram na defesa de seu mercado de trabalho e do controle da sociedade via medicalização, combatendo o novo modelo da ESF e os profissionais que o exerciam com maior autonomia e interesse na consolidação de novas práticas.

Desde 1997, os Conselhos Regionais de Medicina (CRM) de todo o país e o Conselho Federal de Medicina (CFM), publicam diversas resoluções que centraliza as ações em saúde nas mãos dos médi-



Crédito: Projetado por Can Stock Photo

cos, com redução da autonomia dos outros profissionais de saúde e grandes prejuízos à saúde da população.

Em meados de 1998, o Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro (CREMERJ) publicou a Resolução n.º 121/98(3), que considerava todas as ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação e todas as alterações psíquicas e físicas decorrentes de tais situações como “ato médico” e privativo dos profissionais médicos, e as demais atividades de assistência à saúde constituíam complemento à prática médica. Esta resolução não produzia efeito jurídico e legal para os outros

profissionais, mas fomentava os conflitos e desentendimentos entre eles.

A partir de 2008, esta discussão teve início no COREN/RJ por diferentes caminhos marcados pela busca dos enfermeiros (que são titulares da autarquia) por apoio e referendo para o exercício profissional, visto que eram, por vezes, questionados por gestores e outros profissionais da área de saúde, gerando conflitos entre enfermeiros e membros da equipe.

Constrangimentos e acusações de exercício ilegal eram lançados sobre os enfermeiros que desenvolviam sua prática profissional legítima, principalmente aqueles

que atuavam na ESF e na assistência obstétrica, áreas de maior autonomia profissional do enfermeiro e objeto de disputa e dominação do modelo medicalizador.

Sendo assim, diferentes grupos de enfermeiros tinham como proposta a criação de um Protocolo Assistencial para Enfermeiros na Atenção Primária à Saúde que norteasse a assistência e assegurassem a autonomia deste profissional.

Os protocolos de cuidado à saúde se destacam no cenário de interconexão entre prática e a pesquisa, sendo instrumentos que orientam o cuidado, norteando “fluxos, procedimentos clínicos e condutas”, potencializando os resultados assistenciais de qualidade, fortalecendo a estrutura científica da enfermagem, e contribuindo para a autonomia profissional⁴.

Definimos como questão norteadora desse estudo: Quais aspectos éticos contidos nos protocolos que potencializam as práticas dos enfermeiros na Atenção Primária?

Para tanto, o objetivo deste artigo é analisar os aspectos éticos relacionados aos protocolos como potencializadores das práticas dos enfermeiros na Atenção Primária.

METODOLOGIA

O presente artigo busca apresentar resultados parciais da dissertação de mestrado cuja temática aborda a construção compartilhada de protocolos de enfermagem nas regiões metropolitanas do Estado do Rio de Janeiro, tendo como objetivo analisar as repercussões do processo de construção coletiva do protocolo nas práticas de cuidado dos enfermeiros.

O estudo é descritivo, de abordagem qualitativa, tendo utilizado para coleta de dados a entrevista semiestruturada com catorze enfermeiros. Os critérios de inclusão foram: Enfermeiros que participaram do processo de construção dos Protocolos regionais das Metropolitanas I e II; que tenham acompanhado a maior parte do processo de construção, tendo estado em pelo menos cinco dos oito encontros regionais; e que aceitaram participar da pesquisa. Foram excluídos do estudo os Enfermeiros

que não participaram do processo de construção dos Protocolos regionais das Metropolitanas I e II.

A coleta dos dados foi realizada no período de agosto a outubro de 2016. A técnica utilizada para o tratamento dos dados foi a análise temática de conteúdo, que fez emergir quatro categorias, sendo um delas a que discutiremos neste artigo denominada “Protocolos assistenciais e Prática profissional: Aspectos éticos relativos ao uso dos protocolos e Protocolos como potencializadores das práticas dos enfermeiros.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), sob o Parecer n.º 1.508.499. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), atendendo a Resolução n.º 466/2012 (5) do Conselho Nacional de Saúde (CNS). A pesquisa não ofereceu riscos ou danos físicos, econômicos ou sociais aos participantes.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Categoria 1- Aspectos éticos relativos ao uso dos protocolos

Emergeu através das falas dos participantes, a relação do protocolo assistencial ao apoio aos enfermeiros nos conflitos de ordem ética e profissional, como forma de legitimação da ação dos profissionais na APS, e dificuldades para o exercício profissional.

[...] Já existem os protocolos do Ministério que falam sobre coisas relacionadas à prática dos enfermeiros e dos profissionais de saúde na atenção básica. Mas acredito que quando se tem um protocolo a nível local, falando da prática daquele profissional e do nível que ele se encontra, acho que legitima e dá segurança para o profissional. Eu acho importante ter os protocolos no nível de atuação destes profissionais. (E 7)

[...]a necessidade que a gente tem por esse protocolo é quase que uma

questão de proteção mesmo. Eu quero que tenha algo que, além de nortear essa minha prática, seja algo que me proteja (...) do paciente, de outra categoria, (...) e de processos de judicialização no futuro (...). É a impressão que eu tenho, que é uma proteção muito contada nas prescrições e solicitações de exames. (E 6)

O aspecto da regionalização aparece como um elemento que fortalece o respaldo ético-profissional no desenvolvimento das ações e assistência de enfermagem.

O profissional de enfermagem responde por toda ação por ele praticada, podendo estar sujeito às penalidades legais e éticas, previstas na Lei do Exercício Profissional (LEP) e Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE).

Segundo a resolução COFEN n.º 311/2007⁶, os protocolos assistenciais devem estar amparados no que dispõe a Lei n.º 7.498/86¹ sobre o Exercício Profissional de Enfermagem e seu Decreto Regulamentador n.º 94.406/87², e atender aos princípios éticos do CEPE. Além disso, devem estar em consonância com o que preconizam as Portarias do Ministério da Saúde n.º 2.488/2011⁷ e n.º 1.625/2007⁸ que dispõem sobre a Política Nacional de Atenção Básica e as atribuições dos profissionais de saúde que nela atuam.

Ao descrever as atribuições específicas dos profissionais enfermeiros, tais portarias estão em acordo com a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem que prevê, entre as atribuições específicas destes profissionais, a “prescrição de medicamentos previamente estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde”.

Desde 1986, há previsão legal, pela Lei n.º 7.498/86¹, para que os enfermeiros desenvolvam as atividades previstas pelas portarias, mas estas ações tiveram maior visibilidade e começaram a ser amplamente executadas pelos enfermeiros e melhor conhecidas pela sociedade a partir da expansão da ESF e dos debates sobre o conteúdo destas portarias ministeriais.

Na Atenção Básica, por envolver o trabalho multiprofissional, a elaboração e pactuação dos protocolos deve ser de responsabilidade dos grupos profissionais envolvidos, e devem ser aprovados pelos responsáveis técnicos de cada profissão e pelo gestor da instituição.

[...] O protocolo é um instrumento que vai dar ao profissional de enfermagem elementos para ajudar mesmo na sistematização [da assistência]; acho que por aí a gente consegue fazer melhor. Melhora a qualidade do trabalho. Tem que ter os “documentos” do COREN e o protocolo de mesa! (E9)

A Resolução COFEN n.º 358/2009⁹, que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem, pressupõe a organização de protocolos, procedimentos e rotinas, cuja organização deve pautar-se no uso das melhores evidências em saúde, tornando possível a operacionalização do processo de trabalho em Enfermagem.

Esta resolução amplia os conceitos de Consulta e da Sistematização da Assistência de Enfermagem, considerados como formas de organização do trabalho profissional. A Sistematização da Assistência de Enfermagem pressupõe a organização de protocolos, procedimentos e rotinas, cuja organização deve pautar-se no uso das melhores evidências em saúde¹⁰.

[...] Como eu tive a experiência do uso do protocolo no município do Rio, eu via que aqui fazia falta (...)o protocolo porque além dos enfermeiros ficarem um pouco perdidos com a ação (...) para você saber o que pode fazer e o que não pode(...). Eu achava importante a gente criar um protocolo para a região, para que todo mundo fizesse igual, (...) estar fazendo, estar participando e que soubessem o que era para ser feito. (E12)

Os protocolos de enfermagem, principalmente os que abrangem os ciclos de

vida, surgiram das demandas institucionais de dar respaldo às ações dos enfermeiros e subsidiar sua prática assistencial na ESF, e procuravam refletir a prática já exercida pelos enfermeiros nas unidades de saúde¹¹.

Os protocolos institucionais, após aprovação, devem ser amplamente divulgados e seus profissionais treinados para seu uso, passam a ter efeito de norma, cabendo a estes o compromisso pelo seu cumprimento^{10,12}.

[...]Eu sinto que falta de um monitoramento da chegada do protocolo na mão dos profissionais. A gente ainda tem uma rotatividade muito grande dos profissionais de enfermagem, aqui no Rio de Janeiro [...] e depois na divulgação desse instrumento [dificuldade]. (E3)

Categoria 2- Protocolos como potencializadores das práticas dos enfermeiros

Foi possível identificar no discurso dos enfermeiros aspectos relacionados às potencialidades dos protocolos como norteadores da assistência de enfermagem e segurança na atuação profissional, contribuindo assim para as dificuldades vivenciadas no exercício profissional. Além disso, os entrevistados relacionaram o uso dos protocolos como potencializador da prática profissional no que tange a tomada de decisão, reflexão crítica em relação à flexibilidade dos protocolos e seus limites para a prática profissional, assim como o papel dos protocolos na organização dos serviços e como apoio à gestão.

Os protocolos surgiram como “norteadores” da ação dos enfermeiros nos depoimentos de 100% dos entrevistados, o que evidenciou que os enfermeiros entendem os conhecimentos técnico-científicos como parte da sua experiência com o usuário, e não a totalidade da sua ação e do seu cuidado.

[...] O protocolo, enquanto documento, eu entendo que ele deva ser um norteador do processo, baseado em experiências já vivenciadas

por um grupo de pessoas (profissionais, obviamente) e também experiências sistematizadas através de estudos, a gente já tem padrões, padrões não determinados, né, mas padrões de condições de alguns casos. E quando eu falo de padrões que não são determinados, [...] eu não acredito que nenhum fenômeno esteja determinado. É tudo baseado em probabilidade. Os padrões, são isso, né? Você observa de que modo isso ocorre e o que se parece e que pode ser reproduzido. [...] seja ele no âmbito das prescrições medicamentosas, das revisões dos exames, ou seja, também em termos de padrões de cuidados para grupos e de casos mais específicos. (Entrevista 6)

Para tanto, os protocolos podem apoiar os enfermeiros nos seus “não saberes”, trazendo maior segurança, norteando as condutas, objetivando a resolutividade das situações previstas e consequentemente contribuir para a sistematização da assistência.

[...] eu leio para saber o que eu tenho que tomar de decisão ou de conduta. Se eu tenho dúvida, eu vou ler, eu vou consultar de como eu tenho que proceder. (Enfermeira 13)

[...] ali [no protocolo] que eu norteava as minhas ações na saúde da família, me ajudava na prática da minha profissão e quando era preceptora para orientar os alunos. Eu me sentia mais segura com aquele protocolo. Não só nos encaminhamentos, mas no direcionamento dos cuidados do paciente. (E3).

Nas ações desenvolvidas na Atenção Básica, os enfermeiros utilizam protocolos como instrumentos de trabalho e entendem estes como facilitadores do processo por subsidiarem as tomadas de decisão, além de proporcionarem uma reflexão

crítica¹³. É na articulação do conhecimento técnico-científico com a prática que os protocolos de enfermagem orientam o cuidado e as condutas clínicas, aumentando a probabilidade de resultados assistenciais de qualidade e garantindo a autonomia profissional⁴.

Atualmente, devido a inúmeras inovações na área da saúde, a tomada de decisão dos enfermeiros necessita estar pautada em princípios científicos, a fim de selecionar a intervenção mais adequada para a situação específica de cuidado¹⁴.

Para tanto, um “modelo” não pode ser visto como algo estanque ou fechado, e sim um norteador para as ações do cuidador¹⁵.

Quando visualizamos tal estrutura de forma flexível, que sofre adaptações conforme a necessidade de ambos, cuidador e o ser cuidado, com o objetivo de promover um cuidado único, específico e ao mesmo tempo com a visão do todo, o modelo de cuidado pode então ser visto como uma tecnologia leve. Ou seja, a aplicação e implementação de um modelo de cuidado pode ser, ao mesmo tempo, uma tecnologia leve-dura e leve¹⁵.

Os modelos de cuidado apresentam-se como tecnologias e possuem potencial para a criação de novas tecnologias, e englobam um conjunto de conhecimentos para qualificar e aprimorar a práxis da enfermagem¹⁵.

Nesse sentido, o protocolo é entendido pelos profissionais como uma ferramenta potencialmente útil para auxiliar na construção cotidiana dos modos de cuidar, auxiliando nas condutas e tomadas de decisão e, ao mesmo tempo, trazendo segurança ao trabalho a ser desenvolvido. Nesse contexto, a consulta de enfermagem é entendida como uma estratégia que possibilita a integralidade de atenção à saúde, e a assistência de enfermagem sistematizada é a forma do profissional organizar e integrar suas ações, permitindo-lhe dirigir seu próprio trabalho, de modo a estabelecer e pactuar objetivos e metas em acordo com a clientela¹⁶.

Por outro lado, os protocolos, ao mesmo tempo em que dão respaldo e segurança, podem tornar o convívio dentro da equipe mais harmonioso, pois permitem

pactuar as ações a serem desenvolvidas, inclusive tornando mais transparentes os limites da prática do enfermeiro.

Quando visualizamos tal estrutura de forma flexível, que sofre adaptações conforme a necessidade de ambos, cuidador e o ser cuidado, com o objetivo de promover um cuidado único, específico e ao mesmo tempo com a visão do todo, o modelo de cuidado pode então ser visto como uma tecnologia leve.

[...] ajuda para mostrar que aquele ali é o caminho, porque às vezes a pessoa acha que você está tirando da cabeça, ainda mais o ACS, né? E o médico também... o olhar dele fica diferente quando você mostra que está embasado, que aquilo ali você pode fazer ou não pode fazer.

(E14)

[...] adequando para a região, que é uma região onde as pessoas tinham muita insegurança para fazer as coisas, muita dificuldade para entender qual era o limite das coisas e qual era o limite da ação dos enfermeiros. (E7)

Outro aspecto apontado como positivo nos protocolos foi a sua contribuição para a organização e gestão do processo trabalho multidisciplinar.

[...] por exemplo, quero pedir um exame de sangue para uma criança que eu suspeito de uma anemia... não há necessidade de marcar essa criança para o médico, esperar uma consulta médica..., eu posso pedir o exame e quando tiver o resultado o médico avaliar e entrar com a medicação. Então, se isso for pactuado no seu município, por exemplo, se onde a pessoa for fazer o exame aceitar o seu carimbo de enfermeiro, é por aí que serve o protocolo. (E1)

O trabalho em equipe caracteriza-se por um grupo de agentes que realizam seu trabalho conjuntamente, constituindo-se em trabalhos conexos, e é um organizador do trabalho coletivo, proposta organizacional da ESF que contribui para uma atenção integral e de qualidade¹⁷. A clareza das atribuições dos profissionais pode facilitar o trabalhar em equipe e organizar os processos de trabalho, auxiliando a integração da equipe na articulação das ações e na interação dos agentes¹⁸.

Na troca de experiências e na pactuação dos protocolos, os enfermeiros da região puderam discutir as possibilidades da assistência de enfermagem a serem desenvolvidas no território, tendo como centro as necessidades regionais e a possibilidade técnica dos profissionais, estabelecendo padrões para a prática.

[...] acho o protocolo de extrema

importância, porque alguns profissionais, perdidos no que pode ou não pode implementar naquela região. Ou: “Ah, porque o município tal pode fazer e no meu não pode?”, “Enfermeiro pode ou não pode fazer tal procedimento?” (...) então tendo esse padrão, (...) é bem melhor para o usuário e para o profissional trabalhar, é mais seguro para todos. (E10)

[...] todos nós discutindo e de locais diferentes, observamos que realmente havia essa necessidade, cada um trabalhava de uma forma diferente e sem saber o que poderia ser feito ou não, percebemos que podíamos melhorar a qualidade do serviço; e que todos estavam perdidos durante muito tempo. (E14)

O saber técnico é apenas um meio e, na construção dos protocolos, percebeu-se que não basta somente adquirir novos conhecimentos, visto que assistir aos usuários envolve bem mais que isso¹⁹.

O saber profissional é, essencialmente, o conhecimento em uso pelos sujeitos em interação, guiados por alguma motivação. Assim, o conhecimento científico não é o saber profissional, mas sim uma de suas fontes. A outra é a experiência prática dos sujeitos em interação social. Portanto, o saber profissional é produto de uma dualidade epistemológica – a ciência e a prática – e de uma dualidade sociocognitiva representada pelas mentes pragmática e analítica²⁰.

A importância do movimento de “desconstrução” e “construção” do conhecimento, que se entende como sabedoria e orientação, no qual a desconstrução deve ser vista como um processo de constante aprendizagem, sendo o processo mais importante do que o produto gerado. Nesse contexto, a busca do conhecimento vai envolver o saber e o pensar, o aprender a aprender e daí emergirem um modo de intervir inovador e ético na prática cotidiana²¹.

Nesse sentido, o protocolo de cuidado

é percebido pelos enfermeiros como uma base científica para auxiliar nas ações e tomadas de decisão, e o processo de discussão e a troca de experiências possibilitou os participantes manifestarem seus saberes e experiências no processo de (re) construção coletiva¹⁹.

Da mesma forma que os entrevistados reconheceram o papel dos protocolos como potencializadores para o cuidado, houve algumas reflexões (62,5%) quanto aos seus limites e riscos. Nos depoimentos abaixo, nota-se a preocupação em relação ao seu uso “burocratizado” e à necessidade de vinculá-los à realidade concreta e à problematização dos seus efeitos e desafios.

[...] A crítica que eu faço é justamente que, às vezes, isso acabava servindo também como um documento que engessa [...] existem alguns padrões técnicos que precisam ser respeitados para se avaliar. Mas existe também uma diferença entre aquilo que a gente pensa como padrão ou uma forma de se fazer para maior parte dos casos e havendo necessidade de adaptação para casos reais. A realidade, enquanto algo concreto, ela não vai se adequar ao protocolo. (E6)

[...]E aí que é o risco que se tem porque acaba que o verdadeiro exercício do profissional enfermeiro, sem dúvida alguma, não vai caber no protocolo, nunca. As ações de enfermagem não caberão ali. Mas elas acabam ficando também esquecidas ou de lado, na atuação, justamente porque se segue o que está previsto no protocolo. (E5)

A organização do trabalho e o estabelecimento de normas e rotinas baseados no modelo biomédico podem apresentar eficiência na abordagem de necessidades orgânicas de pessoas e dos grupos, mas não possuem abrangência para alcançar a singularidade das suas necessidades de saúde. O cuidado em saúde não pode ser protocolado, de forma limitada ou gene-

ralizada, e desarticulada do processo de reprodução social da saúde e da doença²². Há necessidades vividas pelos usuários que são contempladas pelos padrões de assistência coerentes com a lógica dominante da intervenção técnico-assistencial, mas a assistência de enfermagem se processa em ato, no qual algum grau de autonomia dos envolvidos é desejado²². Neste sentido, “mesmo sob a lógica biomédica, a ação em saúde pode ser mais conexa à complexidade das necessidades dos usuários”²².

CONCLUSÃO

Os resultados revelaram que os enfermeiros valorizam os protocolos construídos e entendem estes como um norteador da sua prática de cuidados, importantes para a tomada de decisão, em que os cuidados estruturados atendem às necessidades dos usuários, mas não os consideram como a totalidade da sua prática.

Evidenciaram que a regionalização dos protocolos possibilitou a adequação destes às necessidades de saúde dos territórios onde atuavam, considerando suas experiências, e estimulou a busca conjunta de soluções mais adequadas às suas realidades, favorecendo a segurança e legitimação da assistência de enfermagem na APS, trazendo a legitimação da ação do profissional, não só em relação à segurança do fazer, mas a uma prática profissional amparada na legislação do exercício profissional, atendendo aos princípios éticos, e consonantes com as diretrizes preconizadas pelas portarias ministeriais.

Na literatura pesquisada, os protocolos assistenciais são considerados instrumentos que orientam as ações e promovem a sistematização, auxiliando no processo de trabalho e proporcionando segurança e qualidade no desempenho da assistência de enfermagem. Este estudo corrobora esta visão, pois os relatos dos profissionais envolvidos evidenciaram que os protocolos proporcionam segurança no fazer, apoiam-nos em seus “não saberes”, apontando lacunas no seu conhecimento e, ao mesmo tempo, auxiliando nas condutas e na tomada de decisões e possibilitando a construção cotidiana dos modos de cuidar. ■

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União. 26 jun 1986; Seção 1. p.
2. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Decreto 94.406, de 8 de junho de 1987. Regulamenta Lei n. 7.498/86 que dispõe sobre o exercício da enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial. Brasília, 09 jun 1987. Seção 1, p. 1, fls 8853-5.
3. Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (Cremej) 1998. Ato médico. Jornal do CREMERJ abr. ano XI n. 91:2.
4. Alves KYA, Salvador PTCO, Tourinho FSV, Santos VEP. Análise do conceito "protocolos de enfermagem" a partir da visão evolucionária de rodgers. Revista de Enfermagem UFPE On Line [Internet] 2014 [acesso em: 04 dez. 2018]; 8(1):177-82. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/9622>.
5. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução n.º 466. 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, Diário Oficial da União, 12 dez. 2012.
6. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução n.º 311/2007, de 08 de fevereiro de 2007. Dispõe sobre o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. [resolução na internet]. Diário Oficial da União 2007. [acesso em: 20 mar. 2010] Disponível em: <http://site.portalcofen.gov.br/node/4345>.
7. Ministério da Saúde (BR). Gabinete do Ministro. Portaria n.º 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família - ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 out. 2011.
8. Ministério da Saúde (BR). Portaria n.º 1.625, de julho de 2007. Altera as atribuições dos profissionais das Equipes de Saúde da Família - ESF dispostas na Política Nacional de Atenção Básica [online]. Brasília (DF): MS; 2007 [acesso em: 24 out. 2018]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/grm/2007/prt1625_10_07_2007.html.
9. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução COFEN n 358 de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE - nas Instituições de Saúde Brasileiras. Rio de Janeiro: Conselho Federal de Enfermagem; 2009.
10. Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro (COREN-RJ). Prefeitura e Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Coordenação de Saúde da Família. Protocolos de Enfermagem na atenção primária à saúde / Prefeitura, Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil, Subsecretaria Geral Rio de Janeiro: Prefeitura, 2012 [acesso em: 19 dez. 2018]. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/4446958/4111921/enfermagem.pdf>.
11. Werneck MAF, Faria HP, Campos KFC. Protocolos de cuidado à saúde e a organização do serviço. Belo Horizonte (MG): Coopmed; 2009 [acesso em: 19 dez. 2018]. Disponível em: <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1750.pdf>
12. Pimenta CAM, Pastana ICASS, Sichieri K, Solha RKT, Souza W. Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem. Coren-SP. São Paulo; 2015. [acesso em: 19 dez. 2018]. Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/Protocolo-web.pdf>.
13. Ataka T, Santos de Souza Oliveira L. Utilização dos Protocolos de Enfermagem no Programa de Saúde da Família no Município de São Paulo. Saúde Coletiva [Internet] 2007 [acesso em: 19 dez. 2018]; 3(13):19-24. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=84201304>
14. Pedrolo E, Danski MTR, Mingorance P, Lazzari LSM, Méier MJ, Crozeta K. A prática baseada em evidências como ferramenta para prática profissional do enfermeiro. Cogitare enferm out/dez 2009; 14(4):760-3. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v14i4.16396>
15. Rocha PK, Prado ML, Wal ML, Carraro TE. Cuidado e tecnologia: aproximações através do Modelo do Cuidado. Rev Bras Enferm 2008; 61(1):113-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n1/18.pdf>
16. Barros DG, Chiesa AM. Autonomia e necessidades de saúde na Sistematização da Assistência de Enfermagem no olhar da saúde coletiva. Rev Esc Enferm USP 2007 [citado 2018 dez 20]; 41(Esp):793-8. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/8742/eea1c6a4146cf0a6f3a69dbfd6c255a39e47.Pdf>.
17. Dalla Vecchia M. Trabalho em equipe na atenção primária à saúde: fundamentos histórico-políticos. São Paulo: Cultura Acadêmica; 2012.
18. Perúgio Helena Emília, Bia Aline Gabriela, Lopes Ana Patrícia Araújo Torquato, María Haddad Maria do Carmo Fernandez Lourenço, Peres Aida Maris, Marcon Sonia Silva. Os desafios do trabalho em equipe na estratégia de saúde da família. Esc. Anna Nery [Internet] 2018 [citado 2018 dez 20]; 22(4):e20170372. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452018000400205&lng=en. Epub 02 de agosto de 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0372>.
19. Marcon L. Uma construção coletiva: protocolo de cuidados de enfermagem dos pacientes com traumatismo crânio-encefálico severo internados em unidade de terapia intensiva. Santa Catarina. (Dissertação de Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2002.
20. Ramos MN. O estudo de saberes profissionais na perspectiva etnográfica: contribuições teórico-metodológicas. Educação em Revista [Internet]. 2014 [citado 2018 dez 20]; 30(4):105-125. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/edur/v30n4/06.pdf>.
21. Vale Eucléa Gomes, Lorli Marlena Freitag Pagliuca, Quirino Rêgio Hermilton Ribeiro. Saberes e práxis em enfermagem. Esc. Anna Nery [Internet]. 2009 Mar [citado 2018 dez 20]; 13(1):174-180. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452009000100024&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452009000100024>.
22. Silva AMN, Mandú ENT, Penduzzi M, Miranda EF. Atuação da Enfermagem na Abordagem de Necessidades de Usuários na Estratégia Saúde da Família. Ciênc Cuid. Saúde [Internet]. 2014 [citado 2018 dez 20]; 13(2):193-201. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n4/03.pdf>.

Ambiguidade e falatório na relação assistencial: a mulher com câncer de mama e a enfermagem

RESUMO

Objetiva-se desvelar o sentido da mulher que vivencia o câncer de mama na relação assistencial com a equipe de enfermagem. Trata-se de uma investigação qualitativa de abordagem fenomenológica, segundo referencial teórico-metodológico de Martin Heidegger. Participaram 12 mulheres em seguimento após câncer de mama, entrevistadas no cenário de instituição especializada no tratamento oncológico, no interior de Minas Gerais, nos meses de março e abril de 2013. As mulheres significaram que os profissionais de enfermagem fazem a coisa dar certo, e, sem eles, o tratamento não seria feito. Entretanto, nem todos agem do modo esperado. Imersa no dia a dia, repete o que ouviu outros dizerem, não se apropria devidamente e, dominada pela ambiguidade, pensa já ter compreendido a atuação da enfermagem quando ainda não o fez. Conclui-se que dar voz à mulher permite o acesso as suas individualidades e aponta possibilidades assistenciais direcionadas não ao ente, mas ao ser singular.

Descritores: neoplasias da mama; saúde da mulher; enfermagem.

ABSTRACT

The aim of this study is to unveil the meaning of the woman who experiences breast cancer in the care relationship with the nursing team. It is a qualitative research of phenomenological approach, according to theoretical-methodological reference of Martin Heidegger. Twelve women participated in follow-up after breast cancer, interviewed in the setting of an institution specializing in cancer treatment, in the interior of Minas Gerais, in the months of March and April of 2013. Women meant that nursing professionals do the right thing, and, without them, the treatment would not be done. However, not everyone acts as expected. Immersed in the day-to-day, she repeats what she has heard others say, does not properly appropriate and, dominated by ambiguity, thinks she has already understood the nursing performance when she has not yet done so. It is concluded that giving women a voice allows access to their individualities and points to the possibilities of care directed not to the entity, but to being singular.

Descriptors: breast neoplasms; women's health; nursing.

RESUMEN

Se pretende desvelar el sentido de la mujer que vive el cáncer de mama en la relación asistencial con el equipo de enfermería. Se trata de una investigación cualitativa de enfoque fenomenológico, según referencial teórico-metodológico de Martin Heidegger. En los meses de marzo y abril de 2013, participaron 12 mujeres en seguimiento después del cáncer de mama, entrevistadas en el escenario de institución especializada en el tratamiento oncológico, en el interior de Minas Gerais, en los meses de marzo y abril de 2013. Las mujeres significaron que los profesionales de enfermería hacen la cosa bien, , sin ellos, el tratamiento no se haría. Sin embargo, no todos actúan del modo esperado. En el día a día, repite lo que oyó a otros decir, no se apropia debidamente y, dominada por la ambigüedad, piensa ya haber comprendido la actuación de la enfermería cuando aún no lo ha hecho. Se concluye que dar voz a la mujer permite el acceso a sus individualidades y apunta posibilidades asistenciales dirigidas no al ente, sino al ser singular.

Descriptores: neoplasias de mama; salud de la mujer; enfermería.

Andyara do Carmo Pinto Coelho Paiva

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora MG, Brasil.

Anna Maria de Oliveira Salimena

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora. MG, Brasil.

Ivis Emília de Oliveira Souza

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro. RJ, Brasil.

Maria Carmen Simões Cardoso de Melo

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, MG, Brasil.

Thaís Vasconcelos Amorim

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, MG, Brasil.

INTRODUÇÃO

O câncer de mama feminino no Brasil, no biênio 2018-2019, foi estimado em 60 mil casos novos, mantendo-se como o segundo tipo mais incidente. O diagnóstico acontece ainda em estágios mais avançados, implicando diretamente na qualidade de vida e sobrevida das mulheres¹.

Vislumbra-se os impactos no cotidiano da mulher como a vulnerabilidade à depressão e ao estresse psicológico na fase de reabilitação, pois além das dificuldades de adaptar-se às demandas das atividades domésticas e laborais, o adoecer repercute nas relações com os familiares, amigos e à própria socialização². Algumas limitações são impostas ao cotidiano da mulher com câncer de mama no que se refere às responsabilidades domésticas e à administração de seu próprio cuidado³.

Por isso, sentir-se acolhida, ouvida e apoiada por um profissional de saúde que ampara e oferece as orientações necessárias contribui para um melhor enfrentamento e lhe direciona a cuidar de si⁴.

O cuidado de enfermagem deve transcorrer todas as etapas da doença, do diagnóstico à reabilitação, perpassando todos os níveis de atenção à saúde segundo as necessidades individuais⁵. Observa-se, no entanto, que este cuidado parece limitado às ações de prevenção e detecção precoce, na atenção primária e secundária, e na realização do tratamento na terciária. Embora satisfatório, do ponto de vista biológico, torna-se insuficiente para abarcar a multidimensionalidade do ser-mulher. O reconhecimento das singularidades possibilita que profissionais de enfermagem balizem suas ações para além da técnica e vislumbrem a dimensão existencial.

Portanto, o cuidado de enfermagem em oncologia mamária abarca a necessidade de um saber técnico-científico reconheci-

do pela tradição como essencial para a recuperação. A este deve se agregar o olhar atento para a dimensão subjetiva, que se revela por meio da presença da equipe de enfermagem junto à mulher, encorajando-a a expressar seus sentimentos no intuito de auxiliá-la no ajustamento à nova fase de sua vida⁶.

A construção do estado da arte para fundamentar este estudo indicou que produções científicas têm priorizado a doença com enfoque nos dados epidemiológicos, em inovações tecnológicas e medicamentosas. Assim, este estudo se propôs a ampliar e aprofundar as discussões acerca do fenômeno do cuidado de enfermagem para o ser-aí-mulher no vivido da neoplasia da mama.

É relevante para o profissional entender como os cuidados de enfermagem são compreendidos na ótica de quem vivencia esse fenômeno, a fim de subsidiar suas ações e buscar estratégias assistenciais em consonância com o que é significativo para a mulher em seus modos de ser. Buscou-se nessa perspectiva compreender como a mulher se mostrava no relacionamento assistencial após o diagnóstico de doença oncológica mamária. A fim de alcançar essa compreensão, foi necessário ir ao encontro da mulher a partir do significado expresso por ela que vivenciava a condição de ter câncer de mama.

Com o olhar direcionado à vivência do ser em seu existir no mundo, partiu da questão norteadora: Como a mulher que vivencia o câncer de mama compreende a assistência da equipe de enfermagem? Neste contexto, objetivou-se desvelar o sentido da mulher que vivencia o câncer de mama na relação assistencial com os membros da equipe de enfermagem. Na intenção de desvelar as facetas desse fenômeno, a fenomenologia de Martin Heidegger se abriu como uma possibilidade de buscar a compreensão a partir do ser mulher.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, com abordagem fenomenológica, sustentado no referencial teórico-filosófico-metodológico de Martin Heidegger⁷. A partir dessa abordagem, acreditou-se na possibilidade da mulher se mostrar a partir da sua vivência na doença oncológica mamária. O cenário da pesquisa foi um hospital, no interior de Minas Gerais, referência no atendimento oncológico, de caráter filantrópico e sem fins lucrativos.

Constituíram-se como participantes 12 mulheres na fase de seguimento do tratamento de câncer de mama. Vale salientar que o número de participantes não foi predeterminado, pois, em estudos fenomenológicos buscam-se os significados que são conteúdos qualitativos daquilo que se evidencia nos depoimentos, os quais não são quantificados, e a etapa de campo pode ser concluída pelo conteúdo que responda pelo alcance dos objetivos. Os critérios de inclusão foram pertencer à faixa etária de 18 até 60 anos, residir no município e possuir capacidade cognitiva.

O Projeto de Pesquisa preceitos éticos da Resolução n.º 466/12 foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora (CEP/UFJF), sob o n.º parecer 183.405/2013. Para garantir o anonimato, foi assegurado o uso de codinomes de flores, sendo estas escolhidas pelas entrevistadas (Girassol, Azaleia, Rosa amarela, Rosa vermelha, Alecrim, Margarida, Violeta, Tulipa, Lírio, Rosa branca, Orquídea, Crisântemo). O trabalho de campo ocorreu nos meses de março e abril de 2013, utilizando-se como técnica a entrevista fenomenológica⁸, mediada pela empatia.

Foram formuladas indagações relativas à caracterização das participantes e à entrevista norteadora pela seguinte questão: “Como foi para você o cuidado de enfermagem durante todo o percurso, desde que

você descobriu uma alteração na mama, as consultas, os exames, o tratamento, até o dia de hoje?”. Outro recurso utilizado associado à entrevista fenomenológica foi o diário de campo, de modo a permitir o registro de significados gestuais e sentimentais que não são captados por meio da gravação. Os depoimentos foram gravados em mídia eletrônica e transcritos de maneira fidedigna.

A análise na abordagem de Martin Heidegger aconteceu em dois momentos metódicos⁵: compreensão vaga e mediana, e compreensão interpretativa. Os significados do fenômeno foram apreendidos nas falas das mulheres após escutas e (re) leituras atentas das entrevistas, em busca de distinguir as estruturas ocasionais das estruturas essenciais e compor, com estas, as unidades de significado a partir dos recortes das falas similares. Buscou-se interpretar os sentidos e desvelar facetas do fenômeno que, muitas vezes, não se mostra diretamente, mas se encontra desfigurado ou entulhado ou obscurecido no fato, e, por isso, é preciso desconstruir o “factual para trazer o sentido do ser à luz”⁷.

RESULTADOS

As 12 mulheres apresentaram idade que variou de 40 a 60 anos, sendo oito dependentes casadas, uma divorciada, uma viúva, uma em união estável e uma solteira. A religião católica foi a mais citada, e o nível de escolaridade predominante foi o ensino fundamental incompleto. No concernente à data do diagnóstico da doença, destaca-se uma variação entre os anos 2005 e 2012.

O encontro empático entre o pesquisador, que “coloca em suspensão o seu ser-no-mundo na disposição de ser-com-o-outro”⁸, possibilitou emergir a compreensão dos significados, ou seja, aquilo que o ser mostra diretamente na maioria das vezes e que é factual, denominado no método heideggeriano como compreensão vaga e mediana⁷.

As entrevistadas significaram o cuidado dos profissionais de enfermagem

“[...] diria essencial [...] a médica só prescreve, difícil ter um médico que chegue e abraça, que queira

saber da sua vida. Você está ali querendo desabafar e as meninas da enfermagem têm muito mais disponibilidade e são mais receptivas.” (Lírio)

“[...] além delas atenderem como profissionais, elas ainda conversavam.” (Rosa Amarela)

“[...] acredito que uns 60% do tratamento deu certo foi o cuidado de enfermagem.” (Crisântemo)

“[...] se não tivesse a Enfermagem, não teria feito o tratamento. O médico não faz esse tipo de [risada] [...] a outra parte tem que ir com a Enfermagem.” (Orquídea)

“[...] o médico não pode ficar com você, aí fiquei por conta dos enfermeiros! Tem atenção [...] são os anjos da guarda que protege, presente [...] O enfermeiro atende. (Tulipa)

“[...] o que as enfermeiras passam é o que os médicos passam para elas [...]” (Violeta)

“[...] a Enfermagem foi ótima! O pessoal é tudo [...] a força deles [...]” (Alecrim)

“[...] carinho acho que já alivia tudo na vida da pessoa [...] fica mais segura.” (Azaléa)

“[...] podia tratar só em outro lugar [...] não se mexe em time que está ganhando.” (Girassol)

Em uma caracterização a posteriori, emergiu da vivência da mulher com câncer de mama que os profissionais de enfermagem “fazem a coisa dar certo, proporcionando maior segurança, de tal maneira que, sem a enfermagem, o tratamento não seria feito”. No entanto, as mulheres apontaram que a relação assistencial com os profissionais de enfermagem não é tão boa:

“[...] talvez mais carinho, mais afeto, nem tanto da parte técnica, mas a parte de afeto mesmo, de afetividade. Os cuidados ajudaram porque dependia deles.” (Lírio)

“[...] chegar e ser maltratado, mal recebido [...] já está com o problema.” (Orquídea)

“[...] com ignorância, nunca responderam nada. Tem enfermeira que passa para lá e para cá e não tá nem aí!” (Rosa Branca)

“[...] têm enfermeiras que chegou ali, aplicou aquilo, te deixa ali, não atende mais, acabou [...]” (Violeta)

“[...] passa e não te dão confiança. Fala com deboche, não liga para você, não conversa. Já não é uma coisa boa [...]” (Margarida)

“[...] tem gente que não é aquele perfil que esperava, não sabe tratar o paciente [...]” (Tulipa)

“[...] chega aqui é maltratado, as pessoas fazem pouco caso de você, acho que a doença tende a evoluir [...] pode até desistir de tratar [...]” (Crisântemo)

Em uma caracterização a posteriori, as mulheres significaram que “tem gente que não é aquele perfil que esperava, não sabe tratar, outras conversam e brincam”.

A compreensão interpretativa ou hermenêutica constituiu-se como uma possibilidade de apreensão do problema-do-ser⁷. Assim, a partir dos significados que emergiram da vivência da mulher com câncer de mama, desvelou-se a inautenticidade do ser-mulher na relação assistencial com a enfermagem, anunciando sua imersão na cotidianidade e na impessoalidade, revelando a mulher dominada pelo falatório e a ambiguidade como modo de ser na “de-cadência”.

DISCUSSÃO

Algumas mulheres acreditaram que, na ausência da equipe de enfermagem, o tratamento não teria sido realizado, e que o sucesso deste esteve relacionado com a assistência desses profissionais. Acreditavam que os médicos não executariam as ações que aqueles desempenham, uma vez que realizam os procedimentos ou as consultas e depois vão embora. Destacam que a Enfermagem está presente em todo momento e que é ela que observa, por exemplo, a presença de sangramento e a necessidade de troca de curativo.

O cotidiano laboral dos profissionais de enfermagem nos hospitais é caracterizado por uma extensa carga horária que permeia as vinte e quatro horas do dia, de tal maneira que se destacam como aqueles que realizam ações de cuidado. Sua aproximação com a pessoa internada possibilita conhecer os sentidos do adoecimento que emergem de maneira singular⁹. Nesse sentido, busca-se um pensar-fazer-ensinar enfermagem balizado em um cuidado humanizado, competente, ético e eficaz no processo saúde-doença¹⁰.

Quando as depoentes revelaram que os profissionais de enfermagem fazem a coisa dar certo proporcionando maior segurança de tal maneira que, sem a enfermagem, o tratamento não seria feito, elas se mostraram no falatório ou falação, ou seja, pela linguagem repetem aquilo que todos dizem sobre o assunto sem se apropriar autenticamente da coisa⁷. Ao discorrerem sobre a assistência desenvolvida pela enfermagem, reproduzem o que pensam que é este trabalho a partir do que ouviram dizer sobre ele, chegando até a compará-lo com o que entendem ser da alçada de outras profissões.

Do mesmo modo, quando destacaram dois tipos de atendimento prestado, referem aqueles casos em que os profissionais assumem uma postura de indiferença, falam com deboche, tratam mal e se limitam a fazer procedimentos técnicos. Algumas discorreram negativamente sobre a prática da punção venosa em que não conseguiam acessar a veia ou realizaram o procedimento de forma insistente e de qualquer maneira. Acreditavam ainda que se faz necessário um

determinado perfil para trabalhar no cuidado, caso contrário as pessoas acabam sendo maltratadas.

O cuidado ao outro deve ser balizado nas trocas intersubjetivas e no encontro autêntico entre o cuidador e o ser cuidado, para isso deve-se ter como foco a pessoa e não a doença⁷, a qual na realidade objetiva se apresenta ao ser-aí lançado no mundo. Apesar de conhecerem, por outras pessoas, casos como estes ou até vivências anteriores, explicitaram que não foi assim no enfrentamento de sua doença, quando afirmaram nada ter a dizer mal dos cuidados que lhes foram ofertados.

Na inautenticidade, a mulher como ser de possibilidades está lançada no mundo compartilhado, não se distinguindo dos outros, mas, movida pela impessoalidade, mostra-se igual a todos, sendo o seu discurso pertencente ao domínio do público, revelando-se repetido e tomado por um “ouvi dizer”, evidenciando a falação⁷. Ao repetir o que todos dizem, o ser-mulher vive uma existência inautêntica de modo que assume para si o que não lhe é próprio, assim estabelece conexões com os outros e com as coisas na superficialidade do ser⁷.

Assim, neste estudo, a existência do ser revelou-se de modo inautêntico. Imersa no mundo das ocupações, a mulher se compreendeu a partir do que ela não é e suas possibilidades foram determinadas pela outra existência, sendo tudo nivelado e normal. Percebeu-se que o ser-aí-mulher se movimentou no mundo “assim como os demais” ao compartilhar suas possibilidades. No modo de ser da de-cadência, ela é dominada pelo falatório, ambiguidade e curiosidade. Torna-se relevante destacar que “decadência” não agrega um sentido pejorativo, mas constitui o movimento de ser próprio ao Dasein⁷.

A partir desse falatório e da compreensão que se baseia na impessoalidade e impropriedade da cotidianidade, a mulher movimentou-se na ambiguidade em que, ao mesmo tempo, tudo parece já ter sido compreendido, quando não o foi, quanto pode de fato já ter sido apreendido, embora assim não se mostre⁷. Nesse modo-de-ser-no-mundo, percebe-se o outro a partir daquilo

que a-gente ouviu a respeito dele, da maneira como é visto no mundo público, e, assim, assume-se uma posição de pré-conceito a partir daquilo que foi dado.

As mulheres expressaram que o cuidado da enfermagem foi essencial e desenvolvido de modo receptivo, com disposição para oferecer suporte emocional. Destacaram que, nesta atuação, são anjos da guarda em ações que vão além dos procedimentos. Elas comentaram este agir, comparando-o com o que entendem ser característica de outras profissões da área da saúde.

Assim, em uma compreensão movida pelo falatório, que, por assim ser, mostra-se na impropriedade, revela-se uma fonte de equívocos quanto ao papel, atribuições e hierarquia da enfermagem e de outros diversos profissionais que lhes prestam assistência. O agir embasado numa relação de aproximação e afeto muitas vezes causa estranheza e até mesmo desconhecimento de que essa postura deveria se pautar em todas as relações, não sendo específica desta ou daquela profissão.

A valorização das necessidades biológicas em detrimento das necessidades psicoespirituais está atrelada à realidade que assola o dia a dia da saúde, destacando a superlotação dos hospitais, recursos escassos, o número reduzido de profissionais, o acúmulo de tarefas e a carga horária extensa, o que dificulta o cumprimento do cuidado em sua totalidade¹¹. Observa-se ainda que as normas impostas pela instituição empregadora limitam e até mesmo se contrapõem aos padrões instituídos pela profissão, como o cuidado que permeia todas as dimensões que contemplam o ser humano.

Compreende-se, no entanto, que uma assistência humanizada da equipe de enfermagem favorece um tratamento menos doloroso e contribui para a reabilitação, melhorando a autoestima e a imagem que a mulher tem de si¹². Nas relações que estabelece com o mundo, consigo mesma e com o outro, no modo ambíguo, o ser-mulher pensou que tudo estava entendido e apreendido sobre o papel da enfermagem, quando, no fundo, isso não ocorreu, o que fica claro ao afirmar que o profissional de enfermagem faz aquilo que é mandado pelo

médico. Além disso, muitas vezes, igualmente esses dois profissionais.

De fato, por questão cultural, as pessoas reproduzem na fala a subordinação da enfermagem ao profissional médico, mas, ao mesmo tempo, evidenciam a autonomia do enfermeiro na tomada de decisão e sua atuação independente. As mulheres acreditaram que, quando os profissionais fazem pouco caso da situação vivenciada pela pessoa, a doença pode evoluir ou até mesmo pode levar ao abandono do tratamento, já que compreenderam esse momento como uma coisa que não é boa, como algo que não desejam a ninguém.

Conduzida no falatório e ambiguidade, decai no “mundo” e na impropriedade, apresenta-se completamente tomada pelo “mundo” e pelo Dasein-com os outros em “a-gente”⁷. Heidegger denominou de “a-gente” o modo de viver com os outros no cotidiano, como uma possibilidade de compartilhar o mundo de maneira autêntica e própria ou imerso na massificação e manipulado pelo coletivo.

A postura humanizada dos membros da equipe de enfermagem oferece uma grande contribuição à mulher, na medida em que ela vai tecendo aos poucos sua própria

imagem. Torna-se de suma importância o conhecimento a fundo de cada pessoa a ser cuidada, seus anseios, incertezas, suas dúvidas, para que, juntos, mulher, família e profissional de enfermagem, possam ajudar na recuperação da sua autoestima e vontade de viver¹³. Isso posto, depreende-se que incorporar o indivíduo no seu cuidado e torná-lo responsável pela sua vida e suas escolhas, diante das possibilidades do ser-aí lançado-no-mundo, deve permear como modo de cuidado as atitudes daqueles envolvidos na prestação da assistência.

CONCLUSÃO

A mulher em seu movimento existencial revelou-se no falatório e na ambiguidade. Compreende-se que o papel da enfermagem, em alguns momentos, ainda não está claro. O apoio psicológico é visto como uma tarefa a ser executada pelos profissionais de enfermagem. Acredita-se que os enfermeiros realizam atividades conforme o médico estabelece, o que em alguns momentos reforça para a mulher a ideia de equivalência entre as profissões. Faz-se premente sistematizar o cuidado de enfermagem à luz de uma teoria de enfermagem, conferindo uma sustentação epistemológi-

ca para a atuação do enfermeiro. Nesse sentido, caminha-se para o reconhecimento da enfermagem como autônoma em suas ações e conduzida por uma ciência própria.

Dar voz ao ser mulher permite o acesso às suas individualidades e possibilita repensar como os profissionais de enfermagem estão articulando suas ações assistenciais e como se abrem para essa relação intersubjetiva. Apontam-se possibilidades assistenciais fundamentadas no olhar profissional direcionado ao outro não como ente, mas como ser. Estudos conduzidos na abordagem fenomenológica contribuem substancialmente para o saber da ciência, ao produzir um conhecimento que dá visibilidade às questões próprias do ser. O protagonismo da mulher nesse estudo resgata a importância de vislumbrar as subjetividades que envolvem o ser-mulher com câncer de mama e transcender as questões biológicas ainda arraigadas no plano assistencial.

Aponta-se como limitação do estudo o fato de as mulheres recrutadas residirem no município do cenário da pesquisa, não sendo, assim, abordadas aquelas que moram em outras cidades e se dirigem ao hospital para o tratamento e acompanhamento. ■

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro (RJ): INCA, 2017.
2. Silva MB, Júnior JMP, Miranda FAN. Life trajectory of mastectomized women based on the collective subject discourse. *J. res.: fundam. care*. Online. 2016; 8(2): 4365-4375.
3. Huang C-Y, Hsu M-C. Social support as a moderator between depressive symptoms and quality of life outcomes of breast cancer survivors. *Eur. j. oncol. nurs.* 2013; 17(6):767-774.
4. Gomes NS, Soares MBO, Silva SR. Autoestima e qualidade de vida de mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama. *Rev Min Enferm.* 2015; 19(2): 120-6.
5. Predeger EJ, O'Malley M, Hendrix T, Parker NM. Oncology rehabilitation outcomes over time: A mixed-methods approach. *Oncol. Nurs. Forum.* 2014; 41(2): 56-63.
6. Paiva ACPC, Salimena AMO, Souza IEO, Melo MCSC. Significado do diagnóstico de neoplasia mamária: compreensão fenomenológica de mulheres. *Rev. baiana enferm.* 2015; 29 (1): 59-67.
7. Heidegger M. *Ser e Tempo*. 10. ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2014.
8. Paula CC, Padoin SMM, Terra MG, Souza IEO, Cabral IE. Modos de condução da entrevista em pesquisa fenomenológica: relato de experiência. *Rev. Bras. Enferm.* 2014; 67 (3): 468-72.
9. Silva RS, Pereira A, Mussi FC. Conforto para uma boa morte: perspectiva de uma equipe de enfermagem intensivista. *Esc Anna Nery.* 2015; 19(1): 40-46.
10. Vale EG, Pagliuca LMF. Construção de um conceito de cuidado de enfermagem: contribuição para o ensino de graduação. *Rev Bras Enferm.* 2011; 64(1): 106-13.
11. Freitas JS, Silva AEBC, Minamisava R, Bezerra ALQ, Sousa MRG. Qualidade dos cuidados de enfermagem e satisfação do paciente atendido em um hospital de ensino. *Rev. latinoam. enferm.* 2014; 22(3):454-60.
12. Soares SGSC, Albuquerque JOL. Intervenção do enfermeiro no tratamento quimioterápico de mulheres com câncer de mama. *Rev Saúde em Foco.* 2014; 1(1): 29-45.
13. Wakiuchi J, Marcon SS, Sales CA. Atenção a pacientes oncológicos na Estratégia Saúde da Família: olhar do usuário. *Rev Gaúcha Enferm.* 2016 mar;37(1):e54088.

Bundles de Cateter venoso Central de Inserção periférica na Prevenção e Controle das Infecções Primária de Corrente Sanguínea

RESUMO

Objetivo: Descrever as boas práticas do enfermeiro sob a perspectiva na prevenção e controle das infecções relacionadas ao uso desse dispositivo. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo e exploratório do tipo revisão de literatura com abordagem integrativa, nas bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Regional e Scientific Eletronic Library (SciELO), Literatura Latino Americano e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), nos últimos cinco anos, compreendendo o período de 2014 a agosto de 2018, totalizando 108 artigos. **Discussão:** Os estudos revisados mostram a necessidade da implantação do bundles de cateter venoso central periférico dentro das organizações em saúde e a capacitação do profissional enfermeiro frente a esse procedimento, com o foco na prevenção de infecções relacionadas à assistência e possíveis complicações que o dispositivo pode ocasionar. **Considerações finais:** Apesar da existência de diretrizes, acredita-se que esforços devem ser direcionados para a formação profissional e para programas de educação permanentes na consciência crítica, posicionamento ético e na disseminação da cultura de segurança do paciente dentro das organizações de saúde.

DESCRIPTORES: infecção de corrente sanguínea; cateter de inserção periférica; cuidados de enfermagem

ABSTRACT

Aim: Describe nurses' good practices from the perspective of prevention and control of infections related to the use of this device. **Methodology:** This is a descriptive and exploratory study of the type literature review with an integrative approach, in the databases Virtual Health Library (VHL), Regional and Scientific Electronic Library (SciELO), Latin American and Caribbean Literature in Sciences of the (LILACS) in the last five years, covering the period from 2014 to August 2018, totaling 108 articles. **Discussion:** The reviewed studies show the need for implantation of peripheral central venous catheter bundles within health organizations and the training of the nurse practitioner in this procedure, with a focus on the prevention of care-related infections and possible complications that the device can to cause **Final considerations:** Despite the existence of guidelines, it is believed that efforts should be directed towards professional training and for ongoing education programs in critical awareness, ethical positioning, and dissemination of patient safety culture within health organizations.

DESCRIPTORS: infection of bloodstream; peripheral insertion catheter; nursing care

RESUMEN

Objetivo: Describir las buenas prácticas del enfermero bajo la perspectiva en la prevención y control de las infecciones relacionadas al uso de ese dispositivo. **Metodología:** Se trata de un estudio descriptivo y exploratorio del tipo revisión de literatura con abordaje integrativo, en las bases de datos Biblioteca Virtual en Salud (BVS), Regional y Scientific Eletronic Library (SciELO), Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la (LILACS), en los últimos cinco años, comprendiendo el período de 2014 a agosto de 2018, totalizando 108 artículos. **Discusión:** Los estudios revisados muestran la necesidad de la implantación del lote de catéter venoso central periférico dentro de las organizaciones en salud y la capacitación del profesional enfermero frente a ese procedimiento, con el foco en la prevención de infecciones relacionadas con la asistencia y posibles complicaciones que el dispositivo puede causar. **Consideraciones finales:** A pesar de la existencia de directrices, se cree que los esfuerzos deben orientarse hacia la formación profesional y para programas de educación permanentes en la conciencia crítica, posicionamiento ético y en la diseminación de la cultura de seguridad del paciente dentro de las organizaciones de salud.

DESCRIPTORES: infección del flujo sanguíneo; cateter de inserción periférica; cuidados de enfermería



Carla Fernanda Mazucato Perrelli

Discente do 10º semestre em Enfermagem do Centro Universitário Jorge Amado.

Fernanda Ramos Souza

Discente do 10º semestre em Enfermagem do Centro Universitário Jorge Amado.

Letícia Oliveira Lola

Discente do 10º semestre em Enfermagem do Centro Universitário Jorge Amado.

Denise Mineiro Cunha Alves

Docente do Centro Universitário Jorge Amado. Mestra em Gestão e Tecnologia aplicada à Educação – UNEB. Especialista em Enfermagem Pediátrica e Neonatal – ATUALIZA e Centro Cirúrgico e Central de Material Esterilização- UFBA.

Ednamare Pereira da Silva

Docente do Centro Universitário Jorge Amado. Mestra em Enfermagem – UFBA.

Mirthis Sento Sê Pimentel Magalhães

Docente do Centro Universitário Jorge Amado e Centro Universitário Maurício de Nassau. Mestra em Enfermagem – UFBA e Especialista em Emergência – Atualiza e Ensino Superior – Friocruz.

INTRODUÇÃO

A terapia intravenosa é atualmente um dos maiores desafios da assistência de enfermagem, por isso a equipe multiprofissional deve avaliar diariamente se é necessário manter o uso desse dispositivo no paciente, removendo sempre que possível. Esse tipo de dispositivo é utilizado para aplicações terapêuticas, como: fármacos, monitorização hemodinâmica, administração de fluidos, hemoderivados e nutrição parenteral. Apesar das vantagens de seu uso, há principais riscos associados: a colonização de microrganismos, gerando infecção na corrente sanguínea¹.

A Infecção Primária de Corrente Sanguínea (IPCS) em seu maior quantitativo estão relacionados ao uso do Cateter Venoso Central (CVC) e Cateter Central de Inserção Periférica (PICC), considerados casos indesejáveis na saúde. Nos Estados Unidos da América (EUA), a mortalidade atribuível a esta infecção geralmente ultrapassa os 10%, podendo chegar a 25% em pacientes de maior risco. No Brasil, o estudo Brazilian SCOPE (Surveillance and Control of Pathogens of Epidemiological Importance) indicou 40% de taxa de mortalidade entre pacientes com IPCS².

As infecções podem surgir no ato da passagem do cateter ou na sua manutenção. O cuidado com as técnicas que envolvem a passagem do acesso vascular de inserção periférica deve ser criteriosamente seguido de modo que proporcione a prevenção de possíveis intercorrências. Um método utiliza-

do pelas equipes de saúde na segurança do paciente é a implantação de um conjunto de boas práticas na passagem do cateter, auxiliando e norteando a educação em saúde³.

A legislação do Conselho Federal de Enfermagem 258/2001, ressalta que é lícito ao enfermeiro a inserção de cateter periférico central, desde que o mesmo se qualifique no exercício dessa prática⁴.

O cateter central de inserção periférica (PICC) é um dispositivo inserido periféricamente à beira do leito por médico ou enfermeiro qualificado na inserção, tendo sua ponta posicionada próxima ao coração, preferencialmente em veia cava. Seu uso está sendo cada vez mais frequente em unidade intensiva neonatal devido às altas taxa de sucesso na inserção e menores taxas de infecção relacionada ao cateter em comparação aos cateteres centrais cirurgicamente inseridos.

Bundle é um conjunto de boas práticas baseadas em evidências científicas, quando adotadas juntas viabilizam melhores resultados do que quando individualmente. O conceito dos bundles teve início em 2001, porém passou a ser difundido a partir de 2004 com a campanha para salvar cem mil vidas, lançada pela organização não governamental Americana Institute for Healthcare Improvement⁵.

Justifica-se que este estudo poderá contribuir para o profissional enfermeiro frente à assistência prestada na prática da passagem e manutenção do PICC, compreendendo que fazem parte do grupo de media-

dores no processo do controle e prevenção das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), em especial à equipe de Enfermagem, que é a grande maioria dentro das unidades hospitalares.

Baseando-se nisso, o presente estudo pretende responder à seguinte pergunta: Qual o conjunto de boas práticas do enfermeiro na prevenção e controle das infecções primária de corrente sanguínea associada ao uso do PICC?

Assim, este estudo tem o objetivo geral descrever a importância do conjunto de boas práticas realizada pelo enfermeiro aos pacientes em uso de PICC, com intuito de promover a segurança do paciente.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório do tipo revisão de literatura com abordagem integrativa, no período de julho e agosto de 2018. As bases de dados utilizadas foram Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Regional e Scientific Electronic Library (SciELO), Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), nos últimos cinco anos, compreendendo o período de 2014 a agosto de 2018. Tendo como descritores: “infecção de corrente sanguínea”, “cateter de inserção periférica”, “cuidados de enfermagem”, “infecção de corrente sanguínea”, “cateter venoso central”. Além da base de dados, foram utilizados Manuais da Anvisa. Foi utilizado como critério de inclusão artigos apresentados em português, inglês e

espanhol, disponíveis e coletados na íntegra nos anos de 2014 a 2018, totalizando 108 artigos. Tendo como critério de exclusão, artigos não disponíveis na íntegra e que não se tratavam do tema, tendo uma amostra de 14 artigos/monografia.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A influência do bundle de cateter venoso na disseminação da cultura de segurança do paciente.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, segurança do paciente é a redução do risco de danos desnecessários associados ao cuidado em saúde até um mínimo aceitável. Entende-se que ações seguras nos processos do cuidar podem proporcionar uma assistência que atinjam os melhores resultados possíveis para o paciente/família⁶.

No Brasil a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) instituiu a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 36 em 2013 que definiu uma orientação as organizações de saúde para que criassem um plano de segurança do paciente com objetivo de trazer uma cultura contínua no método do cuidar e nas tecnologias utilizadas em saúde⁷.

No mês de outubro do ano de 2004, a Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou formalmente a Aliança Mundial à Segurança do Paciente por meio de uma resolução, na 57^a Assembleia Mundial da Saúde. Foi recomendado aos países um alerta ao tema segurança do paciente. O objetivo é que as organizações de saúde no mundo estabeleçam protocolos, reduzindo a margem de erros na assistência prestada aos usuários do serviço. Nesse caso foi instituído o Bundle de cateter que está dentro do protocolo das IRAS com o objetivo de exercer boas práticas⁸. Com isso, na atualidade a aplicação do bundle é implementado de acordo com a instituição e acima de tudo o perfil do paciente atendido. Apesar de ser eficaz na prevenção das IPCS, ainda assim a adesão em unidades hospitalares tem sido baixa por vários fatores, mas o principal é a falta de recursos e educação permanente.

Na Inglaterra foram comissionadas pelo



Crédito: Projetado por Can Stock Photo

departamento de saúde e desenvolvimento desde 2001, diretrizes que descrevem o conjunto de boas práticas “BUNDLES” que os enfermeiros devem adotar na Prevenção das Infecções associadas à Corrente Sanguínea tanto na inserção quanto na manutenção de cateteres vasculares, acreditando que a assistência baseada em evidências, ou seja, naquilo que se vê e faz, contribui para a prevenção dessas infecções⁹. Nota-se que para a cultura de vigilância, o uso do bundle de cateter vascular seja utilizado com vigência na prática assistencial do enfermeiro ou médico, é necessário treinamento para esses profissionais que fazem parte do grupo de inserção da PICC e informar que para obter bons resultados é preciso que todos contribuam na aplicabilidade da alta adesão desse conjunto de boas práticas.

Para Antônio, Sanchez e Nosow o profissional enfermeiro que é habilitado para passar a PICC, ele tem a ciência e a diligência no seguimento do protocolo no momento da passagem do cateter até a retirada do dispositivo⁸.

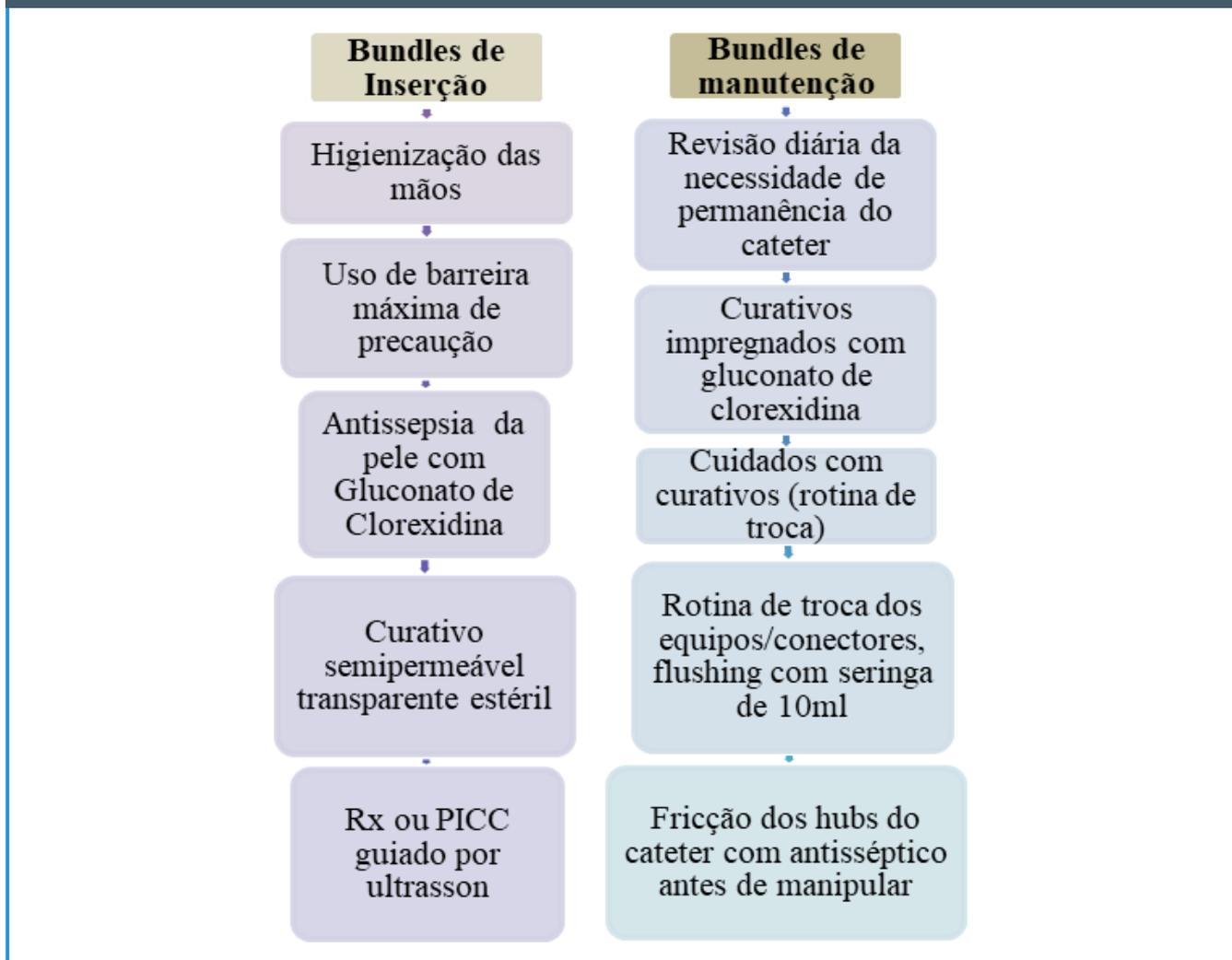
As boas práticas do enfermeiro na passagem e manutenção do Cateter Central de Inserção Periférica (PICC).

A utilização do PICC vem sendo aplicada no Brasil por enfermeiros e médicos desde 1990, seu material é feito de bioestáveis e biocompatíveis com baixa trombogenicidade (silicone e poliuretano), inserido por meio de veia periférica e posicionado na veia cava superior ou inferior. Atualmente vem se usando muito em pacientes internados que necessitam de terapia intravenosa em UTI neonatal e adulto, nutrição parenteral e em pacientes oncológicos¹⁰.

A PICC começou a ser utilizada em adultos no Brasil em 1995, os estudos mostram que os protocolos desenvolvidos, o uso de ultrassonografia e raio x buscam uma assertividade com relação ao procedimento, visando um melhor desempenho do enfermeiro durante o procedimento¹¹.

As principais vantagens para o uso do PICC são: via confiável para administração de medicamentos, maior tempo de permanência, menor risco de contaminação, reduz o nível do estresse do paciente, pois não passará por múltiplas punções venosas, preservando assim o sistema vascular periférico. As maiores desvantagens: estão relacionadas com o custo na capacitação dos profissionais que podem inserir o PICC, requer veias calibrosas e íntegras para pun-

Quadro 1. Descrição do Bundle de Cateter Central de Inserção Periférica. Salvador, BA, Brasil, 2018



Fonte: adaptado de Oliveira e cols⁵

ção, demanda uma atenção maior para o dispositivo e necessidade de radiografia para localizar a ponta do cateter³. Baseando-se nisso, observa-se a necessidade de revisar e expor as boas práticas do enfermeiro na colocação do cateter venoso central de inserção periférica.

Inicialmente, é importante seguir um padrão de execução para a passagem do cateter, avaliando a ordem de escolha da veia adequada, posicionamento do paciente, ambiente adequado, paramentação (touca, óculos, máscara) e campo estéril no local onde será puncionado o cateter¹². Algumas medidas como a antissepsia das mãos, o uso

de aventais, luvas estéreis, gorro e máscara é destinada para evitar a contaminação de microrganismos no sítio de inserção no paciente, que pode ser originado tanto do próprio paciente como do profissional. Essa paramentação completa (avental, luvas estéreis, touca, óculos e máscara) também é um meio de proteção para os profissionais ali envolvidos contra sangue e fluidos corporais.

Realizar a fricção da pele com solução a base de álcool: gluconato de clorexidina > 0,5%, álcool 70%, mostram uma boa eficácia. O tempo de aplicação de substâncias antissépticas como clorexidina é de 15 a 30

segundos. A aplicação da clorexidina deve ser realizada por meio de movimentos de vai e vem. É imprescindível aguardar a secagem espontânea do antisséptico antes de iniciar a punção. O sítio de inserção só deve ser tocado após a aplicação do antisséptico com luvas estéreis buscando a prevenção de contaminação por microrganismos³.

Dados nacionais pela Agencia Nacional de Vigilância Sanitária, que monitora perfis de sensibilidade bacteriana comprova que, amostra clínica de hemoculturas apresentam cerca de 40% dos agentes isolados de *Klebsiella spp* no Brasil sendo já resistentes aos carbapenêmicos¹³. Uma possível ex-

plicação para esse grande percentual pode estar relacionada à quebra do protocolo de boas práticas para a inserção e manuseio do cateter, propiciando uma exposição maior para as infecções de microorganismos resistentes.

Alguns artigos mostram que deve ser preconizada a técnica asséptica adequada principalmente na manutenção do PICC estabelecida pela Fusion Nurse Society (INS) e dos Centers for Diseases Control and Prevention (CDC), relacionando a

troca e validade prevenindo infecções.¹⁴

CONCLUSÃO

Este estudo de um modo geral buscou expor o papel do enfermeiro na sua autonomia e tomada de decisão para prevenir e controlar as Infecções Primária de Corrente Sanguínea relacionadas ao uso do PICC, utilizando o “BUNDLES” de cateter como uma referência que a literatura trás para a inserção e manutenção do dispositivo.

Constatou-se que existe uma carência

de estudos na literatura sobre o tema que se refere à iatrogenia decorrente ao uso do PICC, expectamos que com este levantamento possamos colaborar com o conhecimento e expandir ainda mais a importância de aplicar este protocolo nas instituições que ainda não fazem uso do BUNDLES de cateter venoso, favorecendo a segurança na assistência aos pacientes, contribuindo no ofício da enfermagem e minimizando os eventos adversos relacionados ao uso de PICC. ■

REFERÊNCIAS

- Enes S, et al. Flebite associada a cateteres intravenosos periféricos em adultos internados em hospital da Amazônia Ocidental Brasileira. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2016 [citado 2018 ago 28]; 50(2):263-271. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n2/pt_0080-6234-reeusp-50-02-0263.pdf
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Área Técnica de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília (DF): ANVISA, 2017. p 201
- Manzo B, et al. Utilização do Bundle de Acesso Venoso Central em Unidades Neonatal e Pediátrica: Revisão Integrativa. *Rev enferm* [Internet]. 2015 [citado 2018 ago 28]; 9(4):8111-8122. DOI: 10.5205/revol.6235-53495-1-RV.0904supl201517
- Conselho Federal de Enfermagem (BR). Parecer n.º 258. Inserção de Cateter Central Periférico pelo Enfermeiro [Internet]. 2001 [citado 2018 ago 28]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-2582001_4296.html
- Silva A, Oliveira AC. Impacto da Implementação dos Bundles na Redução das Infecções da Corrente Sanguínea: Uma Revisão Integrativa. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2018 [citado 2018 ago 28]; 27(1):e3540016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v27n1/0104-0707-tce-27-01-e3540016.pdf>
- Antonio LL, Sanchez FS, Nosow V. A Atuação do Enfermeiro na Retirada do Cateter Central de Inserção Periférica na Unidade de Terapia Intensiva Adulto. *Revista Eletrônica Acervo Saúde/Electronic Journal Collection Helth* [Internet]. 2018 [citado 2018 jul 20]; 2178:2091. Disponível em: https://www.acervosaude.com.br/doc/13_2015.pdf
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Resolução n.º 36, de 25 de julho de 2013. Dispõe sobre instituir ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências [Internet]. Brasília (DF): ANVISA, 2013 [citado 22 ago 2018]. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/0SEGURANCA_DO_PACIENTE/rdc36_2013.pdf.
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Boletim de Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde n.º 14: Avaliação dos indicadores nacionais das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) e Resistência microbiana do ano de 2015. Brasília (DF). 2016. p 83
- Loveday HP. National Evidence-Based Guidelines for Preventing Healthcare-Associated Infections in NHS Hospitals in England. *J Hosp Infect* [Internet]. 2014 [citado 2018 ago 28]; 86:51–570. DOI: 10.1016/S0195-6701(13)60012-2
- Costa C. Bundle de Cateter Venoso Central: Conhecimento e Comportamento dos Profissionais de Saúde da Unidade de Terapia Intensiva Adulto de Um Hospital de Grande Porte. Minas Gerais. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Minas Gerais. 2017. p121
- Jakitsch C, et al. Cateter central de inserção periférica: utilização no vale do paraíba paulista. *Rev. Fundam. Care. Online* [Internet]. 2016 [citado 2018 set 13]; 8(2):4280-4289. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4354/pdf_1871
- Bomfim J, Passos L, Silva J. Cateter Central De Inserção Periférico: Desafios E Estratégias De Enfermagem Na Manutenção Do Dispositivo. *CuidArt Enferm*. 2017; 11(2):131-13.
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Área Técnica de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília (DF): ANVISA, 2017. p 201
- Gonçalves J. O Uso do Picc em Pacientes Adultos, Indicações, Complicações e Cuidados de Enfermagem: Revisão da Literatura. Porto Alegre. Monografia (Especialização em Unidade de Terapia Intensiva). Universidade do Vale do Rio dos Sinos. 2017.
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Área Técnica de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde. Medidas De Prevenção e Controle De Infecções por Enterobactérias Multiresistentes. Brasília (DF): ANVISA, 2014. p 22
- Costa P, et al. Elaboração de um Escore de Risco para Remoção não Eletiva do Cateter Central de Inserção Periférica em Neonatos. *Rev. Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2015 [citado 2018 ago 28]; 23(3). Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/2015nahead/pt_0104-1169-rlae-0491-2578.pdf
- Santos S, et al. Ações de Enfermagem na Prevenção de Infecções Relacionadas ao Cateter Venoso Central: Uma Revisão Integrativa. *Rev. SOBECC* [Internet]. 2014 [citado 2018 ago 28]; 19(4):218-225. Disponível em: http://sobecc.org.br/arquivos/artigos/2015/pdfs/v19n4/SOBECC_v19n4_219-225.pdf

Os estilos de liderança mais utilizados por enfermeiros em uma emergência hospitalar

RESUMO

Objetiva-se identificar os estilos de liderança mais utilizados por enfermeiros na percepção destes e dos técnicos em enfermagem de uma emergência hospitalar. Método: pesquisa quantitativa, descritiva. Tipo transversal, estudo de caso coletivo. Participantes da pesquisa: 77 enfermeiros e 202 técnicos em enfermagem. Instrumentos para coleta de dados: questionário. Resultados: o estilo de liderança de maior expressividade foi o "Equipe". Há pouca concordância nas proposições referentes aos estilos "Autoridade" para os liderados e "Organizacional", para os líderes. Conclui-se que este estudo permite sugerir a utilização de estratégias de educação permanente, para que ocorra a melhor convergência das percepções dos dois grupos.

DESCRITORES: enfermeiros e enfermeiras; liderança; administração hospitalar.

ABSTRACT

The aim is to identify the leadership styles most used by nurses, in the perception of these professionals as well as nursing technicians of a hospital emergency. Method: quantitative, descriptive research. Cross-sectional type, collective case study. Research participants: 77 nurses and 202 nursing technicians. Instruments for data collection: questionnaire. Results: The most expressive style of leadership was the "Team". There is little agreement on the propositions referring to the styles "Authority" for the led and "Organizational" for the leaders. It is concluded that this study allows to suggest the use of strategies of permanent education, so that the best convergence of the perceptions of the two groups occurs.

DESCRIPTORS: nurses; leadership; hospital administration.

RESUMEN

Se pretende identificar los estilos de liderazgo más utilizados por enfermeros, en la percepción de éstos y de los técnicos en enfermería, de una emergencia hospitalaria. Método: investigación cuantitativa, descriptiva. Tipo transversal, estudio de caso colectivo. Participantes de la investigación: 77 enfermeros y 202 técnicos en enfermería. Instrumentos para la recolección de datos: cuestionario. Resultados: el estilo de liderazgo de mayor expresividad fue el "Equipo". Hay poca concordancia en las proposiciones referentes a los estilos "Autoridad" para los liderados y "Organizacional", para los líderes. Se concluye que este estudio permite sugerir la utilización de estrategias de educación permanente, para que ocurra la mejor convergencia de las percepciones de los dos grupos.

DESCRIPTORES: enfermeras; liderazgo; administración hospitalaria.

Bruna dos Santos Scofano

Mestranda no Programa Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde (PACCS), da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa (EEAAC), da Universidade Federal Fluminense (UFF)

Geilsa Soraia Cavalcanti Valente

PhD, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal. Professora Associada do Departamento de Fundamentos de Enfermagem e Administração (EEAAC/UFF)

Regina Serrão Lanzillotti

Dra pela Engenharia de Transportes, na Universidade Federal do Rio de Janeiro (PET/UFRJ), Professora na Graduação e Pós-graduação do Instituto de Matemática e Estatística, da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (IME/UERJ)

INTRODUÇÃO

Em tese, o profissional graduado em enfermagem deve estar preparado para ter um perfil de competências. Dentre estas, se destaca a liderança, que objetiva o trabalho em equipe multiprofissional com compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação, gerenciamento de forma efetiva e eficaz¹. Porém, há estudos² que revelam dificuldades por parte dos enfermeiros em liderar, o que pode ser con-

seqüência de um ensino deficiente na graduação que não trabalha a liderança, considerando tanto a teoria quanto a prática.

A realidade brasileira não está destoante em relação aos países desenvolvidos, que também enfrentam dificuldades, visto que há estudos indicando que os relacionamentos entre os líderes e as equipes podem não ser tão positivos quanto o necessário para estabelecer um ambiente de trabalho sadio e estimulante³. Uma forma de avaliar a liderança é a utilização de instrumentos⁴.

Existem alguns questionários e concepções acerca da liderança, e há um modelo que afirma que cada estilo de líder poderia influenciar em um resultado final do grupo⁵. O conceito adotado para essa pesquisa foi a matriz do Grid Gerencial desenvolvido por Blake e Mouton⁶, constituído por cinco pontos de referência para as atitudes e práticas gerenciais, que é uma metodologia utilizada consideravelmente em estudos relacionados à liderança⁴.

Colocados a compreensão dos conhecimentos citados acima, verificado a necessidade das instituições em alocarem profissionais capacitados em liderar e considerando que o setor de emergência hospitalar exige decisões rápidas, o estudo se propõe a seguinte questão norteadora: “quais os estilos de liderança mais utilizados por enfermeiros na percepção destes e dos técnicos em enfermagem de uma emergência hospitalar, tendo por base o Grid Gerencial⁶, com a adaptação para o cenário da enfermagem?”⁷. Portanto, objetiva-se identificar os estilos de liderança mais utilizados por enfermeiros, na percepção destes e dos técnicos em enfermagem de uma emergência hospitalar.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, pois possui caráter objetivo⁸. Transversal, em que as variáveis são identificadas no mesmo marco temporal⁹. Com modelagem da estatística descritiva, que retrata variáveis e as relações entre as variáveis¹⁰. Pode-se discorrer que este trabalho é um estudo de caso coletivo, pois envolve a estratégia de pesquisa aplicada à compreensão de várias dimensões do fenômeno com foco em um

caso singular¹¹, sendo o campo de pesquisa o Hospital Municipal Carlos Tortelly em Niterói, que é referência em emergência clínica hospitalar para adultos na região.

Adotou-se como critérios de inclusão: os enfermeiros e técnicos em enfermagem que atuam na emergência, e foram excluídos deste grupo aqueles que estavam afastados por algum tipo de licença/férias ou que se negaram a participar da pesquisa, totalizando 77 enfermeiros e 202 técnicos em enfermagem. Vale ressaltar que foram utilizados números romanos para identificar assegurar o sigilo dos mesmos.

Os dados foram coletados no período de 30 de julho de 2018 a 28 de setembro de 2018. Sobre o instrumento para a coleta de dados, optou-se por utilizar o questionário adaptado⁷, inspirado no Grid Gerencial⁶. O questionário corresponde a uma técnica de investigação composta por um conjunto de questões que são submetidas a pessoas com o propósito de obter informações¹². O Grid Gerencial é gerado pelos eixos cartesianos variando de 1 a 9 e baseia-se na ideia de que há um estilo de liderança, em que ilustra as orientações dos líderes quanto à importância que se dá à produção e ao relacionamento entre as pessoas. As dimensões do Grid Gerencial são expressas por um líder, a partir de cinco estilos básicos definidos da seguinte forma:

O estilo “Autoridade (9,1)” enfatiza a

obediência ao líder, pois há preocupação máxima com a tarefa e mínima com as pessoas, o que caracteriza o líder que se utiliza da autoridade para alcançar resultados. No “Clube Campestre (1,9)”, há preocupação máxima com as pessoas e mínima com a produção. Já no estilo “Empobrecido (1,1)”, verifica-se preocupação mínima com a tarefa e com as pessoas, o que caracteriza o líder que desempenha uma gestão empobrecida.

No estilo “Organização Humana (5,5)”, expressa-se o meio-termo, ou seja, há uma preocupação mediana com a produção e com as pessoas, o que caracteriza o líder que busca o equilíbrio entre os resultados, a disposição e ânimo no trabalho. Já o estilo “Equipe (9,9)” representa a máxima preocupação com a tarefa e com o relacionamento interpessoal, o que caracteriza o líder que vê o trabalho em equipe como a única forma de alcançar resultados, estimulando assim a máxima participação e interação entre seus subordinados na busca de objetivos comuns⁶.

O instrumento adaptado⁷, inspirado no Grid Gerencial⁶, sugeriu dois questionários: sendo o “A”, voltado para os líderes (enfermeiros) e o “B”, direcionado aos liderados (técnicos de enfermagem). Em cada um deles há 10 perguntas sobre liderança, e cada questão tem cinco alternativas de resposta múltipla escolha, baseada na escala Likert¹³, que varia no intervalo de 1 a 5, se-

Figura 1. Grid Gerencial. São Paulo, SP, Brasil, 1978



Fonte: adaptado de Blake e Mouton⁶

guindo a discriminação: 1= discordo totalmente; 2= discordo; 3= nem discordo nem concordo; 4= concordo e 5 = concordo totalmente. As questões 1 e 6: referem-se ao estilo “Empobrecido (1,1)”, as questões 2 e 7 representavam o estilo “Clube Campestre (1,9)”, as questões 3 e 8 couberam ao estilo “Autoridade (9,1)”, as questões 4 e 10 ao estilo “Equipe (9,9)” e as questões 5 e 9 ao estilo “Homem Organizacional (5,5)”.

O período para a aquisição das informações aconteceu em quatro etapas: na etapa um, foi realizada uma primeira abordagem com os participantes da pesquisa. Nesse momento, houve esclarecimentos sobre o termo de consentimento livre e esclarecido - TCLE, e tendo sido aceito, deu-se seguimento para a próxima etapa. Na etapa dois, efetuou-se a apresentação do questionário⁷, enquanto na etapa três, o questionário foi entregue ao participante da pesquisa para ser respondido sem interferência do pesquisador. Na etapa quatro, os dados foram coletados uma única vez e preenchidos em planilha de cálculo.

Em relação ao tratamento dos dados, optou-se por amostragem de conveniência, por ser composta de indivíduos que atendem os critérios de seleção referente aos enfermeiros e técnicos de enfermagem que se comprometeram em participar da pesquisa¹². Os perfis dos líderes e liderados foram obtidos pela estatística descritiva em função das frequências absolutas e relativas¹⁴. Uma vez que a escala de Likert¹³ utiliza uma esca-

la nominal, optou-se pelo Coeficiente Kappa¹⁵, que é um método que permite avaliar o índice de concordância entre observadores, para verificar a relação das percepções dos cinco estilos de liderança entre enfermeiros e técnicos⁷.

Para atender aos aspectos éticos e legais, o estudo seguiu a Resolução n.º 466, de 12 de dezembro de 2012, que prevê pesquisa com seres humanos, do Ministério da Saúde/Conselho Nacional da Saúde – MS/CNS¹⁶, e foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal Fluminense (CEP/UFF). O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e a carta de anuência, foram elaborados de acordo com as especificações sugeridas pelo CEP/UFF e foi aprovado pelo CAAE: 874444218.9.0000.5243.

RESULTADOS

Em relação aos líderes, a maior parte é do sexo feminino, representando 77,9% dos participantes, sendo que a faixa etária mais representativa é de 45 a 65 anos, 40,3% dos participantes. O tempo de formação corresponde ao intervalo de 5 a 10 anos, 33,8%. Enquanto o tempo de serviço em hospitais apresentou variação de 5 a 10 anos, sendo 29,9%. Com carga horária de 24 horas até 48 horas. A maioria não tem outra atividade remunerada fora da área da enfermagem, como afirmaram 96,1% da população estudada.

Em relação aos liderados, a maior parte

dos participantes também é do sexo feminino, com percentual de 77,9%, porém com faixa etária mais jovem, entre 35 a 45 anos, representando 49,5% da população. O tempo de formação corresponde ao intervalo de 10 a 15 anos, 32,1%, representando assim maior tempo de formação em relação aos líderes. O tempo de experiência hospitalar é semelhante aos dos líderes, de 5 a 10 anos, 33,1% e todos os participantes perfazem uma carga horária média de 12 horas ou mais, sendo que 93,07% não apresentam outra atividade remunerada.

A avaliação da concordância entre líderes e liderados, segundo as respostas observadas pela escala de Likert¹³, foi tratada pelo Coeficiente Kappa¹⁵, cujos resultados da concordância estão no quadro 1.

Observou-se que não existiu concordância entre líderes e liderados sobre os estilos para os pares de proposições: “Empobrecido”, “Clube Campestre” e “Autoridade”. O estilo “Equipe” mostrou uma concordância razoável para a questão quatro. Há divergência das questões 5 e 9, que aferem o estilo “Organizacional”, pois a primeira apresentou concordância moderada e a última concordância razoável, o que representa um conceito ainda não cristalizado de um líder que tem preocupação mediana com a produção e com o relacionamento interpessoal. Para analisar a frequência das respostas dos líderes e liderados, foi utilizado as frequências absolutas e relativas, quadro 2.

Quadro 1. Níveis de concordância segundo o coeficiente Kappa. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2018

ESTILOS	QUESTÃO	NÍVEL DE CONCORDÂNCIA
Empobrecido	Q1	Não Existe Concordância
	Q6	Não Existe Concordância
Clube Campestre	Q2	Não Existe Concordância
	Q7	Não Existe Concordância
Autoridade	Q3	Não Existe Concordância
	Q8	Não Existe Concordância
Equipe	Q4	Concordância Razoável
	Q10	Concordância Moderada
Organizacional	Q5	Concordância Moderada
	Q9	Concordância Razoável

Fonte: dados da pesquisa.

Quadro 2. Frequência relativa dos estilos de liderança. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2018

ESPECIFICAÇÃO	EMPOBRECIDO		CLUBE CAMPESTRE		AUTORIDADE		EQUIPE		ORGANIZACIONAL	
	Q1	Q6	Q2	Q7	Q3	Q8	Q4	Q10	Q5	Q9
LÍDERES										
Empobrecido	5	5								
Clube campestre			5	17						
Autoridade					8	10				
Equipe							75	66		
Organizacional									67	47
FREQUÊNCIA RELATIVA EM RELAÇÃO AOS 77 LÍDERES (%)	6,49	6,49	6,49	22,08	10,39	12,99	97,40	85,71	87,01	61,04
RISCO PROBABILÍSTICO (P VALOR) PARA O TESTE DE IGUALDADE DE PROPORÇÕES ENTRE AS QUESTÕES DE CADA ESTILO (%)	0,00		0,00		0,00		0,00		50,00	
LIDERADOS										
Empobrecido	38	29								
Clube campestre			43	36						
Autoridade					57	77				
Equipe							159	157		
Organizacional									157	137
FREQUÊNCIA RELATIVA EM RELAÇÃO AOS 77 LÍDERES (%)	18,81	14,36	21,29	17,82	28,22	38,12	78,71	77,72	77,72	67,82
RISCO PROBABILÍSTICO (P VALOR) PARA O TESTE DE IGUALDADE DE PROPORÇÕES ENTRE AS QUESTÕES DE CADA ESTILO (%)	0,00		0,00		50,00		0,00		0,00	

Fonte: dados da pesquisa.

A frequência relativa mostra que o estilo mais frequente é o “Equipe” para os líderes, valores de 97,40% e 85,71% para as questões quatro e dez, respectivamente. No caso dos liderados, estas questões apresentaram valores de 78,71% e 77,72%, para as

questões um e seis respectivamente. Estes resultados devem ser vistos como estatística amostral e não inferencial, pois apresentam um risco probabilístico para a hipótese de igualdade de proporções nas questões pertinentes a este estilo nulo. Portanto, os

enfermeiros que atuam como líderes têm uma percepção diferenciada de equipe em relação à concepção dos liderados, isto é, os liderados podem não compreender a missão de um líder, ou então os líderes podem estar superestimando a sua competência atribuída.

No estilo “Organizacional”, os líderes mostraram que a frequência relativa da questão cinco e nove é de 87,01% e 61,04%, respectivamente, mas com risco probabilístico não aceitável. Em relação aos liderados, estas questões tiveram percentuais de 77,72% e 67,82%, com risco probabilístico nulo. Dessa forma, pode-se considerar que a frequência relativa neste caso é menos segura para os líderes do que para os liderados. Este estilo é percebido de forma mais contundente em relação aos líderes do que os liderados.

O estilo “Autoridade” para os líderes nas questões três e oito indicaram relativos de 10,39% e 12,99%, respectivamente, podendo-se considerar que não há diferença significativa. Nestas questões, os liderados apontaram percentuais de 28,22% e 38,12%, o que não foi considerado como igualdade de proporções, pois apresentou um risco probabilístico elevado, não aceitável. Estas estatísticas enfatizam que este estilo não é visto de forma similar pelos dois grupos.

O “Clube Campestre” mostrou as frequências relativas da questão dois e sete de 6,49% e 22,08%, sendo que apesar dos valores serem diferentes, podem ser considerados probabilisticamente iguais, com risco nulo. Cabe a dúvida da similaridade sobre a coerência destas proposições elaboradas na adaptação do instrumento⁷. No caso dos liderados, os percentuais para estas questões são 21,29% para a questão dois e 17,82% para a questão sete. O teste de diferença de proporções destas questões mostrou risco probabilístico nulo para os dois grupos, líderes e liderados.

O estilo “Empobrecido”, no grupo dos líderes, mostrou a igualdade das questões um e seis, tendo valores relativos de 6,49% para ambas, o que afere que as proposições são convergentes. Em relação aos liderados, os relativos foram 18,81% e 14,36% para as questões um e seis, mas foi verificada a



Crédito: Projetado por Can Stock Photo

igualdade dos percentuais com risco praticamente nulo. Este estilo foi também percebido idêntico probabilisticamente pelos liderados em função das questões propostas, o que consolida a proposta do instrumento para este estilo.

DISCUSSÃO

O perfil sócio demográfico dos enfermeiros encontrado nesta pesquisa é semelhante a um censo realizado nos 18 maiores hospitais públicos no município do Rio de Janeiro, onde a maioria dos enfermeiros é do sexo feminino, 87,3% (17). A faixa etária mais frequente está entre 45 e 65 anos, 40,3% semelhante a estudos similares realizados¹⁸. O tempo percorrido desde a conclusão da graduação está entre 5 a 10 anos, 33,8%, e a maior parte dos enfermeiros declararam menos de cinco anos, sendo 55,1%.

Um ponto interessante é que embora os líderes sejam mais velhos em relação aos liderados, eles têm menos tempo de formação, o que pode estar associado ao pouco domínio de suas habilidades profissionais. No tocante ao tempo de exercício da profissão relacionado ao trabalho hospitalar, a maioria desempenha as atividades no intervalo entre cinco e dez anos, 29,9%, semelhante ao tempo de experiência dos liderados. Porém, é importante citar que no grupo de líderes também há uma parte relevante que declarou ter menos tempo de experiência, de 3 a 5 anos, 23,4%, mas isto não ocorre para os liderados.

De acordo com uma pesquisa¹⁹ semelhante a esta, a média de experiência hospitalar é de 15 anos. Segundo outro estudo²⁰, os enfermeiros consideram que a liderança vai se fortalecendo ao longo do tempo e, por este motivo, mencionaram dificuldades para exercê-la no início da profissão. Desta forma, o tempo de experiência pode ser causa para a dificuldade em alcançar um estilo de liderança considerado ideal “Equipe”²⁰.

O período de carga horária mais comum está no intervalo horário de 24 horas a menos de 48 horas, 80,5%, o que representa uma jornada cansativa (21). A minoria possui outra atividade remunerada, 3,9%. Em outra pesquisa²² realizada, somente 11,6%

declarou possuir outra atividade remunerada fora da área de enfermagem.

Sobre a caracterização sócio demográfica dos liderados (técnicos em enfermagem), também há uma supremacia do sexo feminino (84,6%), o que se confirma num estudo²³ semelhante. Os liderados são um pouco mais jovens que os líderes, na faixa de 35 a 45 anos, 49,5%, e pode ser considerada integrante na fase “Maturidade profissional”, em que os profissionais estão em pleno desenvolvimento de suas capacidades cognitivas, técnicas e práticas de enfermagem²⁴.

Vale destacar que nem os líderes e nem liderados possuem idade inferior a 25 anos, logo, não estão na primeira fase laboral, a dos recém-formados, período ainda sem definição clara da área de atuação. Na 2ª Fase, “Formação Profissional”, as pessoas que estão na faixa etária entre 26 a 35 anos e buscam se qualificar para os serviços²⁵. Há semelhança tanto para os liderados quanto para os líderes, o que pode ser um fator pouco favorável para mudanças no estilo mais frequente, o “Organizacional”. Dessa forma, não se verificam fatores que indiquem procura espontânea por atualizações de conhecimentos científicos, o que conduz a necessidade de investigar quais são as melhores estratégias para uma intervenção da educação permanente, para que ocorra uma melhora sobre a compreensão da impotência da liderança.

Os liderados ainda possuem um agravante sobre esse aspecto, pois possuem mais tempo de formação do que os líderes, de 10 a 15 anos, 32,1%, enquanto a maior parte dos auxiliares e técnicos concluíram sua formação entre seis e 20 anos decorridos, 50,6%, o que leva a pensar que estão a mais tempo sem reciclar seus conhecimentos em relação aos líderes e que têm exercido o ofício da enfermagem hospitalar no mesmo período que os líderes, cerca de cinco a dez anos, 33,1%. Vale enfatizar que todos estão expostos a grandes jornadas de trabalho, cumprindo 12 horas ou mais, o que mostra ser uma profissão que exige muita dedicação, fator que contribui para maior nível de estresse associado à Síndrome de Burnout²⁵.

O estilo mais frequente foi “Equipe”, aferido pelas questões cinco e nove,

que apresentaram para os líderes valores relativos de 87,01% e 61,04%, respectivamente, com um risco nulo. No caso dos liderados, para estas questões, os índices relativos foram 78,71% e 77,72%, respectivamente, com risco nulo. Ressalte-se que pesquisas realizadas anteriormente apontaram o estilo “Organizacional” como o mais representativo²⁴. Outra pesquisa²⁵, realizada na mesma capital em unidades de terapia intensiva, apontou que o estilo mais frequente foi “Equipe” pela percepção de 65 enfermeiros dentre 66 líderes, representando 98,5%, pois consideraram que este estilo era o ideal. Todavia, as avaliações dos técnicos desta pesquisa apontaram que nem todos os enfermeiros se portavam de forma esperada a ser considerada como ideal. Nesta mesma pesquisa, outro ponto importante é que os profissionais de enfermagem declararam só ter tido contato com o tema liderança no período de formação e em treinamentos de curto prazo.

CONCLUSÃO

Esse estudo identificou que o estilo de liderança “Equipe” tem maior expressividade na percepção do cotidiano dos enfermeiros e dos técnicos em enfermagem, lotados na emergência hospitalar, tendo por base o Grid Gerencial com a adaptação de Manola⁷. Esta percepção dos líderes foi efetivada porque os percentuais de concordância atingiram os valores de 97,40% e 85,71% para as questões quatro e dez, respectivamente. No caso dos liderados, para estas mesmas questões, os percentuais foram 78,71% e 77,72%, o que enfatiza a proximidade de semelhança na percepção deste estilo. Sendo assim, este estudo ainda pode sugerir a utilização de estratégias de educação permanente, para que ocorra a melhor convergência das percepções dos dois grupos. No caso dos líderes, estudos já realizados sobre a temática liderança apresentaram proporção de concordância de 98,5%, bem próxima dos 97,40% deste estudo, para a questão quatro. Em relação aos liderados, estes autores indicaram relativo de 63,6%, um pouco abaixo do encontrado neste artigo²⁵. ■

REFERÊNCIAS

- Ministério da Educação (BR). Resolução CNE/CES n.º 3 [Internet]. 2001. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem (DCN). Brasília, DF, Brasil; [citado 2018 Mar 20]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>
- Heckemang B, Jos MGA, Ruud JG. A reflective framework to foster emotionally intelligent leadership in nursing. *Jour of NursMANag* [Internet]. 2014 [citado 2018 jun 23]; 23:744–753 DOI: <https://doi.org/10.1111/jonm.12204>
- Dyess SM, Sherman RO, Pratt BA, Chiang-Hanisko L. Growing Nurse Leaders: Their Perspectives on Nursing Leadership and Today's Practice Environment. *Online J Issues Nurs* [Internet]. 2016 [citado 2018 Out 2]; 14:21(1):7 Disponível em: <http://ojin.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol-21-2016/No1-Jan-2016/Articles-Previous-Topics/Growing-Nurse-Leaders.html?css=print>
- Carrara GLR, Bernardes A, Balsanelli AP, Camelo SHH, Gabriel CS, Zanetti ACB. A utilização de instrumentos para avaliação da liderança nos serviços de saúde e enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2017 [citado 2018 Jul 6]; 38(3):e2016-0060. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v38n3/1983-1447-rgenf-1983-14472017032016-0060.pdf>
- Buono AF, Bowditch JL. Elementos de comportamento organizacional. São Paulo: Pioneira Thomson; 2002.
- Blake R, Mouton JS. O grid gerencial. 3. ed. São Paulo: Pioneira; 1978.
- Manola CCV. Liderança: uma abordagem entre líderes e liderados à luz do Grid Gerencial. Vitória. Dissertação (Mestrado em Administração, Área em Gestão de Pessoas). Fundação Instituto Capixaba de Pesquisas em Contabilidade, Economia e Finanças [Internet]. 2013 [citado em 3 Out 2018]. Disponível em: http://www.fucape.br/_public/producao_cientifica/8/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Claudia%20Curbanil%20Vieira%20Manola.pdf
- Collis J, Hussey R. Pesquisa em administração: um guia prático para alunos de graduação e pós-graduação. 2. ed. Porto Alegre: Bookman; 2005.
- Burns N, Grove SK. The practice of nursing research: conduct, critique, and utilization. 5th ed. St Louis: Elsevier. 2005. 2. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Essentials of nursing research: methods, appraisal, and utilization. 5th ed. Philadelphia: Lippincott; 2001.
- Souza VD, Driessnack M, Mendes IAC. Revisão dos Desenhos de Pesquisa para a Enfermagem. Parte 1: desenhos de pesquisa quantitativa. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2007 [citado 2018 Nov 18]; 15(3). Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/pt_v15n3a22
- Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 3. ed. Porto Alegre: Bookman; 2005.
- Gila C. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas; 2008. P.121.
- Likert R. A technique for the measurement of attitudes. *Archives in Psychology*; 1932. p. 1- 55.
- Steller C B, Ritchie JA, Rycroft-Malone J, Charns, MP. Leadership for Evidence-Based Practice: Strategic and Functional Behaviors for Institutionalizing EBP. *Worldviews Evid Based Nurs* [Internet]. 2014 [citado 2018 Nov 21]; 11(4): 219–226. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4240461/>
- Landis J.R, Koch G.G. The Measurement of Observer Agreement for Categorical Data. *International Biometric Society* [Internet]. 1997 [cited: 2018 Nov 2]; 33(1):159-174. Disponível em: https://www.dentalage.co.uk/wp-content/uploads/2014/09/landis_jr_koch_gg_1977_kappa_and_observer_agreement.pdf
- Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução n.º 466. [Internet]. 2012. [citado 10 Jul 2018] Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/reso466.pdf>
- Fernandes JC, Portela LF, Griep RH, Rotenberg L. Jornada de trabalho e saúde em enfermeiros de hospitais públicos segundo o gênero. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2016 [citado 2018 Nov 20]; 51:63. Disponível em: https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rsp/v51/pt_0034-8910-rsp-51518-87872017051006808.pdf
- Machado MH et al. Características gerais da enfermagem: o perfil sócio demográfico. *Enferm. Foco* [Internet]. 2015 [citado 2018 Nov 20]; 6(1/4):11-17. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/07/Caracter%C3%ADsticas-gerais-da-enfermagem-o-perfil-s%C3%B3cio-demogr%C3%A1fico.pdf>
- Silva GSA, Silva GAV, Silva RM, Andolhe R, Padilha KG, a Costa ALS. Estresse e Burnout em profissionais de enfermagem de unidade de terapia intensiva e semi-intensiva. *Rev. Cient. Sena Aires* [Internet] 2018 [citado 2018 Nov 20]; 7(1): 5-11. Disponível em: <file:///E:/13%20novembro/297-657-1-SM.pdf>
- Amestoy SC, Trindade LL, Silva GTR, Santos BP, Reis VRSS, Ferreira VB. Liderança na enfermagem: do ensino ao exercício no ambiente hospitalar. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2017 [citado 2018 Nov 21]; 21(4):1-7. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/1277/127752022001.pdf>
- Ribeiro CA, Ramos LHD, Mandú ENT. Perfil sociodemográfico e profissional de enfermeiros de um hospital público de Cuiabá. *Cienc Cuid Saude* [Internet]. 2014 [citado 2018 Nov 21]; 13(4):625-633. Disponível em: http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/Cienc-CuidSaude/article/viewFile/20480/pdf_237
- Ferreira NN, Lucca SR. Síndrome de burnout em técnicos de enfermagem de um hospital público do Estado de São Paulo. *Rev. bras. epidemiol* [Internet]. 2015 [citado 2018 Nov 21]; 18(1). Disponível em: <https://www.scielo.org/article/rbepid/2015.v18n1/68-79/pt/>
- Melo LP, Carlotto MS. Prevalência e preditores de Burnout em bombeiros. *Psicol. cienc. prof.* [Internet]. 2016 [citado 2018 Nov 21]; 36(3):668-681. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v36n3/1982-3703-pcp-36-3-0668.pdf>
- Higa EFR, Trevisan MA. Os estilos de liderança idealizados pelos enfermeiros. *Rev. Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2005 [citado 2018 Nov 19]; 13(1):59-64. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/2814/281421842010.pdf>
- Balsanelli AP, Cunha ICKO. Liderança ideal e real dos enfermeiros de unidade de terapia intensiva em hospitais privados e públicos. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2015 [citado 2018 Nov 19]; 1(1): 01-07. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/42129/27253>

O Conhecimento do Enfermeiro acerca do Desbridamento em Lesões

RESUMO

O presente estudo objetivou avaliar a importância do conhecimento do enfermeiro acerca do desbridamento de lesões. Estudo descritivo com abordagem quantitativa, transversal e observacional. O cenário foi um hospital público universitário localizado no estado do Rio de Janeiro, sendo, o campo de coleta de dados enfermarias de Clínica Médica. A população da pesquisa foi composta por enfermeiros e residentes de enfermagem do 2º ano lotados nas unidades. A coleta de dados ocorreu no período de março a julho de 2018, por meio de um formulário misto, para a avaliação do conhecimento dos participantes. Os resultados evidenciaram que os profissionais possuem conhecimento adequado acerca da definição do desbridamento, os tipos e a necessidade de realização. Conclui-se a necessidade de implementação das ações educativas de treinamento em serviço, que se mostra tão essencial, uma vez que, o cuidado com feridas é inerente ao trabalho da enfermagem.

DESCRITORES: enfermeiro; desbridamento; lesões.

ABSTRACT

The present study aimed to evaluate the importance of the knowledge of the nurse about the debridement of lesions. Descriptive study with a quantitative, transversal and observational approach. The scenario was a public university hospital located in the state of Rio de Janeiro, being the field of data collection clinic wards. The research population was made up of nurses and nursing residents of the 2nd year in the units. The data collection took place in the period from March to July 2018, through a mixed form, for the evaluation of participants' knowledge. The results showed that the professionals have adequate knowledge about the definition of debridement, the types and the need to perform. The need to implement educational in-service training actions, which is so essential, is concluded, since wound care is inherent to nursing work.

DESCRIPTORS: nurse; debridement; lesions

RESUMEN

El presente estudio objetivó evaluar la importancia del conocimiento del enfermero acerca del desbridamiento de lesiones. Estudio descriptivo con abordaje cuantitativo, transversal y observacional. El escenario fue un hospital público universitario ubicado en el estado de Río de Janeiro, siendo, el campo de recolección de datos enfermerías de Clínica Médica. La población de la investigación fue compuesta por enfermeros y residentes de enfermería del 2º año abarrotados en las unidades. La recolección de datos ocurrió en el período de marzo a julio de 2018, por medio de un formulario mixto, para la evaluación del conocimiento de los participantes. Los resultados evidenciaron que los profesionales poseen conocimiento adecuado acerca de la definición del desbridamiento, los tipos y la necesidad de realización. Se concluye la necesidad de implementación de las acciones educativas de entrenamiento en servicio, que se muestra tan esencial, una vez que el cuidado con heridas es inherente al trabajo de la enfermería.

DESCRIPTORES: enfermero; desbridamiento; lesiones

Joyce Christine da Silva Azevedo

Enfermeira. Residente de Enfermagem do Programa de Clínica Médica do Hospital Universitário Pedro Ernesto. Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ. Brasil.

Ariane da Silva Pires

Enfermeira. Professor Assistente da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Rio de Janeiro, RJ. Brasil.

Priscila Cristina da Silva Thiengo

Enfermeira. Professor Assistente da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Rio de Janeiro, RJ. Brasil.

Carlos Eduardo Peres Sampaio

Enfermeiro. Professor Associado da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Professor Titular da Universidade Veiga de Almeida.

Graciete Saraiva Marques

Enfermeira. Mestrado em Enfermagem. Estomaterapeuta. Membro da Comissão de Curativos do Hospital Universitário Pedro Ernesto. Membro do Núcleo de Segurança do Paciente do Hospital Universitário Pedro Ernesto – Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Eugenio Fuentes Pérez Júnior

Enfermeiro. Professor Assistente da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

INTRODUÇÃO

A enfermagem tem como objeto de trabalho o cuidado ao ser humano que esteja com qualquer tipo de adversidade, seja na dimensão física ou psíquica. É de responsabilidade e dever da enfermagem a promoção e proteção da vida humana, bem como contribuir com a recuperação da saúde, fazendo com que o seu cuidado seja uma arte e uma ciência¹. Desse modo, é uma profissão voltada para o bem estar do ser humano, que requer uma formação especial e a produção de conhecimentos que fundamentem o agir profissional².

O interesse pelo desenvolvimento dessa proposta de pesquisa emerge da prática clínica, em um hospital universitário, por meio do Programa de Residência em Enfermagem na Clínica Médica. A vivência neste cenário de saúde proporcionou o contato com inúmeros pacientes acometidos por lesões de pele, em sua maioria, lesões por pressão. Então se observou empiricamente as dificuldades do profissional “enfermeiro” no que tange ao conhecimento em relação ao desbridamento de lesões².

O setor de Clínica Médica tem como perfil epidemiológico prevalente as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), além disso, devido ao envelhecimento populacional, comumente a clientela assistida neste cenário assistencial, adquire ou já são internados com lesões, necessitando, dependendo do leito da lesão a realização de desbridamento^{1,2}.

O desbridamento é caracterizado pela remoção do tecido desvitalizado, necrosado, indicado nas feridas que apresentam este tipo de tecido. A escolha do tipo de desbridamento (autolítico, químico, mecânico, conservador ou cirúrgico) deverá ser feita de acordo com o tipo de necrose, avaliação da lesão e estado clínico do cliente³.

Neste sentido, destaca-se a relevância do estudo, uma vez que o conhecimento do enfermeiro está diretamente relacionado com a qualidade da assistência de enfermagem prestada ao paciente.

No que tange as contribuições destaca-se: abordagem de uma temática pouco discutida no ensino de graduação; melhorias para a qualidade da assistência de enfermagem através do mapeamento do conhecimento dos enfermeiros no desbridamento de feridas; e o fortalecimento de pesquisas na área do cuidado de enfermagem e tratamento de lesões.

A partir dessa breve contextualização acerca do objeto de estudo, selecionou-se o seguinte problema de pesquisa: Os enfermeiros de clínica médica detêm o conhecimento para realização do desbridamento de lesões de pele?

De acordo com o problema de pesquisa, elencou-se um objetivo geral: Avaliar o conhecimento dos enfermeiros e residentes de enfermagem do 2º ano de clínica médica sobre a realização do desbridamento de lesões.

METODOLOGIA

Entende-se por método o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade⁴. Como desenho metodológico, optou-se por uma abordagem quantitativa, transversal e observacional. O método quantitativo no qual o pesquisador trabalha a partir de parâmetros como características populacionais, através das quais pode examinar hipóteses de caráter particular. Esta busca estabelecer relações de causa-efeito, utilizando análise estatística para o tratamento dos dados⁵.

O estudo transversal ocorre quando a exposição e o desfecho são observados num mesmo momento histórico, sem sequência temporal e a pesquisa observacional visa ver

e registrar de forma sistemática e fiel os fatos e circunstâncias em situações concretas que estejam ligadas ao problema do estudo. Não se manipula as variáveis independentes, as variáveis são apresentadas conforme aparecem, não havendo interferência do pesquisador⁶.

O cenário da pesquisa foi um Hospital Universitário situado no estado do Rio de Janeiro. Sendo, o campo de coleta três unidades de Clínica Médica (enfermarias) do referido hospital. A escolha desse cenário ocorreu devido a um levantamento sobre as características dos setores, a procura de um local com características assistenciais envolvendo cuidados com curativos, tratamento de lesões e desbridamento. A população da pesquisa foi composta por 15 participantes, tendo como critério de elegibilidade enfermeiros e residentes de enfermagem do 2º ano, lotados nas unidades de Clínica Médica e que aceitaram realizar a pesquisa, não estando de férias ou de licença médica. A coleta de dados ocorreu no período de março a julho de 2018. O questionário foi composto por 07 questões de dados socio-demográficos e ocupacionais e 12 questões de dados a cerca do conhecimento do enfermeiro de múltipla escolha e algumas para descrição das informações prestadas.

Obedecendo aos preceitos éticos, esta pesquisa foi cadastrada na Plataforma Brasil do Ministério da Saúde, conforme preconiza a Resolução n.º 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS), que regulamenta o desenvolvimento de pesquisas envolvendo seres humanos, com o número do parecer: 2.531.766. A referida Resolução tem por objetivo principal fazer respeitar os referenciais da bioética – tais como autonomia⁷.

RESULTADOS

A partir dos dados coletados nos formu-

lários, elaborou-se a caracterização sócio-demográfica e laboral dos participantes. As variáveis foram: faixa etária, sexo, categoria profissional, carga horária de trabalho.

Os resultados demonstram predominância do sexo feminino com 86,6% dos participantes, 40% com faixa etária de 26-30 anos. Sobre os dados laborais, a respeito da categorial profissional 66,6% eram residentes de enfermagem com tempo de atuação profissional variando de 1-5 anos (66,6%) e carga horária semanal de 40 horas 80%.

Em relação as questões imbricadas ao objeto de estudo referentes ao conhecimento do enfermeiro acerca de desbridamento em lesões, os participantes responderam a 12 questões do formulário.

Sobre a questão que tratou sobre a realização de curativos na unidade de atuação, 100% dos enfermeiros afirmaram cuidar dos curativos dos pacientes.

É sabido que a clínica médica é um setor onde pacientes em sua grande maioria, são crônicos, com problemas de imobilidade e possuem lesões de pele. Sendo assim, o cuidado com feridas é iminente a trabalho neste setor.

No que tange ao conhecimento dos enfermeiros acerca da definição de desbridamento, 100% dos participantes responderam de forma adequada de acordo com a literatura científica. Ressalta-se a importância do conhecimento do enfermeiro acerca do procedimento para que haja com segurança no cuidado com as lesões de pele que necessitam de algum tipo de desbridamento.

No que concerne aos conhecimentos sobre os aspectos técnicos (saber fazer) e éticos (ser) em relação ao desbridamento, todos os participantes (100%) acreditam que o enfermeiro possui a habilidade técnica de realizar o desbridamento e 87% a capacidade ética para realizar o desbridamento. 13% dos participantes tiveram dúvida ou falta de conhecimento acerca da capacidade ética do enfermeiro para a realização do desbridamento.

No gráfico abaixo pode-se observar sobre a questão dos tipos de desbridamento que o enfermeiro pode realizar, embora

Tabela 1. Dados sociodemográficos e laborais. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2018.

VARIÁVEL	N (15)	F(%)
Sexo	-	-
Feminino	13	86,6
Masculino	2	13,3
Idade		
20-25	2	13,3
26-30	6	40
31-35	2	13,3
36-40	1	6,6
45-50	3	20
Acima de 50	1	6,6
Categoria profissional	-	-
Enfermeiro	5	33,3
Enfermeiro residente	10	66,6
Tempo de profissão	-	-
1-5 anos	10	66,6
5-10 anos	1	6,6
Acima de 10 anos	4	26,6
Carga horária semanal	-	-
24 horas	0	0
30 horas	3	20
40 horas	12	80

Fonte: dados da pesquisa.

todos os tipos de desbridamento tenham sido identificados corretamente pelos participantes, tivemos como resposta:, houve 3 % de abstenções, o que denota uma fragilidade em relação ao conhecimento dos enfermeiros acerca dos tipos de desbridamento que o enfermeiro pode realizar na sua prática profissional.

Ademais, os resultados demonstram que 87% dos profissionais responderam corretamente, o enfermeiro não pode realizar o desbridamento cirúrgico, visto que, é procedimento médico, com recomendação de ser realizado em centro cirúrgico e anestesia local, para retirada do tecido necrosado. Houve 13% de abstenções, o que denota a falta de conhecimento de alguns profissionais acerca da questão.

Outro aspecto importante trata da capacitação dos profissionais através de cursos e eventos. 60% dos participantes afirmaram a

realização de cursos, em contrapartida 40% não receberam ou realizaram nenhum tipo de capacitação.

DISCUSSÃO

O cuidado diário da pele é inerente à atuação profissional do enfermeiro, que agrega os conhecimentos sobre os fatores de risco e as complicações advindas das lesões, possibilitando a classificação do grau de dependência e a prescrição dos cuidados necessários para o tratamento adequado do paciente.

O desbridamento em lesões remove tecidos mortos, desvitalizados ou contaminados, assim como qualquer corpo estranho no leito da ferida, ajudando a reduzir o número de microrganismos, toxinas e outras substâncias que inibem a cicatrização⁸. Neste sentido, o desbridamento é uma etapa, apoiada por evidências científicas

ficas, indispensável para cura das lesões. O desbridamento além de acelerar as fases da proliferação e remodelação tissular, elimina o substrato que permite o crescimento do microorganismos. Melhora o reestabelecimento estrutural e funcional da pele e, ainda, permite uma melhor avaliação da lesão⁹.

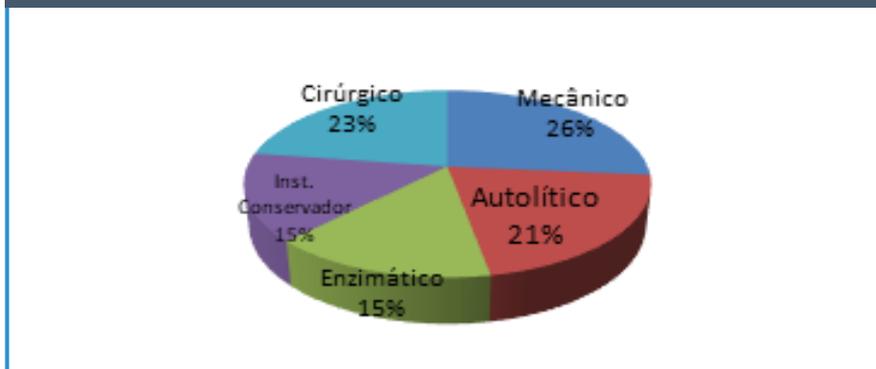
Diante das pesquisas analisadas, foi questionada a população quais os tipos de desbridamento conheciam, tendo predominância do desbridamento mecânico, por ser o mais fácil de ser realizado, método não seletivo no qual se usa fricção, curativo úmido-seco, irrigação e hidroterapia. Todos ocasionam trauma local para remoção do tecido retornando a fase inflamatória seguido em ordem decrescente do Cirúrgico, que sabemos ser necessário o centro cirúrgico para ser realizado, por ser a retirada de grandes áreas de tecido de necrose e precisar de anestesia; Autolítico, método seletivo e seguro que promove no leito da ferida um meio úmido e mantém a temperatura em 37°C oportunizando as enzimas e aos macrófagos lise e fagocitose tecidual; Enzimático, utilizando enzimas exógenas atuando no pH removendo e fagocitando tecidos necróticos e Instrumental conservador, utilizando instrumentais cortantes exigindo competência técnica específica dos profissionais. Subdividindo em instrumental conservador a partir do descolamento e retirada de bordas da necrose (técnica de Cover) e/ou a técnica de incisões paralelas em toda a crosta formando e retirando quadradinhos - técnica de Square¹⁰.

Em relação ao enfermeiro possuir capacidade técnica para realizar o desbridamento, os dados dessa pesquisa vão de encontro à literatura, uma vez que¹⁰ considera que os enfermeiros, são responsáveis pela monitorização da ferida, através da avaliação diária ou periódica, bem como pelo registro dessa avaliação para documentar a assistência prestada.

E o Conselho Regional Enfermagem esclarece que cabe ao Enfermeiro privativamente a execução de atividades de maior complexidade considerando o que consta no artigo 11 na Lei n.º 7498/86 regulamentado pelo Decreto 94.406/87¹¹.

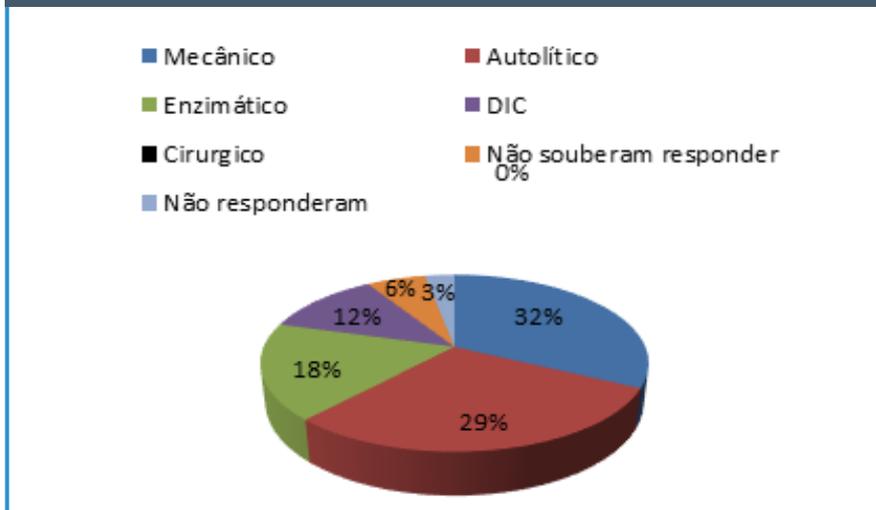
Para tanto, o Enfermeiro deve “manter

Figura 1. Conhecimento do enfermeiro de quais são os tipos de desbridamento. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2018



Fonte: A Autora, 2018

Figura 2. Quais os desbridamentos o enfermeiro pode realizar. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2018



Fonte: A Autora, 2018

atualizados os seus conhecimentos” relacionados aos avanços técnicos e científicos referentes ao processo fisiológico da reparação tecidual, para possibilitar a boa avaliação da ferida através do reconhecimento das características do tecido vivo ou morto. Deve preocupar-se, ainda com aqueles relacionados aos métodos e produtos utilizados no processo de limpeza da ferida¹⁰.

O desbridamento de feridas no que diz respeito a equipe de enfermagem é da competência exclusiva do enfermeiro, este, tem competência para realizar o desbridamento mecânico, autolítico, biológico, enzimático e instrumental, desde que tenha conhecimentos e habilidades obtidos por meio de cursos de capacitação, atualização ou de

wespecialização e na pesquisa realizada podemos perceber que todos os desbridamentos que o Enfermeiro pode realizar foram apontados. Sendo de competência específica do Enfermeiro segundo a resolução n.º 501/2015¹².

O desbridamento cirúrgico é a técnica mais rápida para remoção da necrose, principalmente quando o paciente necessita de intervenção urgente, como nos casos de processos infecciosos graves, também é utilizado em situações que exijam a remoção maciça de tecidos. É uma atribuição exclusiva de cirurgiões, deve ser realizada no centro cirúrgico com técnica asséptica e sob anestesia (local, peridural ou geral). A realização do desbridamento cirúrgico por

enfermeiro tecnicamente apto e legalmente assistido viria, desta forma, somar efetivamente esforços a equipe de saúde garantindo uma assistência pública de qualidade.

No Reino Unido o desbridamento cirúrgico é mais frequentemente realizado por enfermeiros, particularmente na atenção à comunidade. Nos Estados Unidos os enfermeiros registrados podem realizar o desbridamento cirúrgico após certificação por curso reconhecido com prática clínica supervisionada¹³.

Destaca-se que a enfermagem, deve se manter comprometida com a função de educar e orientar dentro de sua prática, desenvolvendo processos educativos, nos diversos ambientes de saúde, a fim de favorecer o desenvolvimento de habilidades técnicas com a finalidade de qualificar o enfermeiro para realizar uma prática segura tanto para o paciente portador de lesão quanto para ele, responsabilizando-se por garantir uma assistência de qualidade¹⁴. Formar enfermeiros especialistas no cui-

dados ao portador de feridas, certificados por cursos reconhecidos, disponíveis para o mercado, responsáveis para realização de desbridamento cirúrgico conservador, facilitará sem dúvida de modo custo-efetivo os resultados do tratamento de portadores de feridas.

O Enfermeiro precisa estar plenamente consciente quanto aos atos praticados ou a serem assumidos, respeitando seus limites de competência e responsabilidade. Para tanto, é necessária a busca pelo aprimoramento e desenvolvimento de competências, por meio da realização de cursos de capacitação, e, especialização resguardando a segurança do paciente e o exercício legal da profissão¹³.

CONCLUSÃO

Conclui-se diante dos objetivos deste estudo que os enfermeiros e residentes de enfermagem possuem conhecimento adequado acerca da definição do desbridamento, os tipos e a necessidade de realização.

Reconhecem ainda que possuem a capacidade técnica para implementar tal procedimento.

No que tange ao conhecimento dos riscos e benefícios em relação ao desbridamento, foram identificadas as principais complicações que envolvem o procedimento, como também, suas finalidades.

Em relação a realização de cursos e capacitações, nem todos os profissionais tiveram essa oportunidade de treinamento, que se mostra tão essencial, uma vez que, o cuidado com feridas é inerente ao trabalho da enfermagem.

A limitação do estudo encontra-se no número reduzido de participantes e realização em apenas um cenário, portanto não se pretende generalizar os resultados.

Recomenda-se que o tema em questão seja abordado pelas faculdades de enfermagem de todo país, ampliando a discussão da temática na graduação, já que, o enfermeiro generalista trata de clientes acometidos por lesões de pele e realiza desbridamentos. ■

REFERÊNCIAS

1. Carvalho V. Sobre a identidade profissional na enfermagem: Reconsiderações pontuais em visão filosófica. *Rev bras enferm* [Internet]. 2013 [citado 2012 ago 6]; 66(esp):24-32. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000700003>
2. Pires D. Enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. *Revista Brasileira de Enfermagem* [Internet]. 2009 [citado 2012 ago 6]; 62(5):739-744. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672009000500015>
3. Araújo CRD, Lucena STM, Santos IBC, et al. A enfermagem e a utilização da escala de Braden em úlcera por pressão. *Rev Enferm UERJ* [Internet]. 2010 [citado 2012 ago 6]; 18(3):359-64. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=ink&exprSearch=19472&indexSearch=ID>
4. Minayo MCS. *Pesquisa social, Teoria, método e criatividade*. 21. ed. Petrópolis: Editora Vozes; 2015.
5. Rudio F. *Introdução ao projeto de pesquisa científica*. 43. ed. Petrópolis: Editora Vozes; 2015.
6. Polit DF, Beck CT. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para prática de enfermagem*. 9. ed. Porto Alegre: Artmed; 2018
7. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.º 466. *Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos*. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2012.
8. Wolcott RD, Kennedy J, Dowd S. Regular debridement is the main tool for maintaining a healthy wound bed in most chronic wounds. *J Wound Care* [Internet]. 2009 [citado 2012 ago 6]; 18(2):54-6. DOI: [10.12968/jowc.2009.18.2.38743](https://doi.org/10.12968/jowc.2009.18.2.38743)
9. Dealey C. *Cuidando de feridas. Um guia para as enfermeiras*. São Paulo: Atheneu; 2008.
10. Yamada B. *Limpeza e desbridamento no tratamento da ulcera por pressão*. 1. ed. São Paulo: Atheneu; 2014.
11. Brasil Lei n.º 7498. *Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e de outras providências* [Internet]. 1986 [citado 2012 ago 6]. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-19864161.html>.
12. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução n.º 501. *Norma técnica que regulamenta a competência da equipe de enfermagem no cuidado às feridas* [Internet]. 2015. [citado 2017 out 9]. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2015/12/ANEXO-Resolu%C3%A7%C3%A3o501-2015.pdf>
13. Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina. Parecer n.º 006/CT. *Competência no desbridamento de ferida por Enfermeiro*. 2016. [citado 2018 out 7]. Disponível em: <http://www.corensc.gov.br/wp-content/uploads/2016/10/Parecer-T%C3%A9cnico-006-2016-Compet%C3%A2ncia-no-desbridamento-de-ferida-por-Enfermeiro.pdf>
14. Lise F, Silva LC. *Prevenção de úlcera por pressão: instrumentalizando a enfermagem e orientando o familiar cuidador*. *Acta Bioeth* [Internet]. 2007 [citado 2012 ago 6]; 29(2). DOI: <http://dx.doi.org/10.4025/actascihealthsci.v29i2.1072>

Construção de saberes e práticas em primeiros socorros para profissionais da pré-escola

RESUMO

O objetivo deste estudo foi analisar os conhecimentos e atitudes que profissionais de uma pré-escola do interior de Mato Grosso detêm sobre primeiros socorros básicos, para agir em frente de uma situação de urgência/emergência com o escolar e, de que forma o conhecimento em primeiros socorros contribui para o cuidado com as crianças. Trata-se de uma investigação descritiva de abordagem qualitativa do tipo convergente assistencial. O trabalho foi desenvolvido em dois momentos. Primeiro aplicou-se questionário aos participantes da pesquisa, visando identificar conhecimentos acerca de noções de primeiros socorros bem como as possíveis falhas diante das ações de noção básica de cuidados ao acidentado. Posteriormente com os achados do primeiro momento foi realizado o método convergente assistencial, que compreende um momento de educação em saúde abordando a temática da pesquisa. Os resultados apontaram para uma falha no conhecimento científico dos participantes de como agir em frente de situações acidentais com os escolares, ficando exposta várias atitudes diante de uma intercorrência acidental que se limita a conhecimentos associadas a mitos e crenças, ou até mesmo em nenhuma ação, o que sinaliza a vulnerabilidade das ações incorretas diante de uma ação de primeiros socorros inadequada. Constatou-se a premência pela busca de alternativas investigativas e interventivas que deem amplitude às discussões para esta classe profissional sobre assistência a primeiros socorros, proporcionando assim cuidados à saúde de forma integral e contínua.

DESCRITORES: creches; emergências; primeiros socorros.

ABSTRACT

The aim of this study was to analyze the knowledge and attitudes that professionals of a pre-school in the interior of Mato Grosso have on basic first aid, to act in a situation of urgency/emergency with the school and, in what way the knowledge in first helps to care for children. It is a descriptive investigation of a qualitative approach of the convergent type of care. The work was developed in two moments. A questionnaire was first applied to the participants of the research, aiming to identify knowledge about first aid notions as well as possible failures before the basic notions of care for the injured. Subsequently, with the findings of the first moment, the convergent care method was carried out, which includes a moment of health education addressing the research theme. The results pointed to a failure in the scientific knowledge of the participants on how to deal with accidental situations with the students, being exposed several attitudes in the face of an accidental intercurrent that is limited to knowledge associated with myths and beliefs, or even in no action, the which signals the vulnerability of wrong actions in the face of an inadequate first aid action. The search for research and intervention alternatives that amplify the discussions for this professional class on first-aid care, thus providing health care in an integral and continuous way.

DESCRIPTORS: crèches; emergencies; first aid

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue analizar los conocimientos y actitudes que profesionales de una pre-escuela del interior de Mato Grosso detiene sobre primeros auxilios básicos, para actuar ante una situación de urgencia/emergencia con el escolar y, de qué forma el conocimiento en primeros los socorros contribuyen al cuidado de los niños. Se trata de una investigación descriptiva de abordaje cualitativo del tipo convergente asistencial. El trabajo se desarrolló en dos momentos. En primer lugar se aplicó cuestionario a los participantes de la investigación, buscando identificar conocimientos sobre nociones de primeros auxilios así como las posibles fallas ante las acciones de noción básica de cuidados al acidentado. Posteriormente con los hallazgos del primer momento se realizó el método convergente asistencial, que comprende un momento de educación en salud abordando la temática de la investigación. Los resultados apuntaron a una falla en el conocimiento científico de los participantes de cómo actuar ante situaciones accidentales con los escolares, quedando expuesto varias actitudes ante una intercorrencia accidental que se limita a conocimientos asociados a mitos y creencias, o incluso en ninguna acción, que señala la vulnerabilidad de las acciones incorrectas ante una acción de primeros auxilios inadecuada. Se constató la premencia por la búsqueda de alternativas investigativas e interventivas que den amplitud a las discusiones para esta clase profesional sobre asistencia a primeros auxilios, proporcionando así cuidados a la salud de forma integral y continua.

DESCRIPTORES: guarderías; emergencias; primeros auxilios.

Claudia Moreira de Lima

Enfermeira. Especialista em Urgência e Emergência. Mestre em Ambiente e Saúde. Enfermeira Monitora do curso de enfermagem da Universidade de Cuiabá-UNIC.

Akeisa Dieli Ribeiro Dalla Vechia

Enfermeira. Especialista em Políticas Públicas. Mestre em Enfermagem. Docente do curso de Enfermagem da Universidade do Estado de Mato Grosso (UNEMAT).

Dayane dos Santos Souza Magalhães

Graduada em Tecnologia em Gestão Hospitalar. Enfermeira. Especialista em Saúde do trabalhador e enfermagem do trabalho; Especialista em Gestão em Saúde. Mestranda do Programa Ambiente e Saúde da Universidade de Cuiabá-UNIC. Enfermeira Assistencial no Hospital Universitário Julio Müller pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares.

Rayanni Bruna Campos Ferro

Enfermeira Especialista em enfermagem obstétrica; Especialista em Enfermagem em UTI neonatal. Enfermeira Assistencial no Hospital Universitário Julio Müller pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares.

Grazielly Nogueira Xavier do Nascimento

Enfermeira Assistencial no Hospital Universitário Julio Müller pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares.

INTRODUÇÃO

A creche foi uma conquista advinda da revolução feminista ocorrida em 1960, onde as mulheres passaram a trabalhar fora para ajudar no sustento da casa, sendo inicialmente estes espaços destinados apenas para cuidados e alimentação das crianças^{1,2}.

Hodiernamente, as creches passaram a atuar em diapasão com a educação, sendo responsável pela primeira etapa da educação básica que é parte integrante do sistema público de educação brasileiro, tornando-se também pré-escola, oferecendo além de cuidados, educação escolar a crianças com idade compreendida entre 0 a 6 anos, contribuindo assim com o desenvolvimento físico, psicológico, intelectual e social da criança^{1,3}.

A pré-escola envolve um ambiente amplo e passível de acidentes/injúrias não intencionais a criança como: mecânicos (quedas e trombadas), térmicos (queimaduras), elétricos (choques) ou químicos (envenenamentos ou intoxicação alimentar). Acidentes estes que acontecem de acordo com o desenvolvimento físico e psíquico da criança, aludido que nessa idade as crianças são curiosas e na imaturidade de não discernir os potenciais riscos são peça fundamental para ocorrência de acidentes, relacionados a eventos inesperados, imprevisíveis, repentinos extremamente casuais, sendo acidentes com crianças

umas das causas relevantes no crescimento da mortalidade infantil nos últimos anos⁴.

Ensejo ao aludido, dados da ONG Criança Segura apontaram que em 2014 foram registradas 122 mil hospitalizações dentre crianças e adolescentes, todas ocasionadas por acidentes. É mister que dados de acidentes no ambiente escolar em nosso país são imprecisos, entretanto é sabido que a escola é considerada o segundo local de maior ocorrência de acidentes com o público infantil⁵.

Destarte visando minimizar os dados supracitados estratégias podem ser desenvolvidas a fim de prevenir/reparar a segurança da saúde após o acontecimento dos acidentes, como o pré-atendimento realizado pelos próprios funcionários da creche se estes possuírem treinamento em suporte básico de vida. Entretanto em muitas situações de acidentes na pré-escola, o cuidado é pautado em medidas inadequadas, advinda da falta de conhecimento em primeiros socorros ou nenhuma providência é tomada até a chegada da equipe de socorro, o que pode comprometer e/ou agravar o estado do vitimado⁴.

Frente a esta realidade, as políticas públicas atuais na área da saúde têm o ambiente escolar como um local privilegiado para a realização de atividades que envolvam saúde, com destaque o conhecimento em primeiros socorros, tido como essencial neste ambiente. Desta feita se faz

de extrema importância e relevância o conhecimento acerca de técnicas de primeiros socorros direcionadas aos profissionais que atuam nestas instituições, para que estes se apoderem de suas responsabilidades^{4,6}.

Diante do exposto, é importante destacar que a formação em primeiros socorros não é obrigatória em nosso país, outrossim como a presença de um profissional de saúde, entretanto quando o profissional que atua na educação infantil possui uma formação em primeiros socorros, este terá subsídios para realizar o atendimento de forma segura e eficaz, assegurando e preservando assim a vida e a saúde. Por conseguinte, o objetivo deste artigo, é investigar o conhecimento dos profissionais de uma pré-escola localizada no município de Alto Paraguai, no Estado de Mato Grosso sobre primeiros socorros para agirem diante de acidentes com o escolar. Compreendendo a problematização apresentada, foi elaborada a questão norteadora acerca da situação: Os profissionais atuantes na pré-escola têm conhecimento em primeiros socorros para agirem diante de acidentes que ocorrem com o escolar?

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório descritivo com delineamento qualitativo, realizado na única pré-escola do município de Alto Paraguai, no Estado de Mato

Grosso - MT. Esta pesquisa foi desenvolvida após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado de Mato Grosso (UNEMAT), sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE), n.º 59940316.1.0000.5166. Todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), por meio do qual foram informadas sobre as medidas para assegurar o anonimato e a confidencialidade sobre a origem dos dados obtidos. O presente estudo obedeceu às normas de pesquisa com seres humanos, segundo a Resolução n.º 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Para seleção das participantes foram estabelecidos os critérios de inclusão: ser funcionário da Creche Municipal abrangente da pesquisa. Considerando os objetivos do estudo, não foram inseridos critérios de exclusão. A coleta das informações foi realizada entre os meses de fevereiro e março de 2017. Foi aplicado um questionário auto respondido que continha onze questões, esta divididas entre perguntas abertas e fechadas. Os dados foram levantados buscando-se a caracterização do conhecimento dos profissionais acerca de suporte básico de vida em ambiente de pré-escolar, cujas variáveis abrangentes foram divididas em quadro dimensões sendo elas: dados pessoais; perfil profissional; conhecimento em primeiros socorros e ação perante acidente com escolar.

Os dados foram analisados criteriosamente em dois momentos, sendo o primeiro a análise da caracterização dos dados pessoais; perfil profissional e conhecimento primário em primeiros socorros, sendo estes resultados apresentados por meio de análise descritiva, facilitando o entendimento das especificidades do conteúdo e a discussão das informações. Em um segundo momento, a análise dos dados enfatizou o agir diante uma intercorrência acidental no ambiente da pré-escola, utilizando para este objetivo a análise de conteúdo, seguindo-se as três etapas previstas: pré-análise, exploração do material, tratamento dos dados obtidos/interpretação⁷. A partir da análise, emergiram três catego-

rias empíricas: Fatores contribuintes para ocorrência de acidentes na creche; Idade como premeditor de acidentes na creche; e Formas colaborativas dos primeiros socorros para o cuidado com o escolar.

RESULTADOS

No período de investigação, a instituição participante desta pesquisa prestava cuidados a um total de 144 (cento e quarenta e quatro) crianças com idades com-

Os dados foram analisados criteriosamente em dois momentos, sendo o primeiro a análise da caracterização dos dados pessoais; perfil profissional e conhecimento primário em primeiros socorros.

preendidas entre 0 a 6 anos. Em relação ao seu quadro profissional, este era composto por um total de 22 funcionários, distribuídos nas categorias de professores, técnicos de desenvolvimento infantil, profissionais da limpeza, profissionais da nutrição, diretora, coordenadora e secretária. Mister mencionar que o estudo teve perda amostral de 55% do total de profissionais atuantes na instituição participante deste estudo, por motivos de recusa, o que gera preocupação aos idealizadores da proposta quanto ao (des)interesse em contribuir

com a pesquisa bem como em adquirir conhecimento acerca da temática alavancada. Entretanto, mesmo os pesquisadores frisando os pontos positivos com o aceite da participação dos sujeitos, a amostra não atingiu o quantitativo almejado que era contar com a participação de todos os funcionários da pré-escola. A recusa em sua maioria foi justificada por motivos de cansaço ou ainda não dispor de tempo para responder o questionário mesmo os pesquisadores demonstrando adequação quanto ao horário e disponibilidade de cada um em particular visando não interferir na sua rotina diária de trabalho, contudo este percalço não desmotivou a realização da pesquisa com os interessados em dela participar.

Desta feita constitui-se a população deste estudo um total de 10 (100%) participantes, sendo destes 7 (70%) professores e 3 (30%) técnicos de desenvolvimento infantil (TDI). Essa pouca adesão talvez fosse menor se nas escolas fossem estabelecidas, uma iniciativa de prevenção de acidentes, tanto no que se refere à estrutura da escola quanto nas atitudes dos professores e demais funcionários⁸. Diapasão a estes dados, estudo⁹ enfatiza que se os conhecimentos fundamentais/básicos em Primeiros Socorros fossem mais difundidos entre os profissionais da educação, muitos seres indefesos poderiam ser salvos além de vir a evitar a causalidade de vários acidentes, uma vez que o conhecimento acerca da temática se faz decisivo em situação que o escolar esteja correndo risco de acidentes ou até mesmo sofrido um acidente.

Quanto ao gênero dos sujeitos que constituíram a amostra desta pesquisa toda se consideraram do sexo feminino. No que tange a formação escolar, 80% tinham o ensino superior e 20% o ensino médio completo.

Em relação ao tempo de atuação na instituição, todos atuam a mais de um ano na instituição, sendo que 03 trabalham entre 1 e 10 anos e 07 estão atuando a mais de 10 anos. Com relação ao conhecimento prévio acerca de primeiros socorros durante sua formação profissional e/ou atuação profissional quando do início de suas ati-

vidades na pré-escola, todos os depoentes relataram não deter conhecimento algum sobre ações de primeiros socorros, o que é preocupante tendo que estes atuam a mais de anos na instituição.

Dos 10 participantes, 08 relataram já ter presenciado algum tipo de acidente com o escolar e 02 afirmaram não ter presenciado, sendo as injúrias citadas envolverem 100% traumas mecânicos.

Acerca da atitude diante de um acidente com o escolar, 07 aludiram que em caso de algum acidente em seu local de trabalho colocaria a vítima em um carro e transportaria até a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) do município, 02 chamariam a ambulância para levar o acidentado até a uma unidade de saúde e 01 não tomaria nenhuma atitude.

Os resultados possibilitaram ainda a identificação de três eixos temáticos, de forma a interpretar os dados: Dados contribuintes para ocasionar acidentes na creche; e Formas colaborativas dos primeiros socorros para o cuidado com o escolar.

FATORES CONTRIBUINTE PARA OCORRÊNCIA DE ACIDENTES NA CRECHE

Os enunciados presentes nesta investigação apontam que a maioria dos acidentes ocorrem pela infraestrutura inadequada do ambiente escolar, havendo diante desta realidade a necessidade de intervenções no ambiente físico/estrutural contribuindo assim na prevenção de injúrias direcionadas as crianças.

“O que contribui é a infraestrutura inadequada, espaços pequenos e superlotados” (Profissional 1).

“A falta de atenção com as crianças e local inadequados contribui muito para que ocorra acidente” (Profissional 4).

“Dentre os fatores que contribui para ocorrência de acidentes são tombos e mordidas, o ambiente que é diferente de casa, disputas por brinquedos e o número de crianças” (Profissional 3).

“O lugar (ambiente) sem a devida

estrutura” (Profissional 8).

“Objetos altos, mesas e cadeiras” (Profissional 9).

Diante das análises supracitadas fica evidente a necessidade de mudança no ambiente escolar no quesito estrutura física. É reportado ainda nesta categoria que os acidentes acontecem de acordo com a idade e estágio de desenvolvimento físico e psíquico das crianças, que são movidos pela ausência de concepção do perigo e influenciadas pela curiosidade do novo.

“dentre os fatores que contribui para ocorrência de acidentes são tombos e mordidas estão a idade, o ambiente que é diferente de casa, a disputa por brinquedos e o número de crianças” (Profissional 1).

“Pode acontecer queda o colega empurra o outro” (Profissional 2).

“Escorregões, quedas uma criança pode empurrar a outra” (Profissional 5).

FORMAS COLABORATIVAS DOS PRIMEIROS SOCORROS PARA O CUIDADO COM O ESCOLAR

As respostas obtidas no que se refere a contribuição de conhecimentos acerca de primeiros socorros em cuidados ao escolar refletem o despreparo e a falta de capacitação como fatores que contribuem para o acontecimento de acidentes com os escolares.

“Eu como TDI não tenho noção nenhuma em primeiros socorros, se tivesse poderia fazer alguma coisa em caso de emergência, até que chegue o socorro. Seria muito importante as instituições escolares tivessem esse tipo de treinamento. Poderia contribuir muito nos cuidados com as crianças” (Profissional 6).

“o conhecimento em primeiros socorros contribui para que nós mesmo possamos prestar os primeiros atendimentos.” (Profissional 7).

“Poderá ajudar de forma signifi-

cativa, pois nós enquanto profissionais ficamos sem saber a forma certa de agir no momento em que acontece os acidentes [...]” (Profissional 8).

“Ter conhecimento em primeiros socorros pode evitar a agir de forma errada em algum acidente que vem acontecer com uma criança, assim tendo certeza de que estaria agindo certo e não agravando a situação” (Profissional 9).

“Tendo conhecimento em primeiros socorros você sabera conduzir a criança quando houver algum imprevisto, ou seja, algo inesperado” (Profissional 10).

DISCUSSÃO

Todos os participantes da pesquisa são do sexo feminino, o que confirma dados de que no Brasil, o magistério ainda hodiernamente é uma ocupação majoritariamente feminina, em especial na educação infantil, este dado associado a uma concepção ainda na sociedade de que o cuidar e o educar de crianças na fase da educação infantil não são tarefas masculinas⁽¹⁰⁾. Com relação a escolaridade no presente estudo justifica-se o alto índice de participantes com ensino superior, pois de acordo com o MEC (Ministério da Educação), podem lecionar na educação infantil (creches e pré-escolas), professores com formação mínima de nível médio, na modalidade normal, e o trabalho exercido pelos profissionais participantes desta pesquisa envolve professores e técnicos de desenvolvimento infantil³.

Mais da metade dos participantes relataram já ter presenciado algum acidente com o escolar, o que é justificado pelo fato que nas escolas os índices de acidentes são alto tendo em vista que acidentes na infância são frequentes, tendo como fatores precursores a idade, o ambiente e o quantitativo de crianças reunidas em um mesmo espaço físico¹¹. Todo intercorrência envolve um agente causador externo gerando um desequilíbrio do indivíduo com o ambiente vindo a causar danos que podem ser mecânicos (quedas e trombadas), tér-

micos (queimaduras), elétricos (choques) ou químicos - envenenamentos⁴.

Com relação as atitudes diante de uma intercorrência com o escolar, as respostas abrangeram levar o vitimado a uma unidade de atendimento, chamar o socorro e aguardar e até mesmo não tomar nenhuma atitude. Diante as respostas são alarmantes o fato de que alguém atuante em uma instituição que presta cuidados a crianças mediante um acidente independente de sua gravidade, nenhuma atitude seria tomada diante da situação, ficando explícito a necessidade de políticas públicas voltadas para estes profissionais, visando a capacitação/preparo para esses momentos quando virem a acontecer. Mister frisar que nenhum participante fez a escolha em diante de um acidente com o escolar prestar primeiros socorros ao vitimado. É necessária uma atenção quanto ao aludido tendo em vista que diante de um acidente em ambiente escolar, os profissionais que trabalham neste local necessitam tomar decisões e intervir na situação, uma vez que é válido ressaltar que a instituição escolar tem compromisso e responsabilidade pelo que acontece ao escolar enquanto estes estão sobre seus cuidados^{5,13}.

Os resultados do presente estudo evidenciaram a necessidade de obter conhecimento em primeiros socorros para que assim possa ser prestado um cuidado com qualidade ao infante no ambiente escolar, tendo que os cuidados diante de acidentes com o escolar pelo profissional da educação é imprescindível, onde este deve-se estar certo e seguro das providências a serem tomadas perante um aluno lesionado que se encontre sob sua responsabilidade, ressaltando ainda que os primeiros socorros prestados corretamente podem evitar maiores danos posteriores ao aluno¹¹.

Os fatores relacionados ao acontecimento de acidentes foram relacionados a estrutura física da instituição escolar em diapasão com o desenvolvimento normal do infante. Em relação à estrutura física, a construção de uma unidade de educação infantil demanda planejamento, envolvendo estudos de viabilidade, definição das características ambientais e elaboração de

projeto arquitetônico, incluindo projeto executivo, detalhamento técnico, especificações de materiais e acabamentos¹⁴.

As creches são ambientes que visam proporcionar condições favoráveis ao desenvolvimento integral da criança, influenciando positivamente nas suas esferas biológica, cognitiva, psicossocial e espiritual. Entretanto tal realidade pode constituir-se em risco para as crianças, pois, apesar de serem ambientes promotores do desenvolvimento e da saúde infantil, algumas destas instituições constituem-se em ambientes permeados de riscos para a gênese de acidentes².

Complementando, outro fator dito como propulsor de acidentes é o próprio desenvolvimento da criança, que na sua inocência não enxerga perigos e a curiosidade são fatores que contribuem para possíveis intercorrências no ambiente escolar, sendo este um ambiente onde se encontra um grande número de crianças em processo de interação e desenvolvimento, o que envolve várias atividades no seu dia-a-dia, fato este torna este ambiente favorável a ocorrência de acidentes, levando em consideração que nesta fase aumenta a independência da criança, são aguçadas a curiosidade e a impulsividade além de atividades diárias que nesta faixa etária são propícias ao acontecimento de acidentes não intencionais¹⁴. A incidência de acidentes envolvendo crianças aumenta pela desatenção e menosprezo por riscos corriqueiros, sendo essencial o vigiar e supervisionar de forma constante como formas de prevenir injúrias.

Os acidentes quando ocorrem na infância, além de causarem prejuízo à vida adulta podem deixar sequelas físicas e emocionais nas crianças, tornando-se então um problema educacional e de saúde pública, uma vez que podem determinar lesões de grau variados de gravidade, incapacidade, afastamento da aula e em alguns casos podendo levar até a morte, sendo desta forma essencial que os profissionais que atuam com crianças saibam como agir frente a esses eventos^{12,15}.

Frente a este dado, a pesquisa evidenciou que nenhum dos depoentes tiveram

durante sua formação escolar/acadêmica alguma instrução acerca de primeiros socorros. Os achados deste estudo vão de encontro com pesquisa⁶ realizada com profissionais de uma creche sobre primeiros socorros na graduação, os resultados mostraram que mais da metade dos participantes não tiveram nenhuma abordagem sobre primeiros socorros em sua formação, sendo o conhecimento buscado em cursos extracurricular¹⁶. Diante deste cenário é evidente que a formação dos profissionais atuantes nas instituições escolares para agirem diante de acidentes com crianças ocorrem a passos lentos, visto que poucas delas possuem formação adequada assim desenvolvendo um trabalho diferenciado e inovador.

Diante ao aludido é cediço a necessidade da implementação de carga horária destinada ao ensino de primeiros socorros básicos durante a graduação dos profissionais que irão trabalhar na educação infantil, bem como uma capacitação a todo o quadro profissional atuante no meio educacional visando que sem essa formação os profissionais se encontram despreparados para agirem diante de acidente em ambiente escolar vindo assim serem prejudicados em seus cuidados.

Entretanto é válido frisar que no que tange a grade curricular nacional durante o ensino médio e magistério não há obrigatoriedade de uma disciplina voltada para ensinar como lidar com uma situação de primeiros socorros, o que prejudica o processo da cadeia de sobrevivência em uma situação que exija habilidade técnica e um mínimo de conhecimentos básicos, pois um atendimento de primeiros socorros mal elaborado pode vir a comprometer ainda mais o estado de saúde do acidentado⁵.

Destarte é de suma importância treinamento aos profissionais atuantes na educação como um todo, tornando-os apto para prestar um cuidado primário diante de uma intercorrência acidental com o escolar. Sendo essencial um treinamento voltado a esta temática para que, em situações de acidente, não haja pânico e os presentes no momento saibam conduzir um socorro

adequado¹⁴.

CONCLUSÃO

Os resultados do presente estudo evidenciaram a realidade vivenciada por profissionais da educação infantil quanto ao conhecimento de primeiros socorros, confirmando a necessidade de um olhar mais atencioso a classe profissional no que tange a temática abordada. Como pôde-se observar, os acidentes estudados nessa pesquisa são os mais decorrentes nas escolas, de acordo com os profissionais estudados

e a literatura apresentada.

Nesse enredo ressaltamos que este estudo reconhece que a não participação de todos os profissionais atuantes na instituição participante da pesquisa evidencia uma limitação, destarte, considera-se que não há pretensão de se esgotar o assunto nesta pesquisa, onde os resultados mesmo que em partes auxilia a evidenciar a realidade acerca da temática abordada, o que pode ser o primeiro passo para a sensibilização de líderes das áreas da educação para novas propostas de assistência a esta classe

profissional.

Em suma diante de todas as evidências pesquisadas e apresentadas, é evidente a necessidade de discernir o conhecimento de primeiros socorros aos profissionais atuantes no ambiente escolar, viabilizando os riscos que o escolar pode sofrer neste local. Para tanto, faz-se necessário compreender os motivos que trazem essa problemática, bem como tentar solucioná-las, buscando alternativas que possam melhorar a qualidade do serviço prestado e garantindo um cuidado integral as crianças. ■

REFERÊNCIAS

- Rodrigues JDSS. Qual a função das creches e pré-escolas?. Capivari. Monografia (Curso de Pedagogia). Faculdade Cenecista de Capivari, CNEC. 2010.
- Dias MP, Carvalho MD, Joventino ES, Uchoa JL, Tavares MC, Morais LA, Ximenes LB. Identificação dos fatores de risco para acidentes na primeira infância no contexto creche. Rev. APS. Ceará [Internet]. 2013 [citado em 09 set 2015]; 16(1):20-26. Disponível em: <http://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/1514/692>.
- Ministério da Educação (BR). Brinquedos e brincadeiras de creches. Manual de orientação pedagógica. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2012.
- Secretaria da Saúde de São Paulo, Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde – CODEPPS (BR). Manual de atenção à saúde do adolescente [Internet]. São Paulo: SMS; 2007 [citado em 09 set 2015]. 129p. Disponível em: http://ww2.prefeitura.sp.gov.br/arquivos/secretarias/saude/crianca/0005/Manual_Prev_Acid_PrimSocorro.pdf.
- ONG Criança Segura. Análise das principais causas acidentais de mortalidade infantil na Semana Nacional de Prevenção de Acidentes [Internet]. Notícias Criança Segura; 2015 [citado em 09 set 2015]. Disponível em: <http://criancasegura.org.br/noticia/ong-crianca-segura-divulga-analise-das-principais-causas-acidentais-de-mortalidade-infantil-na-semana-nacional-de-prevencao-de-acidentes/>.
- Nascimento CJBP, Menezes GBS, Secundo CMR, Veloso LM, Amarin MNS, Silva WG. Primeiros Socorros em uma Creche Pública no Município de Juazeiro do Norte, CE. In: Anais V Semana de Iniciação Científica da Faculdade de Juazeiro do Norte [Internet]; 2013 [citado em 09 set 2015]. Disponível em: <http://www.fjn.edu.br/iniciacaocientifica/anais-v-semana/trabalhos/oral/EN0000000474.pdf>
- Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 13. ed. São Paulo: Hucitec; 2013.
- Minozzo EL, Ávila EP. Escola segura: prevenção de acidentes e primeiros socorros. Porto Alegre: AGE; 2006. p.123
- Carvalho LS, Alarcão ALC, Barroso PD, Meireles GOAB. A Abordagem de Primeiros Socorros Realizada Pelos Professores em uma Unidade de Ensino Estadual em Anápolis, GO. Ensaios Cienc., Cienc. Biol. Agrar. Saúde [Internet]. 2014 [citado 2017 mar 30]; 18(1):25-30. Disponível em: <http://revista.pgsskroton.com.br/index.php/ensaioeciencia/article/view/407/2899>
- Bialeski A. O estresse do professor de educação infantil frente a situações e emergência no centro de educação infantil. Criciúma. Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-graduação em educação física escolar). Universidade do Extremo Sul Catarinense [Internet]. 2011 [citado em 09 set 2015]. Disponível em: <http://repositorio.unesc.net/bitstream/1/799/1/Anderson%20Bialeski.pdf>.
- Neto CM, Alves NC, Paes MSL. Risco de Acidentes na Infância em uma Creche Comunitária de Ipatinga, Mg. Revista Enfermagem Integrada [Internet]. 2010 [citado em 09 set 2015]; 3(1):381-394. Disponível em: <https://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/v3/02-risco-acidentes-infancia-creche.pdf>.
- Leite ACQB, Freitas GB, Mesquita MML, França RRF, Fernandes SCCA. Primeiros Socorros nas Escolas. Rev. Extendere [Internet]. 2013 [citado em 09 set 2015]; 2(1). Disponível em: <http://periodicos.uern.br/index.php/extendere/article/viewFile/778/429>.
- Ministério da Educação (BR). Parâmetros Básicos de Infraestrutura para Instituições de Educação Infantil [Internet]. 2006 [citado em 09 set 2015]. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/Educinf/miolo_infraestr.pdf
- Siebeneichler AEM, Hahn GV. Professores de pré-escola e o agir em situações de emergência. Revista Destaques Acadêmicos Univates [Internet]. 2014 [citado em 09 set 2015]; 6(3):139-147. Disponível em: <http://www.univates.br/revistas/index.php/destaques/article/viewFile/424/416>.
- Coelho JPSSL. Ensino de primeiros socorros nas escolas e sua eficácia. Revista Científica do ITPAC [Internet]. 2015 [citado em 09 set 2015]; 8(1). Disponível em: http://www.itpac.br/arquivos/Revista/76/Artigo_7.pdf.
- Gonçalves MT. Primeiros Socorros, uma Necessidade na Graduação?. Cascavel. Monografia (Curso de Ciências Biológicas). Faculdade Assis Gurgacz [Internet]. 2009 [citado em 09 set 2015]. Disponível em: <https://www.fag.edu.br/upload/graduacao/tcc/522a562a49c55.pdf>.

O cuidado musical em idosos com Alzheimer em uma instituição de longa permanência

RESUMO

Objetivo: Analisar os efeitos do uso da música aliada ao cuidado do idoso com Demência de Alzheimer (DA) em Instituição de Longa Permanência. Trata-se de estudo com abordagem qualitativa, do tipo estudo de caso, com registros em diário de campo, seguida de análise temática emergindo como categorias: "Música: escolhas e significações" e "Música e evocação de memórias". **Resultados:** Constatou-se que a música, aliada ao cuidado de enfermagem aos idosos com DA, estimula a cognição, favorece a expressão de sentimentos, promovendo acolhimento, conforto e prazer no convívio social, facilitando o vínculo e comunicação entre idosos e profissionais. **Conclusão:** A música pode ser usada como aliada ao cuidado de idosos com demências em instituição de longa permanência, pois favorece o vínculo, a expressão de afeto e criatividade, ativa a memória e promove a convivência social colaborando para a criação de um ambiente terapêutico.

DESCRITORES: musicoterapia; doença de Alzheimer; enfermagem geriátrica.

ABSTRACT

Objective: To analyze the effects of the use of music allied to the care of the elderly with Alzheimer's Dementia (AD) in a Long Stay Institution. It is a study with a qualitative approach, of the case study type, with records in field diary, followed by thematic analysis emerging as categories: "Music: choices and meanings" and "Music and memory evocation". **Results:** It was verified that music, combined with nursing care for the elderly with AD, stimulates cognition, favors the expression of feelings, promoting reception, comfort and pleasure in social interaction, facilitating the bonding and communication between the elderly and professionals. **Conclusion:** Music can be used as an ally in the care of elderly people with dementia in a long-term institution, because it favors the bonding, expression of affection and creativity, activates memory and promotes social coexistence, helping to create a therapeutic environment.

DESCRIPTORS: music therapy; Alzheimer's disease; geriatric nursing.

RESUMEN

Objetivo: Analizar los efectos del uso de la música aliada al cuidado del anciano con Demencia de Alzheimer (DA) en Institución de Larga Permanencia. Se trata de un estudio con enfoque cualitativo, del tipo estudio de caso, con registros en diario de campo, seguida de análisis temático emergiendo como categorías: "Música: elecciones y significaciones" y "Música y evocación de memorias". **Resultados:** Se constató que la música, aliada al cuidado de enfermería a los ancianos con DA, estimula la cognición, favorece la expresión de sentimientos, promoviendo acogida, confort y placer en la convivencia social, facilitando el vínculo y comunicación entre ancianos y profesionales. **Conclusión:** La música puede ser usada como aliada al cuidado de ancianos con demencias en institución de larga permanencia, pues favorece el vínculo, la expresión de afecto y creatividad, activa la memoria y promueve la convivencia social colaborando para la creación de un ambiente terapéutico.

DESCRIPTORES: musicoterapia; enfermedad de Alzheimer; enfermería geriátrica.

Eliseu Lemos Nogueira Leal

Enfermeiro. Mestrando em Enfermagem. Universidade Federal Fluminense (UFF), Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa (EEAAC), Programa Acadêmico em Ciências do Cuidado de Saúde (PACCS). Niterói, RJ – Brasil.

Fernanda Ferreira Santos

Enfermeira. UFF, EEAAC. Niterói, RJ – Brasil.

Fatima Helena do Espirito Santo

Enfermeira. Doutora. Professora Associada. UFF, EEAAC, Departamento Médico Cirúrgico (MEM). Niterói, RJ – Brasil.

Lenita Barreto Lorena Claro

Médica. Doutora. Professora Titular. UFF, Faculdade de Medicina, Departamento de Saúde e Sociedade / Instituto de Saúde Coletiva. Niterói, RJ – Brasil.

artigo

Leal, E.L.N.; Santos, F.F.; Santo, F.H.D.E.; Claro, L.B.L.; Freitas, F.R.D.; Barboza, V.S.
O cuidado musical em idosos com Alzheimer em uma instituição de longa permanência

Thiago Ferreira de Freitas

Enfermeiro. Doutorando em Enfermagem. UFF, EEAAC, PACCS. Niterói, RJ – Brasil.

Vera Sampaio Barboza

Acadêmica do Curso de Enfermagem. UFF, EEAAC. Niterói, RJ – Brasil.

INTRODUÇÃO

O avanço das tecnologias, ciência e saúde pública, tem contribuído para o aumento da longevidade e o crescimento da população idosa, além de ações efetivas de educação em saúde que cooperam para melhor qualidade de vida¹.

O processo de envelhecimento é natural e inerente a todos os seres, e pode tornar os idosos mais vulneráveis a Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNTs). Pois a característica de cronicidade é o tempo prolongado que a doença leva para se desenvolver e está relacionada a comportamentos ao longo da vida, como o padrão alimentar e exercícios físicos².

Dentre as DCNTs mais prevalentes na população idosa, destacam-se a Hipertensão Arterial Sistêmica, o Diabetes Mellitus tipo 2 e, entre as demências (de origem vascular ou neural), a Demência de Alzheimer - DA³.

Segundo a Alzheimer's Disease International, a DA é mais comum entre os idosos, correspondendo de 50 a 75% dos casos de demência. Ela é caracterizada por detrimento cognitiva, com perda de memória recente (posteriormente a remota também, incluindo a memória processual de procedimentos), dificuldades de comunicação verbal, diminuição da capacidade funcional e dependência total, por prejuízo da autonomia⁴.

Como a DA é uma doença degenerativa e progressiva, de tratamento complexo, a família apresenta sentimento de incapacidade de cuidar e sobrecarga, assim, acabam por optar em colocá-los em Instituições de Longa Permanência de Idosos (ILPI), onde acreditam que seu familiar será melhor assistido⁵.

Para uma doença tão debilitante, a terapêutica de melhor escolha baseia-se no uso combinado de medicamentos (tratamento farmacológico - TF) e de práticas

integrativas e complementares (PICs) - tratamento não farmacológico/TNF. O TF tem como objetivo melhorar a cognição, e aliado às PICs, auxilia na ressocialização desse idoso, além de reduzir depressão e ansiedade. Isso faz com que o idoso com DA recupere a autonomia e independência para realização de suas atividades, melhorando sua qualidade de vida^{6,7}.

Grande parte das práticas não farmacológicas usadas no tratamento da DA fazem parte da Política Nacional das Práticas Integrativas e Complementares do Sistema Único de Saúde (PNPIC-SUS), como a arteterapia, a reflexologia, a musicoterapia, entre outras⁸.

Destaca-se o uso da música por ser capaz de ativar diferentes áreas do cérebro, estimulando sua plasticidade, sendo, portanto, uma terapia complementar promissora na redução dos efeitos cognitivos, motores, sensoriais e psicoemocionais da DA, estimulando o resgate de memórias de longo prazo^{8,9}.

A música também auxilia no desenvolvimento emocional e criativo do idoso, facilitando a comunicação no grupo em que está inserido e com os profissionais, além de reduzir o estresse e ansiedade, melhorando a qualidade de vida e o bem-estar, podendo levar à redução da dor¹⁰.

Dessa forma, esse estudo tem como questão norteadora "Quais os efeitos da música no cuidado ao idoso com Demência de Alzheimer residentes em uma Instituição de Longa permanência?". E como objetivo, analisar os efeitos do uso da música aliada ao cuidado do idoso com Doença de Alzheimer em uma Instituição de Longa Permanência.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa do tipo estudo de caso



Credito: Projetado por Can Stock Photo

realizado no período de Agosto a Outubro de 2018 em uma ILPI, no município de Niterói, RJ - BR com 12 idosos, tendo como critérios de inclusão: idosos (com mais de 60 anos) com diagnóstico clínico de DA, e como critérios de exclusão: idosos com comprometimento severo da audição (segundo testes de Weber e Rinne), com comprometimento cognitivo demasiado severo para participar do estudo (segundo o escore do MEEM e Katz) e idosos que entraram nos critérios de descontinuidade: Não participar de uma sessão depois de iniciadas as intervenções por recusa, hospitalização ou falecimento.

A ILPI possuía vinte e três idosos residentes, porém sete não tinham o diagnóstico de DA e quatro não apresentavam capacidade cognitiva necessária para participar da pesquisa (extensa deterioração do estado mental e/ou confusão mental exacerbada), logo, a amostra da pesquisa foi composta por doze participantes.

No primeiro momento, os pesquisadores apresentaram a pesquisa para os participantes de forma individual e foi oferecido o Termo de Consentimento

Livre e Esclarecido (TCLE) e/ou Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE). Após as assinaturas, foi aplicado um formulário para caracterização sociodemográfica dos participantes e duas questões abertas para identificar a relação do idoso com a música: “Você gosta de música? Fale sobre a música na sua vida” e “Quais os estilos de música ou cantores que você mais gosta?”. Nesta mesma visita foram aplicadas duas escalas de avaliação do idoso: MEEM – Mini Exame do Estado Mental e Escala de Katz - Atividades de Vida Diária (AVDs).

Com base nos gostos musicais de cada participante, foi elaborada uma lista de músicas para cada idoso, tornando as intervenções individualizadas. Esta seleção foi salva numa pasta no notebook do pesquisador com a identificação do participante.

Na segunda etapa foi realizada a intervenção com música. Esta etapa ocorreu durante quatro semanas, sendo uma consulta semanal com duração média de 25 (vinte e cinco) minutos. Em cada consulta o idoso ouvia as músicas colocadas no modo “aleatório” em um aparelho de headphone e ao final o idoso respondia as questões: “O que você achou das músicas tocadas hoje?” e “As músicas que você ouviu hoje te lembram de algum momento da sua vida?”. Estes depoimentos foram gravados em aparelho digital e enquanto os idosos ouviam as músicas, os pesquisadores anotavam as reações dos mesmos em um diário de campo.

Para preservar o sigilo, a identificação dos idosos foi feita através de números. Após transcrição das respostas dos participantes, os dados foram submetidos à análise de conteúdo, onde foi feita uma leitura flutuante, seguida de uma codificação e, por último, os dados foram agrupados e dividido em categorias¹¹.

O projeto foi submetido via Plataforma Brasil ao Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Antônio Pedro da Universidade Federal Fluminense (HUAP/UFF) sob o CAAE 79953017600005243 e aprovado sob o parecer n.º 2.548.033, estando de acordo com os critérios estabe-

lecidos pela resolução 466/12/2012(12).

RESULTADOS

Dos doze idosos participantes do estudo, nove (75%) eram do sexo feminino e três (25%) do sexo masculino, com média de idade de 86 anos. Quanto ao estado civil, dez (83,33%) participantes eram viúvos/divorciados/solteiros e dois (16,67) casados. Seis (50%) declararam ser católicos, três (25%) disseram ser protestantes e três (25%) espíritas. Quando à escolaridade, três (25%) disseram possuir ensino fundamental completo e/ou incompleto, seis (50%) ensino médio completo e/ou incompleto e três (25%) ensino superior completo e/ou incompleto.

Nos resultados das escalas de avaliação geriátrica, constatou-se que quatro (33,33%) idosos tiveram escore de 1 ou 2 na escala de KATZ, que equivale a um grau de dependência importante, sem conseguir realizar a maioria ou nenhuma das atividades básicas de vida diária, um (8,33%) teve escore 3 ou 4 e sete (58,33%) tiveram escore 5 ou 6. Quanto ao MEEM, o escore teve uma média de 13,75, onde o menor escore foi de 9 e o maior 20. Quanto à capacidade de interação social, sete (58,33%) idosos tinham baixa interação com os profissionais e com os outros idosos, se mantendo isolados e quase sem sair da cama.

Música: escolhas e significações

No primeiro contato, foi feita a pergunta sobre a relação dos idosos com a música: “Você gosta de música?” e onze participantes (91,67%) responderam que sim. Alguns idosos complementaram dizendo que amavam escutar músicas e que se pudessem, ouviriam o tempo todo, pois ela deixava-os animados, sendo uma razão de viver. Um dos participantes (8,33%) disse que não gostava, mas relatou que sempre escutava e que queria fazer parte da pesquisa para escutar músicas que tinha saudade.

Foi pedido para os participantes falarem sobre a música nas suas vidas e a maioria disse que a música os deixava fe-

liz e relaxados. Alguns idosos referiram que na juventude, iam a apresentações musicais (shows, bailes, serenatas, óperas e orquestras), e outros contaram que sempre ouviam música com seus cônjuges, que cantavam no chuveiro e ou tinham parentes que tocavam instrumentos musicais ou eles mesmos tocavam algum instrumento.

Gosto muito de música, ela é sinônimo de felicidade, então estou sempre cantando. (I3)

Eu sempre gostei de ouvir música, principalmente as dançantes [risos], meu pai e meu irmão tocavam [sax e piano respectivamente] e eu e minha mãe amávamos ouvir. (I8)

Eu não gosto de música, eu amo muito [risos], durante toda a minha vida eu toquei piano, veio de sangue, meu pai, minha mãe e meu avô eram musicistas. (I11)

Por último foi perguntado aos idosos residentes da ILPI “Quais os estilos de música ou cantores que você mais gosta?”. Os participantes relataram que gostariam de ouvir músicas que não escutavam há muito tempo, “músicas de antigamente” e “músicas da época de mocidade” foram algumas das respostas deles quando os pesquisadores pediram para escolher um estilo específico que eles mais gostavam. Quanto aos estilos musicais escolhidos foram: música clássica, sertanejo de raiz, MPB (música Popular Brasileira), gospel, ópera, blues e jazz, e os artistas mais pedidos Roberto Carlos, Vicente Celestino, Celly Campello, Milionário e Zé Rico, Carmem Miranda, Tonico e Tinoco, Nelson Gonçalves, Ateamar Dutra, Francisco Alves, Elvis Presley, Frank Sinatra, e Luciano Pavarotti.

Música e evocação de memórias

Os efeitos da música e as memórias podem ser expressos de diferentes formas, pois o ser humano se comunica por meio da linguagem verbal e não verbal,

nesta última estão as expressões faciais, movimentos corporais e o silêncio. Para expressar o que está sentindo, às vezes basta um sorriso, lágrimas ou um olhar mais tranquilo e sereno.

Durante as sessões, um idoso sempre sorria e cantava com ânimo, mas em músicas específicas chorou, relatando lembrar-se do cônjuge. O mesmo aconteceu com outros dois idosos que intercalavam reações de sorrisos e lágrimas se acordo com as músicas que ouviam. Vale ressaltar que sempre que um idoso chorava, era perguntado se ele queria trocar de música, porém não houve casos de pedido de troca.

A postura corporal também diz muito sobre o que o indivíduo está sentindo no momento em que está ouvindo a música. Nesse sentido, os idosos do estudo ou ficavam de braços cruzados ou batendo os pés e mãos e dançando no ritmo da música.

No decorrer de todas as sessões musicais um idoso se manteve em silêncio e sonolento, porém mexia os pés e os batia no chão no ritmo das músicas. Já outros três idosos dançavam com expressão de alegria durante as sessões, batiam com as palmas das mãos nos joelhos e balançavam com a cabeça e o corpo no ritmo da música. Um dos idosos, que foi músico durante a vida, estalava os dedos em algumas músicas e, em outras, fazia os movimentos como se estivesse tocando um piano ou regendo uma orquestra. Destaca-se que um participante que apresentava limitações dos movimentos, durante as sessões, movimentava os braços e dançava.

A DA é caracterizada pelo esquecimento, falhas nas memórias de curto e longo prazo e, durante as sessões com música, os idosos do estudo referiram lembranças de memórias afetivas de familiares e pessoas próximas:

Parecia com alguém, mas acabava sumindo [olhos com lágrimas] eram pessoas conversando e dançando. (12 no final da 1ª consulta)
Lembrei do meu marido [faleci-

do] e dos filhos, quando eram pequenos a gente saía juntos, obrigado por me fazer lembrar deles hoje. (13 no final da 2ª consulta)

Mãe era devota dela [Nossa Senhora] (...) ia com ela na missa. (16 no final da 2ª consulta)

Eu escutava elas junto com a minha primeira namorada [risos], colocava no rádio e ficava junto delas, fomos nos bailes juntos, era muito bom mesmo. (17 no final da 4ª consulta)

Outro tipo de memória evocada durante as sessões foi a memória episódica, em que alguma música ou estilo musical remete a um momento específico no qual viveu:

Eu ouvia muita música assim [em inglês], foi assim que aprendi a ler e escrever em inglês. (15 no final da 3ª consulta)

Lembrei do passado, músicas todas que dancei (...) Os moços me chamavam para dançar nos bailes, mas minha mãe não deixava. (111 no final da 4ª consulta)

Eu morava na vila quando criança e durante o carnaval minha mãe e um senhor levava eu, meus irmãos e outras crianças na praia, para brincar de carnaval. Quando era jovem eu dançava, (...) os rapazes gostavam de dançar comigo. (112 no final da 3ª consulta)

Outro efeito da música constatado nos idosos foi a consolidação da memória. As sessões musicais ocorriam uma vez por semana e um efeito promissor encontrado foi a lembrança dos idosos do que os pesquisadores iriam fazer naquele momento em que começava uma nova consulta. Foi o caso de um idoso, que quando viu os pesquisadores na segunda semana bateu palmas e cantou, e outros verbalizaram:

Ontem cantei as músicas que você trouxe outro dia. (15 antes do iní-

cio da 2ª consulta)

Você que vai colocar as músicas, né? (17 antes do início da 4ª consulta)

Durante a pesquisa, houve um participante que, pelo avanço da DA, no primeiro momento não lembrava sua preferência musical, mesmo tendo relatado uma proximidade com a música, através de familiares que tocavam instrumentos. As duas primeiras sessões foram feitas com músicas selecionadas pela equipe de pesquisadores, com base nas outras perguntas do questionário. Porém, foi constatado que enquanto ele cantava partes das músicas escolhidas, em alguns momentos apresentava uma expressão facial de desconforto. Mais tarde, no final da segunda sessão, esse idoso relatou ter feito parte do grupo de música da igreja. Nesse momento os pesquisadores acrescentaram novas músicas à lista de reprodução para as sessões seguintes, sendo facilmente notada a mudança na expressão facial desse idoso e na evocação de memórias episódicas nas últimas semanas.

DISCUSSÃO

A música faz parte da cultura de diversas sociedades, e o ser humano gosta de escutar, cantar ou tocar alguma música. Ela é usada para diversão em festas, em rituais religiosos, para acalmar filhos ou até para identificação de grupos. Além disso, auxilia no aumento da concentração, na melhora e/ou manutenção da função cognitiva, da habilidade motora, com efeito ansiolítico (tanto a nível fisiológico, como a nível psicológico), redução da dor e melhora nas relações sociais¹³.

O gosto musical é algo pessoal e tem caráter afetivo e relacional, além de um processamento cerebral diferenciado, construído a partir dos sentidos e dos significados atribuídos às músicas que são ouvidas. É concebido como algo individual, percebido pelo cérebro de modo não-verbal, por alterações fisiológicas, como alteração de batimentos e temperatura^{13,14}.

Logo, para a música ser usada como intervenção no idoso com DA, o cuidado deve ser prestado de forma individual, ou seja, realizar intervenções musicais com um repertório que seja familiar, para alcance de um melhor efeito terapêutico¹⁵.

No momento que um indivíduo escuta uma música, são ativados mecanismos neuronais perceptivos do cérebro, os quais se agrupam e constituem o som, formando um padrão. Quando a música é conhecida pela pessoa ou já foi escutada em outro momento, ela pode evocar sentimentos e memórias antigas (dos outros contatos dele com aquela música). Portanto, a música pode trazer à tona emoções positivas ou negativas e, por essa razão, deve-se avaliar as particularidades das pessoas, para gerar efeitos benéficos¹⁶.

O profissional que está realizando a intervenção com música deve ter um olhar sensível para perceber que em alguns momentos, o idoso pode não demonstrar o que a música está trazendo à memória apenas com palavras, mas pela linguagem não-verbal, como expressões, movimentos corporais, distância física e olhar.

As reações geradas ao ouvir uma mesma música podem variar entre as pessoas, ou seja, uma mesma música ao ser escutada por um idoso pode provocar gargalhadas, enquanto em outro trazer lágrimas. Isso ocorre porque a música está relacionada com as memórias evocadas, sentimentos e significados de vivências e experiências com aquela melodia¹³.

Quando a pessoa escuta uma música, seu cérebro sincroniza o estímulo auditivo (percepção do ritmo da canção) com a resposta motora (bater palmas, pés e estalar os dedos). Por isso é comum que ao escutar uma música ou um ritmo que lhe agrada, tende a expressar isso movimentando os membros, corpo ou cabeça¹⁷.

Nesse sentido, a música, além de evocar memórias no idoso com DA, também faz com que ele queira se movimentar, melhorando a cognição e a interação social, trazendo sensação de satisfação e felicidade, o que foi percebido na pes-

quisa¹⁷.

A DA é conhecida pela perda de memória que o idoso apresenta, mas pode também levar à perda de duas ou mais funções cognitivas, como funções executivas, reconhecimento, linguagem e personalidade⁵.

A perda de memória na DA passa por alguns estágios, e cada tipo de memória vai sendo afetada de acordo com a progressão da doença. Inicialmente, percebe-se uma perda na função da memória de curto prazo, progredindo para perda de memória episódica recente, depois perda da memória episódica tardia; e, em estágios bem avançados, o idoso perde até mesmo as memórias processuais¹⁸.

A música, nesse contexto, possui a capacidade de induzir a evocação de memórias, pois a memória processual para a música é uma das últimas a se perder durante o quadro demencial, além da consolidação da memória também possuir caráter afetivo e associativo¹³.

Este fato pode levar o idoso a trazer à memória pessoas com as quais conviveu em algum momento específico da vida. Isso acontece porque o processamento musical ocorre no córtex auditivo primário e a experiência repetitiva ativa a consolidação da memória nas estruturas do sistema límbico, como o hipocampo e o córtex pré-frontal. Assim, quanto maior a emoção, maior a ativação dessas áreas e maior será a consolidação da memória associativa^{13,17}.

As memórias têm a tendência de se consolidar de forma associativa, isto é, um acontecimento em uma festa, por exemplo, é armazenado junto a uma música que estava sendo tocada no momento, e isso ocorre ainda mais fortemente quando uma emoção (boa ou ruim) é gerada no momento do acontecimento¹⁷.

Porém a consolidação da memória musical em musicistas é diferenciada, porque aprender um instrumento envolve ativação de diversas áreas cerebrais, concomitantemente, como o hipocampo (memória), a amígdala cerebral (emoção e motivação), e oscórtices auditivo (processamento musical primário), pré-fron-

tal, pré-motor, motor (movimentação para a ação de tocar um instrumento) e somatossensorial, permitindo que ocorra uma neuroplasticidade, com ganho de novas conexões cerebrais, propiciando maior concentração e aprendizagem, o que facilita a consolidação de memória¹³.

A criação de vínculo pesquisador-idoso por meio do acolhimento e pela música também é um fator que permite que ele reconheça o pesquisador e se lembre da atividade. Para o estabelecimento do vínculo, é imprescindível a criação de uma relação que está relacionada com estruturas do sistema límbico, as quais também estão envolvidas na consolidação da memória¹⁹.

CONCLUSÃO

O envelhecimento populacional é algo que tem caracterizado muitos países após a melhoria nos sistemas de saúde, visando a prevenção, o tratamento precoce e a recuperação da saúde. Aumentando assim a longevidade que, por sua vez, pode ser acompanhado de uma série de doenças de progressão lenta, como a DA.

Visto que a DA ainda não possui cura e seu tratamento tem o objetivo de aumentar a autonomia e independência do idoso através da melhoria da capacidade funcional, o que proporciona uma melhor qualidade de vida à esta população, e passa a ganhar visibilidade o tratamento não-farmacológico, como as PICs.

A utilização da música tem potenciais efeitos, sendo uma ferramenta capaz de estimular o indivíduo cognitivamente, aumentando suas funções de linguagem, memória, concentração, controle de emoções e sentimentos, melhorando a forma dele se relacionar com o outro, possibilitando a recuperação e manutenção de vínculos.

É possível observar que a música auxilia o resgate das memórias de curto e longo prazo, podendo estas serem afetivas, episódicas ou processuais, o que auxilia na interação social com a equipe e com outros idosos e nas expressões individuais.

Para o profissional de saúde, em espe-

cial ao enfermeiro, a música se apresenta como uma maneira de criar vínculo e acolhimento com o idoso. Isso porque o cuidado musical implica em envolvimento, uma vez que o idoso compartilha suas experiências e expressa emoções, estabelecendo uma relação de confiança com o pesquisador. Contudo, cabe ao profes-

sional entender a linguagem verbal e não verbal, para identificar tudo aquilo que o idoso quer lhe comunicar, gerando um cuidado único.

A limitação apresentada pelo estudo foi a quantidade de participantes com demências residentes no campo do estudo elegíveis para participar do estudo,

contudo, foi possível identificar e qualificar os efeitos da música no cuidado a idosos com DA residentes em ILPI. Assim, se sugere investimentos em novos estudos nessa temática, para divulgar e consolidar as possibilidades do uso da música aliada ao cuidado em diversos cenários voltados para a população idosa. ■

REFERÊNCIAS

- Miranda GMD, Mendes ACG, Silva ALA. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. *Rev. bras. geriatra. Gerontol* [Internet]. 2016 [citado 2019 jan 15]; 19(3):507-519. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v19n3/pt_1809-9823-rbagg-19-03-00507.pdf
- Ministério da Saúde (BR). Portal da Saúde SUS. Sobre a Vigilância de DCNT [Internet]. 2018 [citado 14 jan 2019]. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/noticias/43036-sobre-a-vigilancia-de-dcnt>
- Theme Filha MM, Junior PRBS, Damacena GN, Szwarcwald CL. Prevalência de doenças crônicas não transmissíveis e associação com autoavaliação de saúde: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Rev. bras. epidemiol* [Internet]. 2015 [citado 2019 jan 8]; 18(suppl.2):83-96. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v18s2/1980-5497-rbepid-18-s2-00083.pdf>
- Alzheimer Disease International; World Alzheimer Report 2015: The Global Impact of Dementia An analysis of prevalence, incidence, cost and trends [Internet]. Londres (Inglaterra), 2015 [acesso em 5 jan 2019]. Disponível em: <https://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2015.pdf>
- Fernandes MA, Sousa JWOG, Sousa WS, Gomes LFD, Almeida CAPL, Damasceno CKCS, Carvalho ARB, Ibiapina ARS. Cuidados prestados ao idoso com Alzheimer em instituições de longa permanência. *Rev. enferm UFPE online* [Internet]. 2018 [citado 2019 jan 5]; 12(5):1346-1354. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/230651/28952>
- Pinto RS, Neto EMR, Barros KBNT, Vasconcelos LMO, Junior FJG, Lobo PLD, Fonteles MMF. Doença de Alzheimer: Abordagem farmacoterapêutica. *Boletim Informativo Geum USP* [Internet]. 2015 [citado 2019 jan 13]; 6(1):16-25. Disponível em: <http://www.ojs.ufpi.br/index.php/geum/article/view/3861>
- Rinco M, Bestetti MLT. A Ambiência em ILPI a partir da percepção de idosos com doença de Alzheimer e de cuidadores. *Rev. Kairos* [Internet]. 2015 [citado 2019 jan 8]; 18(3):397-415. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/28641/20111>
- Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica (BR). O SUS das Práticas Integrativas: Musicoterapia [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2017 [citado 5 jan 2019]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portal-dab/noticias.php?conteudo=_&cod=2415
- Rosário VM, Loureiro CMV. Reabilitação Cognitiva e Musicoterapia. *Revista In Cantare* [Internet] 2016 [citado 2019 jan 15]; 7(1). Disponível em: http://periodicos.unespar.edu.br/index.php/incantare/article/view/1095/pdf_63
- Leal ELN. Música no cuidado ao idoso: revisão integrativa. Niterói. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal Fluminense, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, 2016.
- Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2017
- Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução n.o 466. 2012. [citado 17 jan 2019]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2013/06_jun_14_publicada_resolucao.html
- Weigsding JA, Barbosa CP. A influência da música no comportamento humano. *Arquivos do MUDI* [Internet] 2014 [citado 2019 jan 11]; 18(2):47-62. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ArqMudi/article/view/25137>
- Moreira SV, Justi FRR, Moreira M. Can musical intervention improve memory in Alzheimer's patients? Evidence from a systematic review. *Dement Neuropsychol* [Internet] 2018 [citado 2019 jan 9]; 12(2):133-142. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/dn/v12n2/1980-5764-dn-12-02-0133.pdf>
- Silva GJ, Fonseca MS, Rodrigues AB, Oliveira PP, Brasil DRM, Moreira MMC. Utilização de experiências musicais como terapia para sintomas de náusea e vômito em quimioterapia. *Rev. Bras. Enferm* [Internet]. 2014 [citado 2019 jan 8]; 67(4). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000400630
- Strauss M, Heerden SMV, Joubert G. Occupational therapy and the use of music tempo in the treatment of the mental health care user with psychosis. *S. Afr. j. occup. ther.* [Internet]. 2016 [citado 2019 jan 17]; 46(1). Disponível em: http://www.scielo.org.za/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2310-38332016000100006
- Abraham V, Juste IN. La improvisación musical. Una mirada compartida entre la musicoterapia y las neurociencias. *Psicogente* [Internet]. 2015 [citado 2019 jan 15]; 18(34):372-384. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/psico/v18n34/v18n34a11.pdf>
- Júnior CAM, Faria NC. Memória. *Psicol reflex Crít* [Internet]. 2015 [citado 2019 jan 13]; 28(4):780-788. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/prc/v28n4/0102-7972-prc-28-04-00780.pdf>
- Aleixo M, Santos RLS, Dourado MCN. Efficacy of music therapy in the neuropsychiatric symptoms of dementia: systematic review. *J bras psiquiatr* [Internet]. 2017 [citado 2019 jan 15]; 66(1):52-61. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v66n1/0047-2085-jbpsiq-66-1-0052.pdf>

Avaliação do uso de benzodiazepínicos por idosos que frequentam um ambulatório de atenção à demência

RESUMO

Objetivo: investigar o uso de benzodiazepínicos em adultos e idosos. Metodologia: Estudo transversal, exploratório, longitudinal e prospectivo. Indicadores: medicamento, posologia e duração de uso; e o não uso de bzd de longa ação em idosos. A população foi constituída pelos idosos que frequentam o Ambulatório do Centro de Atenção a Saúde do idoso e seus Cuidadores da Universidade Federal Fluminense. A coleta de dados foi realizada nos prontuários, sendo selecionados 89 idosos que faziam uso de algum benzodiazepínico. Resultados: 45 (50,6%) dos idosos possuem diagnóstico de transtorno mental (DTM) e 44 (49,4%) não possuem o referido diagnóstico. Dentre os 44 que não possuem DTM, 43 (97,7%) utilizam um medicamento benzodiazepínico e 1 paciente (2,3%) utiliza outro tipo de medicamento psicotrópico. Conclusão: o uso indevido de benzodiazepínicos representa risco para a saúde, evidenciando-se a importância de ações educativas para os idosos e seus cuidadores, bem como recomenda-se a qualificação dos prescritores.

DESCRITORES: saúde do idoso; benzodiazepínicos; uso racional de medicamentos

ABSTRACT

Aim: Investigate the use of benzodiazepines in adults and the elderly. Methodology: Cross-sectional, exploratory, longitudinal and prospective study. Indicators: drug, dosage and duration of use; and the non-use of long-acting benzodiazepines in the elderly. The population was constituted by the elderly people who attend the Ambulatory of the Health Care Center of the elderly and their Caregivers of the Federal Fluminense University. Data collection was performed in the medical records, having selected 89 elderly people who used some benzodiazepine. Results: 45 (50.6%) of the elderly had a diagnosis of mental disorder (TMD) and 44 (49.4%) had no diagnosis. Of the 44 patients who did not have TMD, 43 (97.7%) used a benzodiazepine medication and one patient (2.3%) used another type of psychotropic medication. Conclusion: improper use of benzodiazepines represents a risk to health, evidencing the importance of educational actions for the elderly and their caregivers, as well as the qualification of prescribers.

DESCRIPTORS: elderly health; benzodiazepines; rational use of medicines

RESUMEN

Objetivo: investigar el uso de benzodiazepinas en adultos y ancianos. Metodología: Estudio transversal, exploratorio, longitudinal y prospectivo. Indicadores: medicamento, posología y duración de uso; y el no uso de bzd de larga acción en ancianos. La población fue constituida por los ancianos que frecuentan el Ambulatorio del Centro de Atención a la Salud del anciano y sus Cuidadores de la Universidad Federal Fluminense. La recolección de datos fue realizada en los prontuarios, siendo seleccionados 89 ancianos que hacían uso de algún benzodiazepínico. Resultados: 45 (50,6%) de los ancianos poseen diagnóstico de trastorno mental (DTM) y 44 (49,4%) no poseen el referido diagnóstico. Entre los 44 que no poseen DTM, 43 (97,7%) utilizan un medicamento benzodiazepínico y un paciente (2,3%) utiliza otro tipo de medicamento psicotrópico. Conclusión: el uso indebido de benzodiazepinas representa riesgo para la salud, evidenciando la importancia de acciones educativas para los ancianos y sus cuidadores, así como se recomienda la calificación de los prescriptores.

DESCRIPTORES: salud del anciano; benzodiazepinas; uso racional de los medicamentos

Gabriel Luis Cavalcanti Valente

Acadêmico de Farmácia da Universidade Federal Fluminense – UFF. Bolsista CNPq de Iniciação Científica.

Geilsa Soraia Cavalcanti Valente

PHD in Nursing pela Universidade do Porto – Portugal. Professora Associada do Departamento de Fundamentos de Enfermagem e Administração da EEAAC/UFF.

INTRODUÇÃO

Os transtornos cognitivos e funcionais são idade dependente¹⁻³ e estão entre as Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) mais prevalentes entre os idosos^{2,4}. Entre 5 a 11% das pessoas acima de 65 anos e quase 50% daquelas com cerca de 80 anos, com uma prevalência maior em mulheres, podem ser acometidos pelos principais tipos de demência: a doença de Alzheimer e a demência por multiinfarto (demência vascular). A primeira contribui com mais de 60% de todas as demências e a segunda com cerca de 5 a 20%. Sendo assim, é necessário o conhecimento destas alterações para a construção de plano de ações, envolvendo identificação de sinais e sintomas, diagnósticos adequados, tratamento eficaz e educação em saúde permanente, inclusive quanto ao uso, desuso e uso inapropriado de medicamentos, tendo em vista que a população idosa comumente se utiliza da polifarmácia, dentre estes, os psicotrópicos, devido a sua ação ansiolítica e miorelaxante.

Os benzodiazepínicos constituem o grupo de psicotrópicos mais comumente utilizados na prática clínica, devido às suas quatro atividades principais: ansiolítica, hipnótica, anticonvulsivante e relaxante muscular^{5,6}. Em geral, são indicados para os transtornos de ansiedade, insônia e epilepsia². Em estudo realizado com o objetivo de avaliar a frequência de utilização em domicílio de medicamentos potencialmente inapropriados por idosos e analisar a significância clínica, em 190 idosos, a prevalência encontrada para utilização de medicamentos inapropriados foi 44,2%. As classes terapêuticas de medicamentos inapropriados mais utilizados foram antiinflamatórios não esteroidais, agentes cardiovasculares, benzodiazepínicos e antidepressivos³.

O uso de ansiolíticos e hipnóticos tem aumentado consideravelmente na última década⁴. Nos países desenvolvidos, a exemplo da Austrália, França e Espanha, estes medicamentos são os mais prescritos, sendo os benzodiazepínicos os mais comuns^{4,5}. Cerca de 20 milhões de prescrições são

feitas anualmente nos Estados Unidos e aproximadamente 10% da população refere ter feito o uso do benzodiazepínico como hipnótico⁶. No Brasil, uma pesquisa⁷ feita em 2001 em 107 cidades com mais de 200 mil habitantes, constatou que os benzodiazepínicos foram a terceira substância mais utilizada pelos 8.589 entrevistados. Um estudo populacional com 1.606 participantes do município de Bambuí (Minas Gerais) observou a frequência de uso destes medicamentos em aproximadamente 22% dos indivíduos com média de idade de 69 anos, e predomínio de uso de benzodiazepínicos de longa ação por mais que 12 meses⁸.

A efetividade desses fármacos para o tratamento de transtornos de ansiedade e insônia por curto período é descrita na literatura. Entretanto, o uso por longo período não é recomendado, principalmente em idosos, devido ao risco de desenvolvimento de dependência e de outros efeitos adversos⁹⁻¹¹. O uso prolongado do benzodiazepínico, mesmo que em baixas dosagens, é fator de risco para o desenvolvimento dos efeitos



Crédito: Projetado por Can Stock Photo

adversos^{12,13} que podem manifestar-se por sonolência, vertigem, cansaço, confusão mental, cefaleia, ansiedade, letargia, ataxia, hipotensão postural, amnésia retrógrada, acidentes, tolerância, dependência^{10,11} e aumento na frequência de quedas^{14,15}.

Além do tempo de uso, existe a preocupação com o tipo de benzodiazepínico prescrito, sendo os de longa ação não recomendados para idosos^{10,16} pelo fato de demorarem mais tempo para serem eliminados do organismo, e por estarem associados às alterações decorrentes do processo de envelhecimento, podem tornar-se fator de risco para os efeitos adversos^{2,15}. O Critério Beers, desenvolvido para auxiliar na seleção de medicamentos potencialmente inapropriados para idosos, segue esta mesma recomendação¹⁷.

Mesmo com os apontamentos da literatura, os benzodiazepínicos são amplamente utilizados e comumente de forma inapropriada^{9,11,13}. O abuso, a insuficiência ou a inadequação de uso dos medicamentos prejudica os usuários e contribui para o aumento de gastos nos recursos públicos e para a irracionalidade no seu uso¹⁸. As consequências clínicas da utilização de medicamentos inapropriados são importantes para a saúde pública devido ao risco de eventos adversos e impacto negativo na funcionalidade do idoso. Na atenção ao idoso, é importante desenvolver ações para promover o uso racional de medicamentos³.

Apesar de todo o aparato tecnológico por meio da implantação dos sistemas de monitoramento sobre o uso de psicofármacos executados pelo Ministério da Saúde, torna-se relevante realizar estudos para verificar se esses medicamentos são utilizados de forma racional, tendo em vista que podem produzir diversos efeitos adversos, causar dependência e gerar diversos problemas à saúde da população. Além disso, há poucos estudos investigando a prevalência de uso de psicotrópicos, bem como seu padrão de uso na população da Atenção Primária em Saúde¹⁹.

Sendo assim, questiona-se: Qual o padrão de utilização destes psicotrópicos no Ambulatório do Centro de Atenção a Saúde do Idoso e seus Cuidadores – CASIC/

UFF? Objetivos: Investigar a utilização de benzodiazepínicos (bzd) em adultos e idosos quanto aos indicadores do uso apropriado e contribuir para a tomada de decisões quanto ao uso destes medicamentos, oferecendo orientação farmacêutica e de enfermagem aos idosos e seus cuidadores.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal realizado no Ambulatório do CASIC/UFF, localizado no município de Niterói, RJ que faz parte do Programa de Extensão Atenção a Saúde do Idoso e Seus Cuidadores. O ambulatório atende em média 3.000 pacientes ao ano, distribuídos em atendimento médico, psiquiátrico, psicológico, terapia ocupacional, enfermagem e farmácia. São realizadas em torno de 120 consultas médicas, de enfermagem e farmácia ao mês. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense (CEP/FM/UFF), sendo aprovado sob o parecer n.º 168.596/12.

População do estudo: Composta de pacientes em uso de psicotrópicos que são atendidos no ambulatório. Foram consultados todos os prontuários de idosos que frequentam o referido ambulatório. Critérios de elegibilidade: foram incluídos os prontuários de 89 pacientes idosos que faziam uso de psicotrópicos, de acordo com as anotações nos referidos prontuários.

Durante os meses de julho a outubro de 2018 foram coletadas as informações dos prontuários quanto ao(s) diagnóstico(s) de transtorno(s) mental(is); o(s) benzodiazepínico(s) utilizado(s); e o uso de outros psicotrópicos, bem como se existia diagnóstico ou não de Transtorno de Saúde mental.

Para a descrição do perfil dos adultos e idosos, foram coletadas informações sobre as variáveis sociodemográficas de gênero, idade, estado civil, ocupação, escolaridade, histórico familiar de transtorno mental e de uso de benzodiazepínico; e as clínicas, como número de benzodiazepínicos em uso, acompanhamento individual ou em grupo com o profissional psicólogo, uso de outros psicotrópicos e de antidepressivos,

presença de comorbidades e de doenças crônicas, e número de medicamentos em uso.

Foram considerados os indicadores do uso de benzodiazepínicos, no que se refere ao diagnóstico de transtorno mental²⁰ e também o uso de apenas um benzodiazepínico pelo paciente²; e o não uso de benzodiazepínico de longa ação em idosos¹⁰. Os diagnósticos clínicos foram classificados segundo a 10ª edição da Classificação Internacional de Doenças (CID 10).

As variáveis categóricas serão apresentadas por frequência absoluta e relativa, enquanto as quantitativas com distribuição normal por média e desvio padrão. Todas as variáveis foram estratificadas em população adulta e idosa. Foi construída uma planilha eletrônica no programa Microsoft Excel® (versão 2007) e posteriormente importada para o software R Commander® (versão 3.4.0).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O número de idosos do sexo feminino prevaleceu em 78,65% (70 idosas), e 21,35% do sexo masculino (19 idosos). Em relação ao estado civil, 44 (49,44%) eram casados, 12 (13,48%) eram divorciados, 22 (24,72%) eram viúvos e 11 (12,36%) eram solteiros. Quanto ao nível de escolaridade, 14,6% são analfabetos ou semianalfabetos, 18,0% possuem ensino fundamental incompleto, 20,2% possuem ensino fundamental completo, 4,5% possuem ensino médio incompleto, 28,1% possuem ensino médio completo e 14,6% possuem ensino superior completo. Quanto aos medicamentos de uso contínuo, a quantidade variou de 1 (um) a 7 (sete) medicamentos.

O Mini Exame do Estado Mental (MEEM) foi considerado, tendo em vista que é realizado em todas as consultas de enfermagem e consta anexado ao prontuário, no sentido de avaliar a presença ou não de alterações cognitivas mediante seis itens: orientação temporal e espacial, registro, memória imediata, cálculo, memória recente e linguagem (sendo avaliadas agnosia, afasia, apraxia e habilidade construcional). O declínio gradual das funções cognitivas na senescência podem estar relacionados a

fatores educacionais, de saúde e de personalidade, bem como do nível intelectual global e capacidades mentais específicas do indivíduo¹⁰.

O desempenho fraco no MEEM está associado com a incapacidade dos indivíduos na realização das atividades instrumentais de vida diária (AIVDs), independente destes indivíduos apresentarem doenças crônicas¹⁰. O domínio cognitivo parece estar mais associado com a performance das AIVDs. Na avaliação do estado cognitivo a partir do MEEM, observou-se que 60% da amostra apresentou escore abaixo do corte estabelecido = 26 pontos. Portanto, caracterizou-se que esses idosos apresentam declínio da atividade cognitiva.

Em relação à idade e o risco de quedas, evidenciou-se em estudo¹³ anterior que idosos mais velhos caíam mais vezes e têm maior propensão à ocorrência destes acidentes. A idade dos idosos participantes do estudo variou de 36 a 93 anos de idade, com idade média de 68,01 anos e desvio padrão amostral de 12,02. Com relação ao número de doenças previamente diagnosticadas, a hipertensão arterial e o déficit visual foram as mais prevalentes (80 e 60%, respectivamente). Outras doenças também foram citadas nos prontuários, dentre elas artrose, hérnia de disco, reumatismo, escoliose, diabetes mellitus, depressão e câncer de mama.

As drogas psicotrópicas, particularmente os benzodiazepínicos (meia-vida curta ou longa) e neuropiléticos (típicos e atípicos), têm sido mais constantemente implicados nos riscos de quedas¹⁶. Essas medicações contribuem para as quedas e fraturas por mecanismos presumivelmente relacionados a distúrbios do equilíbrio, respostas corretoras posturais lentificadas e hipotensão postural.

Os psicofármacos são medicamentos que agem no sistema nervoso central (SNC), produzindo alterações de comportamento, percepção, pensamento e emoções, e podem levar à dependência em alguns casos. São prescritos a pessoas que sofrem de transtornos emocionais e psíquicos, ou aquelas com outros tipos de problemas que afetam o funcionamento da mente. O aumento do número de prescrições e

o possível abuso desses fármacos, com indicações duvidosas e durante períodos que podem prolongar-se indefinidamente, além das repercussões com os gastos envolvidos, são problemas relevantes na saúde mental, devido aos riscos que esses medicamentos acarretam em curto e longo prazo²¹.

Quanto ao Diagnóstico de Transtorno Mental, verificou-se que 45 (50,6%) possui diagnóstico e 44 (49,4%) não possui. Em relação ao acompanhamento psicológico, 51 (57,3%) não fazem acompanhamento psicológico e 38 (42,7%) fazem o referido acompanhamento. Dentre os idosos pesquisados, analisando-se os que possuem DTM e o número de bzd utilizados, observou-se que as 44 pessoas que não têm diagnóstico de transtorno mental utilizam uma média de 0,98 bzd por pessoa, sendo que 0 bzd = 1 pessoa (2,3%), 1 bzd = 43 pessoas (97,7%). Já os que possuem diagnóstico de transtorno mental são 45 pessoas, e estes utilizam uma média de 0,64 bzd por pessoa, sendo 0 bzd = 17 pessoas (37,8%); 1 bzd = 27 pessoas (60%) e 2 bzd = 1 pessoa (2,2%).

Dentre o número de pessoas que possuem diagnóstico de transtorno mental e as que não possuem o referido diagnóstico, chama a atenção o fato de que, dos 44 pacientes que não possuem DTM, 43 pacientes (97,7%) utilizam ao menos 1 benzodiazepínico, e desses 44 pacientes, apenas 4 (9,1%) fazem acompanhamento psicológico. Pode-se notar ainda que, dos 45 pacientes que têm DTM, 11 (24,4%) não fazem acompanhamento psicológico. Tais fatos podem ser considerados problemas de saúde pública e merecem a atenção da equipe de saúde, no sentido de realizar intervenções educativas tanto de enfermagem, quanto farmacêutica, visando orientar esta população quanto aos efeitos dos medicamentos no organismo e na saúde geral do idoso, bem como oferecer encaminhamento para atendimento psicológico quando necessário.

As publicações que relacionam o consumo abusivo de psicofármacos pelos usuários dos serviços de APS no Brasil reforçam que o perfil desses indivíduos tem as seguintes características: prevalência de abuso entre

indivíduos do sexo feminino, com Ensino Fundamental, desempregados, portadores de doenças crônicas (hipertensão ou diabetes) e idade entre 30 e 60 anos. Todos os estudos revelaram outras associações significativas sobre esses sujeitos, como: o abuso de psicotrópicos aumenta com o avanço da idade; e a maioria não precisa utilizar esses medicamentos, pois não são portadores de transtorno mental. No entanto, esses usuários têm maior acesso aos serviços de saúde em comparação a outros grupos de pacientes psiquiátricos, devido à gratuidade da distribuição desses fármacos. Os medicamentos mais consumidos são os antidepressivos e os benzodiazepínicos.

Os antidepressivos e os benzodiazepínicos estão entre os principais medicamentos inapropriados em idosos – MINPI, de ação no sistema nervoso central, utilizados pelos idosos. A utilização de antidepressivos tricíclicos pode causar efeitos adversos de relevância clínica devido à sua atividade anticolinérgica e à capacidade de induzir hipotensão ortostática e estimulação do sistema nervoso central⁷. Os antidepressivos inibidores seletivos da receptação de serotonina e antidepressivos tricíclicos devem ser usados com cautela, devido à capacidade de exacerbar ou causar a síndrome de secreção inapropriada do hormônio antidiurético ou hiponatremia⁷. Outra justificativa para que se evite o uso em idosos é a indução de sedação que prejudica a função psicomotora aumentando o risco de quedas e fraturas²⁷⁻²⁸.

Os benzodiazepínicos estão incluídos em diretrizes terapêuticas internacionais de manejo da ansiedade e da insônia, entretanto, a duração do tratamento deve ser curta e não exceder três meses. A alta prevalência e o uso crônico de benzodiazepínicos por idosos, em conjunto com o aumento da incidência de demências em países desenvolvidos, são importantes questões de saúde pública, ampliadas pela publicação de um estudo caso controle que demonstra maior risco de Doença de Alzheimer entre usuários crônicos de benzodiazepínicos⁽²⁹⁾.

Percebe-se uma crescente tendência de incorporar benzodiazepínicos como fármacos prescritos rotineiramente para o

alívio de sintomas depressivos, ansiolíticos e hipnóticos. Tendo em vista o risco de dependência física que esses medicamentos causam, aliado aos interesses na área de saúde mental, constata-se neste estudo que é crescente o consumo de benzodiazepínicos, em especial o Diazepam® 5mg, o que requer nova postura do farmacêutico ao exercer um trabalho educativo junto ao usuário de medicamentos, com informações direcionadas à ele, à sua família e aos seus cuidadores.

Ao considerar que proporção significativa de MINPI são distribuídos pelo SUS, e em sua maioria necessitam de prescrição médica, acredita-se que a conscientização e a divulgação de informações sobre estes medicamentos aos profissionais da saúde é importante ferramenta de apoio na melhoria da qualidade da assistência ao paciente idoso. A existência de riscos associados ao uso de medicamentos inapropriados em idosos precisa ser avaliada nos diversos cenários pelos quais o idoso recebe assistência. Para prevenir os eventos adversos decorrentes do uso de MINPI e assegurar ao idoso uma farmacoterapia segura e efe-

tiva, o trabalho multidisciplinar deve ser incentivado no planejamento e avaliação das linhas de cuidado, assim como a incorporação de farmacêuticos com formação gerontológica nessas equipes²⁸.

O uso racional de medicamentos pela população de idosos é essencial para prevenir eventos adversos que podem comprometer a saúde e a qualidade de vida deles^{6,14}. As políticas públicas de saúde devem contemplar as peculiaridades do idoso e, no âmbito da assistência farmacêutica, disponibilizar medicamentos apropriados a esse grupo etário⁴. Desta forma, as ações de assistência farmacêutica, em especial as direcionadas à atenção primária, devem contemplar as demandas da população idosa, com ações relativas ao acesso de medicamentos, definição de protocolos e qualificação de prescritores.

CONCLUSÃO

O uso prolongado de medicamentos psicotrópicos pode levar ao desenvolvimento de tolerância, abstinência e dependência. No Brasil, um fator que contribui para o uso indiscriminado de medicação psicotró-

pica é a distribuição gratuita por programas governamentais sem maiores medidas de controle, o que acaba por permitir uma facilidade ao acesso.

O fato de haver abusos no uso de medicamentos como os benzodiazepínicos, é um assunto importante que está sendo objeto de análise e discussão em saúde pública. Na atenção ao idoso, é importante desenvolver ações para promover o uso racional de medicamentos, assim como implementar estratégias para garantir acesso a remédios seguros e adequados às especificidades da farmacoterapia do idoso.

Com esta pesquisa, desenvolveu-se um programa educativo, no sentido de autogestão do uso apropriado de benzodiazepínicos, como forma de prevenção aos diversos danos à saúde, inclusive a ocorrência de quedas, que vem sendo desenvolvido no cenário pesquisado. Tem-se realizado consultas de Enfermagem e consulta Farmacêutica para educação em saúde com os idosos e seus cuidadores, no sentido de utilizarem corretamente os medicamentos, prevenindo riscos à sua saúde. Também recomenda-se a qualificação dos prescritores. ■

REFERÊNCIAS

1. Fiedler MM, Peres KG. Capacidade funcional e fatores associados em idosos do Sul do Brasil: um estudo de base populacional. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2008 [acesso em 05 dez 2018]; 24(2):409-415. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000200020>.
2. Gonçalves D, Altermann C, Vieira A, Machado AP, Fernandes R, Oliveira A, Mello-Carpes PB. Avaliação das funções cognitivas, qualidade de sono, tempo de reação e risco de quedas em idosos institucionalizados. *Estud. Interdiscip. Envelhec* [Internet]. 2014 [acesso em 05 dez 2018]; 19(1):95-108. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/26009>
3. Gurian MBF, Oliveira RC, Laprega MR, Rodrigues Jr AL. Rastreamento da função cognitiva de idosos não institucionalizados. *Rev Bras de Geriatr Gerontol* [Internet]. 2012 [acesso em 05 dez 2018]; 15(2):275-83. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232012000200010>
4. Rossato LC, Contreira AR, Corazza ST. Análise do tempo de reação e do estado cognitivo em idosas praticantes de atividades físicas. *Fisioterapia e Pesquisa* [Internet]. 2011 [acesso em 05 dez 2018]; 18(1):54-59. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-51862011000100010>.
5. Griffin CE, Kaye AM, Bueno FR, Kaye AD. Benzodiazepine Pharmacology and Central Nervous System – Mediated Effects. *Ochsner J* [Internet]. 2013 [acesso em 05 dez 2018]; 13(2):214-223. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3684331/>
6. Souza ARL, Opaleye ES, Noto AR. Contextos e padrões de uso indevido de benzodiazepínicos entre mulheres. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2012 [acesso em 05 dez 2018]; 18(4):1131-1140. Disponível em: https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csc/v18n4/26.pdf
7. Lopes LM, Figueiredo TP, Costa SC, Reis AMM. Utilização de medicamentos potencialmente inapropriados por idosos em domicílio. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet] 2016 Nov [citado 2018 Nov 20]; 21(11):3429-3438. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016001103429&lng=en.
8. Hollingworth SA, Siskin DJ. Anxiolytic, hypnotic and sedative medication use in Australia. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* [Internet]. 2010 [acesso em 05 dez 2018]; 19(3):8-280. Dispo-

REFERÊNCIAS

- nível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20073039>
10. Vicente Sánchez MP, Macías Saint-Gerons D, de La Fuente Honrubia C, González Bermejo D, Montero Corominas D, Catalá-López F. Evolución del uso de medicamentos ansiolíticos e hipnóticos em España durante el período 2000-2011. *Rev Esp Salud Pública* [Internet]. 2013 [acesso em 05 dez 2018]; 87(3):247-255. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272013000300004
11. Buysse DJ. Insomnia. *JAMA* [Internet]. 2013 [acesso em 05 dez 2018]; 309(7):706-716. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3632369/>
12. Mantley L, van Veen T, Giltay EJ, Stoop JE, Neven AK, Peninx BW, Zitman FG. Correlates of (inappropriate) benzodiazepine use: the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *Br J Clin Pharmacol* [Internet]. 2010 [acesso em 05 dez 2018]; 71(2):263-272. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3040548/>
13. Mcintosch B, Clark M, Spry C. Benzodiazepines in older adults: a review of clinical effectiveness, cost-effectiveness, and guidelines. Ottawa: Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health; 2011.
14. Noia AS, Secoli SR, Duarte YAO, Lebrão ML, Lieber NSR. Fatores associados ao uso de psicotrópicos em idosos no município de São Paulo. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2012 [acesso em 05 dez 2018]; 46(esp.):38-43. Disponível em: http://hygeia.fsp.usp.br/sabe/Artigos/2012_Noia_REE.pdf
15. Hirst A, Sloan R. Benzodiazepinas y fármacos relacionados para el insomnio en cuidados paliativos. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2013 [acesso em 05 dez 2018]; 22(11):CD003346. Disponível em: <http://www.fisterra.com/guias2/cochrane/AB003346-ES.htm>
16. Softic A, Beganlic A, Pranjić N, Sulejmanovic S. The influence of the use of benzodiazepines in the frequency falls in the elderly. *Med Arh* [Internet]. 2013 [acesso em 05 dez 2018]; 67(4):256-259. DOI: 10.5455/medarh.2013.67.256-259
17. Balloková A, Peel NM, Fialova D, Scott IA, Gray LC, Hubbard RE. Use of Benzodiazepines and Association with fall in Older People Admitted to Hospital: A Prospective Cohort Study. *Drugs Aging* [Internet]. 2014 [acesso em 05 dez 2018]; 31(4):299-310. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs40266-014-0159-3>
18. Guerra CCM, Ferreira F, Dias M, Cordeiro A. Perfil epidemiológico e prevalência do uso de psicofármacos em uma unidade referência para saúde mental. *Rev Enferm UFPE On Line* [Internet]. 2013 [citado 2019 Jan 11]; 7(6):444-51. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/3437>
19. Moura DCN, Pinto JR, Martins P, Pedrosa KA, Carneiro MGD. Uso Abusivo de psicotrópicos pela demanda da Estratégia de Saúde da Família: Uma revisão integrativa. *SANARE Sobral* [Internet]. 2016 [acesso em 05 dez 2018]; 15(2):136-144. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1048/594>
20. Ministério da Saúde (BR). Secretária de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. *Uso Racional de Medicamentos – Temas selecionados*. Brasília (DF): MS; 2012.
21. Ferreira TR, Barberato-Filho S, Borgatto AF, Lopes LC. Analgésicos, antipiréticos e anti-inflamatórios não esteroides em prescrições pediátricas. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2013 [acesso em 05 set 2018]; 18(12):3695-3704. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/analgesicos-antipireticos-e-antiinflamatorios-nao-esteroides-em-prescricoes-pediatricas/11444>
22. Klasco RK, editor. *DRUGDEX System*. Greenwood Village: Thomson Micromedex; 2013 [1974-2010].
23. Mazzola PG. Perfil e manejo de interações medicamentosas potenciais teóricas em prescrições de UTI. *Ver Bras Farm Hosp Serv Saúde* [Internet]. 2011 [acesso em 05 dez 2018]; 2(2):15-19. Disponível em: http://www.sbrafh.org.br/rbfhss/public/artigos/RBFHSS03_artigo_03.pdf
24. Netto MUQ, Freitas O, Pereira LRL. Antidepressivos e benzodiazepínicos: estudo sobre o uso racional entre usuários do SUS em Ribeirão Preto. *Rev de Ciênc Farm Básica e Aplic* [Internet]. 2012 [acesso em 05 dez 2018]; 33(1):77-81. Disponível em: http://serv-bib.fcfa.unesp.br/seer/index.php/Cien_Farm/article/viewFile/1777/1777
25. Vitry AI, Hoile AP, Gilbert AL, Esterman A, Luszcz MA. The risk of falls and fractures associated with persistent use of psychotropic medications in elderly people. *Arch Gerontol Geriatr* [Internet]. 2010 [acesso em 05 dez 2018]; 50(3):e1-e4. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.archger.2009.04.004>
26. Rezende CP, Gaede-Carrillo MRG, Sebastião ECO. Queda entre idosos no Brasil e sua relação com o uso de medicamentos: revisão sistemática. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2012 [acesso em 05 dez 2018]; 28(12):2223-2235. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012001400002
27. Gage SB, Moride Y, Ducruet T, Kurth T, Verdoux H, Tournier M, Bégaud B. Benzodiazepine use and risk of Alzheimer's disease: case-control study. *BMJ* [Internet]. 2014 [acesso em 05 dez 2018]; 349:5205. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4159609/>
28. Neves SJF, Marques APO, Leal MCC, Diniz AS, Medeiros ST, Arruda IKG. Epidemiologia do uso de medicamentos entre idosos em área urbana do Nordeste do Brasil. *Rev Saude Pública* [Internet]. 2013 [acesso em 05 dez 2018]; 47(4):759-768. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047003768>

Estratégias de educação permanente e o desenvolvimento da competência liderança em enfermeiros: uma revisão sistemática

RESUMO

Objetivo: descrever como a educação permanente tem contribuindo para o desenvolvimento da competência liderança em enfermeiros. **Método:** revisão sistemática, em que foram selecionados 6 artigos, após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão. A busca foi realizada nas bases de dados: PubMed, Cochrane Library, Scopus, CINAHL e LILACS via BVS. Os critérios de inclusão foram: artigos em português, inglês e espanhol, com recorte temporal dos últimos cinco anos (de 2013 a 2018) e artigos que apresentem relação da educação permanente e o desenvolvimento da competência liderança e os critérios de exclusão: publicações que não tenham como foco o enfermeiro. **Resultados:** dentre as estratégias de educação permanente, as que se destacam são: simulação para promover a gestão de conflitos, com base em situações reais; práticas reflexivas de 30 minutos e workshops sobre comportamento de liderança. **Conclusão:** os estudos demonstram resultados positivos a educação permanente e o aperfeiçoamento de competências.

DESCRITORES: educação continuada; enfermeiros e enfermeiras; liderança.

ABSTRACT

Aim: describe how continuing education has contributed to the development of competence leadership in nurses. **Method:** systematic review, in which 6 articles were selected, after applying the inclusion and exclusion criteria. The search was performed in the databases: PubMed, Cochrane Library, Scopus, CINAHL and LILACS via VHL. Inclusion criteria were: papers in Portuguese, English and Spanish, with a temporal cut of the last five years (from 2013 to 2018) and articles that present a relationship of continuing education and the development of leadership competence and exclusion criteria: publications that do not focus on the nurse. **Results:** among the permanent education strategies, the following stand out: simulation to promote conflict management, based on real situations; 30-minute reflective practices and workshops on leadership behavior. **Conclusion:** studies show positive results in continuing education and skills development.

DESCRIPTORS: continuing education; nurses; leadership.

RESUMEN

Objetivo: Descubrir como una educación permanente para el desarrollo y el desarrollo de la competencia en enfermería. **Método:** revisión sistemática, en el que se seleccionaron 6 artículos, una aplicación de criterios críticos y de inclusión. A través de BVS se publicaron bases de datos: PubMed, Biblioteca Cochrane, Scopus, CINAHL y LILACS. Los criterios de inclusión foram: artigos em português, inglês e espanhol, com recorte temporal dos to cinco (de 2013 a 2018) y artigos que apresentem relação da educaçãoouave eo desenvolvimento da competência liderança e os critérios de exclusão: publicações que non nonazham Como foco o enfermeiro. **Resultados:** como estrategias de educación permanente, como se destacó: simulación para promover la gestión de los valores, con base en situaciones reales; Prácticas reflexivas de 30 minutos y talleres sobre comportamiento de liderança. **Conclusión:** os estudos demonstram resultados positivos en una educación permanente y aperturas de competencias.

DESCRIPTORES: educación continúa; enfermeros y enfermeras; liderazgo.

Bruna dos Santos Scofano

Mestranda, no Programa Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde (PACCS), da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa (EEAAC), da Universidade Federal Fluminense (UFF)

Geilsa Soraia Cavalcanti Valente

PhD, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal. Professora Associada do Departamento de Fundamentos de Enfermagem e Administração (EEAAC/UFF)

**Regina Serrão Lanzillotti**

Dr, pela Engenharia de Transportes, na Universidade Federal do Rio de Janeiro (PET/UFRJ), Professora na Graduação e Pós-graduação do Instituto de Matemática e Estatística, da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (IME/UERJ)

INTRODUÇÃO

A liderança caracteriza-se como uma competência necessária ao exercício profissional do enfermeiro, tornando-o capaz de influenciar sua equipe com vistas a disponibilizar atendimento focado nas necessidades de saúde dos usuários e familiares¹.

Porém, um estudo² realizado recentemente sugere que os enfermeiros não estão preparados para exercer a função de líder e que se pode inferir que esta situação e consequência de um ensino de graduação deficiente sobre o tema. Este deve ser trabalhado tanto na teoria quanto na prática. Desse modo, acredita-se que uma estratégia para melhorar o desempenho da competência liderança é o investimento em educação.

Os conceitos de educação voltados para a saúde, vêm evoluindo. Dentre estes três conceitos apresentam-se em destaque (educação continuada, educação permanente e educação em saúde).

A educação continuada compreende somente os espaços formais e as práticas escolarizadas de formação³. Já na educação permanente em saúde, as demandas educativas são geradas no processo de trabalho, apontando caminhos e fornecendo pistas ao processo de formação. Sob este enfoque, o trabalho não é concebido como uma aplicação do conhecimento, mas entendido em seu contexto sócio organizacional e resultante da própria cultura do trabalho⁴.

A educação em saúde visa a apropriação temática pela população, que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores, a fim de alcançar uma atenção de saúde de acordo com suas necessidades⁵.

Considerando que a competência liderança é um tema atual e ainda não totalmente esgotado e que a educação permanente é uma importante estratégia para o aprimoramento de habilidades, foi elaborada a seguinte pergunta de pesquisa: como a educação permanente tem contribuído para o desenvolvimento da competência liderança

em enfermeiros? Portanto, o objetivo deste estudo é: descrever, com base na literatura existente, como a educação permanente tem contribuindo para o desenvolvimento da competência liderança em enfermeiros.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão sistemática, onde é possível apresentar uma síntese da evidência disponível sobre a questão de pesquisa, em que a busca e a seleção devem ser bem executadas, de modo que seja possível identificar e incluir estudos relevantes sobre o assunto⁶.

Assim, foi realizada uma revisão sistemática da literatura sobre como a educação permanente tem contribuído para o desenvolvimento da competência liderança para enfermeiros. Esse tipo de estudo permite buscar, avaliar e sintetizar as evidências disponíveis sobre determinado tema. Os resultados retratam a posição atual do que se investiga, que contribui para maior efetividade das ações em saúde, com menor custo, além de evidenciar lacunas direcionadoras do desenvolvimento de futuras pesquisas⁶.

O desenho do estudo baseou-se em seis etapas distintas: elaboração do problema de pesquisa, seleção da amostra a partir dos descritores adequados à temática, coleta de informações, avaliação dos elementos relacionados ao tema, análise e interpretação dos resultados coletados e divulgação dos dados.

Desta forma, tornou-se necessário construir uma pergunta de forma clara, com a utilização de métodos sistemáticos e explícitos para identificar, selecionar e avaliar criticamente pesquisas relevantes, coletar e analisar dados desses estudos que foram incluídos na revisão⁷. Para a efetivação da referida busca, tomou-se como base o que é essencial, tendo em vista que dentre as principais características, a revisão deve conter: fontes de busca abrangentes, seleção dos estudos primários sob critérios aplicados uniformemente e avaliação criteriosa da amostra⁸.

A coleta de dados foi realizada no período de 05 de agosto a 10 de setembro de 2018. Nas bases PubMed, Cochrane Library, Scopus, CINAHL e LILACS via BVS. Para a PubMed foram utilizados os termos Mesh nas seguintes ordens: (((Nurses) AND Education Continuing) AND Health Education) AND Leadership. Cochrane Library: (((Nurses) AND Education Continuing) AND Health Education) AND Leadership. LILACS: (tw:(Enfermeiros e Enfermeiras)) AND (tw:(Educação continuada)) AND (tw:(Educação em saúde)) AND (tw:(Liderança)). CINAHL: Nurses AND Education Continuing OR Health Education AND Leadership. Scopus: "Enfermeiros" AND "Educação Continuada" AND "Health Education" AND "Leadership".

A escolha dos artigos com textos completos foi apurada por meio de da leitura inicial dos títulos, seguido da análise dos resumos, norteadas pelo checklist dos Principais Itens para Relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises - PRISMA⁹, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão, em que o fenômeno de interesse é a compreensão da atuação do enfermeiro enquanto líder de equipe na área hospitalar.

A triagem foi norteadas pela estratégia PICO, que consiste numa técnica utilizada para construir questões de pesquisa de naturezas diversas, contribui para que a pergunta de pesquisa seja adequada (bem construída) e possibilita a definição correta de que informações (evidências) são necessárias para a resolução da questão clínica de pesquisa, maximiza a recuperação de evidências nas bases de dados, foca o escopo da pesquisa e evita a realização de buscas desnecessárias¹⁰.

Os critérios de inclusão foram: artigos em português, inglês e espanhol, com recorte temporal dos últimos cinco anos (de 2013 a 2018) e artigos que apresentem relação da educação permanente e o desenvolvimento da competência liderança e os critérios de exclusão: publicações que não

tenham como foco o enfermeiro. Segue abaixo a figura com a descrição da busca de artigos para realização da revisão sistemática - Estratégia PICO, nos idiomas Português, Inglês e Espanhol respectivamente.

RESULTADOS

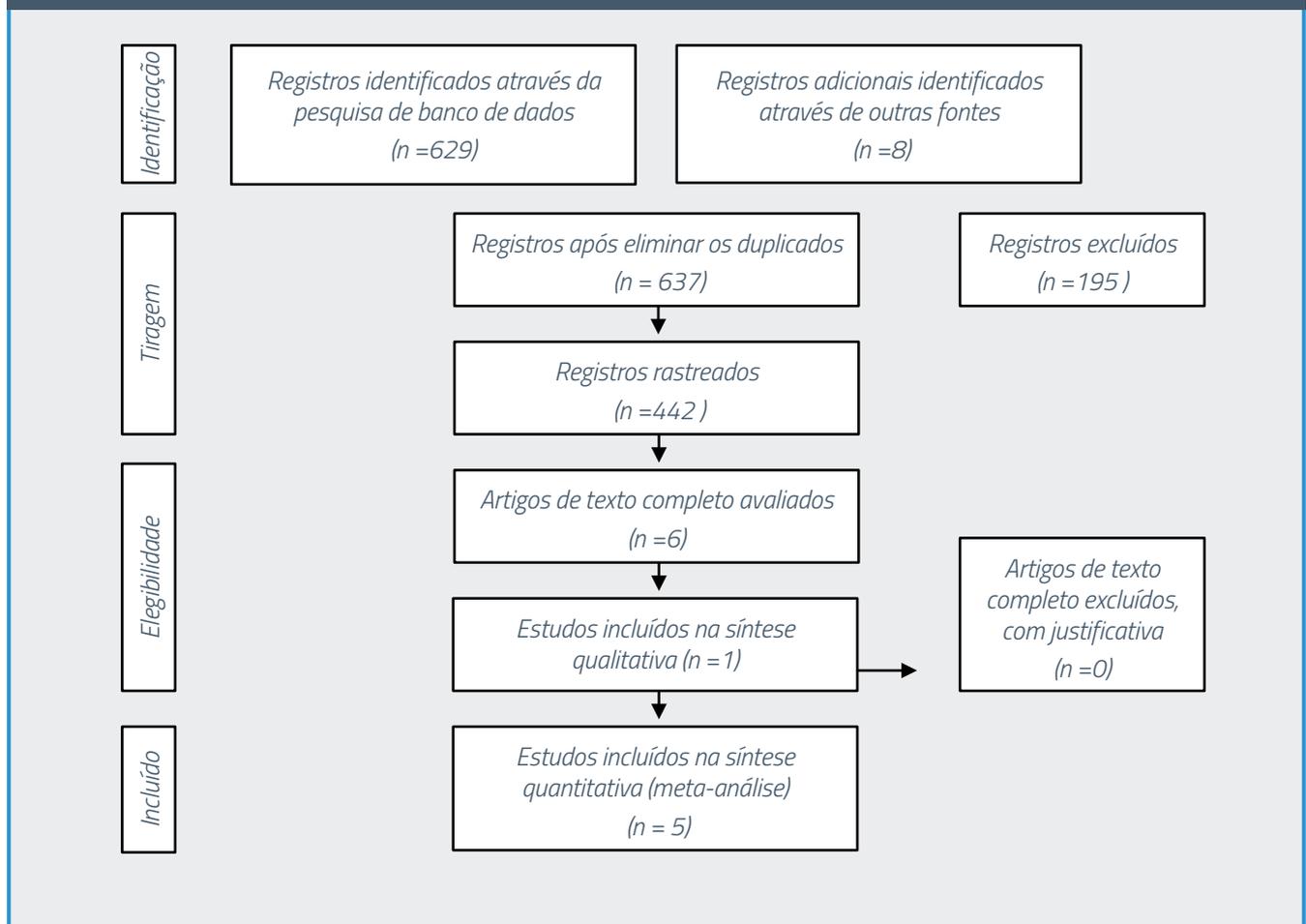
Foi utilizado o software ZOTERO® versão 5,0 para gerenciar as publicações encontradas e estipulado um código de identificação dos artigos, com letra e número (Figura 3). A análise dos dados foi elaborada por meio do checklist Principais Itens para Relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises (PRISMA)(10) em que foi elaborado um diagrama (ver figura 2) para a extração dos dados, que foi revisado por dois pesquisadores⁷

Quadro 1. Descrição da busca de artigos para realização da revisão sistemática -Estratégia PICO. Niterói, RJ, Brasil, 2018.

P (paciente/população)	Enfermeiros e Enfermeiras (Nurses/ Enfermeras)
I (intervenção/ fenômeno de interesse)	Educação continuada (Education Continuing/ Educación Continua) Educação em saúde (Health Education/ Educación en Salud)
C o (controle ou comparação/ contexto)	Liderança (Leadership/ Liderazgo)

Fonte: elaboração própria. Baseado em Galvão TF, Pereira MG⁶.

Figura 1. Diagrama PRISMA para o processo de triagem dos estudos. Niterói, RJ, Brasil, 2018.



Fonte: A Autora, 2018

A partir de então, foram construídos quadros sinópticos com os dados coletados, com as informações de cada estudo: autores, ano, objetivo, amostra, (intervenção/fenômeno de interesse), escalas usadas, resultados/conclusões. Para a avaliação da qualidade dos estudos, foi elegida a ferramenta Critical Appraisal Skills Programme (CASP), Programa de Habilidades Críticas de Avaliação em português, onde o escore pode variar de 0 a 10, sendo zero o mais fraco e 10 o mais forte¹¹.

Vale ressaltar que dois revisores independentes avaliaram os artigos e a escolha final foi feita por meio de concordância dos mesmos. Dessa forma, foi elaborada a análise, seguindo os 10 questionamentos do CASP, e foi estipulada a classificação como: Forte, Fraco e Com Ruídos (em caso de falta de informações).

DISCUSSÃO

Após a leitura dos artigos, foram elaboradas duas categorias de análise:

Categoria 1: estratégias de educação permanente em saúde

Enfermeiras recém-formadas precisam demonstrar altos níveis de competências quando entram no local de trabalho¹⁴. E a Educação Permanente em Saúde (EPS) pode ser uma importante estratégia

Quadro 2. Qualidade metodológica dos estudos incluídos pelo ©Critical Appraisal Skills Programme (CASP). Niterói, RJ, Brasil, 2018.

ID	ARTIGOS INCLUÍDOS	ESCORE
A1 ¹²	Echevarria IM, Patterson BJ, Krouse A. Predictors of transformational leadership of nurse managers. J Nurs Manag. 2017	7
A2 ¹³	Zucatti AP, Flores CD, da Silveira LM. The Creation of Simulation for the Development of Competencies in Nurses. Stud Health Technol Inform. 2016.	6
A3 ¹⁴	Goudreau J, Pepin J, Larue C, Dubois S, Descôteaux R, Lavoie P, Dumont K. A competency-based approach to nurses' continuing education for clinical reasoning and leadership through reflective practice in a care situation. Nurse Educ Pract. 2015.	7
A4 ¹⁵	Shirazi M, Emami AH, Mirmoosavi SJ, Alavinia SM, Zamanian H, Fathollahbeigi F, Masiello I. The effects of intervention based on supportive leadership behaviour on Iranian nursing leadership performance: a randomized controlled trial. J Nurs Manag. 2016.	8
A5 ¹⁶	Balsanelli AP, Cunha ICKO. Liderança do enfermeiro em unidade de terapia intensiva e sua relação com ambiente de trabalho. Rev Lat Am Enfermagem. 2015.	9
A6 ¹⁷	Mello AL, Brito LJS, Terra MG, Camelo SH. Estratégia organizacional para o desenvolvimento das competências dos enfermeiros: possibilidades de Educação Continuada em Saúde. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem. 2018.	9

Fonte: elaboração própria. Baseada em ©Critical Appraisal Skills Programme (CASP).

Quadro 3 - Descrição dos estudos. Niterói, RJ, Brasil, 2018.

TÍTULO	AUTORES E ANO	OBJETIVO	AMOSTRA	INTERVENÇÃO/FENÔMENO DE INTERESSE	ESCALAS USADAS, RESULTADOS/CONCLUSÕES
A1.Predictors of transformational leadership of nurse managers.	Echevarria IM, Patterson BJ, Krouse A. ¹² 2017	Examinar as relações entre educação, experiência de liderança, inteligência emocional e liderança transformacional de enfermeiros.	130 enfermeiros.	Liderança	A média dos escores totais tanto para a inteligência emocional quanto para a liderança de transformação foi positiva.
A2.The Creation of Simulation for the Development of Competencies in Nurses.	Zucatti AP, Flores CD, da Silveira LM. ¹³ 2016	Construir uma simulação para promover a gestão de conflitos comportamentais competências, com base em situações reais.	100	Educação permanente.	A Educação Permanente em Saúde é cada vez mais necessária na prática de profissionais trabalhando na assistência à saúde

A3.A competency-based approach to nurses' continuing education for clinical reasoning and leadership through reflective practice in a care situation	Goudreau J, Pepin J, Larue C, Dubois S, Descôteaux R, Lavoie P, Dumont K. ¹⁴ 2015	Identificar se as práticas reflexivas contribuem para o desenvolvimento de competências em enfermeiros.	Oito unidades de cuidados em dois hospitais de ensino	Desenvolvimento de competências.	As sessões práticas reflexivas contribuíram para o desenvolvimento do raciocínio clínico e liderança
A4. The effects of intervention based on supportive leadership behaviour on Iranian nursing leadership performance: a randomized controlled trial	Shirazi M, et al. ¹⁵ 2016	Avaliar os efeitos de um workshop sobre comportamento de liderança de apoio sobre o desempenho dos enfermeiros chefes, usando um desenho de estudo controlado randomizado.	731	Efeitos de um workshop sobre comportamento de liderança.	O treinamento multifacetado interativo, melhorou o desempenho de liderança dos enfermeiros chefes que participaram deste estudo.
A5. Liderança do enfermeiro em unidade de terapia intensiva e sua relação com ambiente de trabalho	Balsanelli AP, Cunha ICKO. ¹⁶ 2015	Verificar se o ambiente de trabalho se relaciona com a liderança do enfermeiro na Unidade de Terapia Intensiva (UTI)	66 enfermeiros e 41 técnicos em enfermagem	Liderança	O enfermeiro necessita de um plano de desenvolvimento individual, que contemple quais conhecimentos, habilidades, atitudes, valores e entregas são necessários para exercer esta competência.
A6. Estratégia organizacional para o desenvolvimento das competências dos enfermeiros: possibilidades de Educação Continuada em Saúde	Mello AL, Brito LJS, Terra MG, Camelo SH. ¹⁷ 2018	Refletir acerca da EPS como uma possibilidade de estratégia organizacional para o desenvolvimento de competências para enfermeiros.	Reflexão	Educação Permanente em Saúde (EPS)	EPS pode ser vislumbrada como uma importante estratégia organizacional para o desenvolvimento de competências de enfermeiros.

Fonte: elaboração própria.

organizacional para o desenvolvimento de competências, envolvendo um planejamento compartilhado que oriente a prática dos profissionais. Para que desenvolvam um trabalho convergente aos princípios e diretrizes das políticas de saúde brasileira, organizar ações institucionais na lógica pedagógica de envolver coletivos, construído a partir do trabalho cooperado com instituições de ensino e de práticas de saúde¹⁷.

Um método utilizado para a Educação Permanente em Saúde (EPS) é uma abordagem baseada em competências, em que uma série de grupos de pratiquem atividades reflexivas de 30 minutos sobre eventos clínicos, para que enfermeiros

recém-formados a partir de vivências de sua prática desenvolvam raciocínio clínico e de liderança¹⁴.

A metodologia ativa de ensino-aprendizagem, é uma metodologia que considera o trabalho como base para as atividades; o trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar, a integração entre o ensino e os serviços de saúde; o aperfeiçoamento da atenção integral à saúde e a qualificação da gestão⁴.

Categoria 2: contribuições da educação permanente para o desenvolvimento de competências

Um estudo¹⁴ realizado em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) em São Paulo,

aponta que a liderança é uma competência a ser desenvolvida pelo enfermeiro e que o ambiente de trabalho não exerceu influência na população estudada. Desta forma, o enfermeiro necessita de um plano de desenvolvimento individual, que contemple quais conhecimentos, habilidades, atitudes, valores e entregas são necessários para exercer esta competência.

A integração de educação continuada ou programas de treinamento em desenvolvimento na prática, contribui para a obtenção de uma melhor compreensão das necessidades de desenvolvimento de liderança¹². A Educação Permanente em Saúde (EPS) é cada vez mais necessária na prática de profissionais trabalhando

na assistência à saúde, principalmente para enfermeiros no hospital, visto que geralmente desempenha o papel de liderança da equipe na unidade onde atua, além dos processos de cuidado, apresentando assim relação entre atendimento ao paciente e gerenciamento de equipe¹⁷.

Espera-se, desta forma, contribuir para o desenvolvimento de educação em saúde e o aprimoramento dos processos de desenvolvimento de competências relacionadas ao exercício de liderança em

enfermeiros¹³.

CONCLUSÃO

A maior parte dos estudos já realizados, demonstram resultados positivos em relação a colaboração da à educação permanente e o aperfeiçoamento de competências. Sobre este ponto pode-se concluir que sobre as estratégias utilizadas, a maior parte foram implantadas em um curto espaço de tempo, com foco na experiência profissional dos enfermeiros em ambiente

hospitalar.

Desta forma este estudo contribui para uma melhor compreensão sobre o que sido realizado em relação a educação permanente em saúde para o desenvolvimento de competências, principalmente sobre a liderança para enfermeiros. Porém sugere que haja mais estudos sobre a temática para que possa surgir mais propostas de métodos de educação permanente, de modo a promover o aperfeiçoamento das competências do enfermeiro. ■

REFERÊNCIAS

1. Amestoy SC, Backes VMS, Thofehrn MB, Martini JG, Meirelles BHS, Trindade LL. Conflict management: challenges experienced by nurse-leaders in the hospital environment. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2014 [citado 2015 Set 10]; 35(2):79-85. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472014000200079&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2014.02.40155>
2. Costa SD, Silva PLN, Goncalves RPF, Soares LM, Filho WA, Souto SGT. O exercício da liderança e seus desafios na prática do enfermeiro. *JJ Manag Prim Heal Care* [Internet]. 2017 [citado 2018 Set 07]; 8(1):49-65. Disponível em: <http://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/257/440>
3. Fernandes, RMC. Educação Permanente e Políticas Sociais. *Papel Social* [Internet]. 2016 [citado 2018 Set 07]. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/epsuas-rs/wp-content/uploads/2017/04/Artigo-Educa%C3%A7%C3%A3o-Permanente-e-Pol%C3%ADticas-Sociais-Mexico-2015pdf.pdf>
4. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Educação Permanente. Nunes P, Motta JJ. Educação permanente [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2004. [citado 2018 Set 07]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/deges.htm>.
5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2005. [citado 2018 Set 07]. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_positiva.pdf
6. Galvão TF, Pereira MG. Revisões sistemáticas da literatura: passos para a sua elaboração. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2014 [citado 2018 Set 07]; 23(1):183-184. DOI: 10.5123/S1679-49742014000100018
7. Moher D, Cook DJ, Eastwood S, Olkin I, Rennie D, Stroup DF. Improving the quality of reporting of meta-analysis of randomized controlled trials: the QUOROM statement. *Karg GmbH* [Internet]. 2015 [citado 2018 Set 05]. Disponível em: <https://www.karger.com/Article/Pdf/55014>
8. Lopes ALM, Fracoli LA. Revisão sistemática de literatura e metassíntese qualitativa: considerações sobre a aplicação na pesquisa em enfermagem. *Text Cont Enferm* [Internet]. 2008 [citado 2018 Set 10]; 17(4):771-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/20.pdf>
9. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação PRISMA. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2015 [citado 2018 Set 05]; 24(2). DOI: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742015000200017>
10. Santos CMC, Pimenta CAM, Nobre MRC. A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2007 [citado 2018 Set 10]; 15:1-7. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/pt_v15n3a23.pdf
11. ©Critical Appraisal Skills Programme (CASP). Systematic Review Checklist 13.03.17. [Internet]. 2017 [cited 2018 Set 10]. Available from: http://docs.wixstatic.com/ugd/dded87_7e983a320087439e94533f4697aa109c.pdf
12. Echevarria IM, Patterson BJ, Krouse A. Predictors of transformational leadership of nurse managers. *J Nurs Manag* 2017; 25(3):167-175. DOI: 10.1111/jonm.12452.
13. Zucatti AP, Flores CD, da Silveira LM. The Creation of Simulation for the Development of Competencies in Nurses. *Stud Health Technol Inform* [Internet]. 2016 [citado 2018 Set 01]; 225:1009-10. Disponível em: <http://ebooks.iospress.nl/publication/43301>
14. Goudreau J, Pepin J, Larue C, Dubois S, Descôteaux R, Lavoie P, Dumont K. A competency-based approach to nurses' continuing education for clinical reasoning and leadership through reflective practice in a care situation. *Nurse Educ Pract* [Internet]. 2015 [citado 2018 Set 05]; 15(6):572-578. DOI: 10.1016/j.nepr.2015.10.013.
15. Shirazi M, et al. The effects of intervention based on supportive leadership behaviour on Iranian nursing leadership performance: a randomized controlled trial. *J Nurs Manag* [Internet]. 2016 [citado 2018 Set 05]; 24(3):400-8. DOI: 10.1111/jonm.12335.
16. Balsanelli AP, Cunha ICKO. Liderança do enfermeiro em unidade de terapia intensiva e sua relação com ambiente de trabalho. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2015 [citado 2018 Set 05]; 23(1):106-113. DOI: 10.1590/0104-1169.0150.2531
17. Mello AL, Brito LJS, Terra MG, Camelo SH. Estratégia organizacional para o desenvolvimento de competências de enfermeiros: possibilidades de Educação Permanente em Saúde. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2018 [citado 2018 Set 05]; 22(1). DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0192>

Adesão de mulheres à realização do exame papanicolau: estratégias de uma clínica da família - RJ

RESUMO

Objetivou-se identificar os fatores que interferem na baixa adesão das mulheres na realização do exame Papanicolau de uma Clínica da Família no Município do Rio de Janeiro (RJ), e descrever as estratégias nesta baixa adesão na realização do exame. Estudo descritivo, tipo relato de experiência, desenvolvido em uma Clínica de Família localizada no Município do RJ. A partir das ações realizadas pelos profissionais de saúde, criaram-se categorias que descreviam os fatores que dificultavam a adesão da mulher ao exame papanicolau e reflexões geradas após esta vivência. Assim, espera-se uma reflexão intensa sobre a atuação à população feminina na faixa etária de 25 a 64 anos de modo a inserir a prevenção em sua rotina. E que um processo de trabalho organizado pode mudar a realidade de saúde de uma população com relação à prevenção de doenças.

DESCRITORES: atenção primária à saúde; saúde da família; teste de papanicolaou.

ABSTRACT

The aim of this study was to identify the factors that interfere in the low adherence of women in the PAP test of a Family Clinic in the city of Rio de Janeiro, Brazil, and to describe the strategies in this low adherence in the exam. Descriptive study, experience report type, developed in a Family Clinic located in the county of RJ. Based on the actions performed by health professionals, categories were created that described the factors that made it difficult for women to participate in the PAP test examination and reflections generated after this experience. Thus, it is expected an intense reflection on the performance of the female population in the age group of 25 to 64 years in order to insert the prevention in their routine. And that an organized work process can change the health reality of a population regarding disease prevention.

DESCRIPTORS: primary health care; family health; PAP test.

RESUMEN

Se objetivó identificar los factores que interfieren en la baja adhesión de las mujeres en la realización del examen Papanicolau de una Clínica de la Familia en el Municipio de Río de Janeiro (RJ), describir las estrategias en esta baja adhesión en la realización del examen Papanicolau. Es un estudio descriptivo, tipo relato de experiencia, desarrollado en una Clínica de Familia ubicada en el condado del RJ. A partir de las acciones realizadas por los profesionales de salud se crearon categorías que describían los factores que dificultaban la adhesión de la mujer al examen papanicolau y reflexiones generadas después de esta vivencia. Así, se espera una reflexión intensa sobre la actuación a la población femenina en el grupo de edad de 25 a 64 años para insertar la prevención en su rutina. Y que un proceso de trabajo organizado puede cambiar la realidad de salud de una población con relación a la prevención de enfermedades.

DESCRIPTORES: atención primaria a la salud; salud de la familia; prueba de papanicolaou.

Fernanda Maria do Vale Martins Lopes

Enfermeira sanitária. Mestre em enfermagem. Gerente de Clínica da Família da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

Ricardo José Oliveira Mouta

Enfermeiro Obstétrico. Doutor em Enfermagem. Professor Adjunto do Departamento Materno Infantil da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

Lisandra Rodrigues Risi

Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora Assistente da Faculdade de Enfermagem da Universidade Estácio de Sá (UNESA).

Gloria Cristina Leite Lourdes

Enfermeira oncologista. Especialista em hemoterapia e oncologia. Enfermeira líder do setor de oncologia do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho-UFRJLAB). CE, Brasil.

Telma Monteiro Pena

Enfermeira-Especialista em gestão em Saúde. Enfermeira do Departamento de Controle e avaliação da Central de regulação do município de Itaboraí-RJ.

Mariana Moraes Lima Louback

Médica sanitária. Especialista em medicina do trabalho. Médica da Estratégia de Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro-RJ.

INTRODUÇÃO

No mundo todo, o câncer do colo do útero (CCU) é considerado o terceiro tipo de câncer mais corriqueiro entre as mulheres. Para o ano de 2018, no Brasil são esperados em torno de 16.370 casos. O Instituto Nacional do Câncer (INCA) refere que o câncer de colo de útero é o terceiro tumor mais frequente na população feminina, atrás do câncer de mama e do colorretal, e a quarta causa de morte de mulheres por câncer no Brasil. O CCU pode ser detectado precocemente, através do rastreamento que é feito através de um exame chamado citopatológico do colo do útero. Esse exame, também conhecido como Papanicolau, é considerado como um dos métodos mais seguros e efetivos para o rastreamento do CCU, além de ser de baixo custo e de simples execução. Atualmente, o Ministério da Saúde (MS), em conformidade com o INCA, indica que o rastreamento do CCU seja realizado em mulheres sexualmente ativas com idade de 25 a 64 anos, mediante o exame Papanicolau, que deve ser feito a cada três anos, após dois exames consecutivos com resultados negativos, com intervalo anual¹⁻⁴.

Entre as metas pactuadas pelo Brasil no plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis estão o aumento da cobertura do exame preventivo e o tratamento de 100% das mulheres com lesões precursoras até 2022. Para que se possa atingir esta meta de detecção precoce da doença, é imprescindível garantir a cobertura e qualidade do exame citopatológico, assim como o acesso a exames alterados e a procedimentos de investigação diagnóstica e de tratamento².

As estatísticas sobre a incidência do câncer de colo de útero na Capital do Rio de Janeiro acompanham a tendência mundial, sendo consideradas umas das neoplasias mais frequentes entre as mulheres com

vida sexualmente ativa. Tendo uma taxa estimada de 15,48 casos a cada 100 mil mulheres¹. O Ministério da Saúde apresenta como estratégia para alcançar tal objetivo à educação da população para desmistificar a doença, assim como orientar sobre as possibilidades de prevenção³.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é o local oportuno para a realização de atividades educativas no controle do câncer do colo do útero, visto que é a porta de entrada das mulheres nos serviços de saúde. Os profissionais que trabalham na ESF possuem uma área adscrita sob sua responsabilidade sanitária, o que possibilita o conhecimento do seu território e consequentemente de suas mulheres. Fator este que facilita a busca ativa dessas usuárias para a realização do exame no intuito de obter diagnóstico precoce e tratamento apropriado dos casos com alterações⁴.

Importante salientar que, a partir de 2009, observou-se uma expansão da cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Município do RJ. Na área programática (AP) de saúde 3.1 que é gerida sob um contrato de gestão pactuado entre a Coordenação de Área, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e Organização Social (OS), tem-se um conjunto de indicadores que se refere à percentagem de mulheres entre os 25 e 64 anos com colpocitologia registrado nos últimos três anos. Neste, o total de cobertura do exame na área programática no mês de janeiro de 2018 era de 24%, tendo uma meta a atingir de 80% em todas as suas 35 unidades de saúde contidas no território⁵.

Assim, este estudo traz como objetivos: identificar os fatores que interferem na baixa adesão das mulheres na realização do exame Papanicolau de uma Clínica da Família localizada no Município do Rio de Janeiro; descrever as estratégias adotadas pelos profissionais de uma Clínica da Família

localizada na área no Município do Rio de Janeiro; e discutir os fatores e as estratégias que interferem na baixa adesão das mulheres na realização do exame Papanicolau.

Desta forma, emergiu a seguinte questão: A criação de estratégias após a identificação dos fatores que diminuem a adesão de mulheres na realização do exame Papanicolau influencia no aumento da cobertura do exame?

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, tipo relato de experiência desenvolvido no período de janeiro a junho de 2018 em uma Clínica de Família localizada no Município do Rio de Janeiro-RJ.

Os participantes foram 64 profissionais de saúde (01 Gerente da Clínica de Família, 10 médicos, 06 enfermeiros, 06 Técnicos de Enfermagem, 02 Dentistas, 01 Técnica de saúde Bucal, 02 Auxiliares de Saúde Bucal e 36 Agentes Comunitários de Saúde) que integram 06 equipes da Clínica da Família.

Um indicador considerado estratégico e que era fornecido às equipes de Saúde da Família pelo Prontuário Eletrônico (PE) era o percentual de mulheres de 25 a 64 anos com pelo menos um resultado de exame colpocitológico registrado nos últimos três anos. Sendo assim, consideramos este indicador como um norteador para este estudo. No início do período estudado, a cobertura era de 35% de exames realizados e registrados, pretendeu-se com estas estratégias chegar a meta de 60%.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este estudo foi estruturado em dois momentos: o primeiro se referiu à descrição das sete fases que continham as ações realizadas pelos profissionais da Clínica da Família para aumentar a adesão ao exame Papanicolau, e no segundo momento, o relato das reflexões geradas após a vivência

desta experiência à luz da literatura científica.

Planejamento de ações para a prevenção do câncer de colo de útero

A primeira etapa consistiu no lançamento de todos os resultados de exames de Papanicolau que estavam pendentes de registros no prontuário eletrônico. Foi fornecido pela coordenação local da área programática, um sistema que cruzava as informações do prontuário eletrônico com os dados da base do Sistema de Informação do Câncer (SISCAN). Nesta, qualquer mulher do território que tivesse feito seu exame em uma unidade pública do Município do RJ e que tivesse cadastro no prontuário eletrônico local conseguia obter o resultado. Nesta etapa ocorreu a descoberta que não tínhamos números expressivos de resultados a serem lançados.

A etapa seguinte consistiu em fazer a impressão do relatório de mulheres em idade fértil por microárea para conhecer a realidade de cada território junto com os agentes comunitários. Para estas mulheres foi entregue uma breve carta-convite assinada pela gerência local, explicando a necessidade do exame.

Na terceira etapa, o agente comunitário deveria entregar no mínimo de 10 resultados ou agendamentos de coleta semanais. Estes agendamentos deveriam ser monitorados semanalmente, objetivando a busca de faltosas. Nesta fase, a equipe de saúde teve que adotar a coleta oportuna e a inserção do profissional médico neste processo para a realização da coleta do material.

Na quarta etapa, todos os profissionais da equipe foram sensibilizados para a adoção de uma postura vigilante em relação ao rastreamento do câncer do colo do útero. De forma que todas as mulheres de 25 a 64 anos que frequentavam a unidade por qualquer motivo fossem abordadas e oferecidas coleta imediata ou agendamento de coleta de citopatológico, caso seu exame estivesse em atraso. Nesta etapa, muitas mulheres que constavam nos relatórios como atraso relataram coleta recente do exame citopatológico em clínicas privadas ou populares. Percebeu-se também que algumas mulheres

se recusavam a fazer o exame pelo constrangimento de colher com profissional do sexo masculino. Outras não viam a importância de fazer o exame por relatar não possuir nenhuma queixa. Todas estas questões foram trabalhadas de forma individual com cada agente comunitário e para aqueles casos em que as mulheres se recusassem a fazer os exames, receberam uma ligação ou visita domiciliar da gerência local ou da enfermeira da sua equipe de referência. E por fim, as mulheres que tinham seu resultado de rastreamento alterado eram imediatamente convocadas para a comunicação do resultado e para a adoção das medidas pertinentes conforme protocolo.

Fatores relacionados a não adesão ao exame papanicolau e estratégias de captação precoce

Dentre as orientações da OMS, para impactar o perfil epidemiológico do câncer do colo do útero, tem-se de garantir uma cobertura de rastreamento mínima de 80% da população feminina de 25–59 anos além de garantir a qualidade de realização do exame e tratamento oportuno¹. Apesar das orientações acima, os percentuais alcançados pela Unidade de Saúde estudada possuíam percentuais de cobertura bem inferiores e a situação é mais crítica quando comparamos aos resultados obtidos em outras pesquisas.

Em um estudo feito com mulheres do Rio Grande do Sul⁶, percebeu-se que a cobertura do exame citopatológico do colo uterino nos últimos 3 anos foi de 66,3%. Este resultado possui semelhança com o estudo de base populacional⁷ realizado no ano de 2006 em Pernambuco, em que 58,7% das mulheres tinham sido submetidas ao citopatológico nos últimos 3 anos.

Assim, reconhecendo a importância de conhecer os principais fatores que justificavam esta baixa cobertura, criamos estratégias que foram realizadas nos 6 meses da pesquisa. Os fatores encontrados foram: acesso ao serviço de saúde, vínculo empregatício, planos de saúde e aspectos culturais e auto responsabilização com o cuidado.

Fatores relacionados ao acesso ao serviço de saúde

O acesso à unidade, no sentido de conseguir a realização do exame Papanicolau, foi um problema encontrado entre as usuárias que estavam em atraso. Verificou-se que as agendas estavam direcionadas em turnos específicos e feitas apenas por um profissional de apenas uma categoria, apesar da unidade do estudo ter como proposta o modelo de acesso avançado, no qual existe uma programação de agendas reduzidas e um maior espaço para demanda espontânea. Colaborando com a afirmação acima, encontramos um estudo⁸ que define acesso aberto ou avançado, como a relação que se tem com a organização da marcação de consultas para o mesmo dia em que o usuário procura o atendimento, buscando a redução do agendamento em longo prazo e diminuir o absenteísmo.

A não realização, ou o não buscar o resultado devido à indisponibilidade de agenda dos profissionais também foi observado no estudo⁹ que as mulheres demonstraram que não acessavam a unidade de saúde porque tinham filhos para cuidar e os horários disponibilizados para atendimento não eram compatíveis com os delas. Em outro estudo¹⁰, o acesso apareceu relacionado à distância física como barreira, dado não encontrado em nosso estudo, pois trabalhamos com um território adscrito em que a distância não é um fator impeditivo, segundo as mulheres.

Mediante a estes problemas, a equipe traçou algumas mudanças no processo de trabalho. A primeira delas seria reforçar a importância de se praticar a coleta oportuna e pactuar com os agentes comunitários que ficam na porta de entrada da unidade a conferência de listas nominais em que destaquem as mulheres que estão em atraso, para que seja oferecida a possibilidade de realização do exame. Com isso, deixariam de existir turnos específicos para atendimento e os profissionais das equipes estariam disponíveis para a realização do exame.

Vínculo empregatício

Durante a busca ativa dos agentes comunitários de saúde à não adesão ao exame por problemas vinculados a não conseguir se ausentar do seu local de trabalho foi verba-

lizada por várias mulheres.

Dado este também evidenciado no estudo¹¹, onde mulheres em idade fértil residentes de Fortaleza – CE, relataram que uma das suas principais dificuldades para a adesão ao exame papanicolau foi a situação do trabalho, pois a falta ou ausência temporária ao seu local de trabalho era visto como um motivo para faltar ao serviço. No estudo¹² que pesquisou várias mulheres visando descobrir o motivo pelo qual elas nunca tinham realizado o exame papanicolau, o fato de ter emprego apareceu também como um fator importante e dificultador para a realização do exame.

Mediante a isso, a equipe reforçou a garantia de uma declaração de comparecimento ao serviço como justificativa para o local de trabalho desta mulher. No entanto, este fator continuava a ser um problema, pois muitas trabalham de forma autônoma e o fato de perder algumas horas em atendimento poderia onerar seu orçamento. O agente comunitário foi orientado a sensibilizar esta mulher sobre a importância do cuidado de sua saúde associado a uma carta convite elaborada pela equipe. Os agentes comunitários foram orientados neste processo de sensibilização sobre os direitos legais desta trabalhadora para estar realizando os exames de papanicolau. Existe um projeto aprovado na Câmara de Deputados que dá direito a um dia por ano para toda trabalhadora de empresa pública ou privada fazer seu exame Papanicolau¹³. Para Greenwood e seus colaboradores¹¹, exercer este direito na prática é muito complicado devido às pressões do mercado.

Planos de saúde e aspectos culturais

Com relação a este fator, percebemos que grande parte das mulheres do estudo justificaram ter o resultado do exame feito pela rede privada e foram apresentados ao agente comunitário de saúde quando solicitado. O Bairro da Ilha do Governador é composto por inúmeras clínicas populares, aonde estas mulheres acessam estes serviços em busca do ginecologista. Não temos acesso a estes resultados pelo SISCAN, por isso dependemos exclusivamente de a usuária apresentar o resultado para a equipe.

Esta relação de utilização do convênio de saúde para a realização do exame de Papanicolau também foi encontrada no estudo¹⁴ feito com usuárias de Ribeirão Preto. Percebeu-se que a realização do exame era maior entre as mulheres que não possuíam plano de saúde, e as que tinham faziam a opção de realizar o exame pela rede privada. Em outra pesquisa⁶ realizada em um Município do Sul do Brasil, observou-se resultados diferentes do estudo anterior. O número de mulheres que realizaram o exame na rede privada era muito superior quando comparamos com as que fizeram pelo SUS.

Percebe-se que a cultura por um modelo especialista, no caso um ginecologista, é um fato real encontrado entre as mulheres do estudo, apesar das equipes que ocupam esta unidade de saúde já estarem atuando há 8 anos, tempo de existência da Clínica da Família em questão. Esta unidade tem um quadro de profissionais especialistas em Saúde da Família que estão na mesma equipe há muitos anos, o que favorece o vínculo com a população assistida. Mesmo assim, a necessidade pela procura de um atendimento especializado foi evidenciada.

Corroborando com este dado encontrado, percebemos que em um estudo¹⁵ realizado em Botucatu, feito com profissionais médicos que pertenciam a equipes de saúde da família, observou-se que quase todas as pessoas cadastradas na ESF em que eles atuavam relataram querer um médico especialista, principalmente ginecologista e pediatra, e que não se sentiam contempladas por serem atendidas por um único médico.

Auto responsabilização com o cuidado

Percebemos que durante o estudo implementado na unidade de saúde pesquisada, muitas mulheres referiam não ter realizado o exame pelo fato do agente comunitário não ter levado à ela a marcação do atendimento para a coleta do exame. Outras referiram não ter tido tempo para o comparecimento a unidade de saúde ou que esqueceram as marcações já anteriormente realizadas pelas equipes.

Em um estudo¹¹ realizado com mulheres cadastradas em uma unidade de saúde

em Fortaleza, foi evidenciado o esquecimento da marcação da realização do exame pelo fato de ter perdido o papel com a data da consulta. Já para as mulheres participantes de um estudo¹⁶ realizado em Campinas, evidenciou-se que 43,5% delas não vêm a importância de se fazer o exame, justificando o esquecimento da marcação da consulta para a realização do mesmo.

Mediante a isso, a equipe adotou como estratégia a educação em saúde visando a sensibilização desta mulher. Muitas das vezes, devido à alta demanda, não se é explicado pelo profissional à esta mulher a real necessidade da realização do exame. Estas orientações foram reforçadas em consultas, salas de espera e em grupos educativos. Sinalizamos também a necessidade das equipes realizarem a gestão de listas extraídas pelo prontuário eletrônico. Este instrumento permite a equipe estabelecer um processo de trabalho mais qualificado mediante a busca ativa das mulheres faltosas.

Vergonha ou medo de realização do exame

Algumas mulheres cadastradas verbalizaram não comparecer à unidade de saúde para fazer exames pelo fato de sentirem envergonhadas, principalmente se o profissional coletor for homem.

Para as mulheres de um estudo¹⁷ realizado na cidade de Pelotas, verificou-se que um dos fatores associados à não submissão ao exame estava relacionado ao medo e vergonha. Estes fatores também apareceram em outro estudo⁹, onde as mulheres demonstraram que sentiam vergonha e constrangimento para realizar o exame pelo sentimento de terem que expor a sua intimidade. Para as mulheres participantes de um estudo¹⁴ realizado em Fortaleza em uma unidade de saúde, a realização do preventivo estava associada a ter uma doença sexualmente transmissível ou AIDS, o que as levava a sentir vergonha do profissional.

Assim, a equipe de saúde da unidade pesquisada reforçou a estratégia de educação em saúde com estas mulheres, as convidando para atividades educativas com temas que abordassem a sexualidade. Junto a isso, começou a ser oferecida a opção de se

fazer o exame com profissionais mulheres, nas equipes em que somente tinham profissionais homens.

CONCLUSÃO

O câncer de colo de útero no Brasil é responsável por um número elevado de óbitos dentre a população feminina. Desta forma, compreende-se a importância da realização do exame papanicolaou com a periodicidade apontada nos protocolos, a fim de diminuir

os riscos de ter a patologia.

A experiência vivenciada na unidade de saúde pesquisada nos permitiu entender que embora seja disponibilizado pela rede pública (SUS), o exame parece distante da realidade destas mulheres. Foram muitas foram as barreiras encontradas para que não se realizasse o exame de forma adequada, situações que envolvem desde problemas relacionados à percepção das mulheres pelos profissionais e pelos serviços de saúde

públicos. Para os profissionais de saúde da unidade pesquisada, a experiência de reorganização do processo de trabalho voltado para uma gestão de lista aliada a um planejamento de estratégias foi muito gratificante na medida em que conseguimos atingir as metas propostas inicialmente que era atingir em seis meses o percentual de 60% de registros de coletas no prontuário eletrônico das mulheres cadastradas na unidade de saúde. ■

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Colo do útero – tratamento. Ministério da Saúde/ Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva – Rio de Janeiro (RJ): INCA, 2018.
2. World Health Organization. WHO guidelines for treatment of cervical intraepithelial neoplasia 2-3 and adenocarcinoma in situ: cryotherapy, large loop excision of the transformation zone, and cold knife conization. Geneva: World Health Organization; 2014. 52 p.
3. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). O câncer e seus fatores de risco: o que a educação pode evitar? [Internet]. 2. ed. Rio de Janeiro; 2013 [acesso em 02 set 2018]. Disponível em: http://www.inca.gov.br/inca/Arquivos/pdf_final_Cancerfatoresrisco.pdf
4. Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (BR). Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero [Internet]. 2. ed. rev. atual. Rio de Janeiro: INCA. 2016 [acesso em 02 set 2018]; 114p. Disponível em: <http://colposcopia.org.br/files/consensos/diretrizesparaorastreamentodocancerdocolodoutero2016corrigido-1448538996.pdf>
5. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS/RJ), Regimento Interno Clínica da Família Maria Sebastiana de Oliveira. Rio de Janeiro (RJ): Secretaria Municipal de Saúde, 2018. 12p.
6. Gonçalves CV, et al. Cobertura do citopatológico do colo uterino em Unidades Básicas de Saúde da Família. Rev. Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2011 [acesso em 02 set 2018]; 4(2):25-29. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v33n9/a07v33n9.pdf>
7. Albuquerque KM, Frias PG, Andrade CLT, Aquino EML, Menezes G, Szwarcwald CL. Cobertura do teste de Papanicolaou e fatores associados à não-realização: um olhar sobre o Programa de Prevenção do Câncer do Colo do Útero em Pernambuco, Brasil. Cad Saude Publica [Internet]. 2009 [acesso em 12 set 2018]; 25:301-309. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009001400012
8. Assis MMA, Villa TCS, Nascimento MAA. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. Ci. Saúde Col [Internet]. 2012 [acesso em 02 set 2018]; 3:815-823. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n3/17462.pdf>
9. Ferreira MLSM. Motivos que influenciam a não realização do exame de papanicolaou segundo a percepção de mulheres. Esc. Anna Nery [Internet]; 2010 [acesso em 02 set 2018]; 14(1). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n2/v13n2a20>
10. Oliveira WMA, et al. Adesão de mulheres de 18 a 50 anos ao exame colpocitológico na estratégia saúde da família. Revista de Enfermagem Referencia [Internet]. 2012 [acesso em 02 set 2018]; 3(7):15-22. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832012000200002
11. Greenwood SA, Machado MFAS, Sampaio NMV. Motivos que levam mulheres a não retornarem para receber o resultado de exame Papanicolaou. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2006 jul.-ago. [acesso em 02 set 2018]; 14(4):503-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rae/v14n4/v14n4a06.pdf>
12. Barros AF, Uemura G, Macedo JLS. Atraso no diagnóstico e tratamento do câncer de mama e estratégias para a sua redução. FEMINA [Internet]. 2012 [acesso em 02 set 2018]; 40(1):31-36.
13. Agência Estado [Internet]. São Paulo: Agência Estado [acesso em 19 mai 2018]. Projeto dá um dia para o Papanicolaou; [1 tela]. Disponível em: <http://www.estadao.com.br/agestado/nacional/2000/out/04/286.html>
14. Moura ADS, et al. Conhecimento e motivações das mulheres acerca do exame de Papanicolaou: subsídios para a prática de enfermagem. RENE [Internet]. 2010 [acesso em 02 set 2018]; 11(1):94-104. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/4482/3391>
15. Gonçalves RJ, et al. Ser médico no PSF: formação acadêmica, perspectivas e trabalho cotidiano. Rev Brasileira de educação médica [Internet]. 2009 [acesso em 02 set 2018]; 33:303-403. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v33n3/09.pdf>
16. Amorim VMSL, et al. Fatores associados à não realização do exame de Papanicolaou: um estudo de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2006 [acesso em 02 set 2018]; 22(11):2329-2338. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006001100007
17. Dias da Costa JS, Olinto MTA, Gigante DP, Menezes AMB, Macedo S, Borba AT, et al. Cobertura do exame citopatológico na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2003 [acesso em 02 set 2018]; 19(1):191-7. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000100021&lng=en
18. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica (BR). Política Nacional de Atenção Básica, 4. ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2012; 4. 68p.

Perfil de casos notificados de sífilis na mulher gestante e tratamento de seu parceiro no município do Rio de Janeiro, RJ, 2012 a 2016

RESUMO

Objetivo: Analisar o perfil epidemiológico dos casos notificados de sífilis em gestante e tratamento de seu parceiro no município do Rio de Janeiro, nos anos de 2012 a 2016. Estudo transversal, descritivo, abordagem quantitativa. Dados obtidos através do Sistema de Informação de Agravos de Notificação referente aos casos de sífilis em gestante e tratamento de seu parceiro no período de 2012 a 2016. Em 2012, foram notificadas 1.739 grávidas com sífilis, sendo 13% do total de casos. No ano de 2016, foram 3.631 em uma porcentagem de 27% dos casos. Os dados demonstram que adolescentes e adultos jovens estão entre os mais notificados. Observa-se grande quantidade de dados preenchidos como ignorados ou em branco com n = 1.925 (21%) em seguida de pessoas de cor branca 2.817 (21%). Estudo indicou o aumento significativo do número de casos de sífilis gestacional nos anos de 2012 até 2016, que pode estar associado em decorrência da ampliação de notificações, evidenciando também a fragilidade da qualidade do registro das mesmas e a busca de informações, configurando em subnotificações, com o quantitativo de dados apresentando ignorado ou em branco.

DESCRITORES: sífilis; notificação compulsória; atenção primária à saúde

ABSTRACT

Objective: Analyze the epidemiological profile of the reported cases of syphilis in pregnant women and treatment of their partners in the city of Rio de Janeiro, from 2012 to 2016. Cross-sectional study, descriptive, quantitative approach. Data obtained through the Notifiable Diseases Information System for cases of syphilis in pregnant women and treatment of their partners in the period from 2012 to 2016. In 2012, 1,739 pregnant women with syphilis were reported, which represented 13% of the total cases. In the year of 2016, they were 3,631 in a percentage of 27% of the cases. The data show that adolescents and young adults are among the most reported. A large amount of data is noted as ignored or blank with n = 1,925 (21%) followed by white people 2,817 (21%). A study indicated a significant increase in the number of cases of gestational syphilis in the years 2012 to 2016, which may be associated with the increase in notifications, also showing the fragility of the quality of their registry and the search for information, setting up underreporting, with the quantitative data being ignored or blank.

DESCRIPTORS: syphilis; mandatory reporting; primary health care

RESUMEN

Objetivo: Analizar el perfil epidemiológico de los casos notificados de sífilis en gestante y tratamiento de su pareja, en el municipio de Río de Janeiro en los años de 2012 a 2016. Estudio transversal, descriptivo, abordaje cuantitativo. Los datos obtenidos a través del Sistema de Información de Agravios de Notificación referentes a los casos de sífilis en gestante y tratamiento de su pareja en el período de 2012 a 2016. En 2012 se notificaron 1.739 embarazadas con sífilis, siendo el 13% del total de casos, en el año de 2016 fueron 3.631 en un porcentaje del 27% de los casos. Los datos demuestran que adolescentes y adultos jóvenes están entre los más notificados. Se observa una gran cantidad de datos rellenados como ignorados o en blanco con n = 1.925 (21%) después de personas de color blanco 2.817 (21%). El estudio indicó el aumento significativo del número de casos de sífilis gestacional en los años de 2012 a 2016, que puede estar asociado como consecuencia de la ampliación de notificaciones, evidenciando también la fragilidad de la calidad del registro de las mismas y la búsqueda de informaciones, configurando en subnotificaciones, con el cuantitativo de datos presentando ignorado o en blanco.

DESCRIPTORES: sífilis; notificación obligatoria; atención primaria de salud.

Felipe de Castro Felício

Enfermeiro. Especialista em Enfermagem Obstétrica, Especialista em Saúde da Família. Mestre em Saúde Materno-Infantil pela Universidade Federal Fluminense. Enfermeiro Sanitarista da Prefeitura do Rio de Janeiro e Enfermeiro Obstetra do Hospital Municipal Ronaldo Gazolla.

Valdecyr Herdy Alves

Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Professor Titular do Departamento Materno-Infantil e Psiquiátrico da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense (EAAAC/UFF). Líder do Grupo de Pesquisa Maternidade, Saúde da Mulher e da Criança da EAAAC/UFF. RJ, Brasil.

Audrey Vidal Pereira

Enfermeiro. Doutor em Saúde Pública. Professor Adjunto da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense (EAAAC/UFF). RJ, Brasil.

Juliana Vidal Vieira Guerra

Nutricionista. Especialista em Nutrição Clínica. Mestre em Saúde Materno-Infantil. Doutoranda em Ciências do Cuidado pela Universidade Federal Fluminense (UFF).

Enimar de Paula

Enfermeiro. Especialista em Enfermagem Obstétrica. Mestre em Saúde Materno-Infantil pela Universidade Federal Fluminense. Enfermeiro Obstetra do Programa Cegonha Carioca no Município do Rio de Janeiro.

Camila Clara Viana de Aguiar

Enfermeira. Mestranda em Saúde Materno-Infantil. Professora Substituta. Universidade Federal Fluminense.

INTRODUÇÃO

A transmissão vertical da Sífilis ocorre durante o ciclo gravídico puerperal e continua sendo um problema de saúde pública no Brasil¹. É, portanto, uma infecção sexualmente transmissível (IST) causada pela bactéria *Treponema Pallidum*, podendo progredir se não for tratada corretamente tornando-se, então, uma doença crônica².

A maioria dos casos ocorre por transmissão em relações sexuais desprotegidas, embora possa ser adquirida também por via transplacentária. Dentre as principais complicações que a Sífilis pode trazer para a mulher grávida e seu concepto, destacam-se abortamento espontâneo, morte fetal e neonatal, prematuridade e danos à saúde do recém-nascido, com sérias repercussões psicológicas e sociais². Apesar de ser uma doença de fácil diagnóstico e totalmente evitável quando o tratamento da gestante e de seu parceiro é realizado adequadamente, continua sendo um desafio na prática profissional, constituindo-se, portanto, em fator determinante na elevação dos indicadores de morbimortalidade materna e perinatal.

Por dia, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estima mais de 1 milhão de casos de IST no mundo. Contudo, espera-se aproximadamente 357 milhões de novas infecções por ano, entre clamídia, gonorreia, sífilis e tricomoníase. A presen-

ça de uma IST como sífilis ou gonorreia, aumenta consideravelmente o risco de se adquirir ou transmitir a infecção por Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). Em especial, a sífilis na gestação leva a mais de 300 mil mortes fetais e neonatais por ano no mundo, e coloca um adicional de 215 mil crianças em aumento do risco de morte prematura³.

No Estado do Rio de Janeiro, para o ano 2015, verificou-se uma taxa de detecção de 21,6 casos de sífilis em gestantes para cada 1000 nascidos vivos, bem acima dos valores encontrados em nível nacional e regional. Todas as regiões do estado, com exceção da Baixada Litorânea e Centro-Sul, apresentaram aumento expressivo das taxas de detecção no período de 2011 a 2015³.

Em relação à taxa de infecção por meio da transmissão vertical, dados do Ministério da Saúde mostram que dentre as várias doenças que podem ser transmitidas durante o ciclo gravídico-puerperal, a Sífilis é a que possui as maiores taxas de infecção, sendo de 70 a 100% nas fases primária e secundária, reduzindo-se para 30% nas fases latente tardia e terciária da infecção materna¹. Ressalta-se ainda que desfechos como aborto espontâneo, natimorto ou morte perinatal estão presentes em aproximadamente 40% das crianças infectadas a partir de mães não tratadas.

Vale destacar que a Sífilis congênita pode ser considerada um importante marcador

da qualidade da assistência pré-natal, havendo uma relação significativa entre a sua presença em uma determinada instituição e a existência de sérios erros estruturais na saúde pública⁴, em especial no que diz respeito à qualidade da assistência pré-natal.

Segundo dados do Sistema de Informação e Notificação de Agravos (SINAN) do Programa Nacional de IST e AIDS do Ministério da Saúde no ano de 2005, de quase três milhões de mulheres que engravidam anualmente no Brasil, apenas 75% realizam o pré-natal. Dessas, somente 50% realizam o VDRL no início do pré-natal, e apenas 23% o repetem no terceiro trimestre da gestação, conforme preconizado pelas normas brasileiras⁵.

A notificação compulsória de sífilis congênita em todo o território nacional foi instituída por meio da Portaria n.º 542, de 22 de dezembro de 1986, a de sífilis adquirida, por intermédio da Portaria n.º 2.472, publicada em 31 de agosto de 2010. No Brasil, na última década, observou-se um aumento de notificação de casos de sífilis em gestantes, o que pode ser atribuído, em parte, ao aprimoramento do sistema de vigilância epidemiológica, pois a sua notificação foi instituída somente a partir do ano de 2005, por meio da Portaria n.º 33, de julho de 2005, e à ampliação da distribuição de testes rápidos. Neste contexto, a política de saúde denominada Rede Cegonha, instituída em 2011, contribuiu para a ampliação do aces-

so ao diagnóstico de sífilis em gestante no país³.

Os principais fatores de risco para sífilis gestacional são a falta de informação/conhecimento das pacientes, o início tardio ou inexistente do acompanhamento pré-natal, teste para sífilis não realizado ou realizado tardiamente nas gestantes e a falta de adesão do parceiro sexual ao tratamento⁽⁶⁾.

O tratamento adequado do parceiro sexual para sífilis representa uma das principais dificuldades no controle da sífilis congênita, tendo em vista a falta de política específica para esta situação e as dificuldades inerentes à relação da gestante e seu parceiro¹⁰. A não realização de tratamento do parceiro sexual da gestante com sífilis pode invalidar todas as medidas de controle instituídas durante o cuidado pré-natal, mesmo no caso das gestantes tratadas adequadamente e em tempo oportuno⁷⁻⁹.

O estudo objetiva-se analisar o perfil epidemiológico, a partir da base de dados do TABNET Municipal, dos casos notificados de sífilis em gestantes e tratamento dos seus parceiros, levantando o questionamento: Como distribuiu-se o cuidado à saúde no controle desse agravo no município do Rio de Janeiro nos anos de 2012 a 2016?

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal epidemiológico descritivo, com abordagem quantitativa. A epidemiologia descritiva examina como a incidência ou a prevalência de uma doença ou condição relacionada à saúde varia de acordo com determinadas características, como sexo, idade, escolaridade, renda, entre outras¹⁰.

É, ainda, uma pesquisa documental, pois se vale de materiais que ainda não receberam nenhuma análise aprofundada.

O estudo foi realizado município do Rio de Janeiro, durante o mês de novembro de 2018, a partir de dados obtidos através do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN-NET) – TABNET MUNICIPAL, referente aos casos de sífilis em gestante e tratamento de seu parceiro no período de 2012 a 2016.

A população foi constituída pelos casos de sífilis em gestante que ocorreram no

TABELA 1. Ano do início dos sintomas da Sífilis em Gestantes. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2018

Ano	Qtd.casos
2012	1.739
2013	2.143
2014	2.692
2015	3.200
2016	3.631
Total	13.405

Fonte: TABNET Municipal RJ, Brasil

TABELA 2. Quantidade de casos por faixa etária. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2018

FxEtaria	Qtd.casos
<1 Ano	10
01-4anos	2
01-14 anos	204
15-24	8.062
25-34	4.227
35-44	1.048
45-54	21
55-64	1
Total	13.575

Fonte: TABNET Municipal RJ, Brasil

TABELA 3. Casos pela Escolaridade em Gestantes. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2018

Escolaridade	Qtd.casos
Ign/Branco	4.157
Analfabeto	67
1ª a 4ª série incompleta do EF	938
4ª série completa do EF	730
5ª a 8ª série incompleta do EF	2.421
Ensino fundamental completo	1.513
Ensino médio incompleto	1.818
Ensino médio completo	1.766
Educação superior incompleta	104
Educação superior completa	58
Não se aplica	25
Total	13.597

Fonte: TABNET Municipal RJ, Brasil

município no período de janeiro de 2012 a dezembro de 2016, estratificados pelas seguintes variáveis: Quantidade de casos por faixa etária, Casos pela Escolaridade em Gestantes no Município do RJ, Casos Segundo Raça em Gestantes no Município do RJ, Casos Segundo Esquema de Tratamento em Gestantes no Município do RJ, Casos Segundo Parceiros de Gestantes Tratados no Município do RJ, Motivos para Não Tratamento do Parceiro da Gestante, Ano do início dos sintomas da Sífilis em Gestantes no Município do RJ.

As informações referentes às variáveis estão expostas em forma de tabelas, a partir do cálculo de valores absolutos, e posteriormente confrontados com a literatura pertinente. O programa utilizado para a construção do gráfico e das tabelas dos casos de sífilis em gestantes foi o Microsoft Excel® versão 2010.

Trata-se de uma pesquisa realizada a partir da extração de informações disponibilizadas na base de dados TABNET-DATA-SUS, dados de domínio público que não identificam os participantes da pesquisa e não têm envolvimento de seres humanos, dessa forma não necessitam aprovação por parte do Sistema da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CEP).

RESULTADOS

Para expor os resultados da pesquisa, optou-se inicialmente apresentar os anos de início dos sintomas nas gestantes no município do Rio de Janeiro, apresentando então sua distribuição e, posteriormente, ilustrar os casos através de tabelas, estratificadas pelas variáveis já citadas anteriormente.

A Tabela 1 demonstra o aumento da notificação pelo início dos sintomas em gestantes no MRJ, em que em 2012 foram notificadas 1.739 grávidas com sífilis, sendo 13% do total de casos, quando chega-se em 2016 com uma frequência absoluta de 3.631, em uma porcentagem de 27% dos casos. A adequada notificação é fundamental para o controle da sífilis, de modo que possibilite a investigação e o correto acompanhamento do caso. A falta de notificação acarreta ainda distorções no planejamento das ações de saúde por

TABELA 4. Casos Segundo Raça em Gestantes. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2018

Raça	Qtd.casos
Ign/Branco	1.925
Branca	2.817
Preta	2.777
Amarela	140
Parda	5.924
Indígena	17
Total	13.600

Fonte: TABNET Municipal RJ, Brasil

TABELA 5. Casos Segundo Parceiros de Gestantes. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2018

Parceiro Tratado	Qtd.casos
Ign/Branco	4.191
SIM	5.348
NÃO	4.061
Total	13.600

Fonte: TABNET Municipal RJ, Brasil

parte dos órgãos gestores nas três esferas de governo¹¹.

A Tabela 2 apresenta a quantidade de casos notificados por faixa etária. Observamos que a subnotificação e a qualidade de registro ficam em evidência ao apresentar 10 casos notificados em população menor de 1 ano de idade e de 0 à 4 anos de idade, quando apresenta 2 casos. Os dados demonstram que adolescentes e jovens adultos estão entre os mais notificados de casos de ocorrência pelo agravo.

Na Tabela 3, apresentam-se os casos pela Escolaridade em Gestantes no Município do RJ. A maior taxa é a quantidade de Escolaridade Ignorados/em Branco (N=4.187) ainda presentes, o que demonstra necessidade urgente de aumentar a sensibilização dos profissionais quanto ao preenchimento dos dados. A maioria dos casos de notificação foi de mulheres gestantes com a 5ª e a 8ª séries incompletas do ensino fundamental (18%), sendo em seguida das com ensino médio incompleto (13%) e com ensino médio completo (13%). Independente de escolaridade, a população brasileira tem tido acesso considerável à informação básica so-

bre as formas de transmissão das ISTs. Entretanto, o acesso aos meios de prevenção e de tratamento está diretamente relacionado ao nível educacional institucional¹².

A Tabela 4 expõe a quantidade de casos notificados segundo o quesito de raça/cor. Evidencia-se novamente a grande quantidade de dados preenchidos como ignorados ou em branco com n = 1.925 (21%), em seguida de pessoas de cor branca 2.817 (21%), dando sequência de cor preta 2.777 (20%). Percebe-se a maioria de casos em população com pele parda preenchida na ficha de notificação um N= 5.924 (44%).

Na Tabela 5, observamos casos Segundo Parceiros de Gestantes Tratados. Nota-se a quantidade significativa de preenchimento da ficha de notificação de parceiros tidos como ignorados ou em branco, totalizando 4.191 (31%) da amostra pesquisada. Os casos de parceiros tratados foram de 5.348 (39%) e não tratados de 4.061 (30%). Visto que o tratamento do parceiro é de suma importância para o controle da sífilis e a prevenção da sífilis congênita, alguns estudos apresentam como justificativas para a baixa adesão ao tratamento do parceiro sexual

da gestante com sífilis, fatores socioeconômicos, políticas de saúde excludentes em relação ao homem, dificuldade de acesso à informação e serviço de saúde e serviços inoperantes em localizar os parceiros e indicar o tratamento¹⁴, o que causa impacto no indicador e aumento das mulheres consideradas não tratadas.

CONCLUSÃO

O estudo indicou o aumento significativo do número de casos de sífilis gestacional nos anos de 2012 até 2016, que pode estar associado à decorrência da ampliação das notificações, evidenciando também a fragilidade da qualidade do registro das mesmas e a busca de informações, configurando em

subnotificações, com o quantitativo de dados apresentando ignorado ou em branco.

No que tange as gestantes acometidas pela sífilis, pode ser observada a prevalência em mulheres jovens, pardas e com ensino fundamental incompleto, traçando o perfil nesse estudo. Aspecto de tratamento, mostra-se 86% com a Penicilina G benzantina 7.200.000 UI, sendo qualquer outro tratamento considerado inadequado para a prevenção da sífilis congênita. Em casos específicos, como alergia à medicação, orienta-se a dessensibilização. O tratamento com penicilina somente é considerado eficaz, tanto para a mulher quanto para o feto, se administrado com mais de 30 dias antes do parto.

Quanto à questão do tratamento o

parceiro, percebeu-se nesse estudo a subnotificação de registros dos dados, com ignorados/brancos (31%), impactando na análise dos indicadores epidemiológicos. O tratamento concomitante dos parceiros sexuais, que muitas vezes não é feita de forma adequada, é primordial para o sucesso terapêutico, pois provavelmente apresentam desconhecimento da magnitude desse agravo e dos danos que ele pode causar à saúde da mulher e do bebê pela população e até mesmo pelos profissionais de saúde.

Apesar da sífilis apresentar diagnóstico e tratamento e de baixo custo, facilitado e em tempo hábil, seu controle na gestação mostra-se um desafio para profissionais de saúde e gestores. ■

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Diretrizes para controle da Sífilis congênita: manual de bolso [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2006 [acesso em 07 ago 2017]. Disponível em: <http://bvms.saude.gov.br/publicações/manual-bolso.pdf>.
2. Almeida KC, Lindolfo LC, Alcântara KC. Sífilis em gestantes atendidas em uma unidade de saúde pública de Anapólis, Goiás, Brasil. RBAC [Internet]. 2009 [citado 2017 Ago 07]; 41:181-184. Disponível em: http://www.sbac.org.br/pt/pdfs/rbac/rbac_41_03/04.pdf.
3. Ministério da Saúde (BR). Boletim Epidemiológico Sífilis. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 47(35), 2016.
4. Fernandes RCSC, Fernandes PGCC, Nakata TY. Análise de casos de Sífilis congênita na maternidade do hospital da sociedade portuguesa de beneficência de Campos. Rev. DST j. bras. doenças sex. transm [Internet]. 2007 [citado 2017 Ago 07]; 19(3-4):157-161. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/ii-530220>.
5. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde (BR). Programa Nacional de IST e AIDS. Diretrizes para o controle da Sífilis congênita. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005. 52p. Série Manuais n.º 62.
6. Rodrigues CS, Guimarães MDC. Positividade para sífilis em puérperas: ainda um desafio para o Brasil. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health [Internet]. 2004 [acesso em 07 ago 2017]; 16(3). Disponível em: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/8181/23086.pdf?sequence=1>
7. Muricy CL, Júnior VLP. Congenital and maternal syphilis in the capital of Brazil. Rev Soc Bras Med Trop [Internet]. 2015 [07 ago 2017]; 48(2):216-219. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822015000200216
8. Holanda MTCG, Barreto MA, Machado KMM, Pereira RC. Perfil epidemiológico da sífilis congênita no Município do Natal, Rio Grande do Norte - 2004 a 2007. Epidemiol. Serv. Saúde [Internet]. 2011 [acesso em 07 ago 2017]; 20(2):203-212. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v20n2/v20n2a09.pdf>
9. Almeida MFG, Pereira SM. Caracterização epidemiológica da sífilis congênita no município de Salvador, Bahia. DST J bras Doenças Sex Transm [Internet]. 2007 [acesso em 07 ago 2017]; 19(3-4):144-156. Disponível em: <http://www.dst.uff.br/revista19-3-2007/6.pdf>
10. Lima-Costa MF, Barreto SM. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. Epidemiol Serv Saúde [Internet]. 2003 [07 ago 2017]; 12(4):189-201. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742003000400003
11. Araújo MAL, Silva DMA, Silva RM, Gonçalves MLC. Análise da qualidade dos registros nos prontuários de gestantes com exame de VDRL reagente. Rev APS [Internet]. 2008 [07 ago 2017]; 11(1):4-9. Disponível em: <http://www.uffj.br/nates/files/2009/12/004-009.pdf>
12. Mesquita KO, Lima GK, Flor SMC, Freitas CASL, Linhares MSC. Perfil Epidemiológico dos Casos de Sífilis em Gestante no Município de Sobral, Ceará, de 2006 a 2010. Sanare [Internet]. 2012 [07 ago 2017]; 1(11):13-17. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/261/234>
13. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais (BR). Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2015.
14. Dallé J. Sífilis em gestantes e o tratamento do parceiro sexual. Porto Alegre. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde: Ginecologia e Obstetria) - Faculdade de Medicina da UFRS, 2017.

Atuação do Pedagogo em uma Clínica Especializada em Insuficiência Cardíaca: Experiências e Reflexões

RESUMO

O presente estudo tem como objetivo apresentar a experiência da atuação do pedagogo em uma clínica de insuficiência cardíaca. Trata-se de um relato de experiências, o qual se fundamentou nas práticas e vivências de um pedagogo em uma clínica de insuficiência cardíaca. Ampliar os espaços de atuação profissional pedagogo, assim como ampliar o olhar dos profissionais de saúde para as necessidades da clientela e dos cenários de atendimento é uma necessidade dos dias atuais. Conclui-se que o principal intuito das intervenções pedagógicas é incentivar o convívio, estimular as potencialidades de cada um, suas competências e habilidades, valorizar o vínculo entre profissionais e pacientes incentivando a sua interação com o outro e desenvolvimento dos processos de ensino e aprendizagem.

DESCRITORES: insuficiência cardíaca; educação em saúde; ensino.

ABSTRACT

The present study aims to present the experience of pedagogues' performance in a heart failure clinic. This is an account of experiences, which was based on the practices and experiences of a pedagogue in a clinic of heart failure. Expanding the spaces of professional pedagogical performance, as well as broadening the view of health professionals to the needs of the clientele and the attendance scenarios is a necessity nowadays. It is concluded that the main purpose of pedagogical interventions is to encourage social interaction, to stimulate the potential, skills and abilities of each patient, to value the link between professionals and patients, encouraging their interaction and developing teaching and learning processes.

DESCRIPTORS: heart failure; health education; teaching

RESUMEN

El presente estudio tiene como objetivo presentar la experiencia de la actuación del pedagogo en una clínica de insuficiencia cardíaca. Se trata de un relato de experiencias, el cual se fundamentó en las prácticas y vivencias de un pedagogo en una clínica de insuficiencia cardíaca. Ampliar los espacios de actuación profesional pedagogo, así como, ampliar la mirada de los profesionales de salud a las necesidades de la clientela y de los escenarios de atención es una necesidad de los días actuales. Se concluye que el principal objetivo de las intervenciones pedagógicas es incentivar la convivencia, estimular las potencialidades de cada uno, sus competencias y habilidades, valorar el vínculo entre profesionales y pacientes incentivando su interacción con el otro y el desarrollo de los procesos de enseñanza y aprendizaje.

DESCRIPTORES: insuficiencia cardíaca; educación en salud; enseñanza.

Glaucio Martins da Silva Bandeira

Pedagogo, Psicopedagogo, mestrando em Ciências do Cuidado em Saúde PACCS - Universidade Federal Fluminense (UFF) Voluntário na Clínica de Insuficiência Cardíaca Coração Valente, Coordenador do Grupo de Orientação e Convívio.

Paula Vanessa Peclat Flores

Enfermeira, Doutora em Ciências Cardiovasculares, Departamento de Enfermagem Médico Cirúrgica (MEM) da Escola de Enfermagem.

Paola Pugian Jardim

Acadêmica de Enfermagem da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa (EEAAC/UFF). Voluntária na Clínica de Insuficiência Cardíaca Coração Valente.

Michele Bastos Costa

Enfermeira, Mestranda em Ciências do Cuidado em Saúde PACCS- Universidade Federal Fluminense (UFF) Voluntária na Clínica de Insuficiência Cardíaca Coração Valente.

artigo

Bandeira, G.M.D.S.; Flores, P.V.P.; Jardim, P.P.; Costa, M.B.; Moreira, L.V.; Cavalcanti, A.C.D.
Atuação do Pedagogo em uma Clínica Especializada em Insuficiência Cardíaca: Experiências e Reflexões

Leandro Vargas Moreira

Educador Físico, voluntário na Clínica de Insuficiência Cardíaca Coração Valente – Universidade Federal Fluminense (UFF).

Ana Carla Dantas Cavalcanti

Enfermeira. Professora Associada III do Departamento de Fundamentos de Enfermagem e Administração (MFE) da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa (EEAAC) da Universidade Federal Fluminense (UFF). Docente Permanente do Programa de Pós-graduação em Ciências do Cuidado em Saúde (PACCS) e do Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial (MPEA) da UFF. Docente colaboradora externa do Programa de Pós-graduação em Ciências Cardiovasculares da UFF. Líder do Grupo de Estudos de Sistematização da Assistência de Enfermagem da UFF (GESAE_UFF). Coordenadora da Clínica de Insuficiência Cardíaca Coração Valente.



Crédito: Projetado por Can Stock Photo

INTRODUÇÃO

Entre as doenças do aparelho cardiovascular, a insuficiência cardíaca (IC) é vista como um importante problema de saúde pública e considerada como uma nova epidemia com elevada mortalidade e morbidade¹. No Brasil, somente em 2018, a IC foi a causa de mais de 21.000 óbitos²⁻³.

A IC é uma síndrome clínica crônica de caráter progressivo, apresentando-se pela congestão pulmonar e sistêmica, levando a sintomas incapacitantes, redução da qualidade de vida e um regime terapêutico complexo⁴. Parte das dificuldades enfrentadas pelas pessoas com IC ocorrem pelo desconhecimento do tratamento e dos sinais preditivos de descompensação da doença. Além disso, por ser uma doença crônica, faz com que os pacientes tenham muitas dimensões de suas vidas afetadas, como aspectos físicos, psíquicos, sociais e espirituais⁴.

A nova Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica e Aguda³ traz considerações importantes acerca da equipe multidisciplinar e sua relevância no trata-

mento desta síndrome, sendo considerada como padrão ouro no tratamento da IC e nas diversas comorbidades associadas a ela³. Além do acompanhamento farmacológico, a IC exige do indivíduo o seguimento de medidas não farmacológico para gerenciamento da doença, tais como controle hidrossalino, pesagem diária, manejo dos diuréticos, acompanhamento multiprofissional intenso, manutenção de atividade física, entre outros⁴.

Neste sentido, a implementação de programas especiais para o gerenciamento da doença tem se apresentado como importante estratégia. Um grande destaque são as clínicas de insuficiência cardíaca, onde profissionais especializados no manejo da doença fornecem acompanhamento individualizado e em grupo a estas pessoas, com intuito de oferecer intervenções educativas e avaliação periódica multiprofissional⁴.

Diante do fato que o tratamento não farmacológico constitui parte crucial para controle dos agravos da doença e que a adesão às orientações dos profissionais de saúde requer vontade do próprio paciente em

executá-las⁶, a diversificação de abordagens profissionais pode ser um elemento chave para o alcance de melhores resultados.

A atuação do pedagogo na saúde cardiovascular surge de forma ousada e singular, trazendo consigo novas maneiras de olhar o paciente além do seu corpo físico, enxergando como um ser humano apto à superação de suas adversidades, capaz de desenvolver-se, amadurecer-se, aprender cada dia mais a lidar com a doença e a enfrentá-la de maneira mais ativa e eficiente. A intervenção pedagógica pode auxiliar essas pessoas em atendimento ambulatorial, introduzindo ações práticas de relacionamento, convivência e aprendizagens.

Tendo em vista que a educação dos indivíduos com IC e seus cuidadores, mediada por profissionais pedagogos pode ser uma estratégia que proporcione impactos positivos em desfechos clínicos, questiona-se: como ocorre a atuação do profissional pedagogo no âmbito das clínicas de IC, desenhando atividades de orientação à saúde, juntamente com equipe multiprofissional?

Diante do exposto, o presente estudo

tem como objetivo apresentar a experiência da atuação do pedagogo em uma clínica especializada em insuficiência cardíaca.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiências, que se fundamentou nas práticas e vivências de um pedagogo em uma clínica de insuficiência cardíaca. Além da percepção dos autores a respeito do assunto abordado, buscou-se discorrer sobre as ações educativas nesse cenário com a interferência de um novo profissional: o pedagogo. O texto foi organizado em três partes, com abordagem nos seguintes tópicos: “Conhecendo a Clínica de Insuficiência Cardíaca Coração Valente – CICCVCV”; “A Atuação do Pedagogo em uma Clínica de Insuficiência Cardíaca” e “Ações Educativas e de Convivência na Insuficiência Cardíaca”

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Atendimento especializado em insuficiência cardíaca: A Clínica de Insuficiência Cardíaca Coração Valente

A Clínica de Insuficiência Cardíaca Coração Valente (CICCVCV) é uma clínica multiprofissional especializada em atendimento ambulatorial de pacientes com Insuficiência Cardíaca Crônica, localizada no município de Niterói, RJ. Trata-se de um Programa de Extensão vinculado à Universidade Federal Fluminense (UFF) e na perspectiva extensionista, recebe pacientes por demanda voluntária ou captação, para atendimento ambulatorial realizado por seus integrantes, em grande maioria, voluntários ligados aos programas de Pós-Graduação da UFF.

Os atendimentos ocorrem na esfera ambulatorial e, além de consultórios, dispõe de uma sala de atividades ampla e climatizada com mesa grande central com cadeiras e assentos de espuma confortáveis e toda uma estrutura para realização de atividades educativas integradas.

A CICCVCV conta com as seguintes especialidades: enfermagem, medicina, fisioterapia, nutricionista, psicologia, educador físico, equipe de suporte de tecnologia da informação, apoio do serviço social e, há cerca de um ano, da pedagogia. Dentre as

estratégias de cuidado realizadas, destacam-se as consultas presenciais, visitas domiciliares, consulta telefônica, telemonitoramento e grupo de orientação e convívio.

Visando uma assistência de qualidade às pessoas com IC e tendo em vistas contribuir para um melhor prognóstico, a CICCVCV, através da sua equipe multiprofissional, busca reconhecer e identificar ações e intervenções que sejam positivas para a melhoria da qualidade de vida, autocuidado e outros desfechos clínicos de seus pacientes.

Ao final de cada dia de atendimento, são realizados “rounds” multiprofissionais com intuito de identificar as necessidades específicas de cada paciente, e, de forma multiprofissional e interdisciplinar, planejar programas e ações voltadas ao público atendido, garantindo que as necessidades individuais e grupais destas pessoas com IC sejam igualmente atendidas. Dentre as iniciativas, destaca-se a elaboração das atividades educativas voltadas à estimulação de capacidades cognitivas e motoras, atividades lúdicas, psicomotoras, de lazer e convivência no cotidiano da clínica.

Com a intenção de que as ações de cunho educativo e instrutivo fossem eficazes e ofertadas com qualidade e humanização, tornou-se importante a presença de profissionais qualificados e bem preparados que unissem saúde e educação. Neste contexto, a ação do pedagogo tem o ser humano como alvo de sua atuação, principalmente quando este necessita de ajuda diante dos agravos físicos e psicológicos ocasionados pelas doenças ou hospitalizações⁶.

Diante disso, desde 2017, a CICCVCV conta com um pedagogo com especializações nas áreas de Psicopedagogia, Gerontologia e Saúde Mental, Psicanálise Clínica e Educação de Jovens e Adultos para auxiliar nas remodelações das atividades instrutivas e educativas. A presença desse novo profissional trouxe as atividades da clínica um novo olhar, com uma nova estruturação de conhecimentos estabelecendo experiências e aprendizagens agradáveis, satisfatórias e singulares.

A Atuação do Pedagogo em uma Clínica de Insuficiência Cardíaca.

A educação é um processo contínuo e não está condicionado apenas a ambientes formais e convencionais como escolas e faculdades, ele é amplo, por isso acontece em diferentes locais⁷. Nessa lógica, a clínica de insuficiência cardíaca é um espaço interessante e instigante, pois o processo educativo se potencializa, tendo em vista as práticas nela desenvolvidas, as consultas multiprofissionais e atividades de convivência. Diante da alta complexidade do tratamento e as muitas dimensões de suas vidas afetadas, as pessoas com insuficiência cardíaca passam por uma ruptura no convívio em sociedade.

Uma revisão integrativa de 2017 objetivou analisar quais fatores mais afetavam a qualidade de vida dos indivíduos com IC, e um dos principais fatores identificados foram os aspectos físicos que, por sua vez, prejudicam a capacidade funcional e autonomia dessas pessoas para a realização de atividades da vida diária⁸. As queixas versam sobre a dispnéia, fadiga, edema de membros inferiores⁸, além das limitações ocasionadas pelos múltiplos fármacos e restrições nos padrões dietéticos.

Diante do fato de que a IC é uma doença progressiva^{1,4,5}, as pessoas com IC precisam se adequar às suas novas condições de vida e atividades educativas, e instrucionais efetivadas são vitais, tendo em vista que a educação desenvolve importante papel na quebra de paradigmas e na transformação pessoal e social dos indivíduos. Assim, na CICCVCV são desenvolvidas práticas pedagógicas inovadoras que envolvem desde ações instrucionais a atividades de lazer e de convivência que proporcionem o desenvolvimento desses pacientes em diferentes aspectos.

É indispensável que se pesquise cada vez mais a relação entre saúde e educação, para que assim se possa compreender a inserção do pedagogo nesses novos campos e cenários. Trazer o processo de ensino e aprendizagem para o contexto de uma clínica de IC é absolutamente viável, desde que seja bem norteado e articulado com os demais membros da equipe.

Por ainda se tratar de um novo integrante na equipe multiprofissional no atendimento ambulatorial em insuficiência

cardíaca, alguns questionamentos podem ocorrer: Quais são as práticas desenvolvidas pelo pedagogo na clínica de IC? Como é o planejamento das atividades? Quais as contribuições para os pacientes que são atendimentos e participam das atividades desenvolvidas por esse profissional?

O pedagogo que atua em uma clínica de IC precisa se conscientizar que as propostas e intervenções educativas não podem ser consideradas mais importantes que a saúde desse paciente e atrapalhá-lo em seu atendimento clínico. Este profissional precisa ter a consciência da relevância do seu papel e do planejamento para o bom desempenho de suas ações, que devem ser pensadas e executadas com muito zelo e precaução, intencionando a eficácia do processo de aprendizagem do paciente sobre a doença. É importante observar, relacionar-se e compreender as demandas trazidas por cada paciente, para que assim sejam desenvolvidas práticas coerentes com as necessidades de cada um.

Além do mais, este profissional deve estar qualificado e capacitado para agir de forma apropriada, tendo em vista que a assistência pedagógica deve ocorrer de forma planejada e organizada, com objetivos claros e bem definidos e que não sejam ofertados apenas momentos de lazer e distração, mas também de conhecimento de sinais e sintomas da doença, aspectos de alimentação, controle hidrossalino, atividade física, questões psicológicas e todas as dimensões afetadas pela IC na vida desses pacientes, sempre atuando na orientação e articulação com os membros da equipe multiprofissional, com maneiras de realizar essas abordagens de forma lúdica, clara e eficaz.

Esta nova prática na IC agrega muito no desenvolvimento de uma melhor qualidade de vida ao paciente, pois as atividades propostas farão com que este indivíduo encare melhor o enfrentamento da doença, possibilitando a continuidade do seu convívio em sociedade e a troca de experiências com pessoas com as mesmas dificuldades.

É de extrema relevância destacar que o principal objetivo da atuação do pedagogo nesse novo cenário é acrescer uma consciência humanizada no desenvolvimento

das atividades diárias da clínica, trazendo a troca e integração entre os profissionais envolvidos com o paciente, articulando as melhores propostas para uma melhor execução dessas atividades e intervenções, tendo como principal meta a motivação do paciente para que ele prossiga em seu tratamento com segurança, disposição e com o sentimento de que não está sozinho.

O pedagogo que atua em uma clínica de IC precisa se conscientizar que as propostas e intervenções educativas não podem ser consideradas mais importantes que a saúde desse paciente e atrapalhá-lo em seu atendimento clínico.

Ações Educativas e de Convivência na Insuficiência Cardíaca.

A Clínica de Insuficiência Cardíaca Coração Valente, desde a sua implementação em 2006, tem como prática a realização de ações educativas que foram potencializadas após a inserção do pedagogo em sua equipe. Todas as atividades educativas da CICC são desenvolvidas e planejadas pela equipe multiprofissional e dentre elas estão:

- 1) Grupo de orientação e convívio
Os encontros têm duração de 90 minu-

tos e são realizados semanalmente intercalando os profissionais da enfermagem, nutrição e educação física e com a presença constante da pedagogia. O planejamento e implementação se deu pela equipe multiprofissional com incorporação de dinâmicas de grupo e conhecimento sobre a doença. Os encontros se iniciam com dinâmica de grupo, reflexão e integração entre os participantes. Posteriormente, os pacientes e seus cuidadores são encaminhados para a atividade planejada. As oficinas educativas incluem temas sobre alimentação saudável, hábitos nocivos, vacinação, lazer, atividade física, cuidados de higiene e espiritualidade, assim como, temas específicos sobre a insuficiência cardíaca e seu tratamento. Esses temas são abordados de maneira lúdica através de jogos de perguntas e respostas, bingos, quiz, jogos da vida, esquetes, paródias e etc.

2) Oficinas de Memória

As oficinas de memória incorporam atividades pedagógicas para estímulo das funções mentais e reflexões sobre aspectos emocionais e estilo de vida. São jogos de tabuleiros, jogos de palavras e diversos desafios que estimulam o desenvolvimento cognitivo, a importância e a incorporação de regras, estimulam a memória, a atenção, a concentração, o raciocínio e a visão espacial, entre outros.

Os jogos cooperativos também fazem parte da rotina da oficina da memória. Eles propiciam a execução de ações em conjunto com o objetivo de alcançar uma meta em comum, onde todos possam vencer e partilhar suas experiências e vivências. Essas atividades contribuem para a melhora dos relacionamentos interpessoais, para o desenvolvimento da criatividade e para encontrar soluções aos problemas comuns a todos os envolvidos no processo. Além disso, promovem a união, o trabalho em equipe, o reconhecimento, o respeito pelas diferenças, valores como a cooperação, a convivência harmoniosa, o respeito pelo outro, a solidariedade e a fraternidade. Contribuindo e estimulando também o raciocínio rápido, visão espacial e a percepção.

3) Oficina de Aptidão Física

Nas oficinas de aptidão física, são trabalhados elementos como força, flexibilidade, equilíbrio e resistência, sempre realizadas com atividades lúdicas e recreativas. São inúmeros os benefícios proporcionados por essas atividades, tais como: autonomia e bem-estar, aumento da massa muscular e óssea, redução adiposa, estímulo ao metabolismo, combate ao processo inflamatório, melhoria das capacidades funcionais, bem-estar físico e psicológico, aspectos cognitivos como atenção, memória e percepção são estimulados.

Um planejamento semestral é realizado para orientar essas ações, assim é possível perceber a melhora progressiva no convívio social, além da melhor interação entre as pessoas com IC nas atividades culturais e recreativas. As oficinas de aptidão física são realizadas ao ar livre por um educador físico. Os pacientes são orientados a comparecer com roupas confortáveis e calçados adequados, além do fato de que cada atividade é realizada respeitando o limite individual de cada um, tendo em vista as limitações impostas pela IC.

Bolas grandes e pequenas, cones, colchonetes, bastões, bambolês e bexigas são algumas das ferramentas usadas nas oficinas. Músicas alegres e dançantes fazem parte desses momentos proporcionando descontração e harmonia entre os partici-

pantes. Ao final da oficina é realizado um período de relaxamento e reflexão aos pacientes e seus cuidadores, gerando um sentimento de gratidão, bem-estar e capacidade de mudança.

4) Festas e Passeios

Essas ações têm se apresentado como importantes ferramentas no fortalecimento de vínculos, na socialização e na motivação do binômico paciente/cuidador. Através de festas temáticas e passeios, é possível oportunizar satisfação, alegria, lazer e convívio com os amigos, além de mantê-los mais ativos. A oportunidade de conhecer lugares que muitos nunca tiveram a oportunidade de estar é outra chave para o bem-estar. Ir a museus, parques, exposições culturais mostra para estas famílias que existe um mar de sonhos e possibilidades além da doença.

Essas condutas atendem demandas não só sociais e de saúde física, mas principalmente as questões emocionais dessas pessoas. As festas e confraternizações já são esperadas e fazem parte do calendário da clínica. São comemorados o Dia Mundial do Coração, Dia de Alerta Contra a Insuficiência Cardíaca, Festa Junina, Páscoa e Festa Natalina, além dos aniversários, que muitas vezes tem a CICCIV como cenário escolhido pelos pacientes. Os passeios e festas proporcionam aumento do vínculo entre pacientes, cuidadores e profissionais,

o que pode favorecer a melhor implementação elaboração e implementação do plano de cuidados.

CONCLUSÃO

A educação como um processo contínuo torna-se cada vez mais importante na vida de todas as pessoas, principalmente daquelas que possuem uma ou muitas dimensões de suas vidas afetadas, que é o caso dos pacientes com insuficiência cardíaca.

Ampliar os espaços de atuação profissional pedagogo, assim como ampliar o olhar dos profissionais de saúde para as necessidades da clientela e dos cenários de atendimento é uma necessidade dos dias atuais. O principal intuito das intervenções pedagógicas é incentivar o convívio, estimular as potencialidades de cada um, suas competências e habilidades, valorizar o vínculo entre profissionais e pacientes, incentivando a sua interação com o outro e desenvolvimento dos processos de ensino e aprendizagem.

É importante que a prática pedagógica nas clínicas de insuficiência cardíaca se afirmem cada vez mais como um processo que contribua para a construção de cidadãos que se sintam verdadeiramente aptos no enfrentamento dessa nova realidade, sem pressão, sentimento de solidão, incapacidade ou outro tipo de frustração, tendo seus direitos de inserção social e saúde garantidos. ■

REFERÊNCIAS

1. Albuquerque DC, Neto JDS, Bacal F, Rohde LEP, Bernardes-Pereira S, Berwanger O, Almeida DR, et al. I Registro Brasileiro de Insuficiência Cardíaca – Aspectos Clínicos, Qualidade Assistencial e Desfechos Hospitalares. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2014 [citado 2017 dez 27]; ahead print. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/abc/2015nahead/pt_0066-782X-abc-20150031.pdf
2. Ministério da Saúde (BR). DATASUS. Morbidade hospitalar do SUS [Internet]. 2018. [citado 02 Aug 2018]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/niuf.def>
3. Comitê Coordenador da Diretriz de Insuficiência Cardíaca. Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica e Aguda. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2018 [citado 02 Aug 2018]; 111(3):436-539. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/portal/abc/portugues/2018/v11103/pdf/11103021.pdf>
4. Mesquita ET, Queluci GC. Abordagem multidisciplinar ao paciente com insuficiência cardíaca. São Paulo: Atheneu; 2013.
5. Flores PVP. Efeito da entrevista motivacional no autocuidado do paciente com insuficiência cardíaca: Ensaio Clínico Randomizado. Niterói. Tese (Doutorado em Ciências Cardiovasculares). Universidade Federal Fluminense. 2018.
6. Matos ELM, Mugiatti MMTF. *Pedagogia Hospitalar: a humanização integrando educação e saúde*. 4. ed. Rio de Janeiro: Voze; 2009. p. 65-85.
7. Franco MAS. *Pedagogia como ciência da educação*. São Paulo: Cortez; 2008.
8. Sousa MM, Oliveira JS, Soares MJGO, Araújo AA, Oliveira SHS. Qualidade de vida de pacientes com insuficiência cardíaca: revisão integrativa. *Rev enferm UFPE* [Internet]. 2017 [citado 02 Aug 2018]; 11(3). Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/13505/16242>

Alterações podais em idosos e quedas: revisão integrativa

RESUMO

Objetivo: Analisar o conhecimento científico produzido no Brasil acerca das alterações nos pés de idosos e sua relação com as quedas. **Método:** Revisão integrativa realizada através de estudos indexados na Biblioteca Virtual em Saúde utilizando os Descritores em Ciências da Saúde "Idoso", "Pé" e "Acidentes por quedas". Foram analisados nove artigos publicados entre 2008 e 2017. Os estudos apontaram prevalência de alterações podais em idosos e frequência de incapacidade associada ao pé doloroso. **Conclusão:** As alterações podais estão associadas à ocorrência de quedas em idosos, uma vez que causam dor e desconforto, levando a um maior risco de quedas. A oferta de assistência podológica nos serviços de saúde pública pode evitar complicações que acarretam custos futuros pela falta de assistência na origem dos problemas. Apesar da relevância constatada nas pesquisas, ainda são poucos os estudos nacionais envolvendo esse tema, sendo necessário o desenvolvimento de mais pesquisas na área.

DESCRITORES: idoso; pé; acidentes por quedas.

ABSTRACT

Aim: Analyze the scientific knowledge produced in Brazil about the changes in the elderly people's feet and its relation with falls. **Method:** Integrative review carried out through studies indexed in the Virtual Health Library using the Descriptors in Health Sciences "Aged", "Foot" and "Accidents by falls". Nine articles published between 2008 and 2017 were analyzed. The studies indicated prevalence of foot changes in the elderly and frequency of disability associated with painful foot. **Conclusion:** The alterations in their feet are associated to the occurrence of falls in the elderly since they cause pain and discomfort, leading to a greater risk of falls. The provision of podiatry assistance in public health services can avoid complications that entail future costs due to the lack of assistance in causing the problems. Despite the relevance found in the research, there are still few national studies involving this topic, and it is necessary to develop more research in the area.

DESCRIPTORS: elderly; foot; accidental falls

RESUMEN

Objetivo: Analizar el conocimiento científico producido en Brasil acerca de las alteraciones en los pies de ancianos y su relación con las caídas. **Método:** Revisión integrativa realizada a través de estudios indexados en la Biblioteca Virtual en Salud utilizando los Descriptores en Ciencias de la Salud "Ancianos", "Pie" y "Accidentes por caídas". Se analizaron nueve artículos publicados entre 2008 y 2017. Los estudios apuntaron prevalencia de alteraciones podales en ancianos y frecuencia de incapacidad asociada al pie doloroso. **Conclusión:** Las alteraciones podales están asociadas a la ocurrencia de caídas en ancianos ya que causan dolor e incomodidad llevando a un mayor riesgo de caídas. La oferta de asistencia podológica en los servicios de salud pública puede evitar complicaciones que acarrear costos futuros por la falta de asistencia en el origen de los problemas. A pesar de la relevancia constatada en las investigaciones, todavía son pocos los estudios nacionales involucrando ese tema, siendo necesario el desarrollo de más investigaciones en el área.

DESCRIPTORES: ancianos; pie; accidentes por caídas.

Joziane Santos da Silva da Silva

Enfa. Mestranda pelo Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense (MPEA/EEAAC/UFF)

Fátima Helena do Espírito Santo

Enfermeira, Profa. Dra. MPEA/EEAAC/UFF

Jorge Luiz Lima da Silva

Enf. Dr. em Saúde Pública pela ENSP/FIOCRUZ, Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva - UFF

Giovane Rodrigues Nobre

Prof. de Educação Física, Mestrando pelo Mestrado Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde (MACCS)EEAAC/UFF.

Phelipe Austrácio Teixeira

Mestre pelo Instituto Oswaldo Cruz (IOC)

Denilson Correia da Silva

Acadêmico de Enfermagem pela Universidade Estácio de Sá

INTRODUÇÃO

Estimativas da Organização das Nações Unidas (ONU) indicam que a população mundial de idosos chegue a 2 bilhões até 2050¹. No Brasil, estudos apontam que o grupo com 65 anos ou mais de idade que era de 19,2 milhões (9,2%) em 2018, poderá chegar a 58,2 milhões (25,5%) em 2060². O envelhecimento é considerado um fator positivo para os países. Porém, pode ser visto de forma negativa, já que muitas vezes vem acompanhado da diminuição da capacidade funcional, o que pode levar o idoso a uma condição de incapacidade e dependência. Alterações e desgastes em vários sistemas geralmente acompanham o processo de envelhecimento e ocorrem em diferentes momentos para um indivíduo e outro³.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), instituída em 19 de outubro de 2006, preconiza que seja feita periodicamente a avaliação funcional em pessoas com 60 anos ou mais. Esta avaliação tem o objetivo de detectar comprometimentos da funcionalidade, avaliar necessidade de auxílio e planejar estratégias de intervenção para a promoção da qualidade de vida dos idosos⁴. Entende-se como capacidade funcional a preservação da autonomia e independência, ou seja, manter as atividades físicas e mentais necessárias ao idoso para viver sem a ajuda de terceiros para as atividades básicas e instrumentais da vida diária, o que é considerada a base do conceito de saúde para o idoso⁵.

Dentre os fatores que contribuem para a perda da funcionalidade em idosos, estão as alterações nos pés que causam dor e desconforto, prejudicam a marcha e podem levar a quedas. A queda pode ser considerada um tipo de acidente inesperado, não intencional em que o corpo passa para um nível mais baixo em relação à sua posição original, com incapacidade de correção em tempo hábil, condicionada a

fatores intrínsecos (inerentes ao próprio idoso) e extrínsecos - relacionadas ao ambiente⁶. Consideradas um grande problema da saúde pública contemporânea, as quedas podem ser tanto causa quanto consequência da perda da funcionalidade entre idosos.

Além de causar perda da independência e danos psicológicos, as quedas entre idosos são responsáveis por um grande número de internações, gerando altos custos para o sistema de saúde⁶. Dados coletados em fevereiro de 2019 no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) mostraram que, entre os anos de 2008 e 2018, o número de internações por quedas entre pessoas de 60 a 80 anos ou mais no Estado do Rio de Janeiro chegou a 66.573, gerando um custo total de R\$104.147.581,00. Estudos comprovam a alta prevalência de alterações podológicas na população idosa que podem contribuir para a ocorrência de quedas. Estas alterações podem estar relacionadas a maus tratamentos aos pés, traumatismos e doenças crônicas^{7,8}.

Diante do exposto, o presente estudo objetiva analisar o conhecimento científico produzido no Brasil abordando o tema alterações nos pés de idosos e sua relação com as quedas, a partir do ano de 2006. Levantou-se como questão de pesquisa: Como a literatura nacional tem abordado as alterações nos pés de idosos e sua relação com as quedas?

METODOLOGIA

Trata-se de revisão integrativa (RI) da literatura, cuja finalidade é reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre tema ou assunto pré-determinado e assim contribuir, de maneira sistemática e ordenada, para a compreensão do tema estudado⁽⁹⁾.

Esta pesquisa foi elaborada nas seguintes etapas: elaboração da questão norteadora; busca ou amostragem na

literatura; coleta dos dados; análise crítica dos estudos incluídos; discussão dos resultados e apresentação da RI - síntese do conhecimento¹⁰. A seleção dos artigos ocorreu por meio de busca das publicações na literatura nas bases da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), onde é possível realizar busca simultânea nas principais bases científicas nacionais e internacionais. A busca foi realizada em fevereiro de 2019 utilizando os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) em português: "Idoso"; "Pé" e "Acidentes por quedas" acompanhados do operador booleano "AND".

Os critérios de inclusão definidos para a seleção dos estudos foram: textos publicados na íntegra, gratuitos, que retratassem a temática do estudo, em língua portuguesa, publicados e indexados nas bases virtuais entre os anos de 2006 e 2018, e como critério de exclusão, artigos que se repetiram nas bases de dados. Vale ressaltar que a delimitação do período deveu-se à publicação da Portaria n.º 2.528 de 19 de outubro de 2006 que aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

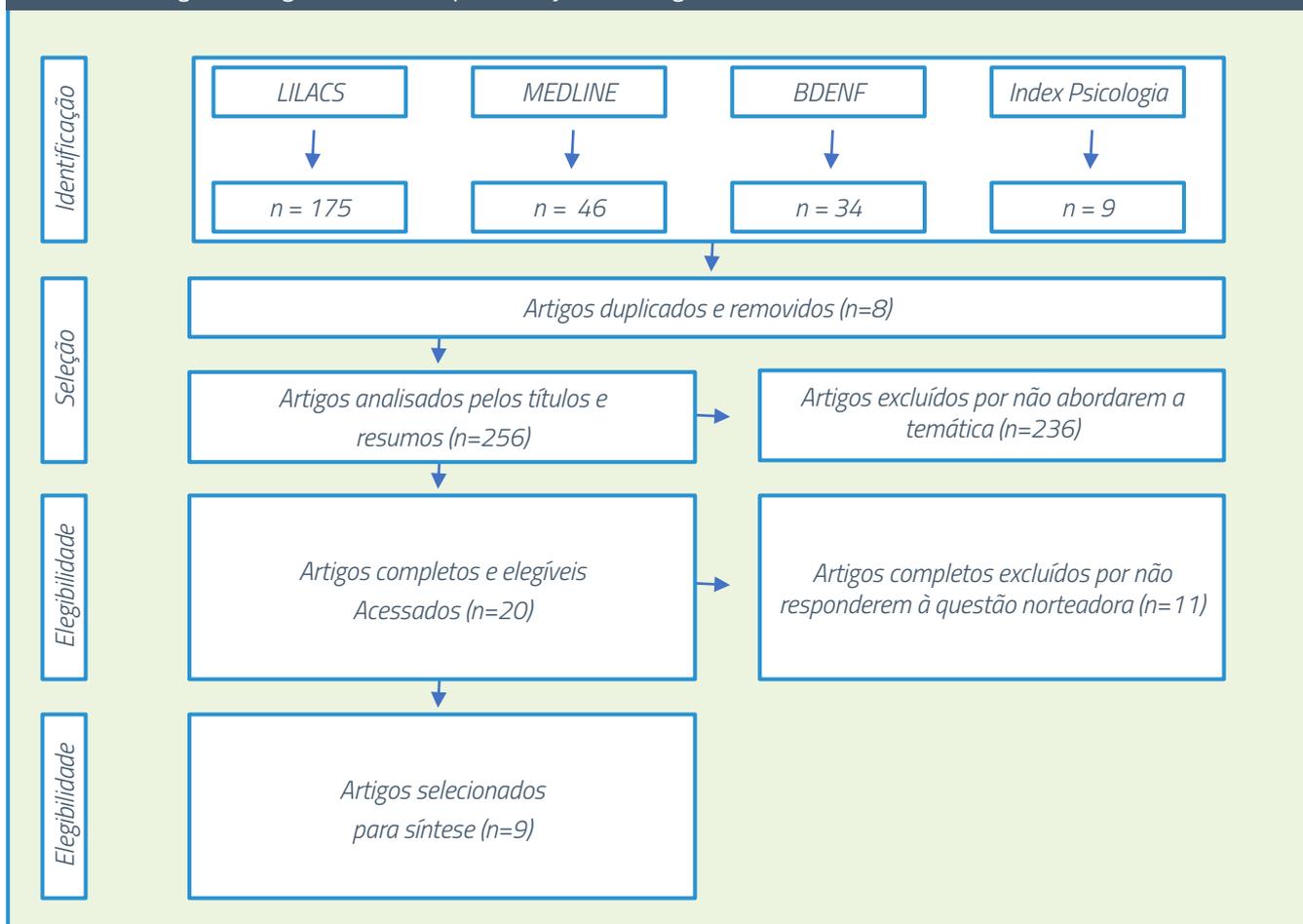
A figura 1 apresenta as estratégias de busca utilizadas para a seleção dos artigos nas bases virtuais, conforme orientação do grupo PRISMA¹².

RESULTADOS

O resultado deste levantamento é constituído por nove artigos publicados entre os anos de 2008 e 2017 em duas bases: Base de dados em Enfermagem¹ e Literatura Latino-Americana, e do Caribe em Ciências da Saúde - Lilacs⁸. Após a leitura na íntegra dos artigos selecionados, estes foram sintetizadas considerando: título, autores, ano de publicação, periódico, método, objetivo, amostra, nível de evidência, principais resultados e conclusão, conforme apresentado no Quadro 1.

Quanto ao ano de publicação, um em 2008 (11,1%), 1 em 2009 (11,1%), 1 em

Tabela 1. Fluxograma, segundo PRISMA, para seleção dos artigos. Niterói, RJ, Brasil, 2019.



2010 (11,1%), 2 em 2012 (22,2%), 1 em 2014 (11,1%), 2 em 2015 (22,2%) e 1 em 2017 (11,1%). No que se refere ao método de pesquisa, um (11,1%) foi opinião de especialista, quatro (44,4%) estudos transversais e quatro (44,4%) estudos descritivos. Em relação à abordagem metodológica, oito estudos (88,8%) utilizaram abordagem quantitativa e quanto ao nível de evidência, oito estudos (88,8%) nível de evidência 3 e um estudo (11,1%) nível de evidência 6. Quanto ao local de realização do estudo, oito (88,8%) foram realizados em nível ambulatorial e apenas um (11,1%) em nível hospitalar. Quanto às recomendações das pesquisas, foi enfatizada a necessidade de investimentos em formação profissional, oferta de serviços especializados em cuidados com os pés na rede pública de saúde, maior atenção

aos fatores associados à dor nos pés de idosos e desenvolvimento de estratégias de prevenção das limitações, da diminuição da mobilidade, do equilíbrio, da marcha e, conseqüentemente, das quedas¹³⁻¹⁹.

DISCUSSÃO

A saúde do idoso é uma das prioridades da agenda de pesquisas do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), prioridade definida pelo Ministério da Saúde. A frequência de incapacidade funcional associada ao pé doloroso no idoso pode constituir um sério problema de saúde, entretanto, apesar de serem frequentes, as alterações nos pés de idosos são pouco reconhecidas e valorizadas como uma condição que requer cuidados adequados⁽¹³⁻¹⁸⁾. O pé é uma unidade funcional importante para o controle

da postura, manutenção do equilíbrio e execução dos movimentos. Tais funções dependem da integridade anatômica e funcional de suas estruturas que, com frequência, são modificadas durante o envelhecimento e podem estar relacionadas também a doenças como diabetes, ou ainda ser conseqüências de maus tratos aos pés¹³⁻¹⁷.

Doenças sistêmicas somadas à degeneração neurosensorial e às alterações neuromusculares devidas ao envelhecimento acentuam o risco de queda, principalmente no idoso frágil. A sensibilidade plantar é uma fonte importante de informação para o controle do equilíbrio, pois codifica as mudanças de pressão sob o pé, principalmente durante a marcha. Cerca de 50% dos pacientes diabéticos com mais de 60 anos apresentam perda da sensibilidade protetora do pé

Quadro 1. Natureza dos artigos pesquisados. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2010-2017

TÍTULO, AUTORES, ANO DE PUBLICAÇÃO, PERIÓDICO	MÉTODO, OBJETIVO, AMOSTRA	NÍVEL DE EVIDÊNCIA	PRINCIPAIS RESULTADOS	CONCLUSÃO
<p>Índice Manchester de incapacidade associada ao pé doloroso no idoso - tradução, adaptação cultural e validação para a língua portuguesa</p> <p>Ferrari Sabrina Canhada, Santos Fânia Cristina dos, Guarnieri Ana Paula, Salvador Natalia, Correa Andréa Z. Abou Hala, Hala Adriana Z. Abou et al</p> <p>2008</p> <p>Revista Brasileira de Reumatologia</p>	<p>- Estudo transversal</p> <p>- Realizar a tradução e adaptação para a língua portuguesa do índice Manchester de incapacidade associada ao pé doloroso no idoso (MFPDI) e estudar as propriedades das medidas.</p> <p>85 idosos</p>	Nível 3	A população ambulatorial entrevistada apresentou incapacidade funcional associada ao pé doloroso.	Com o processo de tradução e adaptação cultural do MFPDI para a língua portuguesa, demonstraram-se as propriedades de medida de reprodutibilidade, validade e consistência interna.
<p>Estudo correlacional do pé geriátrico com requisitos cinético-funcionais</p> <p>Aikawa Adriana Correia, Paschoal Sergio Márcio Pacheco, Caromano Fátima Aparecida, Fu Carolina, Tanaka Clarice, Ide MaizaRitomy</p> <p>2009</p> <p>Fisioterapia em Movimento</p>	<p>- Estudo transversal</p> <p>- Identificar alterações dos pés; verificar requisitos cinético-funcionais (equilíbrio, mobilidade, flexibilidade do tornozelo, força muscular), queda no último ano e a correlação entre eles e com a incidência de quedas.</p> <p>25 idosos</p>	Nível 3	As alterações mais frequentes dos pés foram: calosidades nos dedos (80%), rachaduras nos calcanhares (80%), unhas quebradiças, encravadas e compridas (76%; 32% e 28%, respectivamente) e deformidades nos dedos (24%). Unha encravada, deformidades nos dedos e unhas quebradiças apresentaram correlação significativa com a flexibilidade do tornozelo direito, teste levantar-sentar e quedas.	Há correlação entre as alterações dos pés com os requisitos cinético-funcionais e com a incidência de queda do idoso. A maioria das alterações identificadas é potencialmente modificável através da prevenção, tratamento curativo e reabilitação.
<p>Avaliação funcional do equilíbrio e da sensibilidade cutânea plantar de idosos moradores na comunidade</p> <p>BretanOnivaldo, Pinheiro Rafael Martins, Corrente José Eduardo.</p> <p>2010</p> <p>Brazilian Journal of Otorhinolaryngology</p>	<p>- Estudo Transversal Descritivo</p> <p>- Avaliar a ocorrência de desequilíbrio e perda de sensibilidade cutânea plantar em idosos da comunidade e verificar a existência de associação entre ambas as alterações.</p> <p>45 idosos</p>	Nível 3	Houve associação significativa entre queixa de desequilíbrio e perda da sensibilidade	Nos idosos com alterações no equilíbrio e na sensibilidade cutânea plantar, estas funções aparecem associadas de forma que, se os testes funcional do equilíbrio e da sensibilidade cutânea plantar forem realizados conjuntamente, a identificação de sujeitos com distúrbios posturais torna-se mais acurada.

<p>Pé doloroso do idoso associado à incapacidade funcional</p> <p>Prato Sabrina Canhada Ferrari, Santos Fânia Cristina, Trevisani Virgínia Fernandes Moça</p> <p>2012</p> <p>Revista Dor</p>	<p>- Estudo Transversal Descritivo e Analítico</p> <p>- Avaliar a frequência de incapacidade funcional associada ao pé doloroso no idoso.</p> <p>100 idosos</p>	<p>Nível 3</p>	<p>Prevalência de incapacidade funcional associada ao pé doloroso maior que 50%.</p>	<p>A incapacidade funcional associada ao pé doloroso foi muito prevalente no idoso, e correlacionou-se significativamente com a intensidade da dor no pé em movimento, o nível de independência funcional para as AIVD, e a funcionalidade da marcha/ equilíbrio e risco de queda.</p>
<p>Sensibilidade cutânea plantar como risco de queda em idosos</p> <p>BretanOnivaldo</p> <p>2012</p> <p>Revista da Associação Médica Brasileira</p>	<p>Opinião de especialista</p>	<p>Nível 6</p>	<p>Alteração sensitiva cutânea plantar é preditor independente de queda, e sabe-se que 30% dos idosos com 65 anos e 40% daqueles com 75 anos ou mais caem ao menos uma vez</p>	<p>É importante que os clínicos que realizam rotineiramente testes de sensibilidade estejam alertas e interroguem seus pacientes sobre desequilíbrio e quedas. Se for o caso, devem encaminhá-los para avaliação do equilíbrio e para reabilitação postural ou orientação para prevenção</p>
<p>Caracterização dos problemas relacionados aos pés de idosos de uma comunidade em município do interior do Estado de São Paulo</p> <p>Marin Maria José Sanches, Maciel Mateus de Carvalho</p> <p>2014</p> <p>Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia</p>	<p>- Estudo Descritivo</p> <p>-Verificar as características dos problemas com os pés de idosos de uma comunidade</p> <p>50 idosos</p>	<p>Nível 3</p>	<p>Na avaliação dos pés, constatam-se alterações nos pulsos; unhas compridas, deformadas e grossas; pele seca e com hiperqueratose; diminuição da sensibilidade dolorosa e vibratória. Além disso, 70% dos idosos referiram que as dores nos pés limitavam as atividades cotidianas.</p>	<p>Devido ao crescente aumento da população idosa, é importante mantê-los ativos e produtivos ao longo de suas vidas. Portanto, é necessário investir na formação de profissionais de saúde e desenvolver ações interdisciplinares, visando a um atendimento mais adequado, para que os idosos possam não só viver mais, mas viver melhor.</p>
<p>Limitação funcional relacionada ao pé doloroso em idosos</p> <p>Oliveira Fabiana Maria Rodrigues Lopes de, Barbosa Keylla Talitha Fernandes, Albuquerque Saemmy-Grasiely Estrela de, Rodrigues Mayara Muniz Dias, Santos Kamyla Félix Oliveira dos, Fernandes Maria das Graças das Graças Melo</p> <p>2015</p> <p>Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste</p>	<p>- Estudo Descritivo</p> <p>- verificar a associação entre pé doloroso e a incapacidade funcional em idosos.</p> <p>114 idosos</p>	<p>Nível 2</p>	<p>Verificou-se alta incidência de pé doloroso entre as mulheres e idosos jovens, bem como significativa incapacidade para realizar determinadas atividades rotineiras</p>	<p>A identificação dos fatores associados à dor nos pés é de grande relevância para que sejam traçadas estratégias de prevenção das limitações, detecção e acompanhamento precoce das incapacidades instaladas, assim como prevenir a diminuição da mobilidade, do equilíbrio, da marcha e consequentemente a ocorrência das quedas, que se caracteriza como um dos eventos mais incapacitantes nesta população.</p>

<p>Alterações podais e mobilidade em idosos atendidos em um ambulatório de geriatria</p> <p>Barbosa Keylla Talitha Fernandes, Albuquerque Saemmy Grasiely Estrela de, Fernandes Maria das Graças Melo, Oliveira Fabiana Maria Rodrigues Lopes de, Rodrigues Mayara Muniz Dias, Fernandes Amanda Melo</p> <p>2015</p> <p>Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental</p>	<p>- Estudo Descritivo</p> <p>- verificar alterações podais mais frequentes e o prejuízo destas na mobilidade de idosos em atendimento ambulatorial.</p> <p>121 idosos</p>	<p>Nível 3</p>	<p>alta incidência de problemas podais, especialmente nas mulheres e idosos jovens, destacando a ocorrência do pé doloroso na maioria dos entrevistados.</p>	<p>Evidenciou-se a necessidade de atenção especial à saúde do idoso que relata dor nos pés, visto que este tende a restringir suas atividades habituais, causando diminuição da qualidade de vida, imobilização e possíveis episódios de quedas.</p>
<p>Alterações nos pés do idoso hospitalizado: um olhar cuidadoso da enfermagem</p> <p>Silva Joziane Santos da, Santo Fátima Helena do Espírito, Chibante Carla Lube de Pinho</p> <p>2017</p> <p>Escola Anna Nery</p>	<p>-Estudo exploratório-descriptivo</p> <p>-Caracterizar o perfil podológico de idosos hospitalizados nas enfermarias de um hospital universitário; identificar as demandas de cuidados com os pés de pacientes idosos hospitalizados; e analisar as possibilidades de atuação do enfermeiro junto a esses idosos.</p> <p>40 idosos</p>	<p>Nível 3</p>	<p>Identificou-se que 32 (80%) idosos tinham pele ressecada, 30 (75%) sensibilidade diminuída, presença de calosidade em 27 (67,5%), câimbras em 22 (55%) e Hálux Valgus em 20 (50%).</p>	<p>Os profissionais de saúde precisam reconhecer as demandas da população idosa, incluindo os cuidados com os pés, já que alterações podais podem causar dor e desconforto capazes de interferir no dia a dia dos idosos, gerando riscos para agravar o adoecimento e contribuir para a incapacidade deles.</p>

devido à neuropatia^{19,20}. Assim, as quedas aumentam quando os idosos tornam-se mais velhos, atingindo 30% daqueles com idade entre 65 e 74 anos e 40% entre aqueles com 75 anos ou mais. É recomendada a utilização de instrumentos de avaliação periódica do equilíbrio, da sensibilidade e da frequência de incapacidade associada ao pé doloroso em idosos^{14-17,19,20}.

O teste de sensibilidade utilizando o Monofilamento de 10 gramas de Semmes-Weinstein é confiável e recomendado. Consiste em aplicar o monofilamento perpendicular à superfície da pele, sem que a pessoa examinada veja o momento do toque, pressionar com força suficiente apenas para encurvar o monofilamento, sem que ele deslize sobre a pele. Perguntar, aleatoriamente, se o paciente sentiu ou não a pressão/toque (SIM ou NÃO) e onde

está sendo tocado. Devem ser pesquisados quatro pontos em ambos os pés. Aplicar duas vezes no mesmo local, alternando com pelo menos uma vez simulada (não tocar), contabilizando no mínimo três perguntas por aplicação. A percepção da sensibilidade protetora está presente se duas respostas forem corretas das três aplicações. A percepção da sensibilidade protetora está ausente se duas respostas forem incorretas das três aplicações^{19,21}.

Ainda há limitação em pesquisas sobre pé doloroso devido à falta de consenso sobre o que são realmente problemas no pé. O Manchester Foot Pain and Disability Index (MFPDI) - Índice de Manchester de Incapacidade Associada ao Pé Doloroso no Idoso, desenvolvido por Garrow e cols. e publicado no ano de 2000, é um instrumento específico para identificar

e avaliar o nível de incapacidade como resultado das dores nos pés. A tradução, adaptação cultural e validação para a língua portuguesa foi publicada em 2008 por Ferrari e colaboradores^{14,15}. Uma pesquisa apresentou correlação significativa entre intensidade da dor e a incapacidade associada ao pé doloroso quando a dor em movimento era considerada. A frequência de incapacidade associada ao pé doloroso utilizando o MFPDI foi maior que 50% em dois estudos com amostras de 100 e 40 idosos, respectivamente¹⁵⁻¹⁷. Nas pesquisas que utilizaram o MFPDI, foi possível identificar que as dores nos pés interferiram no dia a dia da grande maioria dos idosos, principalmente entre as mulheres. Os idosos ficam irritados quando os pés doem e preocupados em relação aos pés e aos sapatos que precisam usar^{14-15,17}.

As alterações encontradas nos pés de pessoas idosas são de grande relevância para a prática clínica, pois podem determinar consequências que vão desde o comprometimento da mobilidade até o favorecimento de quedas que colocam em risco a independência dos idosos¹³⁻¹⁷.

As quedas estão entre os tipos de ocorrência mais frequentes que levam idosos ao atendimento de emergência. Além disso, podem levar à diminuição da qualidade de vida dessa população. Doenças sistêmicas, queda anterior, desequilíbrio, vertigem, problemas visuais e uso de medicamentos sistêmicos são preditores independentes de risco de queda e as alterações podais contribuem para o desequilíbrio^{19,20}.

Nas pesquisas selecionadas nesse estudo, houve prevalência do sexo feminino tanto na frequência de alterações podais e dores nos pés, quanto na ocorrência de quedas, sendo a causa mais frequente neste grupo a queda da própria altura, que pode resultar em fratura e, posteriormente, condutas cirúrgicas. O público feminino também possui maior prevalência em doenças crônico-degenerativas e, portanto, utilizam maior número de medicamentos^{14-16,22-24}. Entre os possíveis motivos pelos quais as mulheres apresentam maior frequência de alterações nos pés, está o uso de calçados inadequados no decorrer dos anos. Pessoas mais jovens usam calçados inadequados como sapatos de bico fino e salto alto por modismo ou estética, à despeito da segurança e do conforto. Isto pode contribuir para o surgimento de alterações nos pés. Já os mais idosos utilizam calçados inadequados principalmente porque buscam conforto^{14-16,18}.

Um dos estudos selecionados realizado em um ambulatório de geriatria e

gerontologia entre os anos de 2007 e 2008 envolveu 50 idosos e mostrou que 14 (29%) faziam uso do calçado considerado adequado e seguro para idosos. A maior parte dos idosos utilizava calçados inadequados¹⁶. Corroborando com os achados do estudo anterior¹⁸, pesquisa realizada em uma unidade de Saúde da Família no interior de São Paulo em 2012 ressaltou que os idosos utilizavam calçados inadequados com frequência. Alterações como deformidades das unhas e proeminências ósseas impediam o uso do calçado adequado.

As alterações mais encontradas nos pés dos idosos foram unhas deformadas/encurvadas, presença de hiperqueratose/calos/calosidades, pele ressecada, deformidade nos pequenos artelhos, sensibilidade diminuída, hálux valgus, câimbras. Queixas de pé doloroso apareceram com frequência e têm relação íntima com a diminuição da qualidade de vida, comprometimento da mobilidade e da marcha, podendo contribuir para um maior risco de quedas^{13,16-19}. As alterações podais são passíveis de modificação através da prevenção, tratamento e reabilitação. Assim, ofertar esse atendimento na rede pública de saúde pode evitar complicações de alto custo financeiro para o sistema de saúde e alto custo psicológico para a população idosa. Portanto, é de grande relevância a participação do enfermeiro gerontólogo e/ou podiatra como integrante da equipe de saúde, uma vez que os idosos necessitam de ajuda profissional especializada para os cuidados com os pés^{13,17,22}.

CONCLUSÃO

A realização deste estudo permitiu a

compreensão das alterações podais em idosos que causam dor e desconforto, e constituem fatores de maior risco de quedas, que apresentam-se como um grave problema da saúde pública contemporânea, pois geram tanto aumento de custos financeiros ao sistema de saúde quanto custos psicológicos para a população idosa, levando à perda de independência e autonomia. Assim, é necessário que os profissionais de saúde estejam atentos aos fatores associados à dor nos pés de idosos e desenvolvam estratégias de prevenção das limitações, da diminuição da mobilidade, do equilíbrio, da marcha e consequentemente das quedas.

As alterações podais são passíveis de modificação através da prevenção, tratamento e reabilitação. Portanto, ofertar assistência podológica com profissionais capacitados nos serviços de saúde pública pode evitar complicações e minimizar custos futuros em virtude da falta de assistência na origem dos problemas. Nesse contexto, é importante a participação do enfermeiro gerontólogo e/ou podiatra como integrante da equipe de saúde pública, uma vez que os idosos necessitam de ajuda profissional especializada em cuidados com os pés e carecem de acesso garantido ao tratamento podológico. Contudo, apesar da relevância constatada nas pesquisas, ainda são poucos os estudos nacionais voltados para essa temática, sendo importante ampliar pesquisas sobre o tema.

AGRADECIMENTOS

Nosso agradecimento à professora Eliane Ramos Pereira pelo incentivo e à Fundação de Amparo à Pesquisa do Rio de Janeiro (FAPERJ) pelo financiamento desta produção.

REFERÊNCIAS

1. Organização das Nações Unidas (ONU/BR). O mundo terá dois bilhões de idosos em 2050; OMS diz que 'envelhecer bem deve ser prioridade global' [Internet]. Nov. 2014 [acesso em 10 fev 2019]. Disponível em: <http://nacoesunidas.org/mundo-tera-2-bilhoes-de-idosos-em-2050-oms-diz-que-envelhecer-bem-deve-ser-prioridade-global/>.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Estudos e Pesquisas: Informação Sociodemográfica e Socioeconômica.

Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, 2018. (Síntese de Indicadores Sociais: Uma análise das condições de vida da população brasileira. Número 37).

3. Penna BS, Valente GLC, Valente GSC. Ocorrência de quedas em idosos: fatores de risco e fatores relacionados. *Revista Saúde Coletiva*. 2018; 46(8):1016-1023.

4. Ministério da Saúde (BR). Portaria n.º 2.528, de 19 de ou-

REFERÊNCIAS

- tubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa [Internet]. [acesso em 10 fev 2019]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html.
5. Veiga B, Pereira RAB, Pereira AMVB, Nockel R. Avaliação de funcionalidade e incapacidade de idosos longevos em acompanhamento ambulatorial utilizando a WHODAS 2.0. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia* [Internet]. 2016 [acesso em 10 fev 2019]; 19(6):1015-1021. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v19n6/pt_1809-9823-rbagg-19-06-01015.pdf.
6. Fhon JRS, Wehbe SCCF, Vendruscolo TRP, Stackfleth R, Marques S, Rodrigues RAP. Quedas em idosos e sua relação com a capacidade funcional. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2012 [citado 2019 fev]; 20(5). Disponível em: <http://www.periodicos.usp.br/rlae/article/view/48634>.
7. Ferreira E, Portella MS, Doring M. Alterações nos pés de idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia* [Internet]. 2018 [acesso em 10 fev 2019]; 21(3):363-370. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v21n3/pt_1809-9823-rbagg-21-03-00352.pdf.
8. González RY, Zenteno LMA, Hernández AJA, Báez Hernández FJ, Tamariz RA. Prevalência de enfermidades podológicas em adulto mayor de un albergue público. *Rev Cubana Invest Bioméd* [Internet]. 2016. Disponível em: <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=70519>
9. Mendes KDS, et al. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto-Enfermagem* [Internet]. 2008 [acesso em 10 fev 2019]; 17(4):758-764. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018
10. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein* [Internet]. 2010 [acesso em 10 fev 2019]; 8(Supl. 1):102-106. Disponível em: https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1413-81232014000803543&script=sci_arttext&tlng=en.
11. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão Integrativa: método de pesquisa para incorporação de evidências na saúde e na Enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem* [Internet]. 2008 [acesso em 10 fev 2019]; 17(Supl.4):758-764. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018.
12. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG; The PRISMA Group 2009. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA Statement. *PLoS Med* [Internet]. 2009 [acesso em 10 fev 2019]; 6(6):e1000097. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2707599/>
13. Aikawa AC, Paschoal SMP, Caromano FA, Fu C, Tanaka C, Ide MR. Estudo correlacional do pé geriátrico e requisitos cinético-funcionais. *Fisioterapia em Movimento* [Internet]. 2009 [acesso em 10 fev 2019]; 22(3):395-405. Disponível em: <https://periodicos.pucpr.br/index.php/fisio/article/view/19467/18809>.
14. Ferrari SC, Santos FC, Guarnieri AP, Salvador N, Correa AZ, Abou Hala, Hala Adriana Z, et al. Índice Manchester de incapacidade associada ao pé doloroso no idoso: tradução, adaptação cultural e validação para a língua portuguesa. *Revista Brasileira de Reumatologia* [Internet]. 2008 [citado 2019 fev]; 48(6). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0482-50042008000600006
15. Prato SCF, Santos FC, Trevisani VFM. Pé doloroso do idoso associado à incapacidade funcional. *Rev. dor* [Internet]. 2012 [citado 2019 fev]; 13(1). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132012000100004
16. Barbosa KTF, Albuquerque SGE, Fernandes MGM, Oliveira FMRL, Rodrigues MMD, Fernandes AM. Alterações podais e mobilidade em idosos atendidos em um ambulatório de geriatria. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental* [Internet]. 2015 [citado 2019 fev]; 7(2):2254-2262. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3628/pdf_1529
17. Silva JS, Santo FHE, Chibante CLP. Alterações nos pés do idoso hospitalizado: um olhar cuidadoso da enfermagem. *Esc. Anna Nery* [Internet]. 2017 [citado 2019 fev]; 21(1). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452017000100210&script=sci_abstract&tlng=pt
18. Marin MJS, Maciel MC. Caracterização dos problemas relacionados aos pés de idosos de uma comunidade em município do interior do Estado de São Paulo. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia* [Internet]. 2014 [citado 2019 fev]; 17(2):243-253. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232014000200243
19. Bretan O, Pinheiro RM, Corrente José Eduardo. Avaliação funcional do equilíbrio e da sensibilidade cutânea plantar de idosos moradores na comunidade. *Braz. j. otorhinolaryngol. (Impr.)* [Internet]. 2010 [citado 2019 fev]; 76(2):219-224. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-86942010000200012
20. Bretan O. Sensibilidade cutânea plantar como risco de queda em idosos. *Revista da Associação Médica Brasileira* [Internet]. 2012 [citado 2019 fev]; 58(2):132-132. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302012000200004
21. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica (BR). Manual do pé diabético: estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2016. 62 p.
22. Oliveira FRL, Barbosa KTF, Albuquerque SGE, Rodrigues MMD, Santos KFO, Fernandes MGM. Limitação funcional relacionada ao pé doloroso em idosos. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste* [Internet]. 2015 [citado 2019 fev]; 16(4). Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/2751/2134>
23. Freitas R, Santos SSC, Hammerschmidt KSA, Silva ME, Pelzer MT. Cuidado de enfermagem para prevenção de quedas em idosos: proposta para ação. *Rev. bras. enferm* [Internet]. 2011 [citado 2019 mar]; 64(3):478-485. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000300011
24. Pereira GN, Morsch P, Lopes DGC, Trevisan MD, Ribeiro A, Navarro JHN, et al. Fatores socioambientais associados à ocorrência de quedas em idosos. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet] 2013 [citado 2019 mar]; 18(12):3507-3514. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013001200007&script=sci_abstract&tlng=pt

Vulnerabilidade de idosos frente às Infecções Sexualmente Transmissíveis

RESUMO

Objetivo: Identificar nas produções científicas os fatores que aumentam a vulnerabilidade dos idosos diante das Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Método:** Revisão integrativa. Os dados coletados foram referentes os anos de 2013 a 2017, nas bases de dados LILACS, MEDLINE, BDNF e IBECs, utilizando a estratégia PICO. **Resultados:** foram selecionados 06 artigos desmembrados em 04 categorias: a falta de conhecimento dos idosos sobre as ISTs; a falta do uso de preservativo nas relações sexuais; a falta de percepção do idoso como vulnerável as ISTs; a falta de abordagem do profissional de saúde; **Conclusão:** conclui-se que a baixa capacidade de resposta à vulnerabilidade dos idosos acontece devido as percepções e crenças equivocadas associando a falta de informação dos idosos permitindo a eles a não utilização do preservativo por se considerarem imunes a infecção. O estudo identificou a escassez de profissionais que abordam a sexualidade do idoso e suas complexidades.

DESCRITORES: idoso; vulnerabilidade; infecções sexualmente transmissíveis;

ABSTRACT

Aim: Identify in scientific production the factors that increase the vulnerability of the elderly to Sex-ually Transmitted Infections. **Method:** Integrative review. The data collected were from the years 2013 to 2017, in the databases LILACS, MEDLINE, BDNF and IBECs, using the PICO strategy. **Results:** Six articles dismembered in 04 categories were selected: the lack of knowledge of the elderly about STIs; the lack of condom use in sexual relations; lack of awareness about being vulnera-ble to STIs; the lack of approach of the health professional; **Conclusion:** it is concluded that the low vulnerability capacity of the elderly is due to misperceptions and misconceptions associated with the lack of information, allowing them not to use the condom because they consider themselves im-mune to infection. The study identified the shortage of professionals who address the sexuality of the elderly and its complexities.

DESCRIPTORS: elderly; vulnerability; sexually transmitted infections.

RESUMEN

Objetivo: Identificar en las producciones científicas los factores que aumentan la vulnerabilidad de los ancianos ante las Infecciones Sexualmente Transmisibles. **Método:** Revisión integrativa. Los datos recolectados fueron referentes a los años de 2013 a 2017, en las bases de datos LILACS, MEDLINE, BDNF e IBECs. Utilizando la estrategia PICO **Resultados:** se seleccionaron 06 artícu-los desmembrados en 04 categorías: la falta de conocimiento de los ancianos sobre las ISTs; la falta de uso del preservativo en las relaciones sexuales; la falta de percepción del anciano como vulnera-ble a las IST; la falta de enfoque del profesional de la salud; **Conclusión:** se concluye que la baja capacidad de respuesta a la vulnerabilidad de los ancianos ocurre debido a las percepciones y creencias equivocadas asociando la falta de información de los ancianos permitiendo a ellos la no utilización del preservativo por considerarse inmunes a la infección. El estudio identificó la escasez de profesionales que abordan la sexualidad del anciano y sus complejidades.

DESCRIPTORES: anciano; vulnerabilidad; infecciones sexualmente transmisibles.

Lívia da Silva Firmino dos Santos

Enfermeira. Mestre em Ciências do Cuidado em Saúde pela Universidade Federal Fluminense (UFF). Especialista em preceptoria no SUS. Atualmente é Docente Assistente e Coordenadora do Estágio em Rede Ambulatorial do Curso de Enfermagem no Ambulatório Escola da Faculdade Arthur Sá Earp Neto - FASE. RJ, Brasil.

Camila Rafaela da Silva Souza Bertholy

Graduanda em Enfermagem pela instituição de ensino Faculdade Arthur Sá Earp Neto (FASE).

Silvana Pereira Espindola

Graduanda em Enfermagem pela instituição de ensino Faculdade Arthur Sá Earp Neto (FASE).

Paula Rodrigues dos Santos

Graduanda em Enfermagem pela instituição de ensino Faculdade Arthur Sá Earp Neto (FASE).

Sara Gabriele de Carvalho Severiano

Enfermeira Graduada pela instituição de ensino Faculdade Arthur Sá Earp Neto FASE.

Sara Emanuele dos Santos Freitas

Enfermeira Graduada pela instituição de ensino Faculdade Arthur Sá Earp Neto FASE.

Márcio José Barbosa Bertholy

Graduando em Enfermagem pela instituição de ensino Faculdade Arthur Sá Earp Neto FASE

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera idosa a pessoa que tem 60 anos ou mais de idade, nos países em desenvolvimento, ampliando essa faixa etária para 65 anos ou mais nos países desenvolvidos. No Brasil, é considerado idoso todo cidadão com idade igual ou superior a 60 anos, segundo Estatuto do idoso Lei n.º 10.741, de 1º de outubro de 2003 e pela Política Nacional do Idoso (PNI), Lei n.º 8. 842, de 4 de janeiro de 1994¹.

Com os adventos tecnológicos na saúde, observa-se a conquista na vida dos idosos, trazendo a eles maior bem-estar ao longo dos anos. O uso de medicações para impotência e a reposição hormonal permitem que continuem suas experiências com o sexo. Porém, eles se tornam vulneráveis para as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) como HIV, Sífilis, Clamídia e Gonorréia, devido a práticas sexuais inseguras que praticam².

No Brasil, algumas IST não constam como doenças de notificação compulsória. Esse fato gera dados imprecisos com relação à prevalência nacional tanto para população geral como para os idosos. Com relação ao HIV, que é uma doença de notificação compulsória, os dados apontam um crescimento significativo tanto entre homens quanto entre mulheres nos últimos 10 anos, na faixa etária de 60 anos ou mais³.

Isso porque o diagnóstico para as IST nos idosos geralmente é feito tardiamente ou nunca chega a ser realizado, devido à falta de conhecimento do idoso sobre o assunto, acreditando não ter riscos de contrair a infecção. Já os profissionais de saúde acreditam que essa faixa etária não está em risco e oferecem menos o serviço para os idosos, contribuindo, assim, para os casos de subdiagnóstico, e também pela falta de preparo



Crédito: Projetado por Can Stock Photo

para interpretar as queixas do paciente e as particularidades sexuais desse público².

Com a elaboração do Programa Nacional de DST/AIDS em 1986, o país promove métodos para prevenção das IST, porém voltados para população em geral. Já para população idosa há uma defasagem, faltando pesquisas direcionadas para o público em questão sobre dados epidemiológicos, aumento da vida sexual, maior incidência da IST e fatores culturais. Os idosos de 60 e 70 anos consideram o uso do preservativo uma libertinagem, por não ter feito parte da cultura desta geração⁴.

Um grande problema são as mulheres no período pós-menopausa que continuam

com suas atividades sexuais sem se preocuparem com o uso de anticoncepcionais. Elas não têm orientação sobre a importância do uso do preservativo pela equipe de saúde, e mesmo quando orientada, a mulher tem dificuldade de inserir o preservativo na prática sexual do relacionamento pela falta de aceitação do parceiro, pela dificuldade no manuseio e por se considerar fora do risco de adquirir IST, por estarem com seus parceiros há anos e ter um relacionamento estável⁵.

A melhor prevenção para as IST em qualquer faixa etária é a camisinha feminina ou masculina, pois não se exclui o risco de adquirir as Infecções Sexualmente

Transmissíveis com a idade, à proporção que Gonorréia, Sífilis, Hepatite C e HIV outras, podem estar presentes em todos os cenários desprotegidos da relação sexual. Os testes rápidos para Sífilis, HIV/Aids e Hepatite B e C disponibilizados pelo SUS (Sistema Único de Saúde) também deve ser considerado como aliado, favorecendo para que o tratamento seja iniciado e evitando novas transmissões e melhor qualidade de vida para o paciente infectado⁶.

Decorrente a isso, a garantia do acesso às informações de forma qualificada e clara, como no realizado em aconselhamento e grupos para idosos permite nova perspecti-

va do indivíduo em relação a sua saúde. A Educação em saúde de forma estruturada permite que o idoso perceba que tem uma rede de apoio para que possa se comunicar e expressar suas apreensões, sabendo que receberá ajuda necessária para prevenção ou tratamento das infecções⁷.

Com isso, percebemos que o envelhecimento populacional requer uma atuação da saúde pública mais extensiva e indispensável, carecendo de uma mudança no sistema de saúde que se preocupa com a doença, devendo evoluir para o cuidado integral dos idosos¹.

Diante do exposto, levantamos a seguin-

te questão norteadora: Quais são os fatores que aumentam a vulnerabilidade de idosos diante das Infecções Sexualmente Transmissíveis? Sendo assim, o objetivo do estudo é identificar nas produções científicas os principais fatores que aumentam a vulnerabilidade dos idosos diante das Infecções Sexualmente Transmissíveis.

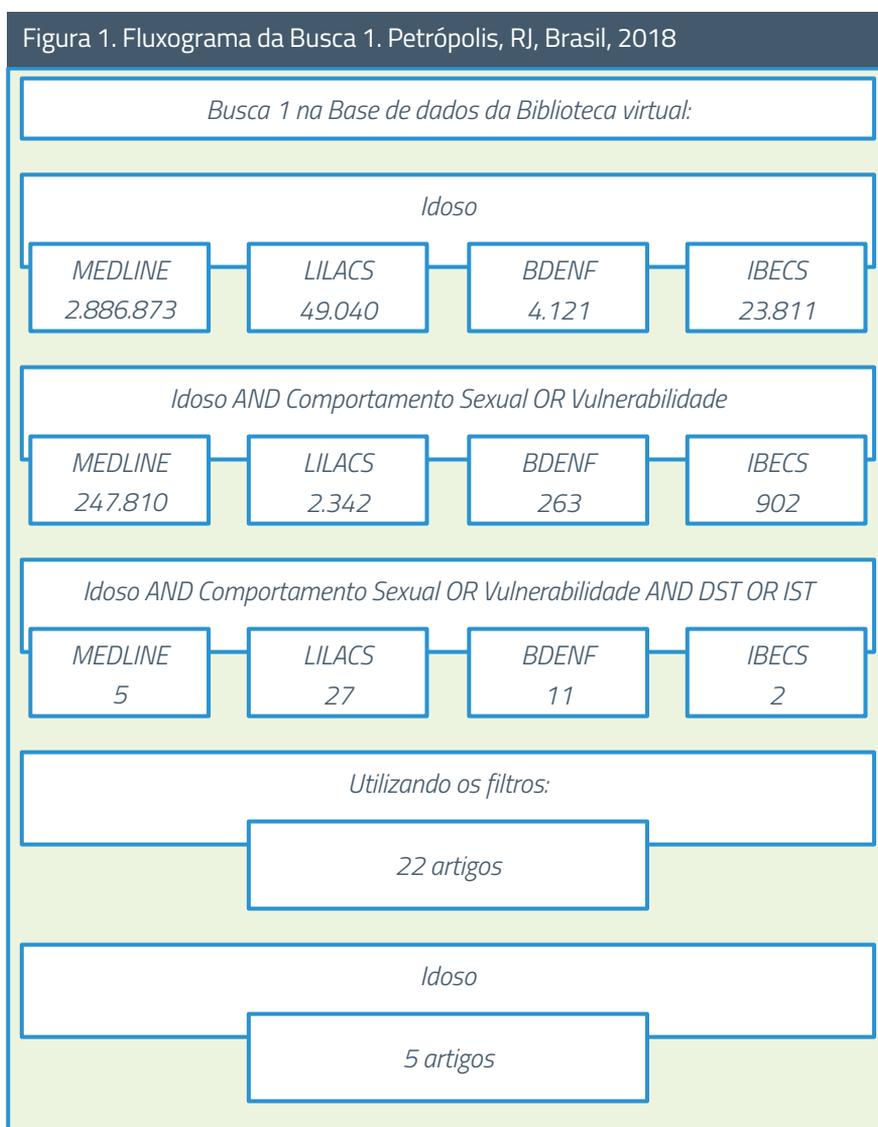
METODOLOGIA

Esta pesquisa foi realizada através da Revisão Integrativa por meio de publicações na área científica, trazendo evidências que justificam a implantação de novas práticas em saúde através dos estudos relacionados sobre o tema: Vulnerabilidade de idosos frente às Infecções Sexualmente Transmissíveis.

O método se estabeleceu em seis fases, sendo: a 1ª fase, elaboração da pergunta norteadora. Neste estudo, a pergunta respondida foi: Quais são os fatores que aumentam a vulnerabilidade dos idosos diante das Infecções sexualmente transmissíveis?

Na 2ª fase, realizou-se a busca ou amostragem na literatura, trazendo fontes confiáveis, permitindo, assim, resultáveis corretos diferenciando os critérios de inclusão com os de exclusão dos artigos investigados. Os critérios de inclusão foram: artigos científicos completos, nos idiomas português, inglês e espanhol, publicados nos últimos 5 anos (2013 a 2017). E os de exclusão: artigos de revisão integrativa, sistemática, bibliográfica ou que apesar de tratar da temática não atendam o objetivo do estudo.

A busca aconteceu no mês de agosto dentro da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) nas seguintes bases de dados: Lilacs, Medline, Bdenf e Ibecs. Os descritores utilizados para busca de evidências foram de acordo com a estratégia PICO, que significa um acrônimo de: Paciente, Intervenção, Comparação e Outcomes (desfecho). Sendo nesta pesquisa, Busca 01: P= Idoso and I= comportamento sexual OR vulnerabilidade C= não se aplica e AND O = dst OR Ist, usando o bolearador “AND” e “OR” entre si. Busca 02: P= Saúde do idoso I= comportamento sexual de risco C= não se aplica e AND O = Doenças Sexualmente



Fonte: dados da pesquisa

Transmissíveis DST entre si. A apresentação das combinações consta nos fluxogramas logo a seguir (Figura 1 e Figura 2).

E na 3ª fase ocorreu a coleta de dados no mês de novembro, utilizando um instrumento que contemplaram dados como: número, periódico, ano, base de dados, idioma, título do artigo e principais resultados (Quadro 1); número, autores, local, objetivo do estudo, tipo de estudo, participantes/amostra (Quadro 2). A 4ª fase analisou criticamente os estudos incluídos, organizando as informações colhidas em categorias. Na 5ª fase, houve a discussão dos resultados encontrados, e as análises dos textos nas

produções científicas. Já na 6ª fase, ocorreu a conclusão que está disposta de maneira compreensível e integral dando subsídios para que o leitor consiga ser criterioso com os resultados encontrados nesta pesquisa⁸.

RESULTADO

A seguir, a apresentação das informações pertinentes à temática deste estudo. Os dados selecionados seguiram os seguintes tópicos:

DISCUSSÃO

Nesta revisão, foi encontrado um número reduzido de artigos publicados com a

temática investigada (apenas seis), fato este citado por outros autores^{2,3}, que relataram a pouca quantidade de estudos que abordam a questão da vulnerabilidade nos idosos em relação as ISTs. Ficou evidente que muitos estudos não abordam em seus achados questões relacionadas à vulnerabilidade ao HIV.

Mesmo com um número reduzido de artigos, foi possível conhecer os principais fatores que aumentam a vulnerabilidade dos idosos diante das Infecções Sexualmente Transmissíveis. Através dos dados extraídos das pesquisas, optou-se por criar 04 categorias: a falta de conhecimento dos idosos diante das ISTs e da sexualidade, a falta do uso de preservativo nas relações sexuais, a falta de percepção do idoso como vulnerável as ISTs, a falta de abordagem do profissional de saúde.

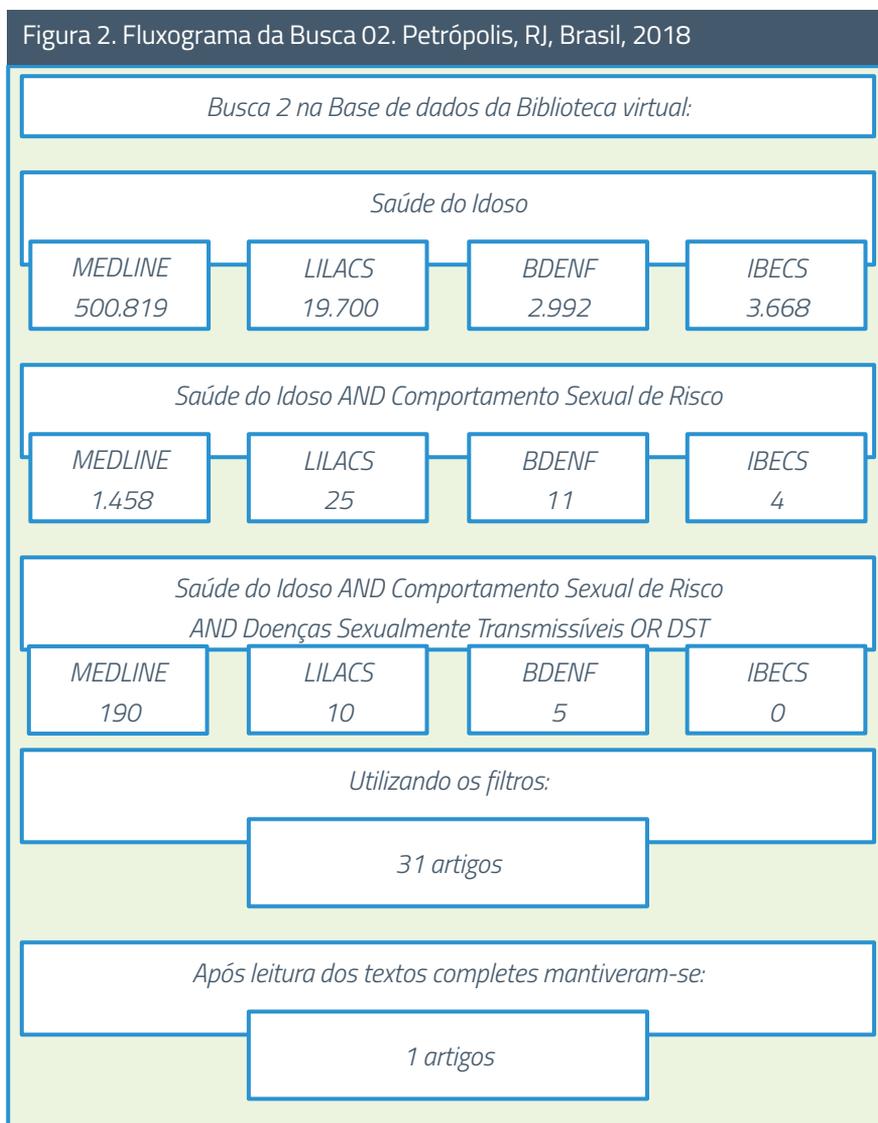
A falta de conhecimento dos idosos diante das ISTs e da sexualidade

Em um estudo⁹, apresentou-se como resultado a conduta do idoso e a baixa capacidade de resposta à vulnerabilidade, devido às percepções e crenças equivocadas e aos comportamentos constituídos em relações de gênero com assimetria de poder. Comparam o HIV ao Câncer visto como uma doença perigosa e letal com pouco tempo de vida após a descoberta.

Corroborando com a pesquisa, outro estudo¹⁰ expõe o entendimento distorcido sobre as formas de prevenção ao HIV devido as contribuições socioculturais, atrelados as suas histórias e concepções. O HIV é entendido pelo idoso como uma doença incurável, com morte anunciada, terrível, que provoca medo. As informações que os idosos possuem são debilitadas, conforme expressada em um estudo com 200 idosos, no qual revelou que em sua juventude eles não receberam as informações necessárias sobre sexo ao iniciarem sua vida sexual, e somente através dos amigos portavam suas informações, mas de forma fragilizada, e não obtiveram acesso a orientação quanto às formas de prevenção e sobre as ISTs¹¹.

Em contra partida, em outro estudo¹², demonstrou através da sua pesquisa que o conhecimento dos idosos era satisfatório,

Figura 2. Fluxograma da Busca 02. Petrópolis, RJ, Brasil, 2018



Fonte: dados da pesquisa

Quadro 01. Apresentação dos estudos selecionados para esta revisão integrativa, priorizando: número de ordem, periódico, ano, base de dados, idioma, título do artigo e principais resultados. Petrópolis, RJ, Brasil, 2018

Nº	PERIÓDICO	ANO	BASE DE DADOS	IDIOMA	TÍTULO DO ARTIGO	PRINCIPAIS RESULTADOS.
1	Ciênc. Saúde Colet	2016	Lilacs	Português	Fatores associados à vulnerabilidade de idosos vivendo com HIV/AIDS em Belo Horizonte (MG), Brasil.	A maioria dos entrevistados estava em uso de TARV (90%), estiveram ou estavam em união (85%), contraíram HIV/AIDS em relação sexual (90%), consideraram como boa a adesão à TARV (70%) – adesão definida como “boa” é aquela na qual o indivíduo toma todos os medicamentos prescritos (conceito adotado pela equipe médica) – tinham vida sexual ativa (65%), não revelaram seu status sorológico (90%) e não estiveram internados em decorrência de doença pelo HIV (55%). Para metade dos entrevistados o diagnóstico foi conhecido antes de terem completado 60 anos.
2	Rev Gaucha Enferm	2015	Lilacs Bdenf	Português	Práticas preventivas de idosos e a vulnerabilidade ao HIV.	Os participantes consideraram diversos grupos populacionais (jovens, homens, mulher, idosos, homossexuais e outros) como vulneráveis ao HIV e pouca ênfase foi dada a sua faixa etária em relação às demais. No tocante a prática preventiva relacionada ao uso de preservativo na ocasião do ato sexual, há dificuldades na sua utilização, justificadas pelas relações afetivas de confiança com o companheiro.
3	Rev Bras Enferm;	2015	Lilacs Bdenf	Português	Concepções de idosos sobre vulnerabilidade ao HIV/Aids para construção de diagnósticos de enfermagem	250 idosos da faixa etária de 60 a 65 anos. Utilizaram cinco palavras ao termo indutor HIV/Aids sendo Doença 112; Morte 101; Medo 55; Preconceito 52; Prevenção 45; divididas em condições cognitivas, condições comportamentais e condições sociais, com base no conceito de vulnerabilidade, para organizar os termos identificados, visando ao levantamento de diagnósticos de enfermagem.
4	CuidArte, Enferm	2015	Bdenf	Português	Sexualidade e comportamento de idosos vulneráveis a doenças sexualmente transmissíveis	Foram entrevistados 157 idosos. 80% dos idosos de ambos os sexos nunca usam preservativos nas relações sexuais, principalmente por não achar necessário (85%) e/ou não gostarem (12%); do montante de sujeitos, apenas 8,2% dos homens utilizam sempre preservativos, porcentagem maior que das mulheres (5,2%), provavelmente devido à maior quantidade de homens que assumiu ter mais de uma parceira. Mais da metade deles nunca haviam conversado com um médico sobre sexualidade e DSTs, e que as mulheres são mais abertas para dialogar sobre esse assunto em uma consulta do que os homens

5	Rev. Kairós	2014	Lilacs	Português	Análise dos comportamentos sexuais de idosos cadastrados em uma Estratégia Saúde da Família	Dentre os 153 idosos, nota-se que a maioria possuía companheiro, apresentava parceria sexual fixa, não tinha relação sexual nos últimos seis meses, não fazia uso de preservativos, não realizava teste para HIV, Ainda a maior parte informou que o preservativo previne DST's, conhece uma ou mais DST's, tem acesso a mais de um meio de comunicação, e relatou que qualquer pessoa pode contrair DST, e acha possível que eles peguem alguma DST. Entretanto, quanto aos comportamentos sexuais, mostraram-se deficientes, principalmente diante da baixa utilização de preservativos e a realização do teste HIV como forma de prevenção, estando com riscos aumentados para as DST's.
6	Rev. enferm. UFPE on line	2016	BDEFN	Português	Conhecimento dos idosos da estratégia saúde da família em relação ao HIV/AIDS.	A grande maioria dos idosos vê a AIDS como uma doença que não tem cura, com fase de pequeno período de adquirir e logo morrer. O baixo nível de conhecimento sobre o HIV/AIDS pelos idosos, demonstrado pelos participantes desse estudo demonstra que, embora a incidência da doença esteja aumentada entre os idosos, os mesmos não se veem como grupo de risco. O entendimento destes idosos sobre a prevenção encontra-se distorcido, havendo, para isso, a contribuição de fatores socioculturais, atrelados a sua história e concepções, exigindo que os profissionais ampliem seus olhares para o indivíduo como um todo, valorizando seu contexto de vida e adequando suas orientações.

Fonte: dados da pesquisa

pois a maior parte dos entrevistados possuíam conhecimento mínimo sobre as formas de transmissão e vulnerabilidade quanto às ISTs, porém o número pequeno de participantes que contribuíram para a pesquisa, apenas 20 idosos, não é tão significativo diante do número de idosos no país.

O artigo¹³ apontou que o idoso no contexto do HIV/Aids demonstra sentimentos negativos como medo da morte e preconceito. Relacionam a picada do inseto como modo de transmissão ao HIV e como forma de prevenção, acreditam que a limpeza após o ato sexual fornece uma barreira de proteção contra a infecção, validando seu baixo conhecimento. O Boletim Epidemiológico HIV/Aids, 2017, apresentou dados sobre casos de Aids no Brasil no ano de 2016, onde consta o registro de 2.217 casos entre

peçoas com 60 anos de idade ou mais⁶.

Em um artigo¹⁴, percebeu-se que 97,5% dos participantes da pesquisa disseram saber o que é AIDS, contudo, 84,3% erraram algum meio de transmissão do HIV. A falta de conhecimento do idoso é algo amplo não estando somente envolvidas as ISTs, assuntos como sexo e sexualidade também são fatores desconhecidos, desfavorecendo o entendimento do seu corpo e as formas de prazer.

A FALTA DO USO DE PRESERVATIVO NAS RELAÇÕES SEXUAIS

Uma pesquisa¹⁵ trouxe como resultado a dificuldade na utilização do preservativo pelo idoso, justificada pela relação afetiva de confiança com o parceiro. O idoso acredita que por viver vários anos com seu

parceiro(a) está protegido(a), não se cogita possíveis relacionamentos extraconjugais dos seus cônjuges, tornando-se assim vulnerável. Outra pesquisa¹⁴ apresenta como resultado a incidência de 80% dos idosos nunca utilizarem camisinha, encontrando como principal motivo não achar necessário, seguido de não usar porque não gosta.

Em um estudo com idosos realizado em Santos (SP) em um Baile da terceira idade, a maioria dos participantes relatou não fazer uso da camisinha, 52% nunca realizaram o teste da AIDS e 56% dos idosos entrevistados responderam que conheciam algum portador do vírus da AIDS. Eles conhecem as formas de transmissão do HIV, porém não utilizam em suas práticas¹⁶.

Na pesquisa¹⁷, o desuso do preservativo foi justificado por não gostar, pois preferem

o sexo sem ele, o que compromete a segurança no ato sexual, uma vez que a contaminação se dá pelo ato sexual, mantendo o ciclo de disseminação para outras pessoas. Em um artigo¹³, foi relatado como justificativa a falta de adesão ao uso do preservativo diferenciada entre homens e mulheres. Os homens explicam não utilizar pela falta da

camisinha no momento do ato sexual e pela falta de conhecimento dos riscos expostos. As mulheres não utilizam por confiarem em seus companheiros.

A falta do uso do condón pelos homens se dá ao fato do julgamento incorreto dos idosos por acharem que atrapalhará sua ereção e diminuirá seu prazer. Além de não

concordar com o fato das mulheres solicitarem o uso da camisinha, dizendo que as esposas devem confiar em seus maridos¹⁸.

Os dados apresentados na pesquisa⁹ impressionaram, pois encontrou em sua pesquisa idosos que afirmaram continuar sem adesão ao uso da camisinha nas relações sexuais mesmo após diagnosticados com

Quadro 02. Apresentação dos estudos selecionados para esta revisão integrativa, priorizando: número de ordem, autores, local, objetivo do estudo, tipo de estudo participantes/amostras. Petrópolis, RJ, 2018.

Nº	AUTORES	LOCAL	OBJETIVO DO ESTUDO	TIPO DE ESTUDO	PARTICIPANTES/AMOSTRA
1	Marília Borborema Rodrigues Cerqueira Roberto Nascimento Rodrigues	Belo Horizonte- MG	Definir alguns fatores associados à vulnerabilidade dos idosos ao HIV/AIDS, na perspectiva daqueles que vivem com o vírus.	Metodologia qualitativa	Foram entrevistados 20 idosos, 12 mulheres e 8 homens (todos com idade igual ou superior a 60 anos)
2	Valéria Peixoto Bezerra Maria Angélica Pinheiro Serra Ijalý Patrícia Pinheiro Cabral Maria Adelaide Silva Paredes Moreirac Sandra Aparecida de Almeida Anna Cláudia Freire de Araujo Patrício	João Pessoa-PB	Conhecer a vulnerabilidade de idosos à infecção pelo HIV no contexto das práticas preventivas.	Português Exploratório com abordagem qualitativa	37 participantes dos cinco grupos focais, faixa etária entre 60 e 70 anos, sexo feminino (94,5%).
4	Greicy Kelly Gouveia Dias Bittencourt, Maria Adelaide Silva Paredes Moreira, Lindiane Constâncio da Silva Meira, Maria Miriam Lima da Nóbrega, Jordana Almeida Nogueira, Antonia Oliveira Silva	João Pessoa-PB	Conhecer concepções de idosos sobre vulnerabilidade ao HIV/AIDS e identificar diagnósticos de enfermagem.	Pesquisa de campo, com abordagem qualitativa.	250 idosos, de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 60 anos.
5	Giovanna da Fonseca Burigo, Isabella Fernandes Fachini, Bruna Garetti, Camilla Cristine Ilescas Streicher, Ricardo Santaella Rosa	Catanduva (SP)	Descrever o comportamento de pessoas idosas frente às doenças sexualmente transmissíveis, a partir do uso ou não de preservativos, e seus conhecimentos sobre doenças sexualmente transmissíveis, em especial a AIDS, devido ao aumento significativo nessa população.	Estudo transversal, retrospectivo e de prevalência.	Foram entrevistados 157 idosos. Todos os participantes se declararam heterossexuais, prevalecendo idosos de faixa etária entre 60 e 69 anos.
6	Maria das Dores Duarte de Souza, Lôide Itolini Macêdo Mota, Wenysson Noleto dos Santos, Richardson Augusto Rosendo da Silva, Nadiana Lima Monte	Teresina (PI)	Descrever o conhecimento dos idosos em relação ao HIV/AIDS e identificar o comportamento de idosos na prevenção do HIV/AIDS	Estudo descritivo e exploratório, de abordagem qualitativa	Participaram do estudo 20 idosos, sendo ambos os sexos, com faixa etária a partir de 60 anos a mais.

Fonte: dados da pesquisa

HIV. Em um estudo realizado em Sobral (CE) observou-se a existência de mitos e verdade sobre a AIDS, sendo respondido por alguns idosos que a picada de insetos e o uso de sanitários eram alguns dos meios de transmissão do HIV. Após a realização de oficinas educativas, foi feita nova abordagem e os idosos em sua totalidade responderam que o sexo desprotegido, o leite materno e o sexo oral eram meios de transmissão, sendo possível observar uma mudança significativa após a realização da oficina educativa¹⁸.

Em um trabalho de revisão¹⁹, evidenciou-se como as principais causas de HIV nos idosos: a extensão do sexo na terceira idade, o descobrimento de medicamentos estimulantes sexuais, a reposição hormonal, o uso de prótese peniana, a resistência do uso do preservativo, o desconhecimento dos idosos sobre o preservativo não permite entender o benefício à saúde¹⁹. O idoso precisa estar apto para prática segura do sexo, entendendo que a prevenção, uso da camisinha, tem que acontecer em todas as

fases da vida, informando que precisa utilizá-la em todos os tipos de relacionamentos que estiverem, seja heterossexual, homossexual, extraconjugal ou fixo independente do cenário que estiver.

Falta de percepção do idoso como vulnerável às ISTs

Um artigo¹⁵ traz como resultado que os idosos consideram diversos grupos populacionais (jovens, mulheres, homens, homossexuais e outros) como vulneráveis sem incluir sua faixa etária. Acreditam ser algo destinado aos grupos mais jovem por possuírem maior número de atividade sexual. Eles reconhecem a importância do uso da camisinha, porém não utilizam.

Outro artigo⁹ ressalta que a vulnerabilidade está associada à falta de informação dos idosos, o que permite que eles não utilizem do preservativo por se considerarem imunes a infecção, sem perceber também a importância de se proteger para evitar possíveis reinfecções com outros tipos de vírus. O artigo de Bittencourt¹³ trouxe a informa-

ção de que a vulnerabilidade social circunda a obtenção de informações que propicia a compreensão do cidadão para que ele perceba a necessidade de mudança.

O artigo de Souza¹⁰ demonstrou que o idoso não se percebe vulnerável, apesar do aumento no número de casos HIV nesse grupo, por terem conhecido a doença nos anos 80, onde a infecção era considerada comum em usuários de drogas injetáveis, profissionais do sexo e homossexuais masculinos, carregando com eles a percepção falha de não serem vulneráveis à AIDS, conhecida em sua geração como Câncer Gay.

Uma pesquisa realizada em João Pessoa (PB) com 55 idosos com faixa etária entre 60-70 anos demonstrou a falta de conhecimento do idoso sobre as formas de transmissão e prevenção das ISTs, justificando assim sua susceptibilidade, por não se considerar vulnerável²⁰.

A falta de abordagem do profissional de saúde

Uma pesquisa¹³ associou a falta de percepção do idoso atrelada à escassez de serviço de saúde voltados para este público. Outro artigo¹⁴ apontou que mais da metade dos entrevistados nunca haviam conversado com um médico sobre sexualidade e ISTs, estando a mulher mais aberta a dialogar sobre o assunto que os homens. Os profissionais de saúde não perguntam para os idosos se eles fazem uso de drogas, supondo que esta população não se comporta de tal modo, dificultando a identificação deste grupo como tóxico-dependente²¹.

Na pesquisa²² sobre as repercussões das estratégias utilizadas pelos enfermeiros para prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis e HIV/AIDS na terceira idade, os autores obtiveram como resultado que os idosos continuam sem receber as orientações necessárias da enfermagem sobre as medidas de prevenção das ISTs e a saúde sexual.

Em uma pesquisa¹², foi ressaltada a importância dos profissionais de saúde ponderar com os idosos questões de sexualidade, considerando como uma prática comum também nesta idade. Como mencionado no estudo²³ sobre a Sexualidade no idoso



Crédito: Projetado por Can Stock Photo

sob a percepção de profissionais da geriatria e gerontologia, os profissionais não são orientados na graduação sobre a sexualidade na terceira idade e com isso sentem-se desconfortáveis ao conversar sobre a questão com seus pacientes.

Entretanto, em um estudo realizado no Ceará²⁴, ficou evidente que os profissionais de saúde consideram importante a sexualidade na terceira idade, contudo não falam sobre o assunto, aguardando que o usuário venha com algum sinal e sintoma²⁴.

A experiência da sexualidade altera-se com os anos, assim como o ciclo da vida sua representação é de suma importância para a satisfação do indivíduo. Relações sexuais realizadas de forma insegura, desprotegida, tornam as pessoas susceptíveis às ISTs, em qualquer faixa etária. Cabe ao profissional de saúde ponderar os sinais e sintomas apresentados pelas pessoas idosas, pois está sobre incumbência do serviço de saúde ofertar camisinhas masculinas e femininas e gel lubrificante para adoção de práticas seguras²⁵.

É evidente a necessidade de projetos que atuem frente ao problema da vulnerabilidade do idoso nas ISTs, tal como é relatado em uma pesquisa⁷, onde realizaram oficinas educativas com metodologia na gerontologia educacional nos temas: Tenda da Sabedoria, Baile dos idosos e Roda de conversa, na qual traziam os assuntos sobre a sexualidade no idoso, formas de prevenção e transmissão das ISTs com distribui-

ção de preservativos, encaminhamentos e testagem para sorologias de Hepatite B e C, Sífilis e HIV, além do fornecimento de matérias educativos, decorrendo de forma lúdica e objetiva⁷.

Essa iniciativa segue o descrito no Manual de oficinas educativas sobre a sexualidade e prevenção de DST/AIDS no idoso, onde foram lançadas diversas táticas a serem utilizadas para proporcionar um espaço confortável e disponível para o idoso²⁶, perfazendo um trabalho que contribua de forma eficiente na vida dos indivíduos idosos, favorecendo, assim, suas atitudes e manejos relacionados à sexualidade.

Conclusão

Com o presente estudo, foi possível identificar como vulnerabilidades de idosos a falta de percepção do idoso como vulnerável e o desconhecimento do idoso frente às ISTs.

Os autores mencionam que os idosos possuem baixa capacidade de resposta à vulnerabilidade, devido às percepções e crenças equivocadas. Ficou clara que a falta de informação do idoso permite que ele viva sua sexualidade de forma insegura, com total liberdade, sem o uso do preservativo. As idosas justificam a dificuldade na utilização do preservativo por possuírem relação afetiva de confiança com o parceiro, sem cogitar possíveis relacionamentos extraconjugais dos seus cônjuges, tornando-se assim vulnerável. Os idosos explicam a não adesão devido à falta da camisinha no momento

do ato sexual e pela falta de conhecimento dos riscos expostos, e continuam praticando sexo sem camisinha nas relações sexuais mesmo após diagnosticados com HIV.

Ressalta-se que a vulnerabilidade está associada à falta de informação dos idosos, permitindo à eles a não utilização do preservativo por se considerarem imunes à infecção, sem perceber também a importância de se proteger para evitar possíveis reinfecções com outros tipos de vírus, carregando com eles a percepção falha de não serem vulneráveis

A escassez de profissionais que abordam a sexualidade do idoso e suas complexidades permitiu que houvesse uma lacuna entre o profissional e o idoso, viabilizando que os idosos nunca conversem com um médico sobre sexualidade e ISTs., estando a mulher mais aberta a dialogar sobre o assunto que os homens. Destacam-se outros grupos negligenciados: os idosos usuários de drogas e os LGBT. Os profissionais de saúde precisam ponderar com os idosos questões de sexualidade, considerando como uma prática comum também nesta idade.

A pesquisa demonstrou-se a necessidade de novos estudos que visam a abordagem da sexualidade nos idosos relacionado às ISTs, visto que na literatura os poucos trabalhos encontrados fizeram grande referência ao HIV, o que se tornou uma fragilidade para este estudo, uma vez que quem se expõe ao HIV encontra-se susceptível as demais ISTs. ■

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde. **Resumo Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde** [Internet]. 2015. [citado 30 maio 2018]. Disponível em: <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>
2. Neto JD, et al. **Doenças sexualmente transmissíveis em idosos: uma revisão sistemática.** *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2015 [citado 2018 mai 25]; 20(12):3853-3864. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2015.v20n12/3853-3864/pt>
3. Andrade J, et al. **Vulnerabilidade de idosos a infecções sexualmente transmissíveis.** *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2017 [citado 2018 mai 30]; 30(1):8-15. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v30n1/1982-0194-ape-30-01-0008.pdf>
4. Martinelli JE. **Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e**
5. **o Envelhecimento.** *Portal do Idoso em Saúde* [Internet]. 2018 [citado 2018 mai 31]. Disponível em <https://idosos.com.br/doencas-sexualmente-transmissiveis/>
5. Laroque MF, et al. **Sexualidade do idoso: comportamento para a prevenção de DST/AIDS.** *Rev. Gaúcha Enferm* [Internet]. 2011 [citado 2018 jun 10]; 32(4). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v32n4/v32n4a19.pdf>
6. **Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (BR). Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa** [Internet]. 4. ed. 2017. [citado 26 mai 2018]. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/27/CADERNETA-PESSOA-IDOSA-2017-Capa-miolo.pdf>
7. Afonso VLM, et al. **Estruturando o trabalho de prevenção de**

REFERÊNCIAS

- Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) em idosos: oficinas educativas. *R Epidemiol Control Infec* [Internet]. 2015 [citado 2018 mai 26]; 5(4):206-208. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/download/6092/4636>
8. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein* [Internet]. 2010; 8(1):102-6. [citado 2018 mai 30]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0102
9. Cerqueira MBR, Rodrigues RN. Fatores associados à vulnerabilidade de idosos vivendo com HIV/AIDS em Belo Horizonte (MG), Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2016 [citado 2018 out 20]; 21(11):3331-3338. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n11/1413-8123-csc-21-11-3331.pdf>
10. Souza MDD, et al. Conhecimento dos Idosos da Estratégia Saúde da Família em relação ao HIV/AIDS. *Rev enferm UFPE* [Internet]. 2016 [citado 2018 out 20]; 10(11):4036-45. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/11487/13345>
11. Uchoa YS, et al. A sexualidade sob o olhar da pessoa idosa. *Rev bras geriatr gerontol* [Internet]. 2016 [citado 2018 Nov 01]; 19(6):939-949. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232016000600939&lng=en&nrm=iso
12. Paulino MCF, et al. Análise dos comportamentos sexuais de idosos cadastrados em uma Estratégia Saúde da Família. *Revista Kairós Gerontologia* [Internet]. 2014 [citado 2018 out 20]; 17(4):49-61. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/kairós/article/view/23396/16829>
13. Bittencourt GKGD, et al. Concepções de idosos sobre vulnerabilidade ao HIV/AIDS para construção de diagnósticos de enfermagem. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2015 [citado 2018 out 20]; 68(4):579-85. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n4/0034-7167-reben-68-04-0579.pdf>
14. Burigo GF, et al. Sexualidade e comportamento de idosos vulneráveis a doenças sexualmente transmissíveis. *CuidArte Enferm* [Internet]. 2015 [citado 2018 out 20]; 9(2):148-153. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDEN-F&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=27676&indexSearch=ID>
15. Bezerra VP. Práticas preventivas de idosos e a vulnerabilidade ao HIV. *Rev Gaúcha Enferm Porto Alegre* [Internet]. 2015 [citado 2018 out 20]; 36(4). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472015000400070&script=sci_arttext&lng=pt&aff01
16. Lousada NS, Borges SM, Rodrigues EL. HIV/AIDS na Terceira Idade: Avaliação do Conhecimento e Percepção de Risco no Município de Santos. *Unisant Health Science* [Internet]. 2017 [citado 2018 nov 26]; 1(1). Disponível em: <http://periodicos.unisanta.br/index.php/hea/article/view/1039/979>
17. Serra A, Sardinha AHL, Lima SCVS. Perfil Comportamental de Idosos com HIV/AIDS atendidos em um Centro de Referência. *Rev enferm UFPE Recife* [Internet]. 2013 [citado 2018 nov 27]; 7(2):407-13. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/10249/10861>
18. Bastos LM, et al. Avaliação do nível de conhecimento em relação à Aids e sífilis por idosos do interior cearense, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2018 [citado 2018 nov 16]; 23(8):2495-2502. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232018000802495&lng=pt&nrm=iso
19. Valente GSC, et al. Atividades causadoras de HIV em Idosos: Revisão Integrativa. *Rev enferm UFPE Recife* [Internet]. 2013 [citado 2018 out 25]; 7(8):5323-9. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/11809/14197>
20. Brito NMI, et al. Idosos, infecções sexualmente transmissíveis e aids: conhecimentos e percepção de risco. *ABCS Health Sci* [Internet]. 2016 [citado 2018 jun 06]; 41(3):140-145. Disponível em: <https://www.portalnepas.org.br/abcshs/article/view/902/744>
21. Oliveira MLC, Paz LC, Melo G. F. Dez anos de epidemia do HIV/AIDS em maiores de 60 anos no Distrito Federal – Brasil. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2013 [citado 2018 nov 13]; 16(1):30-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v16n1/1415-790X-rbepid-16-01-0030.pdf>
22. Gusmão TLA, et al. Educação em saúde na terceira idade para prevenção das infecções sexualmente transmissíveis e HIV/AIDS: uma revisão integrativa. *Congresso Internacional do Envelhecimento Humano* [Internet]. 2017 [citado 2018 nov 10]. Disponível em: http://www.editorarealize.com.br/revistas/cieh/trabalhos/TRABALHO_EV075_MD2_SA9_ID2468_21102017165504.pdf
23. Costa DCA, et al. Sexualidade no Idoso: Percepção de Profissionais da Geriatria e Gerontologia. *Universitas: Ciências da Saúde* [Internet]. 2017 [citado 2018 nov 05]; 15(2):75-85. Disponível em: <https://publicacoesacademicas.uniceub.br/cienciasaude/article/view/3997>
24. Cunha LM, et al. Vovô e vovô também amam: sexualidade na terceira idade [Internet]. 2015 [citado 2018 nov 03]; 19(4):894-900. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1049>
25. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica (BR). *Saúde sexual e saúde reprodutiva / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica*. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília (DF) Ministério da Saúde [Internet]. 2013 [citado 04 nov. 2018]. p. 39. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf
26. Secretaria Estadual de Saúde Instituto Paulista de Geriatria e Gerontologia. Instituto Paulista de Geriatria e Gerontologia (IPGG) José Ermírio de Moraes [Internet]. 2016. [citado 16 nov. 2018]. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/instituto-paulista-de-geriatria-e-gerontologia-ipgg-jose-ermirio-de-moraes/ipgg-na-midia/ipgg-na-midia-em-2016>

Preceptoria na estratégia da saúde da família: espaço de compartilhamento de conhecimentos

RESUMO

Objetivo: Analisar as potencialidades e as limitações da prática educativa do enfermeiro preceptor no processo de formação na Estratégia da Saúde da Família. **Metodologia:** Estudo descritivo de natureza qualitativa, na modalidade estudo de caso. Desenvolvido com 12 enfermeiros que atuavam como preceptores na Estratégia da Saúde da Família, em um município do Estado do Rio de Janeiro. **Resultados:** São apresentados em três categorias: A Preceptoria como espaço dialógico de trocas efetivas; A institucionalização da preceptoria no município de Itaboraí; A Estratégia Saúde da Família como espaço plural no processo de formação em saúde. **Conclusão:** Os participantes ao definirem o que é ser preceptor demonstram uma relação entre a ação e a eficácia, revelando um sentido prático ao ato de ensinar e refletir sobre a prática, proporcionando um fazer em saúde, adequado aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

DESCRITORES: enfermagem em saúde comunitária; preceptoria; atenção primária à saúde.

ABSTRACT

Aim: To analyze the potentialities and limitations of preceptor nurses' educational practice in the Family Health Strategy training process. **Methodology:** Descriptive study of a qualitative nature via case study. Developed with 12 nurses who worked as preceptors in the Family Health Strategy, in a city in the State of Rio de Janeiro. **Results:** They are presented in three categories: Preceptorship as a dialogical space of effective exchanges; The institutionalization of the preceptors in the municipality of Itaboraí; The Family Health Strategy as a plural space in the health training process. **Conclusion:** Participants in defining what is to be a preceptor demonstrate a relationship between action and effectiveness, revealing a practical sense to the act of teaching and reflecting on the practice, providing a health practice adequate to the principles and guidelines of the Brazilian Public Health System (SUS).

DESCRIPTORS: community health nursing; preceptorship; primary health care

RESUMEN

Objetivo: Analizar las potencialidades y las limitaciones de la práctica educativa del enfermero preceptor en el proceso de formación en la Estrategia de Salud de la Familia. **Metodología:** Estudio descriptivo de naturaleza cualitativa, en la modalidad estudio de caso. Desarrollado con 12 enfermeros que actuaban como preceptores en la Estrategia de Salud de la Familia, en un municipio del Estado de Río de Janeiro. **Resultados:** Se presentan en tres categorías: La Preceptoria como espacio dialógico de intercambios efectivos; La institucionalización de la preceptoria en el municipio de Itaboraí; La Estrategia Salud de la Familia como espacio plural en el proceso de formación en salud. **Conclusión:** Los participantes al definir lo que es ser preceptor demuestran una relación entre la acción y la eficacia, revelando un sentido práctico al acto de enseñar y reflexionar sobre la práctica, proporcionando un hacer en salud, adecuado a los principios y directrices del Sistema Único de salud.

DESCRIPTORES: enfermería en salud comunitaria; preceptoría; atención primaria de salud.

Flávia de Jesus Ribeiro Chagas

Enfermeira. Mestre em Ensino na Saúde pela EEAAC/UFF.

Donizete Vago Daher

Doutora em Saúde Coletiva. Professora Associada da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense (UFF).

Fabiana Ferreira Koopmans

Enfermeira. Mestre em enfermagem. Docente do Departamento de Saúde Pública da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) – RJ – Brasil.

Magda Guimarães de Araujo Faria

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Saúde Pública da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) – RJ – Brasil.

Hermes Candido de Paula

Enfermeiro, Doutorando em Ciências do Cuidado pela Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense (UFF).

Gabriela Moio Azevedo

Enfermeira. Mestranda do Mestrado profissional em andamento em Ensino na Saúde: Formação Docente Interdisciplinar para o Sus da Universidade Federal Fluminense (UFF)

INTRODUÇÃO

A integração entre os serviços de saúde e os órgãos formadores é essencial para a formação de recursos humanos no do Sistema Único de Saúde (SUS) em todos os seus diferentes espaços¹. Os Cursos de Graduação deverão estar centrados no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem, devendo buscar a articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência, garantindo um ensino crítico, reflexivo e criativo². Muitos profissionais facilitadores nesta articulação são chamados de preceptores.

O preceptor deve ter titulação mínima de especialista e experiência mínima de três anos na área de concentração do programa. Cabe a ele a supervisão direta das atividades práticas realizadas pelos graduandos nos serviços de saúde, mediando teoria e a prática^{3,4}.

O processo de ensino-aprendizagem deve ser ancorado na capacidade de ponderações sobre sua própria prática profissional, na qual o estímulo para reflexões é baseado na articulação entre cuidado-ambiente-relações, o que catalisa a construção de novas formas de pensar e agir, além de inovações e melhores práticas^{5,6}.

A preceptoría é uma prática educativa, na qual demanda competência, criatividade e sensibilidade, além do estímulo à criação de habilidades específicas nos estudantes⁷. Na Estratégia de Saúde da Família (ESF), esta atividade envolve o conhecimento do cotidiano das comunidades, a interdisciplinaridade e a integralidade das ações, dentre outros⁸.

Diante disso, elegeu-se como objetivo

deste estudo: Analisar as potencialidades e as limitações da prática educativa do enfermeiro preceptor no processo de formação na ESF. A relevância desta pesquisa pauta-se na necessidade de articular, em um processo contínuo, o ensino e o serviço na formação de futuros enfermeiros.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo de natureza qualitativa, na modalidade de estudo de caso, realizado no município de Itaboraí, estado do Rio de Janeiro, Brasil. Participaram do estudo 12 enfermeiros que atuavam como preceptores em um projeto de ensino. Como critério de inclusão estabeleceu-se: o entrevistado estar atuando como preceptor por pelo menos um ano. Como critério de exclusão, a ausência do serviço durante o estudo por motivos qualquer.

Para coletas de dados, foram realizadas entrevistas semiestruturadas. Os dados foram analisados através da análise de conteúdo com referencial teórico de Bardin⁹. As unidades de registro que foram agrupadas em três categorias: 1. A preceptoría como espaço de trocas efetivas; 2. A constituição da preceptoría no município de Itaboraí; 3. A Estratégia Saúde da Família como processo de formação em saúde.

O estudo respeitou os termos da Resolução n.º 466/2012 que regulamentam a pesquisa com seres humanos¹⁰. Os participantes foram identificados e codificados por cores para preservar-lhes a identidade. O estudo teve aprovação do comitê de ética da pesquisa da Faculdade de Medicina/Hospital Universitário Antônio

Pedro (FM/HUAP), da Universidade Federal Fluminense (UFF), sob o protocolo n.º 465.287/2013.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterizando os participantes, foi constatado que dos 12 enfermeiros preceptores entrevistados, 9 tinham curso de pós-graduação, sendo 8 com nível de especialização, 2 com Mestrado e 1 com as duas pós-graduações. Não havia enfermeiros com doutorado como preceptor na ESF do município. Dentre estes, 3 tinham especialização em Saúde Pública.

Quanto ao tempo de atuação, a média de foi de 6 anos, sendo que o tempo maior de atuação foi de aproximadamente 12 anos e o que atuava há menos tempo foi de aproximadamente 1 ano no município. Sobre regime de trabalho, 4 atuavam como contratados e 8 como estatutários. A média de tempo de atuação dos enfermeiros contratados foi de 2 anos de atuação, enquanto a média de atuação dos estatutários foi de 8 anos.

Categoria 1: A Preceptoría como Espaço Dialógico de Trocas Efetivas

Observou-se a existência de cenário no qual ensinar e aprender são concomitantes, o que contribui para a conquista de novos conhecimentos, despertando no preceptor o desafio de buscar por aprimoramentos e capacitações. Ao serem indagados sobre o que é ser preceptor, os participantes fazem menção à real possibilidade de trocas dialógicas de conhecimento, onde é evidenciado o encontro entre os saberes:

[...] É interessante porque você

possibilita que os alunos aprendam pelas trocas, estes que serão os seus futuros colegas. Você assim ajuda, dá força, dá apoio, ajuda a prepará-los, mas ao mesmo tempo eles também te ajudam porque tem um encontro de saberes. Você está fazendo troca de conhecimento, de novas informações o tempo todo e, ao mesmo tempo, você, que está formado há muito tempo, se autoavalia o tempo todo e cresce junto. (Azul Celeste)

Os depoimentos apontam que a atuação pedagógica do preceptor aproxima-se da filosofia do educador Paulo Freire, fundamentada no diálogo, na participação, na reflexão crítica sobre a prática e no respeito ao saber dos educandos⁵. Assim, a formação que se pretende nos módulos de prática na ESF tem como princípio a afirmação de Freire: “Saber que ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua própria produção ou a sua construção”. Neste sentido, ser preceptor para uma das entrevistadas é:

[...] Aquela pessoa que tem que possibilitar o encontro para que o ensino aconteça. Então eu acho que você tem que realizar trocas, porque ele traz informações da academia, ele traz essa informação para você que também o ajuda a melhorar ou a mudar alguma coisa. Então é um encontro de saberes com muito respeito. Ele realmente vem com muita vontade de aprender. Então, se você tem disposição de aprender junto e de ensinar, a coisa flui bem. A formação acontece, [...] não tenho uma definição em uma só palavra. (Violeta Cobalto)

Torna-se necessário que o preceptor seja capaz de instituir um processo de trabalho educativo e formar na perspectiva dialógica, tendo a autonomia do estudante como uma de suas principais metas, estimulando nestes a curiosidade e as trocas, buscando orientá-los para atuarem como sujeitos

ativos e coparticipantes no seu processo de formação⁵.

Compartilhar o conhecimento e possibilitar troca de saberes foi, para a grande maioria dos entrevistados, uma das principais funções apontadas para ser preceptor. Entretanto, paralelamente ao entendimento da preceptoría como espaço de trocas, foi apontado o sentimento de insegurança por não ter vivenciado essa experiência de formação pessoal, mas que este fato não desencoraja a atuação dos enfermeiros enquanto preceptores.

[...] Eu, às vezes, acho que não tenho muito jeito pra ser professora, ou preceptora. Fico insegura mesmo [...] Mas eu gosto. Apesar de não achar que eu tenho o dom eu acho muito gratificante mesmo você poder partilhar o conhecimento, construir juntos o conhecimento, e isto é o que me faz continuar sendo preceptora. (Cobalto)

A presença dos estudantes no campo prático representa um elo vivo entre serviço e academia, garantindo ressignificação de saberes e reconstruindo condutas a partir das necessidades dos usuários¹¹. Contudo, existe uma relação direta na fragilidade que ainda há na relação entre o que se preconiza na academia e o que se efetiva na prática, fazendo necessária aproximação dos mundos no contexto integração ensino-serviço¹².

Assim sendo, apenas um dos entrevistados demonstrou insegurança para desenvolver a atribuição de preceptor que lhe é conferida, entendendo que os demais enfermeiros participantes do estudo se sentem seguros para este papel. Comprovou-se, então, que a função de educador vai sendo gradativamente trabalhada pelo profissional enfermeiro e preceptor, com a aquisição de modos particulares de pensar e agir.

Categoria 2: A Institucionalização da Preceptoría no Município de Itaboraí

Sobre o papel e as responsabilidades da gestão do município

na implementação das ações de preceptoría, os discursos apontam que esta atividade se configura como muito pouco conhecida e valorizada, marcada pela fragilidade de um planejamento unilateral da instituição de formação. Assim, eles definiram o que é ser preceptor no município:

[...] No município não tenho apoio hora nenhuma. Nunca tive visita de ninguém, só mesmo do professor e da aluna. Não tive escolha; um dia ele chegou lá e disse que aquela unidade tinha sido escolhida, mas como eu já tinha passado pelo processo, eu expliquei a ele, que já conhecia e sabia que eu era recém-formada e me ajudou também. Foi bom que eu aprendi junto com a aluna. Como eu era recém-formada então tivemos um convívio muito próximo. (Magenta)

Dessa forma, rompe-se com a percepção de que a atribuição do preceptor deva estar direcionada somente à realização da habilidade técnica. O preceptor deve ser responsável também por estimular o aluno a refletir sobre o seu "ser/fazer/pensar," de forma crítica-reflexiva¹³. Percebe sua completude como enfermeiro, cidadão e ser humano nesta interação, e anseia por permitir que o graduando experiencie uma prática social transformadora¹².

Cabe aqui destacar que no Brasil, nem sempre os processos de formação dos profissionais de saúde estiveram conectados às políticas públicas e modelos de atenção implementados pelos governos. Esta preocupação surge com o SUS, na década de 1980 e, mais tarde, na década de 1990 com a promulgação da Diretrizes Curriculares (DCN) para a formação em Saúde. As DCN dos cursos da saúde estão relacionadas de forma explícita a mudanças do modelo de atenção à saúde. Após a promulgação das DCN, políticas públicas específicas à formação em saúde e relacionadas ao novo modelo começaram a ser implantadas. A partir desse contexto, a formação em saúde deixou de ser um tema marginal no Ministério da Saúde¹⁴.

Apesar das políticas apontarem para a construção de estratégias e incentivos apoiadores à formação, observa-se muitos limitadores na efetivação deste processo, sobretudo no cenário da ESF. As principais limitações observadas são as condições de trabalho, tanto materiais quanto estruturais que, muitas vezes, para a prática da preceptoria, comprometem o atendimento e os ideais do SUS, comprometendo tanto a qualidade da assistência quanto a motivação dos profissionais que trabalham na ESF¹⁵.

É comum perceber profissionais de enfermagem no cotidiano laboral que utilizam meios criativos de improviso para não interromper a continuidade da assistência. Entretanto, o exercício da criatividade e a capacidade de contornar não podem se tornar contínuos, forjando soluções distantes do método teórico, pois podem comprometer o processo formativo, trazer prejuízos ao usuário e romper a rigidez requerida no cuidado à saúde¹².

Na busca de melhoria no processo de preceptoria, percebe-se que as instituições de ensino e secretarias municipais e estaduais de saúde deveriam constituir em seus organogramas um espaço democrático para a pactuação da integração ensino-serviço. Entre outras responsabilidades, estão: ênfase maior na importância de um espaço adequado (incluindo estrutura física, população adstrita, recursos de aprendizagem, etc.); descrição da formação desejável (ou perfil) para um profissional se tornar preceptor, incluindo políticas de educação continuada e integração com a coordenação pedagógica; construção das ementas dos estágios envolvendo coordenação pedagógica e gestão dos serviços e preceptores¹⁶.

A melhoria das condições de trabalho deve ser considerada pelas autoridades competentes para que a Rede Básica de Saúde possa, de fato, constituir um espaço adequado de treinamento dos estudantes². Um esforço conjunto das secretarias de saúde, do corpo docente e dos discentes das Instituições de Ensino na Saúde e dos profissionais de saúde torna-se necessário para que tenhamos quadros eficientes e resolutivos na saúde do Brasil e, em especial,

no fortalecimento do SUS.

No conjunto de depoimentos, houve uma pluralidade de desafios a serem superados no exercício da preceptoria e informados pelos participantes, conforme aponta o depoimento abaixo:

[...] O espaço físico não era bom. A unidade era pequena, não tinha espaço pra mim e para elas dentro da sala. Às vezes, a sala era pequena pra ficar eu, a paciente e mais duas. Era ruim, era apertado. (Laca Rosa)

Isto pode ser interpretado pela origem da Estratégia, que foi comercializada desde o início da sua criação e baseou-se no modo como os incentivos para a implantação do Programa foram distribuídos⁸. Este fez com que os administradores interessados na verba federal implantassem diversas ESF nos municípios sem qualquer preocupação com adequação das estruturas físicas, com a qualidade do serviço, com os profissionais recrutados e com a disponibilização de materiais e insumos básicos essenciais para o trabalho em saúde.

Categoria 3: A Estratégia Saúde da Família como Espaço Plural no Processo de Formação em Saúde

Nesta categoria foram analisadas as diferentes formas de compreensão dos entrevistados sobre a ESF como espaço de formação e de possibilidade de conhecer o SUS na prática. Como uma das portas de entrada do SUS, a ESF é um cenário plural que oferta uma gama diversa de atividades para usuários, profissionais e alunos em formação. Como dito pelos entrevistados, esse espaço se configura como de contínua possibilidade de formação:

[...] Acho que a ESF como ela é considerada a porta de entrada do sistema para o usuário, ela deveria ser a porta de entrada do sistema para o acadêmico porque é um mundo de possibilidades. Dentro da ESF você tem a possibilidade de infinitas atividades, infinitos

trabalhos acadêmicos, você tem uma frente de trabalho muito ampla, desde a técnica, das habilidades manuais até mesmo a assistência ao paciente dos diferentes programas do Ministério da Saúde. Assim, eu acho que a ESF é um dos melhores cenários para trabalhar a questão da preceptoria, do ensino. (Verde Inglês Claro)

A partir da fala dos participantes, percebe-se a diversidade de possibilidades de aprendizagem que o cenário da ESF proporciona ou possibilita. A inserção do Estágio na Atenção Básica, especialmente na ESF, é de grande relevância, pois vem atender as demandas de consolidação do SUS e implantação da ESF. Entre outros fatores positivos, o Estágio, neste cenário educativo e profissional, possibilita, inclusive, que o discente conheça de fato o SUS e suas potencialidades, assim como a implementação da ESF¹.

Para que este cenário seja efetivamente rico para práticas educativas de formação em saúde, é necessário envolvimento de todos os atores (alunos, docentes, preceptores, gestores de saúde, profissionais de saúde, usuários), tornando-o um espaço vivo de construção. Entretanto, existem limitações na relação preceptor-aluno quanto à operacionalização das práticas nos serviços de saúde, e este fato se deve à formação vivenciada pelo preceptor e ao modelo de atenção ainda vigente que orienta-se no modelo biomédico e curativista, centrado no adoecimento. Suas práticas de saúde reproduzem e incentivam as práticas aprendidas nas Universidades e, ao mesmo tempo, criticam sua inadequação, desconsiderando-se como parte dessa formação¹⁷.

Ainda buscando analisar a relevância deste cenário para o processo de formação, é sinalizado o imprescindível diálogo com vistas à interlocução entre teoria e prática, trazendo à tona o papel e o valor da aprendizagem significativa.

[...] Com certeza é muito importante a ESF para a formação por-

que só na sala de aula você não aprende tudo que é ser enfermeiro na ESF. Na prática entendemos que é algo muito complexo, muito mais complexo do que está lá no livro bonitinho. (Terra Siena Natural)

De certo modo, o fato de o estudante ter acumulado um conjunto de saberes teóricos pode não ter interconexão com a prática, tornando a aprendizagem estanque, sem ressonância.

CONCLUSÃO

Refletir sobre a prática educativa e a função do preceptor como ator singular no processo de formação de profissionais de enfermagem na Atenção Básica à Saúde leva a perceber a real função da preceptoría: o crescimento mútuo, o caminhar de vários atores na direção do conhecimento, da autonomia e do entendimento de suas atribuições na intrínseca relação entre a teoria e a prática.

As principais potencialidades da preceptoría perpassam na própria presença de alunos de graduação, que movimentam e dinamizam as práticas de saúde, “dando cor” às atividades desenvolvidas pela

equipe, o que contribui com seus saberes experienciais. Além de proporcionar a aproximação com a Universidade, a preceptoría junto a academia faz um paralelo no processo de educação continuada do preceptor, pois assim pode tornar a atividade do preceptor estimulante e desafiadora.

A preceptoría na ESF, para se consolidar como lócus de formação e de compartilhamento de conhecimentos, requer fortalecimento das relações entre as instituições envolvidas neste processo, não se restringindo meramente a um programa acadêmico de uma Universidade. ■

REFERÊNCIAS

- Oliveira BMF, Daher DV. A prática educativa do enfermeiro preceptor no processo de formação: o ensinar e o cuidar como participantes do mesmo processo. Rev. Docência Ens. Sup [Internet]. 2016 [acesso em 10 jan 2019]; 6(1):113-38. Disponível em: <http://oaji.net/articles/2017/6624-1546026071.pdf>
- Trajman A, Assunção N, Venturi M, Tobias D, Toschi W, Brant V. A preceptoría na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro: opinião dos profissionais de Saúde. Rev. bras. educ. méd. [Internet]. 2009 [acesso em 10 jan 2019]; 33(1):24-32. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v33n1/04.pdf>
- Ministério da Educação (BR). Dispõe sobre as diretrizes gerais para os programas de residência multiprofissional e em áreas da saúde Resolução n.º 2, de 13 de abril de 2012. Brasília (DF): 2012.
- Ribeiro KRB, Prado ML. A prática educativa dos preceptores nas residências em saúde: um estudo de reflexão. Rev. Gaúch. Enferm [Internet]. 2013 [acesso em 10 jan 2019]; 34(4):161-5. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rngen/v35n1/pt_1983-1447-r-genf-35-01-00161.pdf
- Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 43. ed São Paulo: Paz e Terra; 2011
- Baggio MA, Erdmann AL. Relações múltiplas do cuidado de enfermagem: o emergir do cuidado. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2010 [acesso em 10 jan 2019]; 18(5):[08 telas]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n5/pt_09.pdf
- Skare TL. Metodologia do ensino na preceptoría da residência médica. Rev Med Res [Internet]. 2012 [acesso em 10 jan 2019]; 4(2):1-5. Disponível em: <http://www.crmpr.org.br/publicacoes/cientificas/index.php/revista-do-medico-residente/article/view/251/241>
- Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde (BR). Departamento de Atenção Básica. Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: Brasília (DF): 2006.
- Bardin L. Análise de conteúdo. 6. Ed. Lisboa: Edições; 2011.
- Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde (BR). Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Resolução n.º 466. 2012. de 12 de dezembro de 2012. Brasília (DF)
- Silva VC, Viana LO, Santos CRGC, Santos NMP, Valente GSC. Preceptoría em enfermagem: aproximação com a pedagogia histórico-crítica. Rev. Enferm. Profissional [Internet]. 2014 [acesso em 10 jan 2019]; 1(1):1-19. Disponível em: <http://pesquisadores.uff.br/academic-production/preceptoría-em-enfermagem-aproxima%C3%A7%C3%A3o-com-pedagogia-hist%C3%B3rico-cr%C3%A-Dtica>
- Rodrigues AM, Freitas CHA, Guerreiro MGS, Jorge MSB. Preceptoría na perspectiva da integralidade: conversando com enfermeiros. Rev. Gaúch. Enferm [Internet]. 2014 [acesso em 10 jan 2019]; 35(2):106-12. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rngen/v35n2/pt_1983-1447-r-genf-35-02-00106.pdf
- Silva VC, Viana LO, Santos CRGC. A preceptoría na graduação de enfermagem: uma revisão integrativa de literatura. Rev. pesqui. cuid. Fundam [Internet]. 2013 [acesso em 10 jan 2019]; 5(5):20-8. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1546>
- Moreira COF, Dias MAS. Diretrizes Curriculares na saúde e as mudanças nos modelos de saúde e de educação. ABCS Health Sci [Internet]. 2015 [acesso em 10 jan 2019]; 40(3):300-5. Disponível em: <https://www.portalnepas.org.br/abcshs/article/view/811>
- Vieira MA, Ferreira MAM. Análise do processo de trabalho na estratégia saúde da família em relação à operacionalização dos princípios básicos do SUS. RAHIS [Internet]. 2016 [acesso em 10 jan 2019]; 12(3):40-59. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/304518654_Analise_do_Processo_de_Trabalho_na_Estrategia_Saude_da_Familia_em_relacao_a_operacionalizacao_dos_Principios_Basicos_do_SUS
- Barreto VHL, Monteiro ROS, Magalhães GSG, Almeida RCC, Souza LN. Papel do preceptor da atenção primária em saúde na formação da graduação e pós-graduação da Universidade Federal de Pernambuco: um termo de referência. Rev. bras. educ. méd [Internet]. 2011 [10 jan 2019]; 35(4):578-83. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v35n4/a19v35n4.pdf>
- Brehmer LCF, Ramos FRS. O modelo de atenção à saúde na formação em enfermagem: experiências e percepções. Interface (Botucatu) [Internet]. 2016 [acesso em 10 jan 2019]; 20(56):135-46. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v20n56/1807-5762-icse-1807-576220150218.pdf>

Segurança dos pacientes e a participação internacional da enfermagem

RESUMO

Objetivo: analisar as produções científicas nacionais e internacionais voltadas para o tema da segurança do paciente no contexto hospitalar e na saúde coletiva. **Método:** Trata-se de uma Revisão Integrativa A amostra compôs de 48 resumos de pesquisa original, revisão de literatura, revisão sistemática e reflexão, a partir das bases de dados MEDLINE, ScienceDirect e SciELO, cujos critérios de inclusão foram pesquisas produzidas no período entre 2010 a 2017. **Resultados:** Desta análise, emergiram duas categorias: a cultura da segurança do paciente nas instituições hospitalares; o avanço dos sistemas de informação para a segurança do paciente voltados para a saúde coletiva. **Conclusão:** as instituições de saúde têm procurado, cada vez mais, promover a cultura da segurança do paciente em busca do controle da qualidade da assistência prestada ao mesmo.

DESCRIPTORIOS: sistemas de identificação de pacientes; erros de medicação; segurança do paciente.

ABSTRACT

This study aims to analyze the national and international scientific productions that are focused on the subject of patient safety in the hospital context and in collective health. **Method:** This is an Integrative Review The sample consisted of 48 abstracts of original research, literature review, systematic review and reflection, from the MEDLINE, ScienceDirect and SciELO databases, whose inclusion criteria were searches produced in the period between 2010 to 2017. **Results:** From this analysis, two categories emerged: the culture of patient safety inhospital institutions; the advancement of patient safety information systems for collective health. **Conclusion:** health institutions have increasingly sought to promote a culture of patient safety in order to control the quality of care provided to the patient.

DESCRIPTORS: patient identification systems; medication errors; patient safety.

RESUMEN

Objetivo: analizar las producciones científicas nacionales e internacionales que tratan sobre el tema de la seguridad del paciente en el contexto hospitalario y en la salud colectiva. **Se trata de una Revisión Integrativa, la muestra está compuesta por 48 resúmenes de investigación original, revisión de literatura, revisión sistemática y reflexión, a partir de las bases de datos MEDLINE, Science Direct y SciELO, cuyos criterios de inclusión fueron investigaciones producidas en el período de 2010 a 2017. Resultados:** de este análisis surgieron dos categorías: la cultura de la seguridad del paciente en las instituciones hospitalarias; el avance de los sistemas de información para la seguridad del paciente y en la salud colectiva. **Conclusión:** las instituciones de salud han buscado cada vez más, promover la cultura de la seguridad del paciente en busca del control de la calidad de la asistencia brindada al mismo.

DESCRIPTORIOS: sistemas de identificación de pacientes; errores de medicación; seguridad del paciente.

Marcia Valeria Rosa Lima

Prof. Adjunta da Universidade Federal Fluminense (UFF), Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa (EEAAC), Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgico (MEM), Niterói-RJ, Brasil.

Maritza Consuelo Ortiz Sánchez

Prof. Adjunta da Universidade Federal Fluminense (UFF), Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa (EEAAC), Departamento de Fundamentos de Enfermagem e Administração (MFE), Niterói-RJ, Brasil.

Maria Lelita Xavier

Prof. Adjunta da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e Departamento de Fundamentos de Enfermagem, da Faculdade de Enfermagem da UERJ. Niterói-RJ, Brasil.

Maria Amália de Lima Cury Cunha

Prof Adjunta visitante José Alencar Gomes da Silva (INCA) e Associação Educacional Dom Bosco, Rio de Janeiro- RJ, Brasil

Sinara Santos Pereira

Prof. Especialista Coordenadora da Pós-Graduação em Urgência, emergência e UTI na Associação Educacional Dom Bosco, Rio de Janeiro – RJ, Brasil

Tânia Catarina Sobral Soares

Prof. Mestre Universidade Estácio de Sá. Graduação em Enfermagem, Rio de Janeiro – RJ, Brasil

INTRODUÇÃO

A segurança do paciente é uma questão que vem sendo discutida mundialmente. O início do movimento de segurança do paciente ocorreu no final de 1999 nos Estados Unidos, quando o Instituto Americano de Medicina apresentou um relatório sobre a qualidade e segurança da assistência prestada aos pacientes¹. Dados do relatório do Instituto de Medicina denominado “Err is human” mostrou que os erros devido aos medicamentos ocasionam cerca de 7.391 mortes anuais de americanos nos hospitais e mais de 10.000 mortes em instituições ambulatoriais, aproximadamente metade desses erros terão relação com a falta de informação sobre dose certa, enquanto os restantes se relacionarão à erros na frequência e na via de administração.

Em 2005, a Unidade dos Recursos Humanos para a Saúde da Organização Pan-Americana da Saúde criou a Rede Internacional de Enfermagem e Segurança do Paciente, na cidade de Concepción - Chile, com o objetivo de traçar tendências e prioridades no desenvolvimento da enfermagem na área da Segurança do Paciente, discutir cooperação e intercâmbio de informações entre os países e necessidades de fortalecimento do cuidado de enfermagem a partir de evidências científicas.

Atualmente, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) trabalha a diretriz da qualidade do cuidado e a segurança do paciente com as seguintes linhas de ação: posicionar o tema como prioridade setorial embasado em evidências científicas e análises econômicas; fomentar a participação comunitária facilitando a informação e conhecimento aos pacientes e famílias; gerar informação e evidências através de estudos de avaliação e de investigação e desenvolver, adaptar e apoiar

soluções de qualidade desenvolvendo, compilando e difundindo-as em modelos e ferramentas de qualidade².

A literatura sobre a segurança do paciente e cuidado de enfermagem disponíveis em bancos de dados do

Brasil e da América Latina tem um foco predominante na descrição problemas, ao invés de soluções de identificação, principalmente porque o assunto ainda é novo a ser selecionado pelos pesquisadores. Além disso, é dada prioridade baixa na documentação no prontuário do paciente e a qualidade dos dados gravados para apoiar análises e pesquisas a segurança do paciente é reconhecido como um grande problema na América Latina³. Esta revisão tem o objetivo de analisar as publicações nacionais e internacionais voltadas para o tema da segurança do paciente no contexto hospitalar com o intuito de promover uma discussão acerca deste tema.

METODOLOGIA

Conforme o objetivo proposto, o presente estudo teve como método a Revisão Integrativa da literatura de enfermagem em cinco etapas: formulação do problema, coleta de dados, avaliação dos dados, análise e interpretação dos dados e apresentação dos resultados acrescidas das conclusões⁴. O período escolhido entre 2010 a 2017 para a inclusão dos estudos teve a intenção de analisar as contribuições mais atualizadas na área da segurança do paciente. A questão norteadora deste estudo foi: Como está sendo abordado o tema segurança do paciente nas instituições hospitalares?

A estratégia de busca para identificação e seleção dos estudos foi através do levantamento bibliográfico de publicações indexadas nas seguintes bases de dados: Medical Literature and Retrieval System on Line (MEDLINE), ScienceDirect e Scientific Electronic Library Online (SciELO). A base de dados SciELO foi acessada através do portal da Biblioteca Virtual da Saúde (BVS). Critérios de inclusão: todas as categorias de artigo (pesquisa original, revisão de literatura,

A literatura sobre a segurança do paciente e cuidado de enfermagem disponíveis em bancos de dados do Brasil e da América Latina tem um foco predominante na descrição problemas, ao invés de soluções de identificação, principalmente porque o assunto ainda é novo a ser selecionado pelos pesquisadores.

revisão sistemática, reflexão); artigos com resumos e textos completos disponíveis com acesso gratuito para análise; disponibilizados nos idiomas português, inglês ou espanhol; publicados entre os anos de 2010 a 2017, que continham em seus títulos e/ou resumos os seguintes descritores: segurança do paciente; enfermagem; instituições hospitalares e suas respectivas traduções em inglês e espanhol. A partir de tais critérios foram selecionados 48 artigos para análise.

Para a organização e tabulação dos dados, foi realizada uma leitura minuciosa de cada resumo/artigo, destacando aqueles que responderam ao objetivo do estudo. A data da coleta compreendeu o período março a julho de 2018. Os pesquisadores construíram um instrumento de coleta de dados contendo: título, periódico, país do estudo, ano de publicação, categoria do estudo, natureza do estudo, terminologia/sistema de classificação adotado, método de análise, enfoque dos temas, considerações finais/conclusões⁵.

Posteriormente, foram extraídas as principais contribuições abordadas em cada artigo e de interesse dos pesquisadores. As mesmas foram comparadas e agrupadas por similaridade de conteúdo, sob a forma de categorias empíricas, sendo

construídas três categorias para análise, assim especificadas: "a cultura da segurança do paciente nas instituições hospitalares", "o avanço dos sistemas de informação para a segurança do paciente", respeitando a interdisciplinaridade na assistência e na gestão no âmbito da saúde coletiva.

RESULTADOS

Na base de dados MEDLINE, foram selecionados 19 artigos para análise, na ScienceDirect, 25 estudos, e quatro artigos na SciELO, totalizando 48 artigos analisados. Destaca-se que 58% (27) das publicações foram em periódicos internacionais e 42% (21) em periódicos nacionais. Em relação ao idioma dos estudos, 56% (26) em inglês e 43% (22) dos artigos foram publicados em língua portuguesa.

Os países de origem dos estudos foram assim distribuídos: Brasil, 47% (23); Estados Unidos da América (EUA), 32% (16); Reino Unido e Canadá 21% (9).

Os artigos foram categorizados quanto ao tipo de estudo e à natureza metodológica adotada, sendo: 63% (30) estudos qualitativos; 37% (18) estudos quantitativos. A natureza metodológica empregada nos estudos obteve a seguinte

distribuição: descritivos, 63% (31); exploratórios, 37% (17). Os estudos foram classificados quanto à sua categoria de publicação, conforme explicitado pelos periódicos e apresentado na tabela 1: 65% (31) pesquisas originais; 24% (12) estudos de revisão de literatura; 6% (3) reflexões; 5% (2) revisões sistemáticas, conforme tabela I.

A cultura da segurança do paciente nas instituições hospitalares.

A literatura sobre a segurança do paciente e cuidado de enfermagem disponíveis em bancos de dados do Brasil e da América Latina tem um foco predominante na descrição problemas ao invés de soluções de identificação, principalmente porque o assunto ainda é um tema novo a ser abordado pelos pesquisadores. Além disso, é dada prioridade baixa na documentação no prontuário do paciente e nas informações obtidas em estudos para apoiar análises e pesquisas sobre segurança do paciente, embora esta temática seja reconhecida como um grande problema de saúde.

Os profissionais de saúde enfrentam diariamente desafios para realizar procedimentos e tratamentos, o que demanda infra-estrutura, quadro definido, o constante processo e redesenho dos

Quadro 1. Natureza dos artigos pesquisados. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2010-2017

ORIGEM	F	%
Artigos originais	31	65
Revisão de Literatura	12	24
Reflexões	03	6
Revisões sistemáticas	02	5
Total	70	100

cuidados de enfermagem, com base em uma avaliação dos resultados contínua. A literatura científica tem mostrado que as condições de trabalho do enfermeiro em vários países latino-americanos são consideravelmente piores do que aqueles experimentados por enfermeiros norte-americanos e europeus, devido a graves problemas políticos, econômicos e sociais enfrentados pelos países em desenvolvimento. Apesar do amplo reconhecimento de sua importância, a medição do nível de cultura de segurança ainda não é comum em muitas áreas e pouco se sabe sobre os fatores associados a este componente da psicologia das organizações de saúde e as questões-chave que devem ser priorizados para melhoria⁶.

A prevenção de erros de medicação no ponto de cuidado é um desafio na prática de enfermagem, já que diversas variáveis podem contribuir para a ocorrência de um evento adverso. Além disso, o ambiente hospitalar é por si só considerado uma causa importante de fatos que ameaçam, por vezes, a segurança do paciente. Nos últimos anos, tem havido um crescente reconhecimento internacional que a saúde não é tão segura como deveria ser, e que os resultados de segurança do paciente precisam ser melhorados. Para este fim, a segurança do paciente tornou-se o foco de um esforço mundial destinado a reduzir a incidência e o impacto de erros humanos evitáveis e eventos adversos relacionados aos serviços de saúde⁷. Os principais resultados demonstraram que 32,74% dos eventos ocorreram devido a procedimentos de medicação e 29,20% foram por vias aéreas/ventilação; 76,86% dos eventos tiveram consequências imediatas para os pacientes, que em sua maioria piorou condição da criança de alguma forma, independentemente do tipo de ocorrência.

Vale ressaltar que diante de tais fatos, é necessário estar atento às necessidades do paciente, procurando buscar o envolvimento dos profissionais de saúde, em busca da segurança dos pacientes internados. Se o evento adverso é causado por um erro ou de uma série de erros, então é um evento adverso evitável. Em geral, a

educação permanente pode ser uma forma de propagar a cultura de segurança nas instituições hospitalares⁸⁻¹⁰.

O avanço dos sistemas de informação para a segurança do paciente

O desenvolvimento da ciência e melhorias de aplicação de tecnologia em todas as áreas do conhecimento, incluindo os cuidados de saúde, representam um avanço na assistência ao paciente. Esse avanço foi acompanhado por mudanças no sistema de saúde em todo o mundo. A aplicação da tecnologia da informação na área da saúde tem o potencial de transformar na prestação de cuidados através da racionalização de processos, tornando os procedimentos mais precisos e eficientes, e reduzindo o risco de erro humano. Para os enfermeiros, um aspecto importante dessa transformação é a reorientação do seu trabalho na assistência

direta ao paciente e longe de ser um canal de informação e comunicação entre a equipe, mas funcionará como um importante recurso na área da assistência¹¹.

Várias das tecnologias discutidas, como a entrada de pedido médico e tecnologia de código de barras, já existem há anos como sistemas autônomos. A tecnologia de código de barras tem sido um avanço indispensável para a segurança do paciente, pois a sua utilização em pulseiras de identificação, juntamente com o software adequado, permite identificar imediatamente os pacientes e os respectivos medicamentos que fazem uso na rotina hospitalar, fato que proporciona uma redução significativa das taxas de erros de administração de medicamentos e identificação dos pacientes internados¹²⁻¹⁴.

Cabe mencionar que a identificação dos pacientes é um dos primeiros passos para uma assistência segura. Tal medida tem



Crédito: Projetado por Can Stock Photo

auxiliado as instituições hospitalares no controle dos eventos adversos relacionados à segurança do paciente por conta de uma série de fatores, como a falta de capacitação da equipe de enfermagem e a ausência de tecnologias específicas para identificação do paciente, pois sem a mesmas, o fato passa a comprometer não apenas sua segurança, mas também a do profissional e da instituição, que poderão responder legalmente pelas falhas relacionadas aos erros de medicação por ausência de condições mínimas para identificação correta^{15,16}.

CONCLUSÃO

As instituições no mundo todo têm buscado garantir uma assistência de

qualidade aos seus usuários, buscando cada vez mais reduzir os erros e ampliar o número de práticas seguras na atenção à saúde. Diante disso, tem-se intensificado os estudos sobre segurança do paciente, fato que tem despertado a atenção dos profissionais envolvidos diretamente ou indiretamente como cuidado.

Ao analisar as produções científicas voltadas para a segurança do paciente, nos deparamos com a relevante premissa da qualidade do cuidado relacionada à educação permanente, aos modelos de gestão eficientes, ao desenvolvimento de sistemas de tecnologia e de processos na assistência interdisciplinar tanto no contexto hospitalar como na saúde coletiva.

Os autores mencionam nas pesquisas analisadas que a interação e a comunicação eram mais importantes do que qualquer outra técnica para alcançar a satisfação do cliente em relação aos cuidados de enfermagem. Portanto, o paciente e a família devem ser envolvidos em todo o processo de melhoria da segurança, recebendo informações sobre o que esperar em relação aos resultados e qualidade do atendimento, monitoramento de eventos adversos, e participando nas decisões tomadas sobre seus cuidados. Concordamos que esta análise se torna relevante como contribuição para a sociedade consumidora dos serviços de saúde e, portanto, digna do atendimento com qualidade. ■

REFERÊNCIAS

1. Kohn L, Corrigan J, Donaldson M, editors. *To Err Is Human: Building a Safer Health System*. Washington (DC): National Academies Press; 2011.
2. Cassiani SHB. *Hospitais e Medicamentos: impacto na segurança do paciente*. São Paulo: Yendis Editora; 2010.
3. Harada MJCS, Pedreira MLG. *Enfermagem dia a dia: segurança do paciente*. São Caetano do Sul: Yendis Editora; 2009.
4. Nogimi Z, Conceição MC. *Boas práticas: cálculo seguro – volume I Revisão das operações*. Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo – COREN-SP Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente – REBRAENSP – Polo São Paulo, São Paulo, maio/2014.
5. Nogimi Z, Conceição M. C. *Boas práticas: cálculo seguro – volume II Cálculo e diluição dos medicamentos*. Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo – COREN-SP Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente – REBRAENSP – Polo São Paulo, São Paulo, maio/2016.
6. Organização Mundial da Saúde (OMS). *Segundo desafio global para a segurança do paciente: Cirurgias seguras salvam vidas (orientações para cirurgia segura da OMS) / Organização Mundial da Saúde; tradução de Marcela Sanchez Nilo e Irma Angélica Duran – Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2015.*
7. Lela ASC, Peterlini MAS, Pedreira MLG. *Erros de medicação: definições e estratégias de prevenção*. Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo – COREN-SP Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente – REBRAENSP – Polo São Paulo, São Paulo, 2016.
8. Ministério da Saúde (BR). Portaria n.º 529, de 1º de abril de 2013. *Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente*. Diário Oficial da União, Brasília: MS, 2013.
9. Ministério da Saúde (BR). Portaria n.º 1377, de 09 de julho de 2013. *Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente: Cirurgia Segura, Prática de Higiene das mãos e Úlcera por Pressão*. Diário Oficial da União, Brasília: MS, 2013. Acesso em 22 de março de 2018.
10. Ministério da Saúde (BR). Portaria n.º 2095, de 24 de setembro de 2013. *Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente: Prevenção de Quedas; o Protocolo de Identificação do Paciente e o Protocolo de Segurança na Prescrição e de Uso e Administração de Medicamentos*. Diário Oficial da União, Brasília: MS, 2013.
11. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). *Documento de Referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente*. Brasília: Ministério da Saúde. 2014.
12. Jha AK, Prasopa-Plaizier N, Larizgoitia I, et al. *Patient safety research: an overview of the global evidence*. *Qual Saf Health Care*. 2017; 19:42-47.
13. OMS (Organización Mundial de la Salud). *Alianza Mundial Para La Seguridad Del Paciente. Lista OMS de Verificación de la Seguridad de la Cirugía. Manual De Aplicación. La Cirugía Segura Salva Vidas*. 2008
14. Pereira Junior GA, Carvalho JB, Ponte Filho AD, Malzone DA, Pedersoli CE. *Transporte intra-hospitalar do paciente crítico*. *Medicina (Ribeirão Preto)* 2007; 40(4):500-8.
15. OMS (Organización Mundial de la Salud). *Alianza Mundial Para La Seguridad Del Paciente. Lista OMS de Verificación de la Seguridad de la Cirugía. Manual De Aplicación. La Cirugía Segura Salva Vidas*. 2008
16. Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente. *Estratégias para a segurança do paciente: manual para profissionais da saúde*. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2013. 132p.

Caracterização da violência brasileira: análise dos dados do DATASUS

RESUMO

A violência é um grave problema de saúde pública, entendida como o uso proposital da força física ou do poder que apresente ampla probabilidade de resultar em lesão, morte e dano psicológico. Objetivo: descrever a epidemiologia da violência no Brasil. Pesquisa epidemiológica, observacional e descritiva, utilizando os dados dos indicadores epidemiológicos e de morbidade do Sistema de Informação de Agravos de Notificação entre 2009 a 2016, coletados em outubro de 2018. Observou-se aumento dos casos de violência em 2016 contra o sexo feminino, sendo a maioria na própria residência. A maior prevalência estava compreendida na faixa etária de 20 a 29 anos, entre brancos, com escolaridade de 5ª a 8ª série. O Sudeste e o Sul foram as regiões com maior número de casos. Conclui-se que existe predomínio de violência contra o sexo feminino e percebe-se um aumento significativo da violência nos últimos anos.

DESCRITORES: violência; sistemas de informação; epidemiologia.

ABSTRACT

Violence is a serious public health problem, understood as the purposeful use of physical force or power, which is likely to result in injury, death and psychological harm. Objective: to describe the epidemiology of violence and in Brazil. Epidemiological, observational and descriptive research, using data from epidemiological and morbidity indicators of the Information System for Notifiable Diseases from 2009 to 2016, collected in October 2018. There was an increase in cases of violence against women in 2016. The highest prevalence was between the ages of 20 and 29 years, among whites, with education from grades 5-8. The Southeast and South were the regions with the highest number of cases. It is concluded that there is a predominance of violence against the female sex and there is a significant increase in violence in recent years.

DESCRIPTORS: violence; information systems; epidemiology.

RESUMEN

La violencia es un grave problema de salud pública, entendida como el uso intencional de la fuerza física o del poder, que presenta una amplia probabilidad de resultar en lesión, muerte y daño psicológico. Objetivo: describir la epidemiología de la violencia y en Brasil. La investigación epidemiológica, observacional y descriptiva, utilizando los datos de los indicadores epidemiológicos y de morbilidad del Sistema de Información de Agravios de Notificación entre 2009 a 2016, recogidos en octubre de 2018. Se observó un aumento de los casos de violencia en 2016 contra el sexo femenino, siendo la mayoría en la propia residencia. La mayor prevalencia estaba comprendida en el grupo de edad de 20 a 29 años, entre blancos, con escolaridad de 5ª a 8ª serie. El Sudeste y el Sur fueron las regiones con mayor número de casos. Se concluye que existe predominio de violencia contra el sexo femenino y se percibe un aumento significativo de la violencia en los últimos años.

DESCRIPTORES: violencia; sistemas de información; epidemiología.

Solange Monteiro Moreira

Enfermeira. Hospital Universitário Lauro Wanderley. Especialista em Saúde da Família

Aline de Brito Torres

Enfermeira. Hospital Universitário Lauro Wanderley. Especialista em Urgência e Emergência

Elismar Pedroza Bezerra

Enfermeira. Hospital Universitário Lauro Wanderley. Especialista em Enfermagem do Trabalho e em Saúde da Família

Sergio Vital da Silva Júnior

Enfermeiro. Especialista em Tecnologias Educacionais na Prática Docente. Mestrando em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba. Membro do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Agravos Infecciosos e Qualidade de Vida-UFPB

Helga de Souza Soares

Enfermeira. Hospital Universitário Lauro Wanderley. Especialista em Controle de Infecção Hospitalar. Especialista em Docência de Ensino Superior. Especialista em Auditoria de Sistemas de Saúde Pública e Privada

Rebeca Rocha Carneiro

Enfermeira. Hospital Universitário Lauro Wanderley. Especialista em Enfermagem em Infectologia. Mestranda em Modelos de Decisão e Saúde - Universidade Federal da Paraíba

INTRODUÇÃO

Ao longo da história, a violência tem se configurado como um problema mundial, presente em todas as sociedades. Embora seja bastante complexa, um dos conceitos mais utilizados a considera como o uso da força física ou do poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que resulte ou possa resultar em lesão, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação¹.

A violência é entendida como o uso proposital da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outro sujeito, ou contra um grupo ou uma sociedade, que provenha ou apresente ampla probabilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação.

As ações ou comportamentos violentos crescem gradativa e silenciosamente na rotina das pessoas. Pode acarretar vários danos à saúde da vítima, dentre eles pode-se citar: depressão, ansiedade, dor crônica, desordem de estresse pós-traumático, transtornos alimentares, comportamento suicida, isolamento social, bem como comportamentos de alto risco, como o consumo de álcool e drogas².

Outros autores como Minayo e Souza³ sugerem que a violência necessita ser analisada na perspectiva da sociedade que a produziu, pois o fenômeno se nutre de fatos políticos, culturais e econômicos traduzidos nas relações cotidianas que, por serem construídos por determinada sociedade, e sob determinadas circunstâncias, podem também por ela ser desconstruídos e superados.

A violência está presente em todas as classes sociais, nos dois gêneros, etnias, faixas etárias e em todas as culturas. Ela atinge tanto os países ricos como os pobres, embora seja mais notória nos países onde as

condições de vida são mais precárias. As características da comunidade e os valores e organização da sociedade mais ampla são os outros níveis em que se podem analisar os fatores de risco de violência, assim como a falta de recursos sociais e de instituições de apoio, a baixa coesão social ou o isolamento social¹.

Mundialmente, a violência tem sido apontada como uma das principais causas de morte de pessoas na faixa etária de 15 a 44 anos. E tem destaque a violência doméstica como maior causa de ferimentos e principal causa de morte de mulheres entre 14 a 44 anos. Este cenário impulsionou a 49ª Assembleia Mundial de Saúde, realizada em 1996, a declarar a violência como um dos principais problemas mundiais de saúde pública¹.

A tipologia proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS) indica três grandes categorias de violência, que correspondem às características daquele que comete o ato violento: a violência coletiva, a violência auto-infligida e a violência interpessoal⁴.

A violência coletiva inclui os atos violentos que acontecem nos âmbitos macrosociais, políticos e econômicos e caracterizam a dominação de grupos e do Estado. Nessa categoria estão os crimes cometidos por grupos organizados, os crimes de multidões, os atos terroristas, as guerras e os processos de aniquilamento de determinados povos e nações. A violência auto-infligida é subdividida em comportamentos suicidas e de auto-abuso, que contemplam ideação suicida e tentativas de suicídio. A violência interpessoal, subdividida em violência comunitária e violência familiar, inclui a violência infligida pelo parceiro íntimo, o abuso infantil e abuso contra os idosos. Na violência comunitária, incluem-se a violência de jovens, os atos aleatórios de violência, o estupro e o ataque sexual por estranhos, bem como a violência em grupos institu-

cionais, como escolas, locais de trabalho, prisões e asilos⁴.

Em janeiro de 2011, foi reformulada a lista de doenças de notificação compulsória, e o Ministério da Saúde⁵ incluiu violência doméstica, sexual e/ou outras violências. A criação do sistema de notificação no setor da saúde pressupõe incluir nas atividades de atendimento e na organização dos serviços o procedimento de notificar, assim como capacitar os profissionais para agir corretamente sobre o fenômeno da violência⁶.

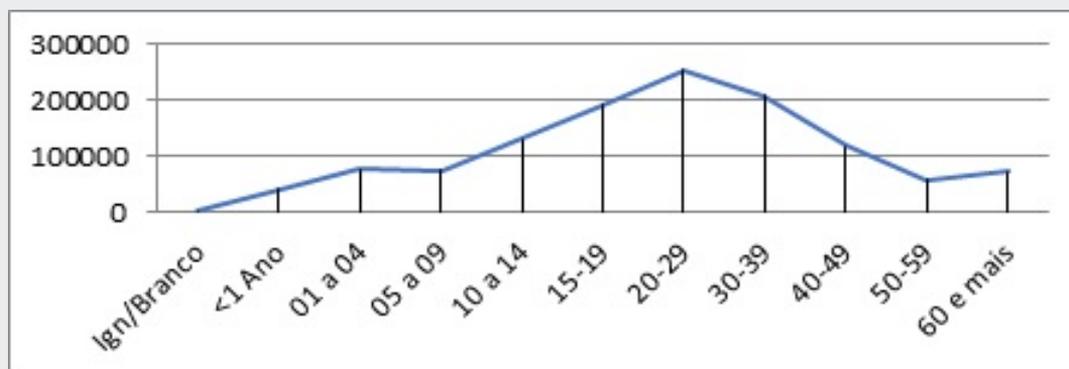
Quanto à prevenção da violência, a Organização Pan-Americana de Saúde sinaliza que esta pode ser compreendida como a redução na frequência de novos casos, com a diminuição ou eliminação das causas fundamentais e dos fatores de risco, assim como a menor exposição a riscos a partir dos efeitos diretos e indiretos de políticas públicas e programas⁷.

Devido à grande importância para a saúde pública, pelo número de indivíduos atingidos, a violência tem se configurado como um problema mundial e é hoje um dos principais problemas de saúde no Brasil.

A população necessita de um suporte de confiança por parte tanto dos profissionais de saúde como dos gestores para ter acesso às informações, instituições e ao poder de decisão, para saber como se conduzir no enfrentamento da violência. A questão também demanda políticas públicas sociais, de saúde, educação, segurança, entre outras, na perspectiva de mudar o panorama da violência em nível local, regional e nacional⁸. No caso da violência psicológica, sua invisibilidade é comum, pois não deixa marcas físicas que possam “justificar uma intervenção”, além de poder ser percebida pelos profissionais como uma forma aceitável de “disciplinar e educar” as crianças e os adolescentes e, portanto, eles não devem interferir nesses casos⁹.

A notificação é entendida como o ato

Figura 1. Distribuição dos casos de violência doméstica, sexual e/ou outras violências no Brasil de acordo com a faixa etária. João Pessoa, PB, Brasil, 2018.



Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação SINAN Net¹¹.

de registro de dados em instrumento oficial que são alimentados em sistema de informação para fins de evidências epidemiológicas e de subsídios para a elaboração de políticas públicas¹⁰. Portanto, a eficiência da notificação depende da contínua sensibilização dos profissionais/gestores para que reconheçam a importância dessa informação.

Diante do exposto, o objetivo do estudo consiste em descrever a situação epidemiológica da violência e sua notificação no Brasil, com base nos dados do Sistema de Informação Nacional de Agravos e Notificação - SINAN¹¹, como também determinar a prevalência segundo faixa etária, ano, sexo, escolaridade, raça e região geográfica dos indivíduos que sofreram algum tipo de violência, segundo os dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo epidemiológico, observacional e descritivo, sendo utilizados os dados secundários produzidos pelo sistema de vigilância através dos dados dos indicadores epidemiológicos e de morbidade, da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, a partir do SINAN e DATASUS.

Os dados correspondem aos casos de Violência no Brasil que foram confirmados e notificados no período de 2009 a 2016, sendo estes coletados no mês de outubro de

2018. Os anos estudados correspondem aos últimos apresentados pelo DATASUS. Os dados dos anos de 2017 e 2018 não estavam registrados no sistema do DATASUS.

A análise iniciou-se a partir da revisão do banco de dados do SINAN e DATASUS, utilizando as seguintes variáveis: ano de notificação dos casos confirmados, sexo, faixa etária, escolaridade, raça e região geográfica e local da ocorrência.

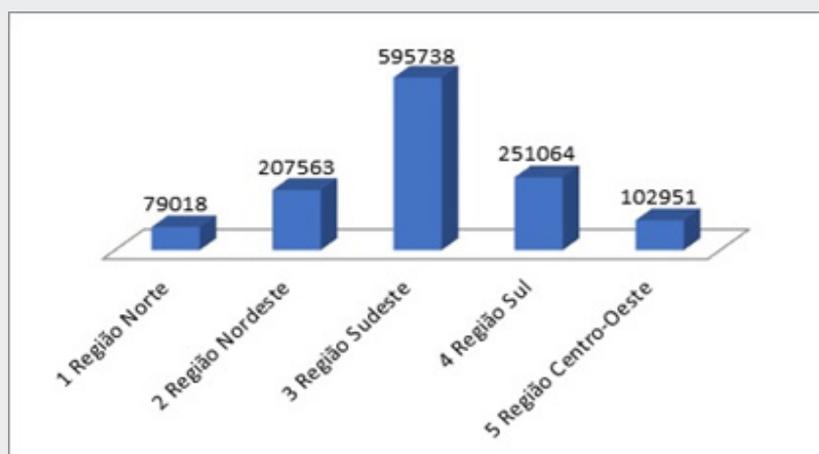
Os anos incluídos no estudo foram selecionados com base no ano de início de operacionalização do SINAN¹².

A partir das análises, procedeu-se a cons-

trução de gráficos e tabelas para auxiliar na discussão dos resultados por meio do Microsoft Excel®, versão 2010.

Por trabalhar com dados secundários disponíveis através do SINAN, o presente estudo é dispensado de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), por não haver variáveis que possibilitem a identificação dos sujeitos da pesquisa. Ressalta-se que todas as prerrogativas éticas emanadas dos dispositivos que regem a pesquisa envolvendo dados públicos foram seguidas rigorosamente.

Figura 2. Distribuição dos casos de violência doméstica, sexual e/ou outras violências no Brasil de acordo com a região geográfica. João Pessoa, PB, Brasil, 2018.



Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação SINAN Net¹¹.

RESULTADOS

Quanto à avaliação da frequência segundo escolaridade, verificou-se que a faixa da 5ª a 8ª série incompleta do ensino fundamental obteve o percentual de 15% (180.047), seguida do ensino médio completo com 9,1% (112.627) casos e da 1ª a 4ª série incompleta do EF com (99.916), mas o que chamou a atenção foram os casos ignorado/branco, correspondendo a 35% (430.978) do total de casos, ou seja, no momento do preenchimento, pode ter passado despercebido ou esquecido de preencher corretamente esse dado, o que leva a entender que as fichas de notificações podem estar sendo preenchidas de forma inadequada.

A etnia de maior frequência encontrada neste estudo foi a branca, com 500.190 (40%), seguida da parda 416.439 (34%), ignorado/branco 206.371 (17%), preta 95.848 (7%), indígena 9.699 (0,8%) e amarela 7.787 (0,6%) dos casos. Apesar das pesquisas considerarem a etnia negra como a de maior vulnerabilidade em várias questões sociais, este dado pode ser decorrente da característica étnica das regiões sul e sudeste do país, uma vez que nesses locais o percentual de pessoas de cor branca é superior à média nacional.

De acordo com a frequência por faixa etária e sexo, num total de 254.993 casos de violência, o percentual encontrado foi predominantemente do sexo feminino com 16,6% (205.170) para 4% (49.795) do sexo masculino, enquanto na faixa de 15 a 19 anos, foi de 9,6% (119.018) e 6% (73.683) dos casos respectivamente.

Analisando a Figura 1, verificou-se que grande parte dos casos de violência por faixa etária se manteve crescente entre 05 a 09 anos (6%) e 20 a 29 anos de idade (21%), declinando na faixa de 30 a 39 anos, em torno de 17% do total. Mas é na faixa de 20 a 29 anos que os indicadores cresceram acentuadamente.

Com relação à distribuição proporcional dos casos de violência nas regiões brasileiras identificados de 2009 a 2016, a Figura 2 mostra que há uma alta concentração nas regiões Sudeste e Sul, correspondendo cada qual a 48% e 20,3% do total de casos, en-

Tabela 1. Distribuição dos casos de violência doméstica, sexual e/ou outras violências no Brasil de acordo com o local de ocorrência. João Pessoa, PB, Brasil, 2018.

Local ocorrência	Frequência
Residência	734.778
Habitação Coletiva	7.411
Escola	22.743
Local de prática esportiva	4.083
Bar ou Similar	25.011
Via pública	188.990
Comércio/Serviços	18.371
Indústrias/construção	2.211
Outros	68.899
Ignorado	142.901
Em Branco	20.936
Total	1.236.334

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação SINAN Net¹¹.

quanto as regiões Nordeste, Centro-Oeste e Norte correspondem a 16,8%, 8,3% e 0,6% do total dos casos, respectivamente. Esses dados podem evidenciar além do aumento do número de casos de violência na região sudeste e sul, a não notificação dessas violências nas outras regiões.

Com relação à frequência por local de ocorrência, na Tabela 1, observou-se que a maioria dos casos de violência ocorreu em residências, com 59% dos casos, seguidos por via Pública (15,29%), como as ruas da cidade dentro do perímetro considerado urbano, estradas desertas e em torno dos bares. É em torno das casas noturnas que atraem a prostituição e a violência. Como os negócios noturnos são prolíferos em rendimentos, outros estabelecimentos surgem repletos de menores de idade, que são facilmente vitimáveis.

De modo geral, acredita-se que o espaço familiar é seguro e menos propício à violência que os espaços das ruas, porém ocorreram 734.778 casos na própria residência, mostrando que ela faz parte do cotidiano da organização familiar. Esta violência é um problema muito comum e podem existir vários fatores de risco que podem gerar atos violentos entre os membros da própria família.

De acordo com um estudo¹³, os dados

divulgados pelo Ministério da Saúde, em 2008, apontam que, no Brasil, das 626 notificações de violência contra idosos atendidos em serviços de saúde de referência, 338 foram de vítimas dos próprios filhos. Esses dados representam 54% das notificações de agressões a pessoas com 60 anos ou mais dentro de casa. Entre os tipos de agressões identificadas nessas notificações, a violência moral ou psicológica foi a mais relatada (55%), seguida da violência física (27%), do abandono (22%) e, por último, do dano financeiro ou patrimonial (27%).

Percebe-se, na Tabela 2, um número crescente de casos de violência no sexo masculino, no período de 2009 a 2015, tendo uma queda no ano de 2016 com 5,4%. Entretanto, observa-se um grande domínio de violência contra o sexo feminino, onde apresentou um percentual de 70,4% para apenas 29,5% do sexo masculino. No entanto, nos casos do sexo feminino, ocorreu um crescimento anual cada vez mais alarmante de casos de violência, dando um salto de 2,1% em 2009 para 14,2% em 2016. É evidente o crescimento anual no número de notificações no período de 2009 com 3,2% (39.976), dando um salto para 20% (243.259) em 2016 no total dos casos de violência.

Tabela 1. Distribuição dos casos de violência doméstica, sexual e/ou outras violências no Brasil de acordo com o local de ocorrência. João Pessoa, PB, Brasil, 2018.

Ano de notificação	Ignorado	Masculino	Feminino	Total
2009	30	13383	26563	39976
2010	97	24627	49070	73794
2011	66	32431	75033	107530
2012	58	47951	109024	157033
2013	104	56447	132177	188728
2014	111	54049	143953	198113
2015	44	68871	158986	227901
2016	41	67319	175899	243259
Total	551	365078	870705	1236334

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação SINAN Net¹¹.

DISCUSSÃO

O presente estudo utilizou-se de dados coletados no SINAN, no período que compreende o ano de 2009 a 2016, tendo sido encontrados um total de 1.236.334 casos no Brasil. Dentre os casos notificados, destaca-se: frequência por escolaridade, raça, sexo e ano de notificação, faixa etária, região geográfica e local de ocorrência.

O conceito de etnia aborda as questões de identidade dos povos, e nem sempre expressa relações de dominação¹⁴.

É comum referências à população adolescente como aquela que menos adoece ou que menos procura os serviços de saúde. Contudo, hoje em dia, os adolescentes entre 15-19 anos engrossam as estatísticas brasileiras de violência, apresentando elevadas taxas de mortes por causas violentas.

Além disso, o uso abusivo de drogas, a população de rua, a exploração do trabalho, a vida escolar, a profissionalização, as doenças sexualmente transmissíveis e as gestações não planejadas são temas prioritários. Aproximadamente 11% das internações no Brasil correspondem a essa faixa etária, especialmente devido à gravidez e a causas externas¹⁵.

A maioria dos crimes sexuais ocorre durante a idade reprodutiva da mulher, gerando risco de gravidez decorrente da violência, principalmente na faixa de 20 a 29 anos de idade. A violência sexual contra a mulher é uma violência de gênero, reconhecida como uma grave violação de

direitos humanos e um problema de saúde pública¹⁶.

A gravidez decorrente de violência sexual representa, para grande parte das mulheres, uma segunda forma de violência. Essa é uma fase muito produtiva da mulher, e com isso ela fica bastante vulnerável a improdutividade laboral devido a todos os traumas sofridos.

A violência sexual é, portanto, um problema social, de segurança e saúde pública, que traz impactos na saúde dos indivíduos e nas relações sociais, expressa nas lesões físicas e psicológicas decorrentes¹⁷.

De modo geral, acredita-se que o espaço familiar é seguro e menos propício à violência que os espaços das ruas, porém na residência ocorreram 734.778 casos, mostrando que ela faz parte do cotidiano da organização familiar. Esta violência é um problema muito comum e podem existir vários fatores de risco que podem gerar atos violentos entre os membros da própria família.

De acordo com um estudo¹³, os dados divulgados pelo Ministério da Saúde em 2008 apontam que, no Brasil, das 626 notificações de violência contra idosos atendidos em serviços de saúde de referência, 338 foram de vítimas dos próprios filhos. Esses dados representam 54% das notificações de agressões a pessoas com 60 anos ou mais, dentro de casa. Entre os tipos de agressões identificadas nessas notificações, a violência moral ou psicológica foi a mais relatada

(55%), seguida da violência física (27%), do abandono (22%) e, por último, do dano financeiro ou patrimonial (27%).

Lembrar-se que uma vida sem violência sexual contra as mulheres advém de uma formação social embasada em direitos humanos, transversalidade de gênero e pelo empoderamento das mulheres diante das iniquidades e relações de violência, enquanto busca da equidade de gênero.

Atualmente, vive-se a constatação de que as mulheres são vítimas de atos nocivos à sua integralidade apenas por pertencerem ao sexo feminino¹⁸.

Entre todos os casos de violência notificados no SINAN, notou-se uma tendência elevada e crescente dessas faixas nos últimos anos. Entende-se que a violência física acontece quando uma pessoa que está em relação de poder sobre outra causa ou busca causar dano a esta, por meio do uso da força física ou de algum tipo de arma que pode provocar lesões e traumas psicológicos.

CONCLUSÃO

A violência doméstica, sexual e/ou outras violências no Brasil continua como importante agravo à saúde, como mostra os resultados alcançados através deste trabalho, no qual um grande predomínio de violência contra o sexo feminino é evidenciado. Também percebe-se um aumento significativo da violência nos últimos anos.

Neste cenário, os profissionais da saúde devem estar atentos quanto às notificações

da violência, uma vez que as subnotificações causam grande prejuízo para a saúde da população como um todo. São estes trabalhadores os principais contribuintes, também, para a detecção precoce das pessoas que sofrem algum tipo de violência, que muitas vezes é escondida e silenciada por medo dos agressores ou por outros fatores.

A prática da notificação constitui uma atitude fundamental para melhoria da prestação da assistência em saúde. Com base nas dificuldades relacionadas à subnotificação de casos ou as inadequações no preenchimento da ficha de notificação, evidencia-se a necessidade de desenvolver ações de educação permanente na busca de capacitar

os profissionais da área no preenchimento correto e completo da ficha de notificação.

Isso possibilitará um melhor planejamento das ações em saúde no Brasil, sendo de fundamental importância para subsidiar a formulação de políticas e programas voltados à prevenção de todas as formas de violência. ■

REFERÊNCIAS

1. Veloso MMX, Magalhaes CMC, Dell'Aglio DD, Cabral IR, Gomes MM. Notificação da violência como estratégia de vigilância em saúde: perfil de uma metrópole do Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2013 [acesso em 10 fev 2019]; 18(5):1263-1272. DOI: 10.1590/S1413-81232013000500011
2. Freitas RJM, Pereira MFA, Lima CHP, Melo JN, Oliveira KKD. A violência contra os profissionais da enfermagem no setor de acolhimento com classificação de risco. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2017 [acesso em 10 fev 2019]; 38(3):e62119. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/324483694_A_violencia_contra_os_profissionais_da_enfermagem_no_setor_de_acolhimento_com_classificacao_de_risco
3. Minayo MC, Souza ERO. O significado social e para a saúde da violência contra crianças e adolescentes. São Paulo: EDUSP; 2002.
4. Coelho EBS, Silva ACLG, Linder SR, Lindner S. Violência: definições e tipologias. Santa Catarina: Universidade Federal de Santa Catarina; 2014.
5. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes: norma técnica. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2014.
6. Sousa CAM, Silva CMFP, Sousa ER. O efeito do contexto sobre a incidência de homicídios: existem evidências suficientes?. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* [Internet]. 2018 [acesso em 10 fev 2019]; 22(66) Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0721>
7. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Prevención de La violencia: la evidencia. El Paso: OPS; 2013.
8. Machado JC, et al. Violência intrafamiliar e as estratégias de atuação da equipe de Saúde da Família. *Saúde soc.* [Internet]. 2014 [acesso em 10 fev 2019]; 23(3):828-840. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902014000300008>
9. Rolim ACA, et al. Fatores associados à notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes realizada por enfermeiros na atenção primária à saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2014 [acesso em 10 fev 2019]; 22(6):1048. Disponível em: http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/201963/1/pmed_25591102.pdf
10. Santos BR, Ippolito R, Magalhães ML. Políticas públicas, rede de proteção e os programas e serviços voltados para crianças e adolescentes em situação de violência sexual. In B. R. Santos, & I. B Gonçalves (Coords.), *Escuta de crianças e adolescentes em situação de violência sexual: aspectos teóricos e metodológicos: guia para capacitação em depoimento especial de crianças e adolescentes*. Brasília: EdUCB; 2014. p.113-129
11. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica (BR). Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN): Normas rotinas [Internet]. 2006 [acesso em 10 fev 2019]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_informacao_agravos_notificacao_sinan.pdf
12. Secretaria da Saúde (BA). Diretoria de Informação em Saúde. Sistema de Informação de Agravos de Notificação SinanNET versão 4.0 patch 4.2 [Internet]. 2007 [acesso em 10 fev 2019]. Disponível em: <https://docplayer.com.br/15852224-Sistema-de-informacao-de-agravos-de-notificacao-sinannet-versao-4-0-patch-4-2-diretoria-de-informacao-em-saude.html>
13. Araújo LF, Rocha RA, Cruz EA. Representações sociais da violência na velhice: estudo comparativo entre profissionais de saúde e agentes comunitários de saúde. *Psicologia & Sociedade* [Internet]. 2013 [acesso em 10 fev 2019]; 25(1):203-212. DOI: 10.1590/S0102-71822013000100022
14. Silveira RS, Nardi H. Interseccionalidade gênero, raça e etnia e a lei Maria da Penha. *Psicologia & Sociedade* [Internet]. 2014 [acesso em 10 fev 2019]; 26(3). DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822014000500003>
15. Assis SG, Avanci JQ, Duarte CS. Adolescência e saúde coletiva: entre o risco e o protagonismo juvenil. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2015 [acesso em 10 fev 2019]; 20(11):3296. DOI: 10.1590/1413-812320152011.19942015
16. Delzio CR, et al. Características dos casos de violência sexual contra mulheres adolescentes e adultas notificados pelos serviços públicos de saúde em Santa Catarina, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2017 [acesso em 10 fev 2019]; 33(6):e00002716. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n6/1678-4464-csp-33-06-e00002716.pdf>
17. Baigorria J, Warmling D, Neves CM, Delzio CR, Coelho EBS. Prevalência e fatores associados da violência sexual contra a mulher: revisão sistemática. *Revista de Salud Pública* [Internet]. 2017 [acesso em 10 fev 2019]; 19(6):818-826. DOI: 10.15446/rsap.v19n6.65499
18. Silva LEL, Oliveira MLC. Violência contra a mulher: revisão sistemática da produção científica nacional no período de 2009 a 2013. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2015 [acesso em 10 fev 2019]; 20(11):3523-3532. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152011.11302014>

Cuidado integral à saúde da criança no contexto das políticas públicas

RESUMO

Objetivou-se refletir acerca do cuidado integral à saúde da criança no contexto das políticas de atenção à saúde infantil no Brasil. Com base na construção teórica sobre o pensar reflexivo, abordaram-se aspectos históricos e conceituais das políticas de atenção à saúde infantil. Discutiu-se sobre o enfoque da integralidade do cuidado, que deve ultrapassar as questões biológicas e tecnicistas para questões socioculturais, onde a criança se beneficia de um cuidado integral e multiprofissional que dê conta de compreender todas as suas necessidades e direitos como um sujeito integrado à família e à comunidade. Conclui-se que os avanços e conquistas nas ações de saúde à criança continuam em um movimento de mudança paradigmática para um modelo de construção de redes e da integralidade do cuidado.

DESCRIPTORIOS: saúde da criança; política de saúde; atenção integral à saúde da criança.

ABSTRACT

This research aimed to reflect about an integral healthcare of children in the context of the healthcare policies for children in Brazil. Based on the theoretical practice on reflexive thinking, historical aspects and conceptualization of such policies were discussed. The focus was on the integrality of care, which should go beyond biological and technical questions for socio-cultural issues where the children benefit from comprehensive and multiprofessional care that understands all their needs and rights as a subject integrated with the family and the community. It is concluded that advances and achievements in child health actions continue in a movement of paradigmatic change to a model of network construction and integral care.

DESCRIPTORS: child health; health policy; comprehensive health care.

RESUMEN

Se objetivó reflexionar acerca del cuidado integral a la salud del niño en el contexto de las políticas de atención a la salud infantil en Brasil. Con base en la construcción teórica sobre el pensamiento reflexivo, se abordaron aspectos históricos y conceptuales de las políticas de atención a la salud infantil. El enfoque estuvo sobre la integralidad del cuidado, que debe sobrepasar las cuestiones biológicas y tecnicistas para cuestiones socioculturales, donde el niño se beneficia de un cuidado integral y multiprofesional que dé cuenta de comprender todas sus necesidades y derechos como un sujeto integrado a la familia y la comunidad. Se concluye que los avances y logros en las acciones de salud al niño continúan en un movimiento de cambio paradigmático para un modelo de construcción de redes y de la integralidad del cuidado.

DESCRIPTORIOS: salud del niño; política de salud; atención integral de salud.

Talita Cristina Tomaz da Silva

Mestranda, Universidade Federal Fluminense (UFF)

Emilia Gallindo Cursino

Doutora, Universidade Federal Fluminense (UFF)

Liliane Faria da Silva

Doutora, Universidade Federal Fluminense (UFF)

Sandra Teixeira de Araujo Pacheco

Doutora, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)

Antônia da Conceição Cylindro Machado

Doutora, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)

Maria Estela Diniz Machado

Doutora, Universidade Federal Fluminense (UFF)

INTRODUÇÃO

A atenção à saúde infantil vem sofrendo transformações desde a década de 80 no século passado até os últimos anos do século XXI, decorrente dos avanços científicos, da incorporação de novas tecnologias em saúde, dos modelos assistenciais adotados a partir das políticas públicas, com vistas à promoção e prevenção em saúde, assim como uma melhor qualidade de vida dessa população¹.

Desde a promulgação da Constituição Brasileira em 1988, a saúde é um direito assegurado e pautado nos princípios da universalidade, equidade e integralidade,

organizado de maneira descentralizada, hierarquizada e com participação da comunidade². A integralidade, enquanto dimensão das práticas de saúde voltadas à criança, engloba ações de promoção, prevenção e recuperação, desenvolvidas de forma a intervir nos problemas de saúde, nas condições de vida e nos riscos e danos à saúde infantil³. Neste contexto, a criança é reconhecida enquanto ser biopsicossocial, sendo assim, seus direitos enquanto cidadão foram se delineando ao longo da história, paralelos a assistência à saúde.

Questão norteadora: as políticas públicas brasileiras de atenção à saúde da criança estão voltadas para o acompanhamento do processo de crescimento e desenvolvimento infantil em busca da integralidade do cuidado?

Este artigo tem por objetivo refletir acerca das políticas de atenção à saúde da criança no contexto do cuidado integral à saúde infantil.

METODOLOGIA

Estudo teórico-reflexivo, fundamentado na formulação discursiva acerca da temática, refletiu-se com base nas políticas públicas e artigos científicos. Alicerçado na construção teórica sobre o pensar reflexivo, abordou-se aspectos históricos e conceituais das políticas de atenção à saúde infantil e discutiu-se sobre o enfoque do cuidado integral que deve ultrapassar as questões biológicas e técnicas para questões socio-culturais onde a criança se beneficia de um cuidado integral e multiprofissional que dê conta de compreender todas as suas necessidades e direitos, como um sujeito integrado à família, e à comunidade.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As políticas públicas de saúde à criança no Brasil

A atenção à saúde da criança engloba o cuidado integral envolvendo o desenvolvimento de ações de promoção, de prevenção e assistência a agravos com objetivos que, além da redução da mortalidade infantil (MI), apontem para o compromisso de prover qualidade de vida para a criança, por meio de uma assistência integral e de qua-

lidade⁴.

Apesar do declínio observado no Brasil nas últimas décadas, a mortalidade infantil permanece como uma grande preocupação em Saúde Pública. Os níveis atuais apontam sérios problemas a superar, como as persistentes e notórias desigualdades regionais e interurbanas, com concentração dos óbitos na população mais pobres, além das iniquidades relacionadas a grupos sociais específicos⁵.

O Brasil é uma das nações que têm se destacado por reduzir a mortalidade infantil. Entre 1990 e 2015, a taxa de mortalidade de crianças de até 1 ano caiu 73,67% (Sinasc). No entanto, bebês de até 1 ano ainda morrem no País por causas que poderiam ser evitadas⁶.

O país conquistou grande diminuição nas taxas de mortalidade infantil (menores de 1 ano) e de mortalidade na infância (menores de 5 anos), tendo com isso cumprido o Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM) para 2015, com três anos de antecedência e com redução de 77%, uma das maiores do mundo. Também se observa controle da morbimortalidade por doenças imunopreveníveis e diarreia, grande diminuição dos índices de desnutrição e melhora crescente nos indicadores de aleitamento materno⁷.

Entretanto, ainda possui o desafio de diminuir a mortalidade neonatal (bebês até 28 dias de vida), sendo que a precoce (bebês com até 7 dias de vida) representa de 60% a 70% da mortalidade infantil e 25% destes óbitos ocorrem no primeiro dia de vida⁷.

Entendendo que essas mortes decorrem de uma combinação de fatores biológicos, sociais, culturais e de falhas do sistema de saúde, a redução da mortalidade na infância é ainda um desafio para os serviços de saúde e a sociedade como um todo. Portanto, as intervenções para a sua redução dependem de mudanças estruturais pertinentes às condições de vida da população, assim como de ações diretas definidas pelas políticas públicas de saúde⁵.

No Brasil, as transformações nas políticas de atenção à saúde da criança sofreram influência de cada período histórico, lutas e reivindicações, com envolvimento da

população e do governo⁸. Com passar dos anos, a evolução do conhecimento técnico-científico e o aumento da percepção sobre a importância de criar estratégias de saúde para diminuição do adoecimento e mortalidade infantil, diversos programas de saúde fossem criados e modificados para melhor atender esse público.

Os primeiros anos de vida de uma criança são fundamentais para seu crescimento e desenvolvimento, por ser um período muito vulnerável em virtude da imaturidade fisiológica e imunológica e sua total dependência. Neste contexto, na década de 1980, o governo brasileiro reconheceu a necessidade do acompanhamento do processo de crescimento e desenvolvimento de todas as crianças, visando mudar a assistência à saúde da criança no país em busca do cuidado integral⁸.

Assim, o Ministério da Saúde (MS) elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (PAISM-C) que tinha como objetivo contribuir para redução da morbidade e mortalidade da mulher e da criança, alcançando assim melhores condições de saúde por meio do aumento da resolução dos serviços⁸.

Com o propósito de reorientar a assistência à saúde da criança no país em busca do cuidado integral, em 1984, o MS criou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC), que deslocou o enfoque de uma assistência baseada em patologias para uma modalidade de atenção voltada à criança em seu processo de crescimento e desenvolvimento. Este programa foi implantado como estratégia de enfrentamento às adversidades nas condições de saúde da população infantil, principalmente no que diz respeito à mortalidade infantil. Sua criação teve como objetivo promover a saúde de forma integral, priorizando crianças pertencentes a grupos de riscos e procurando qualificar a assistência e aumentar a cobertura dos serviços de saúde⁹. Suas ações abrangiam o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, incentivo ao aleitamento materno, controle de doenças diarreicas, das Infecções Respiratórias Agudas (IRAs) e o controle das doenças imunopreveníveis⁸.

O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento como eixo norteador da atenção criança faz parte da avaliação integral à saúde da criança, propiciando o desenvolvimento de ações de promoção da saúde, de hábitos de vida saudáveis, vacinação, prevenção de problemas e agravos à saúde e cuidados em tempo oportuno. As ações propostas pelo PAISC vigoram até os dias atuais, buscando garantir a saúde das crianças brasileiras. No entanto, não foram observadas grandes mudanças nos índices de MI no fim desta década, pois se contabilizava 113/1000 NV¹⁰.

Durante as décadas de 1980 e 1990, houve muitas conquistas sociais no âmbito da saúde por meio da Constituição Federal de 1988, das Leis Orgânicas Municipais e, posteriormente, a Lei Orgânica de Saúde, as quais contribuíram profundamente para delinear as transformações no modelo de saúde brasileiro, bem como no que diz respeito à saúde da criança, caracterizado por uma assistência integrada com ações voltadas à promoção da saúde e prevenção de doenças, rompendo, assim, com o modelo biomédico.

No contexto da atenção integral à criança em 1990, foi aprovada a Lei n.º 8.069, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), com a finalidade de assegurar a proteção integral à criança e ao adolescente. O ECA, em seu Art. 7º, diz que toda criança e todo adolescente tem direito a proteção à vida e a saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência¹¹.

Outro marco importante para a saúde da criança foi a adoção da estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) a partir de 1996. Essa estratégia caracterizou-se por considerar de forma simultânea e integrada o conjunto de doenças de maior prevalência na infância, no contexto em que a criança está inserida¹². Assim, propôs olhar a criança como um todo em vez de se dirigir somente a queixa principal, dessa forma, introduziu aspectos de promoção e prevenção na rotina dos serviços, integrando ações curativas



Crédito: Projetado por Can Stock Photo

com medidas de prevenção e promoção da saúde, além de expandir a atenção ao nível comunitário, introduzindo o conceito de integralidade das ações¹³.

Ao apresentar as diretrizes para o Sistema Único de Saúde (SUS), a Constituição Brasileira de 1988 no Art. 198 recomenda: atendimento integral, com prioridade para atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais². Pela Lei Orgânica de Saúde n.º 8.080 de 1990, em seu Art. 7º, integralidade da assistência deve ser entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema¹⁴.

De fato, apesar das políticas públicas de saúde nos anos de 1980 e 1990 terem contribuído para a melhoria do quadro de morbimortalidade infantil, a situação de saúde da criança brasileira ainda representava um grande desafio, pois as chances de sobrevivência são muito diferentes entre as regiões brasileiras e a maioria das doenças e mortes infantis é evitável, o que sugere problemas na qualidade da atenção e da assistência prestada à criança¹².

Nesta perspectiva, em 2004, o Ministério da Saúde lançou a Agenda de Compromisso para Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil com objetivo de promover a saúde e reduzir a morbimortalidade infantil¹⁵. Com essa proposta, assumiu o desafio da conformação de uma rede única integrada de assistência à criança, onde o foco de atenção deve incluir toda e qualquer oportunidade que se apresente, seja na unidade de saúde, no domicílio, ou

espaços coletivos, como creche, pré-escola e escola. Desse modo, a criança se beneficia de um cuidado integral e multiprofissional que dê conta de compreender todas as suas necessidades e direitos como indivíduo. A assistência integral deve compreender a integração de todos os serviços de saúde, da atenção básica à atenção especializada, diagnóstico e terapêutico até a atenção hospitalar, sendo a atenção básica responsável pelo acompanhamento de toda a trajetória da criança¹⁵.

Ao considerar que a criança demanda atenção integral de forma acolhedora e contínua, as linhas de cuidado propostas pelo MS organizaram-se para atendê-las de forma global, assim como às suas famílias, e foram dispostas em ações da saúde da mulher, atenção humanizada e qualificada, atenção humanizada e qualificada à gestante e ao recém-nascido, triagem neonatal, incentivo ao aleitamento materno, incentivo e qualificação do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, alimentação saudável e prevenção de sobrepeso e obesidade infantil, combate à desnutrição e anemias carenciais, imunização, atenção às doenças prevalentes, atenção à saúde bucal, atenção à saúde mental, prevenção de acidentes, maus-tratos/violência e trabalho infantil e atenção à criança portadora de deficiência¹⁵.

Na busca do cuidado integral e integrado, foi definido o Projeto Terapêutico Singular (PTS) para os casos de maior complexidade. Nesse contexto, a criança deve ser compreendida como sujeito de direitos e em condição peculiar de desenvolvimento, deve ser atendida por equipe multipro-

fissional e ter prioridade no atendimento. Associa-se à isso a Atenção Básica nas redes que deve ser resolutiva, com a identificação e a classificação de riscos das necessidades e demandas de saúde, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica ampliada que produza vínculos, favorecendo a constituição da autonomia de indivíduos e grupos sociais⁷.

Neste movimento, em 2009, o MS mediante a Portaria Ministerial n.º 2.395/2009 instituiu a Estratégia Brasileirinhos e Brasileirinhas Saudáveis, que além de priorizar o cuidado integral à criança no nascimento e à mãe enfatiza a qualidade de vida das crianças brasileiras. Dessa forma, essa estratégia propõe que cuidados ampliados, que devem ser oferecidos com o propósito de estimular habilidades físicas, afetivas, cognitivas e sociais, da criança. Devem-se estabelecer relações por meio de políticas transversais e ações comuns entre diversos setores ministeriais, como a educação, o judiciário, a segurança e a ação social⁸.

No decorrer dos avanços e conquistas à saúde da criança para o cuidado integral, encontra-se a Rede Cegonha (Portaria n.º 1.459/2011). A implementação da Rede Cegonha proporcionou atenção integral à saúde da criança, com direcionamento aos primeiros dois anos e, especialmente, no período neonatal⁹.

Nos últimos quase 40 anos, importantes leis e portarias foram publicadas no país com a finalidade de assegurar a saúde da criança brasileira de 0 a 9 anos. A legislação brasileira hoje contempla áreas prioritárias, como imunização, aleitamento materno, atenção à saúde do recém-nascido, nutrição, prevenção de acidentes, violências, e cultura da paz.

Neste contexto, foi criada, em 2015, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PANAISC) no âmbito do SUS, compilando todos os programas e leis referentes à saúde infantil, com o objetivo de orientar e qualificar as ações e serviços de saúde da criança em todo o território nacional. A PANAISC se estrutura em sete eixos estratégicos, o eixo III desta portaria

versa sobre a promoção e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento integral consiste na vigilância e estímulo do pleno crescimento e desenvolvimento da criança, em especial do desenvolvimento na primeira infância (DPI) pela atenção básica à saúde, conforme orientações da Caderneta de Saúde da Criança¹⁶.

A Caderneta de Saúde da Criança (CSC) é uma das estratégias voltadas para a atenção integral à saúde da criança e apresenta-se como instrumento essencial de vigilância da saúde infantil por ser o documento onde devem ser registradas todas as informações sobre o atendimento da criança nos serviços de saúde. A utilização desta caderneta possibilita a identificação precoce de problemas de saúde, tais como o atraso do crescimento e do desenvolvimento, a desnutrição, a obesidade, dentre outros¹⁷.

A vigilância em saúde da criança

O processo de crescimento e desenvolvimento é marcante na infância, sendo considerado o eixo central do cuidado infantil, e é essencial para articulação de atividades de promoção, prevenção e de intervenção da criança. Neste sentido, a base da assistência tem sido a vigilância de fatores que podem interferir nesse processo, buscando a redução da mortalidade infantil e de seus componentes, bem como o alcance de melhor qualidade de vida⁷.

A Vigilância em Saúde tem sido definida como a postura ativa dos profissionais e serviços de saúde diante das situações de risco e vulnerabilidade, traçando planos e ações específicas para minimizar os danos e realizar o adequado acompanhamento à saúde da população¹⁵.

O monitoramento do crescimento e do desenvolvimento infantil, além de indicador e orientador da relação do profissional com a mãe e com a família, pode desencadear ações intersectoriais¹⁸. Portanto, é amplo o desafio que este segmento da população apresenta à sociedade brasileira, tanto em função das condições de vida e das limitações de oportunidades para as crianças e suas famílias, especialmente na primeira infância, quanto em relação às demandas por serviços públicos.

O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento é atualmente a principal linha de cuidado e eixo referencial para atenção integral à saúde da criança, proposta pelas políticas públicas de saúde brasileira, sob os aspectos biológico, afetivo, psíquico e social.

Neste sentido, o cuidado à saúde da criança representa um campo prioritário no âmbito dos cuidados à saúde das populações em função de sua vulnerabilidade nessa fase da vida. O cuidado da criança implica em atender as necessidades essenciais para o seu pleno desenvolvimento, e o enfermeiro pode oferecer esses cuidados por meio da consulta de enfermagem. A avaliação do crescimento infantil foi observada em todas as consultas de enfermagem através da utilização dos índices antropométricos e curvas de crescimento contidas na caderneta de saúde da criança. Porém, a avaliação e vigilância do desenvolvimento foi efetivada parcialmente na maioria das consultas, pois foi utilizada apenas a percepção materna sobre os marcos do desenvolvimento¹⁹.

Neste contexto, a precariedade na utilização da CSC compromete a vigilância da saúde infantil, por ser este o instrumento que permite o registro das condições de saúde da criança que implica em descontinuidade da atenção, além de dificultar a avaliação das ações de saúde.

Apesar da importância do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança na vigilância à saúde infantil, estudo²⁰ mostrou que existe déficit de conhecimento e falta de preparo dos profissionais para sua efetivação na prática, que prejudica a qualidade da assistência prestada à criança no contexto do cuidado integral.

CONCLUSÃO

Os profissionais de saúde envolvidos no cuidado à criança devem balizar suas atividades nas políticas públicas vigentes, a fim de garantir a qualidade da atenção à população infantil. A perspectiva do cuidado integral à saúde infantil pressupõe vínculos bem estabelecidos entre a criança, família, comunidade e profissionais. Nesse sentido, a atuação em linhas de cuidado contempla uma visão global das dimensões da vida, em

uma perspectiva que inclui a articulação do trabalho em rede e das práticas dos profissionais que compõem uma equipe.

Portanto, oferecer atenção integral à criança significa prover todos os serviços necessários, capazes de responder com resolutividade às demandas específicas de sua saúde, no contexto da Atenção Básica, de apoio diagnóstico, ou na atenção especiali-

zada ambulatorial e hospitalar, na atenção à urgência e emergência, nos serviços especializados e internação hospitalar. Associa-se à isso a vigilância à saúde, como postura ativa dos profissionais e serviços de saúde expressa na compreensão de que o processo de crescimento e desenvolvimento infantil são processos integrados, e que os primeiros anos de vida de uma criança são o alicerce

para seu crescimento biológico, emocional e psicossocial, e nas diversas formas de ações intersetoriais, e que resultam em produção de saúde.

Conclui-se que os avanços e as conquistas nas ações de saúde à criança continuam em um movimento de mudança paradigmática para um modelo de construção de redes e da integralidade do cuidado. ■

REFERÊNCIAS

- Mello DF, Furtado MCC, Fonseca, LMM, Pina JC. Seguimento da saúde da criança e a longitudinalidade do cuidado. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2012 [acesso em 05 jan 2019]; 65(4):675-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000400018>.
- Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): Senado Federal, 1988.
- Cursino EG, Fujimori E, Gaíva MAM. Integralidade no ensino da saúde da criança na graduação em enfermagem: perspectiva de docentes. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2014 [acesso em 05 jan 2019]; 48(1):112-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420140000100014>.
- Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde (BR). Cadernos de atenção básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2012.
- Ministério da Saúde (BR). Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do comitê de prevenção do óbito infantil e fetal. 2. ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2009.
- UNICEF [Internet]. 7.000 recém-nascidos morrem a cada dia, apesar da queda constante na mortalidade dos menores de 5 anos [acesso em 05 jan 2019]. Disponível em: https://www.unicef.org/brazil/pt/media_37295.html.
- Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas (BR). Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2018.
- Araújo JP, Silva RM, Collet N, Neves ET, Toso BRGO, Vieira CS. História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2014 [acesso em 05 jan 2019]; 67(6):1000-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2014670620>.
- Ministério da Saúde, Centro de Documentação (BR). Assistência Integral à saúde da criança: ações básicas. Brasília: Ministério da Saúde, 1984.
- DATASUS [Internet]. Óbitos infantis no Brasil [acesso em 2019 jan 16]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/inf10uf>.
- Brasil. Presidência da República. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 8.069, 13 de julho de 1990. Dispõe sobre Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 1990 jul 16; Seção 1. p 13563.
- Cursino EG, Fujimori E. Integralidade como uma dimensão das Práticas de atenção à saúde da criança: uma revisão bibliográfica. *Rev Enferm UERJ* [Internet]. 2012 [citado 2019 jan 11]; 20(1):676-80. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v20nesp1/v20e1a21.pdf>.
- Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica (BR). Saúde da Criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2002.
- Brasil. Presidência da República. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 1990 set 20; Seção 1. p 18055.
- Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (BR). Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2004.
- Ministério da Saúde (BR). Portaria n.º 1.130, de 05 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da República Federativa do Brasil. 6 ago 2015; Seção 1. p 37.
- Silva TCTS, Cursino EG, Silva LF. Caderneta de saúde da criança: vigilância do crescimento e desenvolvimento infantil. *Rev Enferm UFPE* [Internet]. 2018 [acesso em 11 jan 2019]; 12(12):3445-55. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i12a236819p3445-3455-2018>.
- Silva KD, Araújo MG, Sales LKO, Valença CN, Morais FRR, Morais IF. Monitoring of child growth and development according to mothers of the family health strategy. *Rev Bras Pesq Saúde* [Internet]. 2014 [acesso em 11 jan 2019]; 16(2):67-75. DOI: <https://doi.org/10.21722/rbps.v0i0.9288>.
- Gaíva MAM, Monteschio CAC, Moreira MDS, Salge AKM. Avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil na consulta de enfermagem. *Av Enferm* [Internet]. 2017 [acesso em 11 jan 2019]; 36(1):9-21. DOI: 10.15446/av.enferm.v36n1.62150.
- Reichert, APS, Almeida AB, Souza LC, Silva MEA, Collet N. Vigilância do crescimento infantil: conhecimentos e práticas de enfermeiros da atenção primária à saúde. *Rev Rene* [Internet]. 2012 [acesso em 11 jan 2019]; 13(1):114-26. DOI: <http://dx.doi.org/10.15253/rev%20rene.v13i1.3780>.

Caracterização dos atendimentos traumáticos no serviço móvel de emergência no município de Ipiaú - Bahia

RESUMO

Este estudo teve como objetivo caracterizar os atendimentos prestados pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência do Município de Ipiaú - Bahia, nos seis primeiros meses de janeiro à junho de 2018. Trata-se de uma pesquisa documental do tipo descritiva do sistema de informação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e Emergência do Ipiaú. Foram analisados 890 atendimentos, sendo 215 devidos a causas traumáticas e 675 a causas clínicas. Dos atendimentos devidos a causas traumáticas, 27,4% foram prestados a mulheres; dentre aqueles com causas traumáticas, 71,6% ocorreram em homens e ignorados 1,0%. A faixa etária com maior número de atendimentos foi de 21 a 30. Os hospitais atenderam 91,2% das ocorrências. Os resultados revelaram que a equipe multiprofissional atuante no serviço móvel contribui significativamente na integralidade do cuidado ao ser humano.

DESCRITORES: SAMU; emergência; trauma.

ABSTRACT

This study aimed to characterize the services rendered by the Mobile Emergency Care Service of the municipality of Ipiaú - Bahia, in the first six months of January to June 2018. Descriptive study, based on documentary analysis of the information system of the mobile emergency care service of Ipiaú. A total of 890 cases were analyzed, 215 of which were due to traumatic causes and 675 to clinical causes. Of the visits due to traumatic causes, 27.4% were provided to women; among those with traumatic causes, 71.6% occurred in men and ignored 1.0%. The age group with the greatest number of visits was 21 to 30. The hospitals attended 91.2% of the occurrences. The results showed that the multiprofessional team working in mobile emergency contributes significantly to the integral care of the human being.

DESCRIPTORS: SAMU; emergency; trauma.

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo caracterizar las atenciones prestadas por el Servicio de Atención Móvil de Urgencia del municipio de Ipiaú - Bahia, en los seis primeros meses de enero a junio de 2018. Estudio descriptivo, basado en análisis documental del sistema de información del Servicio de Atención Móvil de Urgencia de Ipiaú. Se analizaron 890 atendimientos, siendo 215 debidos a causas traumáticas y 675 a causas clínicas. De las atenciones debidas a causas traumáticas, el 27,4% fueron prestadas a mujeres; de entre aquellos con causas traumáticas, el 71,6% ocurrió en hombres e ignorados el 1,0%. El grupo de edad con mayor número de atendimientos fue de 21 a 30. Los hospitales atendieron el 91,2% de las ocurrencias. Los resultados revelaron que el equipo multiprofesional actuante en el Servicio de Atención Móvil de Urgencia contribuye significativamente en la integralidad del cuidado al ser humano.

DESCRIPTORES: SAMU; emergencia; trauma.

Angélica Costa Santana

Enfermeira. Especialista em Enfermagem em Urgência e Emergência pela Faculdade Unyleya. SP, Brasil.

Chennyfer Dobbins Abi Rached

Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva. Professora do Diretora do Programa de Pós-Graduação em Gestão em Sistemas de Saúde. Universidade Nove de Julho (UNINOVE). SP, Brasil. Autor correspondente.

Marcia Cristina Zago Novaretti

Médica. Doutora em Medicina. Diretora do Programa de Pós-Graduação em Gestão em Sistemas de Saúde. Graduada em Medicina pela Universidade de Santo Amaro. SP, Brasil.

Marcia de Mello Costa de Liberal

Doutora em Sociologia Econômica e das Organizações pela Universidade Técnica de Lisboa. Pós-doutorado em Ciência Política pelo CEIL-PIETTE/Universidad de Buenos Aires e em Ciências Sociais pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Professora da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). SP, Brasil.



Credito: Projetado por Cam Stock Photo

INTRODUÇÃO

Há evidência histórica e epidemiológica de que o nível de resposta ao atendimento de urgências e emergências tem impacto considerável na sobrevivência de pessoas que apresentam complicações no estado de saúde por algum tipo de agravamento, seja por causas externas (acidentes de trânsito, violência e etc.) ou clínicas - principalmente relacionadas a doenças do aparelho circulatório¹.

Conforme preconiza o Ministério da Saúde - MS² por meio da Política Nacional de Atenção às Urgências, o Atendimento Pré-Hospitalar (APH) é definido como a assistência prestada em um primeiro nível de atenção, aos portadores de quadros agudos, de natureza clínica, traumática ou psiquiátrica, quando ocorrem fora do ambiente hospitalar, podendo acarretar sequelas ou até mesmo a morte.

No Brasil, o APH começou a ser discu-

tido na década de 1990, tendo a Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, a iniciativa sobre o assunto³.

Implantado no Brasil em 1990, o Serviço Pré-Hospitalar (SPH) é responsável pela assistência direta ou indireta ao usuário, fora do ambiente hospitalar e tem como fim prestar serviço às vítimas de traumas em situações de emergências no local que a vítima se encontra, com eficiência, adequado às necessidades específicas, que comprometem a vida ou a função vital importante.

Esses serviços formam um dos componentes da Política Nacional de Atenção às Urgências, cuja publicação constitui um importante avanço na organização do sistema de saúde do país, pois estabelece a estruturação de uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada para a atenção às urgências³.

A implantação do SPH/SAMU no Município de Ipiaú-BA, com cerca de 50.000

habitantes, se deu no ano de 2010, através de convênio assinado entre a Secretaria Municipal de Saúde com o apoio do MS. Diante disso, esse estudo vem descrever a caracterização dos atendimentos traumáticos realizados pelo Serviço Móvel de Urgência e Emergência (SAMU) no Município de Ipiaú⁴.

Este estudo tem como finalidade contribuir para que profissionais e gestores da saúde analisem melhor o perfil dos atendimentos de usuários atendidos, vítimas de trauma, em um SAMU e com isso, planejar ações que venham contribuir para a melhoria da qualidade desse serviço.

Portanto, a questão norteadora deste trabalho é: Quais as características dos atendimentos ao trauma realizados pelo Serviço de Urgência e Emergência da cidade do Ipiaú no Estado da Bahia? Tendo por objetivo descrever o perfil desses atendimentos traumáticos e como funciona o Serviço Móvel de Urgência e Emergência.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa documental, retrospectiva, de abordagem quantitativa que após aprovação do coordenador por meio do termo de anuência do SAMU do Município de Ipiaú, foram coletados os dados por meio das fichas de atendimento das intervenções pelas equipes de suportes básico e avançado relacionadas a causas traumáticas.

Os dados foram coletados na sede administrativa do SAMU de Ipiaú, utilizando-se dos prontuários de atendimento onde se localizam as fichas, sendo manipulados um a um pelos pesquisadores.

O período do estudo compreende aos atendimentos realizados de janeiro a junho de 2018, esse corresponde aos primeiros seis meses de funcionamento do SAMU de Ipiaú. A coleta foi realizada nos meses de agosto e setembro de 2018 pelos pesquisadores.

As variáveis eleitas para o estudo foram as que constavam no prontuário, categorizadas em dados de identificação da vítima (sexo e faixa etária), causa do trauma, se o atendimento foi hospitalar ou domiciliar, e tipo de ocorrência traumática.

O marco inicial da colonização do Município de Ipiaú datada da segunda década do século passado, aproximadamente 1913. Antes, a região era habitada pelos índios Tapuias, quando surgiram os primeiros desbravadores, tendo como pioneiro Raimundo Santos, conhecido como Raimundo Crente⁵.

O lugarejo foi chamado de Rapartição e, segundo alguns, a origem desse termo deveu-se uma briga entre duas mulheres que se serviam de lenha em brasa como arma,

enquanto outros explicam que tal nome era corruptela da palavra "Repartição", pois que no arraial funcionava um posto de arrecadação de tributos fiscais, instalado em 1916 pela Intendência de Camamu⁵.

Finalmente, por força da Lei Estadual n.º 8.725, de 02 de dezembro de 1933, assinado pelo então Governador Juracy Magalhães, foi criado o Município de Rio Novo, cuja denominação se explica devido às modificações no leito do Rio Água Branca, afluente do Rio das Contas, que banha

a região⁶.

Mais tarde, exatamente em 31 de dezembro de 1943, uma reformulação administrativa impôs a mudança do nome de Rio Novo, ao proibir a existência no Brasil de duas localidades com a mesma denominação. Assim, surgiu o novo nome, Ipiaú, que quer dizer "rio novo" na língua Tupi⁵.

O Município de Ipiaú pertence à Microrregião Homogênea 154 - Cacaueira - segundo divisão adotada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE),

Figura 1. Distribuição dos atendimentos pelo SAMU de Ipiaú-BA, por tipo e motivo da ocorrência, janeiro a junho de 2018. Ipiaú, BA, Brasil, 2018.



Fonte: Fichas de atendimento, SAMU, Ipiaú, 2018.

compreendendo a uma área de 267 km², equivalente a 0,05% da área total do Estado, tendo como principais rodovias a BR-101 e BR-116⁶.

Os serviços de média e alta complexidade (Raio X e Rádio-diagnóstico por imagens) são oferecidos através de contratação de serviços e conforme pactuação municipal, tendo como referências os municípios de Jequié, Ilhéus, Itabuna e Salvador.

Quanto à rede de urgência e emergência o município dispõe de equipe completa do SAMU (192), funcionando com uma unidade básica e uma avançada, além da UPA do Hospital Geral do Estado em Ipiaú.

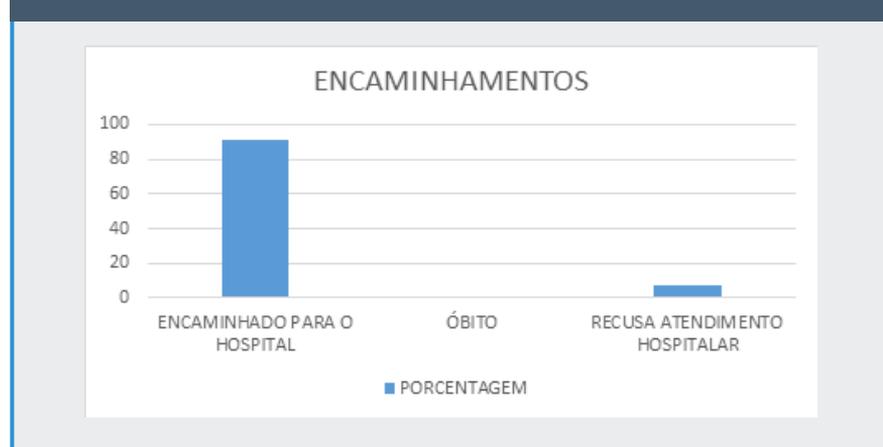
RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram selecionadas, de janeiro a junho de 2018, as ocorrências atendidas pelos suportes avançado e básico, que totalizaram 890 ocorrências, sendo selecionados 215

prontuários que correspondiam a atendimento traumático.

Dessas 215 ocorrências traumáticas, 71,6% corresponderam a vítimas do sexo

Figura 2. Distribuição dos encaminhamentos pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) de Ipiaú-BA, janeiro a junho de 2018. Ipiaú, BA, Brasil, 2018.



Fonte: Fichas de atendimento, SAMU, Ipiaú, 2018.

masculino e 27,4% do sexo feminino.

Quanto a idade das vítimas, o maior número de atendimentos concentrou-se na faixa etária de 21 a 30 anos, perfazendo 20,4% das causas traumáticas. Esse resultado é similar aos de outros estudos (que apontaram serem os jovens a parcela da população mais sujeita a morte por fatores externos, tendo como causa homicídio, acidente de trânsito ou suicídio).

A figura 1 apresenta a distribuição dos acidentes por tipo de trauma, observa-se que os acidentes envolvendo motocicletas foram responsáveis por 23,2%, esse acidente com esse tipo de veículo superaram os ciclísticos e automobilísticos.

A segurança no trânsito é muito importante, o que inclui a sinalização de vias, instalação de semáforos, o hábito de usar equipamentos de segurança, principalmente o capacete, que permite diminuir o impacto da colisão na região da cabeça, evitando fraturas graves no crânio e a morte.

Os traumas por queda totalizaram 40,0% das ocorrências, constituindo a maioria desse tipo de ocorrência, 6,5% dos traumas quais envolveram arma de fogo, 2,7% dos traumas quais envolveram arma branca, 6,5% por atropelamento, 4,6% por colisão de veículos, 6,0% por capotamento, 0,9% por animal e 0,32% ignorado. Tais óbitos, originados de situações preveníveis geram alto custo para as esferas governamentais e desestruturação familiar e social, além de afetarem o mercado de trabalho.

Quanto à distribuição dos encaminha-

mentos dos indivíduos atendidos, observa-se que para os hospitais predominaram com 91,2%, o que aponta a necessidade de se dispor de atendimento pré-hospitalar e de medidas que evitem a morte. Em 1,2% das ocorrências, a vítima já falecera quando da chegada do SAMU ao local.

Verifica-se ainda na Figura 2 que, 7,6% do total de atendidos se recusaram a ser encaminhados após receberem atendimento pela equipe do SAMU. Tal situação limita o atendimento pelo serviço aos que necessitam apenas de APH, além de levar ao desgaste físico e emocional da equipe.

Quanto ao horário de chamado, os eventos decorrentes dos atendimentos por causas traumáticas ocorreram majoritariamente no período vespertino com 23,8% versus 22,3% no período noturno.

Constatou-se aumento do número de traumas no final da tarde e início da noite, período de grande circulação de veículos, devido ao retorno às residências após o turno de trabalho.

O período noturno foi o de maior incidência de vítimas com trauma grave, uma vez que os acidentes nele ocorridos tendem a apresentar maior gravidade em decorrência de fatores como menor visibilidade, velocidade excessiva, desrespeito a semáforos e à sinalização e uso de álcool e drogas, entre outros.

O horário das ocorrências não foi registrado em 13,6% das fichas de atendimento, prejudicando uma análise mais acurada dessa variável.

CONCLUSÃO

A atuação do SAMU vem sendo considerada muito positiva, representando benefício para a população, sobretudo quando se considera que o resgate móvel não dispunha de centrais médicas de regulação e de atendimento médico nas ambulâncias.

Esse tipo de serviço veio oficializar, padronizar e regular um subsistema fundamental para salvar vidas, tendo já sido comprovada sua eficácia em vários países do mundo. Portanto, é preciso que os administradores do SUS invistam na sua continuidade, no aperfeiçoamento de sua implantação e implementação e no seu monitoramento, buscando excelência e integração com todo o sistema de urgência e emergências, sobretudo nos serviços de atenção às vítimas de violências e acidentes, em que o tempo é um dos fatores mais relevantes para salvação de vidas.

Este estudo abrangeu 100% dos indivíduos atendidos pelo SAMU-Ipiáú em situações de causas traumáticas, uma vez que foram incluídos os atendimentos realizados pelas unidades de suporte avançado e de suporte básico e também os prestados para outras cidades circunvizinhas, uma vez que é a única unidade móvel avançada da microrregião, o que pode constituir objeto de outras pesquisas de ações intersetoriais de promoção à saúde, incluindo dimensionamento de pessoal e alocação e otimização de recursos, além de subsidiar decisões estratégicas úteis à esfera gestora municipal. ■

REFERÊNCIAS

1. Cabral APS, Souza WV. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU): análise da demanda e sua distribuição espacial em uma cidade do Nordeste brasileiro. *Rev. bras. epidemiol.* [Internet]. 2008 [cited 2011 set 30]; 11(4):530-40. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v11n4/01.pdf>.
2. Brasil. Decreto-lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.
3. Casagrande D, Stamm B, Leite MT. Perfil dos atendimentos realizados por uma Unidade de Suporte Avançado do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) do Rio Grande do Sul. *Scientia Medica*. 2013; 23(3):149-5.
4. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS n.º 1864, de 20 de setembro de 2003. Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação do serviço de Atendimento Móvel de Urgência em municípios e regiões de todo o território brasileiro: SAMU-192. *Diário Oficial da União*, Brasília, 6 de outubro de 2003.
5. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro (BR). Portaria 2048, de 05 de novembro de 2002. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Brasília, 2002.
6. Instituto Brasileiro Geografia e Estatística (IBGE). Censo 2000. Brasília, 2000.

Patologias neonatais relacionadas aos extremos de idade reprodutiva: revisão de literatura

RESUMO

Este estudo tem como objetivo verificar as patologias neonatais relacionadas aos extremos de idade reprodutiva. Tratou-se de uma revisão de literatura, do tipo integrativa. Foi realizada busca nas bases de dados da Pubmed, SciELO e Bireme, de artigos no período de 2013 a 2018, através dos descritores: idade materna, patologia e neonatal, resultando em 10 artigos. As principais patologias neonatais encontradas foram: problemas respiratórios e sepses. As publicações ressaltam que a principal complicação materna é a doença hipertensiva específica da gestação e a complicação neonatal é a prematuridade. Diante do exposto, é necessário que ocorra uma prestação mais adequada do acompanhamento pré-natal e assistência ao trabalho de parto, parto, puerpério e ao recém-nascido, podendo, assim, reduzir os efeitos deletérios da idade extrema materna sobre a mulher e o recém-nascido.

DESCRITORES: gestação; idade materna; doenças e anormalidades congênitas, hereditárias e neonatais.

ABSTRACT

This study aims to verify the neonatal pathologies related to extremes of reproductive age. It is a literature review, of the integrative type. We searched the Pubmed, SciELO and Bireme databases for articles from 2013 to 2018, using the descriptors: maternal age, pathology and neonatal, resulting in 10 articles. The main neonatal pathologies found were respiratory problems and sepsis. The publications emphasize that the main maternal complication is the specific hypertensive disease of gestation and the neonatal complication is prematurity. In view of the above, a more adequate provision of prenatal care and assistance to labor, delivery, puerperium and the newborn need to occur, thus reducing the deleterious effects of the maternal extreme age on women and the newborn.

DESCRIPTORS: gestation; maternal age; congenital, hereditary, and neonatal diseases and abnormalities.

RESUMEN

Este estudio tiene como objetivo verificar las patologías neonatales relacionadas a los extremos de edad reproductiva. Se trata de una revisión de literatura, del tipo integrativa. Se realizó una búsqueda en las bases de datos de Pubmed, SciELO y Bireme, de artículos en el período de 2013 a 2018, a través de los descriptores: edad materna, patología y neonatal, resultando en 10 artículos. Las principales patologías neonatales encontradas fueron: problemas respiratorios y sepsis. Las publicaciones resaltan que la principal complicación materna es la enfermedad hipertensiva específica de la gestación y la complicación neonatal es la prematuridad. En el caso de las mujeres embarazadas, las mujeres embarazadas y las mujeres embarazadas, y las mujeres embarazadas, deben tener en cuenta las necesidades de los niños, recién nacido.

DESCRIPTORES: gestación; edad materna; enfermedades y anormalidades congénitas, hereditarias y neonatales.

Aline Sharlon Maciel Batista Ramos

Doutoranda em Ciências Médicas (Universidade Estadual do Rio de Janeiro). Professora Assistente da Universidade CEUMA.

Taciana Keila da Silva Roza

Enfermeira (Universidade CEUMA). Discente da Residência Multiprofissional em Saúde do HU-UFMA do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão – Área de Concentração Neonatologia.

Rafael Mondego Fontenele

Mestre em Gestão de Serviços de Saúde (Universidade CEUMA). Pós-graduando em Unidade de Terapia Intensiva (Universidade CEUMA). Docente do Instituto de Ensino Superior Franciscano.

Daniel Mussuri de Gouveia

Doutorando em Engenharia Biomédica (Universidade Brasil). Professor Assistente do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Maranhão (UEMA).

Dênis Rômulo Leite Furtado

Doutorando em Engenharia Biomédica (Universidade Brasil). Professor Assistente do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Maranhão (UEMA).

Marcelo Henrique de Vasconcelos Mourão

Doutorando em Engenharia Biomédica (Universidade Brasil). Professor Assistente do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Maranhão (UEMA).

INTRODUÇÃO

As patologias neonatais contribuem substancialmente para a má qualidade de vida do recém-nascido, para o pesado ônus familiar e para o considerável peso social. São doenças que ocorrem nas primeiras semanas de vida derivadas de etiologias variáveis, que possuem caráter progressivo e degenerativo, podendo promover danos cumulativos^{1,2}.

Entre umas das consequências das patologias seria a prematuridade. A literatura indica a duração normal da gestação é de 37 a 42 semanas, logo, um bebê que nasça antes disso é considerado de pré-termo ou prematuro. De acordo com a idade gestacional, os prematuros podem ser classificados como: pré-termo limiar, os nascidos entre as 33 e as 36 semanas e/ou um peso ao nascimento entre os 1500 e os 2500 gramas; prematuro moderado, os nascidos entre as 28 e as 32 semanas e/ou um peso ao nascimento entre os 1000 e os 1500 gramas; prematuro extremo, se nascem antes das 28 semanas e/ou um peso ao nascimento inferior a 1000 gramas. São estes os casos com problemas mais frequentes e mais graves¹.

Entre as causas para o desenvolvimento das patologias neonatais, destaca-se a idade extrema materna, agregam o maior conjunto de fatores associados à mortalidade infantil, e para filhos de mães abaixo dos 20 anos e a partir dos 35 anos de idade há evidências de maiores chances de ocorrência do óbito infantil².

A faixa etária ideal para o desenvolvimento de uma gravidez é entre 20 e 29 anos, visto que nessa faixa etária, a mulher apresenta os melhores resultados perinatais. A gravidez antes ou após essa idade requer atenção especial, haja visto que a gestação nos extremos da vida reprodutiva é associada maior presença de complicações perinatais e morbimortalidade materna². Estas complicações perinatais afetam a saúde e/

ou o desenvolvimento do neonato, por exemplo, o baixo índice de Apgar no 5º minuto (< 6 de 10 pontos) é associado a mortalidade perinatal, retardo mental, epilepsia e baixo rendimento escolar³.

Contudo, existe uma controversa com relação a idade materna como fator de risco para resultados perinatais negativos, visto que para adolescentes existe a explicação que as características socioeconômicas desfavoráveis e, enquanto fatores biológicos relacionados à idade têm sido relacionados ao aumento do risco para as mulheres mais velhas⁴. Segundo um estudo⁵ realizado na cidade de São Luís – MA, no ano de 2017, com 16.474 mães de nascidos vivos, verificaram que as adolescentes apresentaram maior chance de nascimento pré-termo e as mulheres com 35 anos ou mais apresentaram maior risco para baixo peso ao nascer. Tanto as adolescentes quanto as mães com idade avançada possuem chances aumentadas para realizarem menos que seis consultas de pré-natal.

Estudos^{2,4,6} têm demonstrado um aumento de gravidez em casos de extremo de idade materna, ou seja, antes dos 20 e após os 35 anos de idade. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE⁷, a taxa de natalidade teve uma queda, na qual em 2016 totalizou 2.793.935 nascimentos, uma queda de 5,1% em relação ao de 2015, deste dado verificou-se que 977.211 eram mulheres com idade menores de 20 anos e 382.941 mulheres com idade de mais de 35 anos tiveram filhos nesse ano.

Com relação a gravidez na adolescência, é um tema que vem sendo bastante debatido atualmente, devido sua alta taxa de prevalência e os problemas envolvidos nesse contexto nos âmbitos da saúde, social e político, produzindo desafios para os profissionais de saúde, educadores, governo e sociedade em geral⁸.

Portanto, a gravidez na adolescência é

um problema de saúde pública e que não pode ser ignorado, pois além dos problemas que pode ocasionar para mãe e à criança, a sociedade deve dar mais atenção para essa problemática. Conforme o IBGE⁷, diminui o número de adolescentes grávidas entre 15 e 19 anos, caindo para 17,7% do total em 2016, em comparação a 2002 que eram 20,4%. Atualmente, a Região Sudeste detém o menor índice (15,2%) e a Região Norte (23,2%), o maior percentual de gravidez nessa faixa etária⁷.

De acordo com Al-Kadri e colaboradores⁹, as adolescentes grávidas possuem o maior risco de mortalidade perinatal do que as mulheres em outra faixa etária, causada principalmente por hemorragia, sepse e eclâmpsia. Além disso, Martins e colaboradores¹⁰ ressaltam que a imaturidade biológica e o desenvolvimento incompleto da ossatura da pelve são as principais condições para as complicações obstétricas durante este período da vida.

Quanto às mulheres avançadas, estudo⁶ afirma que o aumento no número de gestações em idade avançada nos últimos tempos é devido ao desejo da mulher em investir na formação e na carreira profissional e com isso adiar a maternidade. Além disso, existem uma gama diversificada de métodos contraceptivos, os avanços na tecnologia da reprodução assistida e avanços na atenção à saúde constituem causas para essa situação e, consequentemente, ocasionando problemas à saúde da mãe e do feto.

A gravidez em idade avançada inclui os maiores riscos obstétricos, devido tanto da própria senilidade ovariana, quanto do aumento de doenças crônicas pré-existentes, decorrentes da idade. Portanto, estas mulheres estão mais sujeitas a hospitalizações e ainda terão chance aumentada para abortamento espontâneo, em que 40 a 60% desses terão alterações cromossômicas¹¹.

Dados do SINASC, referentes ao ano de

2005, revelam que as mulheres com idade maior ou igual a 35 anos tiveram 279,190 nascidos vivos, enquanto em 2014 este número foi de 364,405, representando, desta forma, um aumento de 30,5% nas gestações tardias. Na região Nordeste, o número de gestação tardia subiu de 72.093, em 2005, para 86.527 em 2014¹².

Com relação a saúde do feto devido ao extremo da idade materna, pesquisas^{13,14} demonstram que existem problemas de saúde para o feto, como: para idade avançada, o recém-nascido possui um maior risco de desenvolver malformações congênitas, prematuridade, necessidade de reanimação neonatal ou baixo peso ao nascer, além de mais casos de internações na unidade intensiva neonatal demonstrando um maior grau de morbimortalidade; quando ao recém-nascido da adolescente, pode ocorrer: nascimento de baixo peso, prematuridade, parto prematuro, índice Apgar baixo e baixo peso ao nascer.

Nesse contexto, este estudo objetivou verificar as patologias neonatais relacionadas aos extremos de idade reprodutiva.

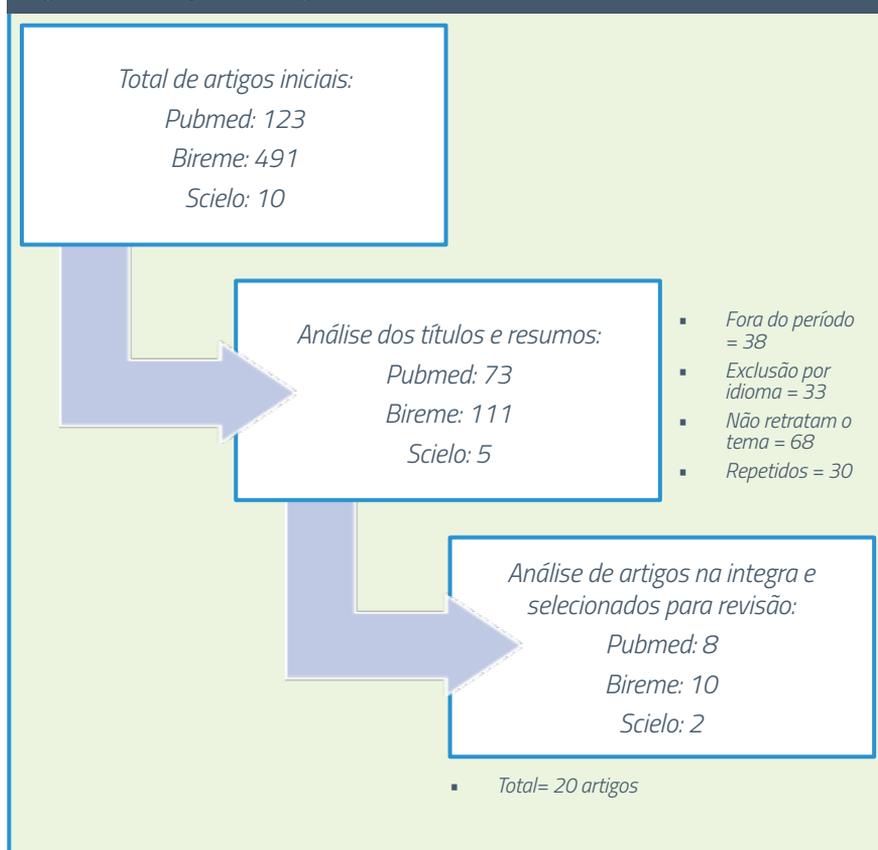
METODOLOGIA

Tratou-se de uma revisão de literatura, do tipo integrativa. Segundo Souza, Silva Carvalho(15) “a revisão integrativa é uma abordagem metodológica referente às revisões, permitindo a inclusão de estudos experimentais e não-experimentais para uma compreensão completa do fenômeno analisado”.

O primeiro momento do estudo foi a formulação de uma pergunta para subsidiar a busca eletrônica em bases de dados, nesse sentido indagou-se: “Quais seriam as patologias neonatais ocorridas devido à idade materna extrema?”.

Após o desenvolvimento da pergunta, foi realizada uma busca nas bases de dados da Pubmed, SciELO e Bireme, utilizando-se os seguintes descritores: “idade materna”, “patologias” e “neonatais”, assim como seus sinônimos e correspondentes na língua inglesa: “maternal age”, “pathologies” “and” “neonatal”, combinados entre si com a utilização dos operadores booleanos “AND” e “OR”.

Figura 1 – Seleção de artigos. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2018.



Para a coleta de dados dos artigos, foi elaborado instrumento baseado em protocolo de revisão composto dos seguintes itens: autor (ano), tipo de estudo, idade, materna, complicações maternas e patologias neonatais.

A busca foi iniciada pela Bireme com o descritor “maternal age”. Devido à grande abrangência de publicações disponíveis, foi necessário fazer cruzamento entre os termos usando o operador lógico booleano “and”. Utilizando os termos “maternal age” “and” “pathologies” “and” “neonatal”. Na Pubmed foram usados os mesmos descritores, contudo, o operador booleano “or”: “pathology” “or” “neonatal” “or” “maternal age”. Já na plataforma do SciELO, foram utilizados os descritores em português, “idade materna”, “patologias” e “neonatais”, com o operador booleano “and”, nesse primeiro cruzamento não foram encontrados nenhum artigo relacionado. Contudo, com o cruzamento “patologias” “and” “neona-

tais”, foram artigos para análise.

Foram excluídos estudos em línguas diferentes das escolhidas primariamente, as cartas ao editor, editoriais, estudos que não apresentassem relação com a temática estudada. Para facilitar a exclusão, foram utilizados os seguintes filtros: “Dates – Last 5 years”; “Text options – Links To Free Full Text”; e “Languages – English and Portuguese and Espanhol”, abstracts e resumos, para então contemplação dos textos completos.

Após a busca inicial e verificação dos títulos e obtenção dos resumos, foram selecionados os trabalhos pertinentes de acordo com os critérios de inclusão e de não inclusão. Estudos quantitativos e qualitativos que analisavam idade gestacional e patologias neonatais foram incluídos na realização da revisão integrativa, que estavam na língua portuguesa, espanhol e inglesa publicados no período de janeiro de 2013 e a dezembro de 2018.

Quadro 1. Natureza dos artigos pesquisados. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2010-2017

AUTOR (ANO)	TIPO DE ESTUDO	IDADE MATERNA	COMPLICAÇÕES MATEERNAS / NEONATAL	PATOLOGIAS NEONATAIS
Alves et al. (2018)	Estudo transversal	Mães com 35 anos ou mais	Pré-eclâmpsia, infecção do trato urinário	Sepse
Silva et al. (2018)	Estudo caso-controlo retrospectivo	-	Pré-eclâmpsia / prematuridade	Sepses tardia e retinopatia
Alves et al. (2017)	Estudo transversal	Igual ou maior de 35 anos	Pré-eclâmpsia/ prematuridade	Problemas respiratórios
Costa et al. (2017)	Estudo Transversal	15% (com idade entre 13 a 18 anos) e 28% (com idade maior que 35 anos)	Doença hipertensiva específica da gestação (DHEG) / prematuridade	Problemas respiratórios
Lourenço et al. (2017)	Estudo transversal e retrospectivo	34,5% maior ou igual a 35 anos	DHEG e diabetes / prematuridade	Problemas respiratórios, Sepses e hipoglicemia
Pereira et al. (2017)	Estudo descritivo e analítico transversal, quantitativo	16,8% (menor ou igual a 18 anos) e 7% (maior ou igual a 35 anos)	DHEG/ prematuridade	Problemas respiratórios, seps e malformações
Reis et al. (2016)	Estudo transversal	57,5% (com menor ou igual a 20 anos)	hipertensão, sangramentos, infecção do trato urinário, pré-eclâmpsia, diabetes, anemia, bolsa rota, oligoâmio, tabagismo, doenças sexualmente transmissíveis e outra/ prematuridade	Problemas respiratórios e malformações
Utyana et al. (2016)	Estudo transversal	17% (com idade igual ou menor de 18) e 21% (com idade maior ou igual a 35)	DHEG e Diabetes Problemas respiratórios, seps e malformações/ prematuridade	Problemas respiratórios
Lima et al. (2015)	Estudo transversal	12% (com idade entre 13 a 18 anos) e 7% (com idade maior que 35 anos)	DHEG e ruptura prematura das membranas ovulares/ prematuridade	Problemas respiratórios
Lages et al. (2014)	Estudo analítico, documental e retrospectivo	20% (com idade igual ou menor de 18) e 17,3% (com idade maior ou igual a 35)	Infecções e DHEG/ prematuridade	Problemas respiratórios

RESULTADOS

Uma primeira etapa de seleção dos trabalhos foi utilizada a estratégia de busca encontrou, no Pubmed 123 artigos, na qual foram selecionados 73 artigos após realizada a análise dos títulos e dos resumos. Com critérios de exclusão e artigos repetidos, forma selecionados somente 8 publicações. No banco de dados do Bireme, encontrou-

-se 491 artigos, após a realização do filtro no banco de dados, encontrou-se 111 artigos após a análise dos títulos e dos resumos, contudo foram incluídos 10 trabalhos para leitura na íntegra, após aplicação critérios de exclusão.

Na plataforma do SciELO, inicialmente não foi encontrado nenhum artigo, entretanto, no segundo cruzamento foram

encontrados 10 artigos, pelo título e breve leitura do resumo, foram selecionados 5 artigos, após a leitura na íntegra dos artigos, foram selecionados somente 2 publicações. Na figura 1, demonstra a seleção dos artigos. Portanto o corpus da pesquisa correspondeu a 20 produções. Assim, das 20 publicações lidas na íntegra, foram selecionadas 10 que se enquadraram melhor na temática

estudada. A organização dos dados foi feita por meio de uma ficha documental com as seguintes informações: ano de publicação; tipo de estudo; fatores associados à morbimortalidade neonatal. Para identificar as patologias neonatais foi aplicada a análise de conteúdo temática.

Ao final da busca, os artigos analisados e selecionados foram incluídos na integração dos dados. Portanto, 10 artigos, demonstraram potencial para participar da revisão integrativa, como demonstra o quadro 1.

DISCUSSÃO

Na maioria dos artigos observa-se que o público, na sua maioria, é de adolescentes, no qual pré-eclâmpsia é a principal complicação.

A idade materna extrema é associada ao surgimento de patologias neonatais e, geralmente, ao óbito neonatal¹⁶. Entre as complicações maternas, atualmente, 2% a 3% de todas as gestações a nível nacional e mundial são acometidas por DHEG e suas complicações, resultando em aproximadamente 60 mil óbitos maternos a cada ano. No Brasil, a pré-eclâmpsia representa a terceira causa de morte materna, sendo responsável por cerca de 35% dos óbitos, com uma taxa de 140 a 160 mortes maternas por cada 100.000 nascidos vivos^{6,17}.

As síndromes hipertensivas gestacionais são doenças possíveis de se prevenir em quase todas as circunstâncias, por isso, a captação precoce da gestante e a realização de um pré-natal adequado são de suma relevância. Pois, nesse período, a gestante sendo bem orientada, adquire informações necessárias que lhe dê condições de aprender e reconhecer as alterações que ocorrem em seu organismo, para que assim, possa ser feito o diagnóstico da doença antes que evolua para pré-eclâmpsia, causando outras complicações para a mãe e o bebê¹⁸.

Nesse contexto, a DHEG apresenta potencialmente os piores prognósticos materno-fetais; deste modo, conceptos de mães hipertensas têm maiores riscos de prematuridade, ocorrência de partos de fetos pequenos para idade gestacional (PIG), necessidade de UTIN, necessidade de suporte ventilatório e maior incidência da mortali-

dade perinatal¹⁷.

Os artigos ressaltam que devido a idade extrema da mãe, geralmente, as crianças nascem prematuras e, conseqüentemente, com patologias neonatais, principalmente os problemas respiratórios.

Com relação à prematuridade, observou-se que a maioria dos estudos ressalta que o nascimento de prematuros representa um grande desafio para os serviços de saúde pública por tratar-se de um determinante de morbimortalidade neonatal. No mundo, atualmente, a prematuridade representa a principal causa de mortalidade neonatal com um percentual de 75%¹⁷⁻¹⁹. Embora os prematuros não apresentem comprometimento neurológico durante o período neonatal, os mesmos possuem um maior risco de atraso no desenvolvimento motor em relação aos recém-nascidos (RNs) a termo²⁰.

Utyana e colaboradores²¹ dizem que, na maioria dos casos, crianças prematuras apresentam problemas respiratórios, sendo que essa patologia é a principal causa de internação desses bebês após a alta do berçário. Esses RNs necessitam de suporte ventilatório por períodos prolongados, dependem do uso de oxigenioterapia e frequentemente desenvolvem displasia broncopulmonar. Fatores como a utilização de ventilação mecânica, pneumonia neonatal e alteração na função pulmonar apresentaram importante repercussão na incidência de morbidade respiratória no primeiro ano de vida de crianças nascidas prematuras. Diante do exposto, os autores afirmam que a idade materna é um fator protetor para o desenvolvimento de intercorrências respiratórias mostrando oferecer melhor atenção à saúde infantil.

Ressalta-se que os distúrbios respiratórios são os mais frequentes nesse grupo pela imaturidade pulmonar, a qual implica em estrutura e vascularização alveolar que levam a dificuldade na reabsorção do fluido alveolar, menor produção de surfactante e, conseqüente, diminuição das trocas gasosas²².

Outra complicação da prematuridade é a sepse precoce, este risco dobra para cada três semanas de redução na idade gestacional. O risco relativo estimado de doença neonatal em prematuros varia de 1,5 a 4,8

e é inversamente proporcional à idade gestacional²¹.

No neonato, a situação é ainda mais complexa. Em geral, o recém-nascido com sepse manifesta instabilidade térmica – febre ou hipotermia –, dificuldades de alimentação, diarreia, taquipneia ou apneia, taquicardia ou bradicardia, alteração do estado mental, que varia desde agitação a letargia, hipoglicemia e até icterícia de origem indeterminada^{6,23}.

Outra patologia citada na literatura seria a hipoglicemia que pode estar associada à história de diabetes gestacional, mas também às dificuldades alimentares, com diminuição do aporte enteral necessário, e/ou pela deficiente resposta metabólica à diminuição abrupta da glicose materna inerente à imaturidade dos mecanismos de glicogenólise e neoglicogênese²³.

De acordo com os estudos, essas intercorrências são associadas com o baixo número de consultas de pré-natal, o início tardio de pré-natal, o pré-natal inadequado e além da idade materna^{16,20,23,24}. Logo, o atendimento à gravidez de risco exige não somente o acompanhamento da equipe médica, como também de enfermagem devido à complexidade das patologias neonatais. O enfermeiro atua em dois momentos: primeiramente no pré-natal e no encaminhamento para a realização do pré-natal de alto risco, assistência à gestante e sua família, e em um segundo momento, que é quando a mulher gestante ou no puerpério devido a complicação da patologia precisa ser hospitalizada^{17-19,24}.

Sendo importante que haja afinidade entre o enfermeiro e a parturiente, visando a prevenção de complicações, controlando a pressão arterial e as alterações, fazendo uma avaliação geral no quesito conhecimento, cultura, necessidades, expectativas, ansios, dentre outros aspectos, a fim de planejar e implementar ações mais eficazes e de qualidade²⁴.

Diante do exposto, o presente estudo é de grande relevância para comunidade acadêmica, discente e toda sociedade em geral, visto ser um assunto que trata de saúde pública e, portanto, muitas vezes é desconhecido.

CONCLUSÃO

Nos estudos pesquisados observou-se que a prematuridade é uma das consequências da idade extrema da gestante e, com isso, ocorre o surgimento de patologias, como problemas respiratórios e sepse. Observou-se também por causa da idade extrema que podem ocorrer complicações maternas, como a doença hipertensiva específica da gestação.

Nesse contexto, existe um consenso en-

tre os estudos acerca do pior prognóstico materno e perinatal da gestação em mulheres com idade extrema quando comparadas a mulheres mais jovens, entre o desenvolvimento de patologias neonatais. Portanto, com as mulheres cada vez adiando a maternidade ou tendo gravidez precoce é necessário que sejam realizados estudos para coleta de mais informações sobre a temática, visando uma ampliação de conhecimento e, com isso, uma prestação mais adequada

do acompanhamento pré-natal e assistência ao trabalho de parto, puerpério e ao recém-nascido, podendo, assim, reduzir os efeitos deletérios da idade extrema materna sobre a mulher e o recém-nascido. Isso já é uma realidade em países desenvolvidos, onde os resultados permitem afirmar que a gravidez, trabalho de parto e parto não diferem significativamente entre mulheres com idade avançadas e jovens quando a assistência é adequada. ■

REFERÊNCIAS

- Almeida AHV, Costa MCO, Gam SGN, Amaral MTR, Vieira GO. Baixo peso ao nascer em adolescentes e adultas jovens na Região Nordeste do Brasil. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.* 2014 jul./set.; 14 (3):279-286.
- Canhaço EE, Bergamo AM, Lippi UG, Lopes RG. Resultados perinatais em gestantes acima de 40 anos. *Einstein.* 2015; 13(1):58-64.
- Moura BLA, Alencar GP, Silva ZPD, Almeida MFD. Internações por complicações obstétricas na gestação e desfechos maternos e perinatais, em uma coorte de gestantes no Sistema Único de Saúde no Município de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública.* 2018; 34.
- Santos GHN, Martins MG, Sousa MS, Batalha SJC. Impacto da idade materna sobre os resultados perinatais e via de parto. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* 2009 Jul.; 31(7):326-334.
- Silva PC. Influência da idade materna sobre os resultados perinatais de nascidos vivos de São Luís/Maranhão. (Monografia). Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Maranhão: UFMA, 2017.
- Alves NCDC, Feitosa KMA, Mendes MES, Caminha MDFC. Complicações na gestação em mulheres com idade maior ou igual a 35 anos. *Rev Gauch de Enferm.* 2017; 38(4).
- Instituto Brasileiro de Estatística e Geografia. IBGE. Estatística. Nascidos vivos, por ano de nascimento, idade da mãe na ocasião do parto, sexo e lugar do registro. 2018.
- Monteiro MC, Lavôr RM, Pereira GH, Abrantes MJG, Farias MCAD. Influência da idade materna sobre os resultados perinatais. *FIEP BULLETIN.* 2011; 81(Spe):II.
- Al-Kadri HM, Madkhali A, Al-Kadi MT, Bakhsh H, Alruwaili NN, Tamim HM. Tertiary care availability and adolescent pregnancy characteristics in Saudi Arabia. *International journal of women's health.* 2014; 6(359).
- Martins PCR, Pontes ERJC, Paranhos Filho AC, Ribeiro AA. Gravidez na adolescência: estudo ecológico nas microrregiões de saúde do Estado do Mato Grosso do Sul, Brasil-2008. *Epidemiologia e Serviços de Saúde.* 2014; 23(1):91-100.
- Bezerra ACL, Mesquita JS, Brito MCC, Santos RB, Teixeira FV. Desafios Enfrentados por Mulheres Primigestas em Idade Avançada. *Rev Bras Ciências da Saúde.* 2015; 19(2):163-168.
- Datasus. Departamento de informática do SUS. Informações de Saúde (TABNET). Estatísticas Vitais – Nascidos Vivos.
- Marques B, Palha F, Moreira E, Valente S, Abrantes M, Saldanha J. Ser Mãe Depois dos 35 Anos: Será Diferente?. *Acta Medica Portuguesa.* 2017; 30(9):615-22.
- Gravena AAF, Paula MG, Marcon SS, Carvalho MDB, Pelloso SM. Idade materna e fatores associados a resultados perinatais. *Acta Paul Enferm.* 2013; 26(2):130-5.
- Souza MT de; Silva MD da, Carvalho R de. Revisão integrativa: o que é e como fazer?. *Revista Einstein.* 2010; 8(Pt 1):102-6.
- Pereira MUL, Lamy Filho F, da Anunciação PS, Lamy ZC, Gonçalves LLMG, Madeira HGR. Death in the city of São Luís: causes and factors associated with early neonatal death. *Revista de Pesquisa em Saúde.* 2018; 18(1).
- Costa LD, Andersen VF, Perondi AR, França VF, Cavalheiri JC, Bortoloti DS. Fatores preditores para a admissão do recém-nascido na unidade de terapia intensiva neonatal. *Rev baiana enferm.* 2017; 31(4):e2045.
- Lima SS, Silva SM, Avila PES, Nicolau MV, Neves PFM. Aspectos clínicos de recém-nascidos admitidos em Unidade de Terapia Intensiva de hospital de referência da Região Norte do Brasil. *ABCS Health Sciences.* 2015; 40(2).
- Lages CDR, Sousa JCO, Cunha KJB, Silva NC, Santos TMMG. Fatores preditores para a admissão do recém-nascido na unidade de terapia intensiva. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste.* 2014; 15(1).
- Reis RP, Vieira MEB, Linhares MBM, Formiga CKM. Influência entre o número de gestações e idade materna com o desenvolvimento motor de prematuros e com baixo peso de 0 a 6 meses. *Inovação: inclusão social e direitos.* 2016; 3:1-10.
- Utyama JA, Rompinelli VO, Freitas NMM, Dantas EO, Rullo VEV. Intercorrências respiratórias em recém-nascidos prematuros de baixo peso. *UNILUS Ensino e Pesquisa.* 2016; 13(30):64-73.
- Alves JB, Gabanib FL, Ferrari RAP, Tacla MTGM, Linck Júnior A. Neonatal sepsis: mortality in a municipality in southern brazil, 2000 to 2013. *Revista Paulista de Pediatria.* 2018; 36(2):132-140.
- Lourenço N, Fernandes M, Gomes C, Resende C. Neonatal morbidity of late preterm compared with early term neonates. *Scientia Medica.* 2017; 27(1):1-8.
- Silva NR, Oliveira J, Berenquer A, Graça AM, Abrantes M, Moniz C. Morbidity in Prematurity Associated with Fetal Growth Restriction: Experience of a Tertiary Care Center. *Acta médica portuguesa.* 2018; 31(11):648-655.

Impacto do treinamento e desenvolvimento de competências dos profissionais da saúde na segurança do paciente

RESUMO

Objetivo: evidenciar o que vem sendo discutido, na atualidade, sobre o impacto do Treinamento e Desenvolvimento de competências dos profissionais da Saúde na segurança do paciente. **Método:** Revisão integrativa da literatura com busca em três bases de dados no período de 2015 a 2017 com combinações dos descritores "capacitação" e "segurança do paciente". **Resultados:** Amostra de 17 artigos agrupados nas categorias temáticas "O impacto do Treinamento Multiprofissional na Segurança do Paciente" e "O impacto do Treinamento dos profissionais de Enfermagem na Segurança do Paciente". Identificou-se que 82% dos trabalhos relaciona a capacitação dos profissionais à melhoria da qualidade da assistência e segurança do paciente. **Conclusão:** a capacitação dos profissionais de saúde e o estímulo à atualização de conhecimentos e ao cumprimento das normas técnicas e operacionais da profissão apresentam-se como solução bem adequada às necessidades do indivíduo e da empresa e/ou unidade hospitalar.

DESCRITORES: segurança do paciente; capacitação; educação em enfermagem.

ABSTRACT

Objective: highlight what is currently being discussed about the impact of training and development of health professionals competencies on patient safety. **Method:** Integrative literature review with search in three databases from 2015 to 2017 with combinations of the descriptors "capacity building" and "patient safety". **Results:** Sample of 17 articles grouped in the thematic categories "The Impact of Multiprofessional Training on Patient Safety" and "The Impact of Nursing Training on Patient Safety". It was identified that 82% of the work relates the qualification of the professionals to the improvement of the quality of care and patient safety. **Conclusion:** the training of health professionals and the encouragement to update knowledge and to comply with the technical and operational standards of the profession are presented as a solution that is well adapted to the needs of the individual and the company and/or hospital unit.

DESCRIPTORS: patient safety; training; education in nursing.

RESUMEN

Objetivo: evidenciar lo que viene siendo discutido, en la actualidad, sobre el impacto del Entrenamiento y Desarrollo de competencias de los profesionales de la Salud en la seguridad del paciente. **Método:** Revisión integrativa de la literatura con búsqueda en tres bases de datos en el período de 2015 a 2017 con combinaciones de los descriptores "capacitación" y "seguridad del paciente". **Resultados:** Muestra de 17 artículos agrupados en las categorías temáticas "El impacto del Entrenamiento Multiprofesional en la Seguridad del Paciente" y "El impacto del Entrenamiento de los profesionales de Enfermería en la Seguridad del Paciente". Se identificó que el 82% de los trabajos relaciona la capacitación de los profesionales a la mejora de la calidad de la asistencia y seguridad del paciente. **Conclusión:** la capacitación de los profesionales de la salud y el estímulo a la actualización de conocimientos y al cumplimiento de las normas técnicas y operativas de la profesión se presentan como una solución bien adecuada a las necesidades del individuo y de la empresa y/o unidad hospitalaria.

DESCRIPTORES: seguridad del paciente; formación; educación en enfermería.

Cristiane Damasceno de Oliveira Chalita

Mestre em Ciências dos Cuidados da Saúde pela Universidade Federal Fluminense (2013). Especialista em Gestão de Pessoas - Faculdade Unyleya (2015). Graduada e Licenciada em Enfermagem pela Universidade Federal Fluminense (2011)

Geilsa Soraia Cavalcanti Valente

Pós Doutorado pela Escola Superior de Enfermagem do Porto - Portugal (2014-2015). DOUTORADO e MESTRADO em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Anna Nery - Universidade Federal do Rio de Janeiro. GRADUAÇÃO e Licenciatura em ENFERMAGEM pela Universidade Federal da Paraíba (1989)

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento no mercado de trabalho, a partir do início da década de 80, fez surgir novas organizações produtivas, particularmente influenciadas pelo modelo japonês de gestão. Nesse sistema, a responsabilidade pela execução das tarefas passa a ser do grupo e não do indivíduo isolado, e o trabalhador atua de forma mais participativa na dinâmica da organização, ou seja, os gerentes passam a incluir os trabalhadores no processo de desenvolvimento das empresas ou instituições¹.

Iniciando-se as discussões sobre competências entre psicólogos e administradores nos Estados Unidos, marcando a literatura Americana a respeito do tema. Nessa perspectiva, o conceito de competência foi pensado como o conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes, ou seja, um estoque de recursos que um indivíduo detém².

Com o surgimento de uma maior instabilidade no mercado de trabalho gerada pela competitividade de um mundo globalizado, começou a ser discutido a não adequação dessa concepção americana a uma organização empresarial mais complexa. Insatisfeitos com o descompasso que se observava entre as necessidades do mundo do trabalho e principalmente da indústria, os franceses procuraram aproximar o ensino das necessidades reais das empresas, visando aumentar a capacitação dos trabalhadores e suas chances de se empregarem.

O debate francês a respeito de competência nasceu ainda nos anos 70, justamente do questionamento do conceito de qualificação e do processo de formação profissional. Do campo educacional, o conceito de competência passou a outras áreas, como o campo das relações trabalhistas, para se avaliarem as qualificações necessárias ao posto de trabalho³.

Seguindo essa linha de pensamento, o conceito de competência, que emerge na literatura francesa dos anos 90, procurava ir além do conceito de qualificação e foca três mutações principais no mundo do trabalho, que justificam a emergência do modelo de competência para a gestão das organizações, são elas: Noção de incidente (aquilo

que ocorre de forma imprevista), Comunicação (compreender o outro e a si mesmo) e Serviço - atendimento ao cliente externo ou interno³.

Os estudiosos da administração contemporânea confirmam por meio de pesquisas que atualmente os empregadores valorizam pessoas com perfil para assumir posições de gerência, reunindo características como saber determinar prioridades, conhecer suas competências e saber explorá-las, desenvolver suas habilidades, descobrir como atingir resultados, aperfeiçoar-se na gestão de pessoas levando os colaboradores a adquirirem conhecimento, aprender também com aqueles que não são clientes, buscarem continuamente a atualização de seus conhecimentos, preparando-se para mudanças. É nesse contexto, portanto, que se insere o modelo de gestão de pessoas por competências⁴.

O treinamento e desenvolvimento profissional estão diretamente ligados às ações específicas que buscam o aperfeiçoamento e desenvolvimento de competências, levando o profissional a obter melhor desempenho na realização das atividades relacionadas ao seu cargo. Muitos conceitos sobre treinamento são difundidos por diversos autores, alguns classificam como uma maneira adequada para desenvolvimento do cargo, já outros definem de uma forma mais abrangente chamada desenvolvimento, que dividem em educação e treinamento.

Em uma abordagem mais ampla sobre o conceito de treinamento, destaca-se ser uma experiência aprendida que produz uma mudança relativamente permanente em um indivíduo e que melhora sua capacidade de desempenhar um cargo. O treinamento pode envolver uma mudança de habilidades, conhecimentos, atitudes ou comportamento⁵. Isso significa mudar aquilo que os empregados conhecem, como eles trabalham, suas atitudes perante o seu trabalho ou suas interações com os colegas ou supervisores.

Muitas organizações já perceberam que os recursos humanos são um grande diferencial num mundo globalizado cada vez mais competitivo. Sendo assim, as empresas criam e mantêm programas de treinamen-

tos visando aumentar a produtividade de seus colaboradores e aumento da lucratividade. E, esse cenário não deve ser tratado diferente nas instituições de saúde. Ao observar toda a equipe multidisciplinar que atua nos hospitais, destaca-se que o cuidado da vida do ser humano se desdobra em um trabalho complexo. Com isso, é necessário que esses profissionais conheçam todos os riscos, pelo fato de estarem em contato direto com o paciente, além de criar as melhores soluções para buscar a qualidade do atendimento e a segurança do paciente na assistência^{6,7}.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), segurança do paciente corresponde à redução ao mínimo aceitável do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde⁸. Analisando esse conceito, a educação permanente é descrita como indispensável para promover o conhecimento sobre os riscos inerentes à instituição⁹.

A repercussão da Segurança do Paciente teve início nos Estados Unidos da América, no final da década de 1990, a partir da publicação do relatório "To err is human" pelo Institute of Medicine dos Estados Unidos da América. E, posteriormente, se difundiu nos demais países. O relatório aponta falhas de comunicação e trabalho em equipe ineficiente como causa dos erros, e apresenta como recomendações estratégicas, a elaboração de programas de treinamento para a equipe multiprofissional com simulação, que permitam abordar tanto aspectos técnicos quanto comportamentais, preparando profissionais e equipes de saúde para o melhor desempenho clínico¹⁰.

Destaca-se que uma equipe de Educação Permanente forte e atuante, deve promover o treinamento e o desenvolvimento desses profissionais, garantindo, assim, melhoria dos atendimentos através da presença de profissionais mais competentes no desempenho de suas funções. Nessa realidade, o profissional da saúde deve ser um grande multiplicador da Gestão de Riscos, assumindo um papel de educador da equipe e da comunidade, estimulando-os a reconhecer e notificar os incidentes no dia a dia do seu trabalho, a fim de proporcionar a segu-

rança do paciente.

Diante desse contexto, esse artigo foi guiado pela pergunta: Como o treinamento e o desenvolvimento podem ajudar a desenvolver competências nos profissionais da Saúde, melhorando a segurança do paciente? E tem como objetivo evidenciar o que vem sendo discutido, na atualidade, sobre o impacto do Treinamento e Desenvolvimento de competências dos profissionais da Saúde na segurança do paciente.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo exploratório de Abordagem Qualitativa do tipo revisão integrativa. A Revisão integrativa é um método de pesquisa, no geral percorrido em seis etapas, que permite a busca, a avaliação crítica e a síntese das evidências disponíveis do tema investigado, sendo o seu produto o estado atual do conhecimento do tema investigado¹¹.

Para a construção da primeira etapa desta revisão integrativa, ocorreu a identificação do tema e elaboração do problema. Na formulação do problema adaptou-se a estratégia PICO¹², apresentando a seguinte questão norteadora: Como o treinamento e o desenvolvimento podem ajudar a desenvolver competências nos profissionais da Saúde, melhorando a segurança do paciente?

A segunda etapa é caracterizada pela busca das evidências que foi realizada nas seguintes Base de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS): Banco de Dados em Enfermagem (BDENF), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (MEDLINE).

Os descritores adotados para busca foram extraídos do Banco de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) os quais foram: “CAPACITAÇÃO” e “SEGURANÇA DO PACIENTE”. Para a BVS, o descritor “CAPACITAÇÃO” é engloba na sua definição termos como educação, programas de treinamento e cursos nos vários campos e disciplinas, e por ser um descritor com uma definição mais ampla e generalista sobre o tema, foi escolhido para a pesquisa. E, o

descritor “SEGURANÇA DO PACIENTE” significa todas as ações que envolvam esforços para reduzir riscos, identificar e reduzir incidentes e acidentes que podem impactar negativamente os consumidores de cuidados de assistência à saúde.

Os critérios de inclusão dos artigos na busca foram os artigos que tivessem indexados nas Bases de Dados definidas anteriormente, com o texto completo disponível online, no idioma Português num recorte temporal entre 2015 e 2017, com a finalidade de buscar os artigos mais atuais que retratem a realidade brasileira no tema abordado.

A terceira etapa consisti na seleção dos trabalhos científicos, utilizando-se um instrumento de coleta de dados para organizar e sintetizar as informações-chave¹¹. A partir das informações do instrumento de coleta, elaborou-se um quadro sinóptico para apresentação dos resultados que contemplou os seguintes aspectos: nome do periódico e ano de publicação, título, tipo de pesquisa e objetivo e principais resultados. Sendo realizada, posteriormente, a categorização dos mesmos. Na quarta etapa, os estudos incluídos na revisão integrativa serão analisados detalhadamente para garantir a vali-

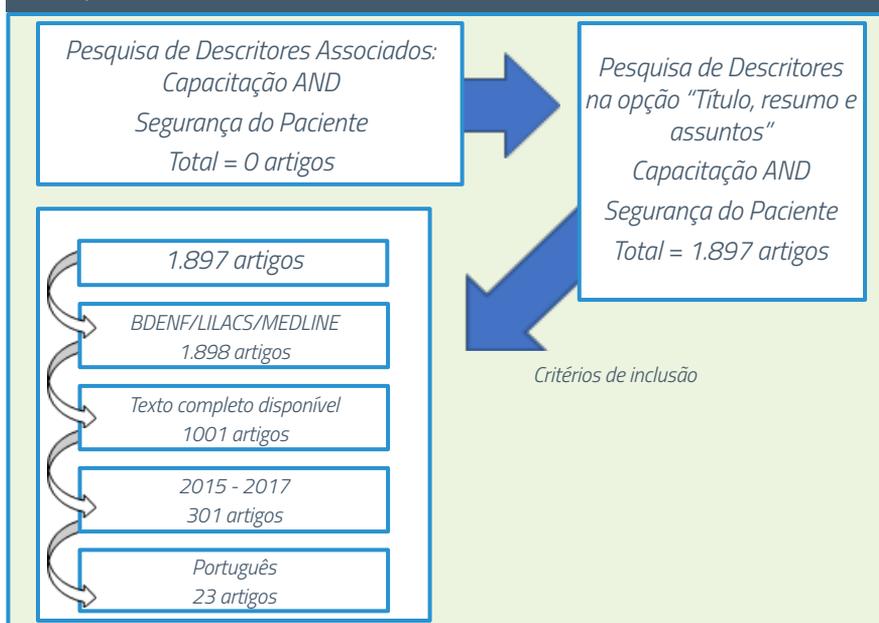
dação da revisão. Na quinta e sexta etapas, respectivamente, os resultados serão interpretados e sintetizados a partir da discussão dos apontamentos realizados pelos diversos autores pesquisados, o que irá garantir o alcance do objetivo da pesquisa.

RESULTADOS

Inicialmente foram pesquisados os Descritores “CAPACITAÇÃO” AND “SEGURANÇA DO PACIENTE” no campo de busca da BVS, com a definição de “busca por descritores de assunto”. O que significa, a busca de todos os artigos existente nas bases de dados dessa biblioteca, que possuem concomitantemente esses dois descritores. Nessa opção de busca, não foram encontrados nenhum artigo, evidenciando a falta de publicação que trazem relação do Treinamento e Desenvolvimento dos Profissionais da Saúde com a Segurança do paciente.

Em seguida, a busca foi ampliada, através da definição de busca por “título, resumo, assunto”, nessa opção foram encontradas 1.897 publicações nas quais foram aplicadas as opções de filtro indicadas acima, chegando a um total de 23 publicações. O fluxo da pesquisa está representado abaixo:

Imagem 1 – Representação gráfica do Fluxo da Pesquisa. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2017.



Dessas 23 publicações, 3 eram repetidas entre as bases de dados, 1 era uma revisão de Literatura do Tema e, por isso não foi usado como artigo para análise e 2 artigos não apresentavam evidências sobre o tema discutido e por isso também foram excluídos, fechando um total de 17 artigos usados nessa revisão e apresentados no quadro sinóptico abaixo:

Quadro 1 – Quadro sinóptico dos artigos científicos incluídos na amostra. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2017.

PERIÓDICO/ ANO	TÍTULO	TIPO DE PESQUISA E OBJETIVO	PRINCIPAIS RESULTADO
Rev. enferm. UFPE on line; 2017	Cateterização venosa periférica por profissionais de enfermagem: estudo observacional.	Estudo observacional Objetivo: caracterizar a realização do cateterismo venoso periférico por profissionais de enfermagem e avaliar sua adequação com base em um protocolo.	A equipe de enfermagem utilizou medidas de proteção durante os procedimentos, porém há pontos que denotam a necessidade de atualização dos profissionais.
Rev. enferm. UFPE on line; 2017	Satisfação dos usuários com a segurança na assistência de enfermagem	Estudo Transversal Objetivo: analisar a satisfação dos usuários na perspectiva da qualidade da assistência de enfermagem e da segurança do paciente.	Os achados tornam evidente a necessidade de os gestores investirem na capacitação das pessoas e na estrutura da organização para o alcance da satisfação dos usuários por meio da qualidade e segurança da assistência em saúde.
Rev. enferm. UFPE on line; 2017	Cuidados na administração de medicamentos: as responsabilidades dos profissionais de enfermagem	Estudo avaliativo exploratório Objetivo: avaliar o conhecimento de profissionais de enfermagem atuantes em uma instituição hospitalar pública quanto às responsabilidades jurídicas e éticas envolvidas na administração de medicamentos.	Foram inseridas no serviço as seguintes práticas: capacitação de equipe, grupos educativos com pacientes, distribuição de diários miccionais, auxílio na obtenção de materiais, treino simulado e telenfermagem. As intervenções implementadas são atividades promissoras para alcançar qualidade e segurança aos cuidados de enfermagem.
Biblioteca Digital da UFMG Tese de Doutorado 2017	Estratégias para manutenção do nível de certificação em um hospital Acreditado com Excelência	Estudo de caso Objetivo: analisar as estratégias gerenciais para promoção de melhorias no cotidiano dos serviços de um hospital e para manutenção da certificação de Acreditado com Excelência.	Os treinamentos constantes e as auditorias internas contribuíram para desenvolvimento de pessoal e melhoria dos processos, refletindo no trabalho cotidiano com qualidade e na manutenção da certificação.
Rev. baiana enferm, 2017	Drogas vasoativas: conhecimento da equipe de enfermagem	Estudo Descritivo transversal quantitativo Objetivo: avaliar o conhecimento da equipe de enfermagem sobre a administração de drogas vasoativas.	A equipe de enfermagem das unidades estudadas possui conhecimento sobre a administração de drogas vasoativas.
Rev. enferm. UFPE on line; 2016	Risco de queda do leito de pacientes adultos e medidas de prevenção	Estudo Descritivo Transversal Objetivo: analisar a adequação entre avaliação de risco de queda de pacientes adultos e as medidas de prevenção adotadas.	Conhecer os riscos de queda e os indicadores de qualidade, associado com a sensibilização e capacitação dos profissionais, são medidas imprescindíveis na prevenção de incidentes e eventos adversos.

Rev Bras Enferm 2016	Capacitação on-line para profissionais da saúde em três regiões do Brasil	Relato de Experiência Objetivo: descrever experiência de capacitação on-line direcionada aos profissionais atuantes no serviço público de saúde em 27 Unidades de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica, refletir sobre a capacitação e possíveis melhorias nesse processo.	A experiência demonstrou que a capacitação on-line constitui ferramenta com potencial abrangente para o desenvolvimento técnico profissional e inclusão digital.
Rev. enferm. UFPE on line; 2016	Não conformidades (NC) em hospitais relacionadas à prevenção, controle de infecções e eventos adversos	Estudo Quantitativo Transversal Objetivo: analisar não conformidades (NC) relacionadas à prevenção, controle de infecções e eventos adversos em hospitais.	Ressalta-se a importância de políticas institucionais que visem suprimir as NC evidenciadas e, conseqüentemente, elevar a segurança do paciente e a qualidade da assistência.
Rev. pesqui. cuid. fundam. (Online) 2016	A equipe de enfermagem frente aos acionamentos de alarmes em unidade de terapia intensiva neonatal	Estudo Descritivo Exploratório Objetivos: descrever e discutir as condutas dos profissionais de enfermagem diante dos alarmes disparados pelos equipamentos eletro médicos.	Percebe-se que a capacitação dos profissionais de enfermagem e o estímulo à atualização de conhecimentos e ao cumprimento das normas técnicas e operacionais da profissão apresentam-se como solução bem adequada às necessidades do indivíduo e da empresa e/ou unidade hospitalar, visto que o objetivo final é a prestação de uma assistência de qualidade e a segurança do paciente.
Esc. Anna Nery Rev. Enferm 2016	Avaliação de um programa admissional para a equipe de enfermagem	Pesquisa de Avaliação Somativa e Experimentação Objetivo: Avaliar a eficácia dos treinamentos ministrados à equipe de enfermagem, no período de integração.	Os treinamentos ministrados durante o período de integração foram eficazes e desenvolveram as competências necessárias para a melhoria da qualidade da assistência e segurança do paciente.
Esc. Anna Nery Rev. Enferm 2016	Educação para cultura da segurança do paciente: Implicações para a formação profissional	Estudo de Caso qualitativo e exploratório Objetivo: Conhecer as estratégias adotadas para a construção da cultura da segurança do paciente na perspectiva dos profissionais da saúde.	O reconhecimento dos erros, o fortalecimento do trabalho em equipe, o estímulo à educação permanente e a inserção transversal do tema na formação profissional são estratégias para a construção da cultura da segurança do paciente.
Rev Gaucha Enferm 2015	Estratégias educativas para melhorar a adesão à identificação do paciente	Estudo descritivo exploratório Objetivo: analisar o impacto de ações educativas nos resultados do indicador de adesão à verificação da pulseira de identificação de pacientes, antes da realização de cuidados de maior risco.	As estratégias educativas, ancoradas na sensibilização da equipe, otimizaram a adesão dos profissionais à verificação da identificação do paciente, o que contribui para o fortalecimento da cultura de segurança na instituição

REME rev. min. enferm; 2015	Interação medicamentosa em idosos internados no serviço de emergência de um hospital universitário	Estudo Transversal Objetivo: identificar a ocorrência de potenciais interações medicamentosas em prescrições médicas de idosos internados no Serviço de Emergência.	Este estudo identificou interações medicamentosas em prescrições médicas de idosos no Serviço de Emergência, classificadas, sobretudo, como moderadas. Ressalta-se a importância de os profissionais de saúde atentarem para as potenciais interações, apazamento das prescrições, capacitação da equipe e monitoramento dos casos a fim de reduzir sua ocorrência.
Rev. bras. educ. méd 2015	Simulação in Situ, uma Metodologia de Treinamento Multidisciplinar para Identificar Oportunidades de Melhoria na Segurança do Paciente em uma Unidade de Alto Risco	Relato de Experiência Objetivo: Descrever experiência piloto de simulação in situ realizada em unidade de pronto atendimento, destacando oportunidades de avaliação de sistema de atendimento, trabalho em equipe e detecção de ameaças latentes à segurança (ALS).	A simulação in situ pode ser usada no futuro sistematicamente para treinamento contínuo de equipes, visando à melhoria da qualidade de atendimento e à segurança do paciente.
Rev. pesqui. cuid. fundam. (Online) 2015	Indicadores de qualidade na assistência de terapia intravenosa em um hospital universitário: uma contribuição da enfermagem	Estudo Descritivo não experimental Objetivos: compreender os indicadores de qualidade da assistência de terapia intravenosa na unidade de terapia intensiva neonatal de um hospital universitário	Os resultados mostraram uma maior necessidade de capacitação técnica e manutenção dos acessos do cateter venosos periférico, PICC, e cateter umbilical. Conclusão: assim, o profissional de saúde deve facilitar e promover a segurança do paciente em prol do seu bem-estar e qualidade de vida, evitando os riscos e efeitos adversos.
Universidade Federal do Rio Grande do Sul Tese de Doutorado 2015	Efeito de uma intervenção educativa com profissionais de enfermagem acerca da segurança do paciente na administração de medicamentos injetáveis	Pesquisa de abordagem prospectiva, com delineamento quase-experimental Objetivo: analisar o efeito da intervenção educativa com profissionais de enfermagem acerca da segurança do paciente na administração de medicamentos injetáveis em um Hospital Público de Porto Alegre.	A intervenção educativa por meio de grupos focais com os profissionais de enfermagem acerca das medidas de segurança auxiliou a reflexão dos sujeitos sobre administrações medicamentosas injetáveis com segurança.

DISCUSSÃO

Inicialmente, constatou-se que a temática é atual, já que foram encontradas 5 publicações em 2015, 6 em 2016 e 6 em 2017. Em relação ao tipo de pesquisas realizadas, 15 são artigos de pesquisa original incluindo

diversos tipos de estudo quantitativo e qualitativo e 02 são Relatos de Experiência. Os relatos de experiência abordam tipos de ferramentas tecnológicas com potencial abrangente para o desenvolvimento técnico profissional, são eles: plataforma online

para capacitação em serviço e o uso da simulação realística.

Analisando os principais resultados, a maioria deles, 82%¹⁴, associam o treinamento e o desenvolvimento de competência dos profissionais à melhoria da qualidade

de da assistência e segurança do paciente. Confirmando a predição do Estudo e identificando o impacto das atividades educativas nas Instituições de Saúde na realidade brasileira. Destaca-se ainda que dos 17 artigos, 59%¹⁰ abordam o desenvolvimento específico dos profissionais da Enfermagem. Por isso, a avaliação das produções incluídas nesse estudo foi dividida em duas categorias: O impacto do Treinamento Multiprofissional na Segurança do Paciente e O impacto do Treinamento dos profissionais de Enfermagem na Segurança do Paciente.

O impacto do Treinamento Multiprofissional na Segurança do Paciente

A segurança do paciente tornou-se uma área prioritária, internacionalmente, devido à persistência de danos aos pacientes, com altos custos para os serviços de saúde, e comprometimento psicológico e físico dos pacientes e profissionais. Diante do cenário de preocupação com a segurança, pesquisadores têm desenvolvido estudos para identificar ações que possibilitem a redução de danos e que promovam melhorias no atendimento dos pacientes, com mudança na cultura das organizações e dos profissionais¹³.

Em 2004, a Organização Mundial de Saúde (OMS) criou a Aliança Mundial para Segurança do Paciente com o intuito de combater práticas inadequadas e reunir estratégias para a segurança na prestação do cuidado, através de ações que têm como objetivo evitar, prevenir e diminuir as consequências de condutas adversas na prestação do cuidado à saúde dos indivíduos¹⁴.

Muitas das ações desenvolvidas para melhorar a segurança do paciente são atividades educativas direcionadas aos profissionais de saúde, no próprio local de trabalho, proporcionando melhorias na cultura de segurança nas Instituições. As mudanças positivas na cultura permitem que a força de trabalho e os processos estejam voltados à melhoria da confiança e segurança dos cuidados, enfraquecendo a cultura de que o erro seja atribuído à incompetência da ação humana.

Algumas estratégias de ensino são destacadas para o alcance da cultura de Segurança



Crédito: Projetado por Can Stock Photo

do Paciente, dentre elas a Educação Permanente em Saúde (EPS), vista como uma proposta essencial para as transformações do trabalho e de suas relações no setor. Podendo estimular a atuação crítica, reflexiva, propositiva, comprometida e tecnicamente competente dos profissionais de saúde. Essa é uma meta a médio e longo prazo para qualificar a atenção por meio da problematização da segurança do paciente¹⁵.

As atividades educativas e o treinamento profissional constituem a linha mestra para a formação de uma equipe de saúde crítica e consciente do seu papel na prevenção e controle das complicações associadas aos procedimentos realizados nas instituições de saúde¹⁶. Sendo assim, faz-se necessário intensificar atividades educativas como o desenvolvimento de estratégias de educação permanente, levando-se em consideração que profissionais habilitados e com conhecimento científico são necessários para promover a segurança do paciente e a qualidade da assistência

Os processos de Acreditação hospitalares são destacados por alguns autores como uma proposta de educação permanente com foco na qualidade assistencial, no qual investir na capacitação é necessário para promoção de mudanças que atendam às demandas da certificação. A Acreditação hospitalar é uma forma de promover desenvolvimento contínuo dos profissionais, pois para o atendimento dos requisitos de

melhorias contínuas da qualidade torna-se necessário investir em treinamentos constantes sobre as novas rotinas, normas e inovações¹⁷.

A educação para a segurança do paciente é uma recomendação da OMS, que sugere, além da capacitação em serviço, a inclusão da temática nas grades curriculares de todos os cursos da área da saúde. A segurança do paciente necessita ser problematizada e discutida de forma séria e responsável, sendo indispensável instrumentalizar os futuros profissionais para a prevenção de eventos adversos e desenvolver neles a cultura da segurança do paciente¹⁵.

O impacto do Treinamento dos profissionais de Enfermagem na Segurança do Paciente

No Brasil, a enfermagem vem assumindo o papel de precursora nas discussões sobre a segurança do paciente, destacando-se em estudos envolvendo principalmente os erros de medicação. Essas pesquisas, mesmo sendo do núcleo da enfermagem, abordam várias etapas desse processo e incluem nos resultados os demais atores, como farmacêuticos, médicos, técnicos de farmácia, entre outros.

A equipe de saúde e, especificamente, a de enfermagem têm enorme responsabilidade na prevenção das complicações ocasionadas por eventos adversos na prática assistencial, que fazem parte do cotidiano

da área da saúde. Contudo, os profissionais da saúde ainda são pouco instrumentalizados na sua formação para lidar com os erros, principalmente, porque esses são associados a sentimentos de incapacidade, culpa, vergonha e limitado conhecimento científico. Além disso, há o medo de punições jurídicas, éticas e sociais que caracterizam o profissional não preparado para o cuidado seguro.

O conhecimento do enfermeiro e dos demais profissionais de enfermagem sobre aspectos ético-legais que envolvem o desvio da qualidade na prestação da assistência, é de suma importância tanto como forma de educar e conscientizar, quanto de garantir uma maior segurança na assistência, assegurando os direitos do paciente. Para tanto, uma melhor qualificação acadêmica e técnica dos profissionais que compõem a equipe de enfermagem, implicam em uma capacidade maior em consolidar condutas,

tanto éticas quanto técnicas e profissionais, evitando e/ou minimizando a ocorrência de eventuais falhas¹⁸.

CONCLUSÃO

Diante da análise, podemos evidenciar que, mesmo inicialmente não sendo apresentada relação entre os descritores selecionados (Capacitação e Segurança do Paciente), 82% dos trabalhos relacionam a capacitação dos profissionais à melhoria da qualidade da assistência e segurança do paciente. O que destaca a necessidade do aumento da discussão e desenvolvimento de trabalhos nas instituições de saúde, nessa temática.

Conclui-se que a capacitação dos profissionais de saúde e o estímulo à atualização de conhecimentos e ao cumprimento das normas técnicas e operacionais da profissão apresentam-se como solução bem adequada às necessidades do indivíduo e da empresa

e/ou unidade hospitalar, visto que o objetivo final é a prestação de uma assistência de qualidade e a segurança do paciente.

É preciso mudar a atual concepção das falhas envolvidas no processo de cuidado e inserir esse fundamento nos temas de debate do cotidiano dos serviços e na formação dos profissionais. A cultura da segurança do paciente deve ser incorporada e estimulada nas organizações como um fundamento essencial para o cuidado em saúde seguro e o desenvolvimento de melhores práticas na atenção à saúde.

Dessa forma, são necessários investimentos, por parte dos gestores, nos profissionais da saúde, para que estes trabalhadores sejam capacitados e valorizados como fundamentais na promoção da segurança do paciente, possibilitando o desenvolvimento de competências para a tomada de decisão com foco na melhoria da qualidade assistencial.

REFERÊNCIAS

- 1- Futrell CM. *Vendas: fundamentos e novas práticas de gestão*. São Paulo: Saraiva; 2003.
- 2- Gil AC. *Gestão de Pessoas: enfoque dos papéis profissionais*. São Paulo: Atlas; 2001.
- 3 - Zarifian P. *Objetivo Competência: por uma nova lógica*. São Paulo: Atlas; 2001.
- 4 - Zarifian P. *O modelo de Competência: Trajetória histórica, desafios atuais e propostas*. São Paulo: Senac; 2002.
- 5 - Chiavenato I. *Gestão de pessoas: e o novo papel dos recursos humanos nas organizações*. Rio de Janeiro: Elsevier; 2004.
- 6- Feldman LB. *Gestão de Risco na Enfermagem*. In: FELDMAN, L.B. *Gestão de Risco e Segurança do Paciente*. 1. ed. São Paulo: Martinari; 2008. p. 111-35
- 7 Backes DS, et al. *O produto do serviço da enfermagem na perspectiva da gerência da qualidade*. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2007; 28(2):163-170.
- 8- Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). *Manual de Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde: Uma Reflexão Teórica Aplicada a Prática*. Brasília (DF): Anvisa, 2013
- 9- Gaspar MDR, et al. *O conhecimento da equipe de enfermagem quanto ao gerenciamento de risco hospitalar de uma instituição filantrópica de ponta grossa/pr*. *Resúmenes do VIII Sul Encontro de Controle de Infecção*. Gramado, 2009.
- 10- Kohn L, Corrigan J, Donaldson M, editors. *To Err Is Human: Building a Safer Health System*. Washington (DC): National Academies Press; 2001.
- 11- Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. *Revisão integrativa de literatura: um método de pesquisa para incorporar evidências no cuidado em saúde e enfermagem*. *Texto & contexto enferm*, 2008; 17(4):758-764.
- 12- Santos CMC, Pimenta CAM, Nobre MRC. *A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências*. *Rev Latino-Am. Enfermagem*. 2007 jun;15(3):508-11.
13. Marinho MM, Radunz V, Tourinho FSV, et al. *Intervenções educativas e seu impacto na cultura de segurança: uma revisão integrativa*. *Enferm. foco*. 2016; 7(2):72-77.
14. Mazzo A, Souza Júnior VD, Jorge BM, Fumincelli L, Trevizan MAV, Mendes IAC. *Qualidade e segurança do cuidado de enfermagem ao paciente usuário de cateterismo urinário intermitente*. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm*, 2017; 21(2).
15. Wegner W, Silva SC, Kantorski KJC, et al. *Educação para cultura da segurança do paciente: Implicações para a formação profissional*. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm*. 2016; 20(3).
16. Olímpio MAC, Sousa VEC, Campos ABF, Martins MGQ, Ponte MAV, Mamede VV. *Cateterização venosa periférica por profissionais de enfermagem: estudo observacional*. *Rev. enferm. UFPE on line*. 2017; 11(3):1262-1268.
17. Freire EMR. *Estratégias para manutenção do nível de certificação em um hospital Acreditado com Excelência*. (Tese de Doutorado). Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2017.
18. Silva MVRs, Carvalho Filha FSS, Lando GA, Branco TB, Viana LMM, Silva HMC. *Cuidados na administração de medicamentos: as responsabilidades dos profissionais de enfermagem*. *Rev. enferm. UFPE on line*. 2017; 11(2):950-958.

Saúde mental na atenção básica sob a ótica de agentes comunitários de saúde

RESUMO

Objetivou-se identificar os significados de saúde mental para Agentes Comunitários de Saúde. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa do tipo exploratória em que se utilizou da entrevista semiestruturada e da Análise de Conteúdo Temática como técnica de coleta e análise de dados, respectivamente. Participaram da pesquisa sete Agentes Comunitários de Saúde e foram construídas três categorias temáticas: Categoria temática 1: Significados sobre saúde mental; Categoria temática 2: Caracterização das ações de Saúde Mental produzidas pelos agentes comunitários de saúde e; Categoria temática 3: (Des)preparo para a produção do cuidado em Saúde Mental. Os dados apontam para a necessidade de formação dos Agentes Comunitários de Saúde acerca do uso de tecnologias de cuidado subjetivas em seus processos de trabalho, a partir da potencialização do uso da visita domiciliar, do acolhimento e da escuta como elementos inerentes à produção do cuidado em saúde mental nos serviços primários de saúde.

DESCRIPTORIOS: saúde mental; agente comunitário de saúde; estratégia saúde da família.

ABSTRACT

The aim was to identify the meanings of mental health for Community Health Agents. This is a qualitative research of the exploratory type in which the semi-structured interview was used and the Thematic Content Analysis as data collection and analysis technique. Seven community health agents participated in the study and three thematic categories were constructed: Thematic category 1: Mental health meanings; Thematic category 2: Characterization of Mental Health actions produced by community health agents and; Thematic category 3: (Un) preparation to produce care in Mental Health. The data point to the need for training of the Community Health Agents about the use of subjective care technologies in their work processes, starting from the use of the home visit, welcoming and listening as elements inherent to the production of care in mental health in primary health services.

DESCRIPTORS: mental health; community health agent; family health strategy.

RESUMEN

El objetivo de identificar los significados de salud mental para Agentes Comunitarios de Salud. Se trata de una investigación de abordaje cualitativo del tipo exploratorio en que se utilizó de la entrevista semiestructurada y del Análisis de Contenido Temática como técnica de recolección y análisis de datos, respectivamente. Participaron de la encuesta siete Agentes Comunitarios de Salud y se construyeron tres categorías temáticas: Categoría temática 1: Significados sobre salud mental; Categoría temática 2: Caracterización de las acciones de Salud Mental producidas por los agentes comunitarios de salud y; Categoría temática 3: (Des) preparación para la producción del cuidado en Salud Mental. Los datos apuntan a la necesidad de formación de los Agentes Comunitarios de Salud acerca del uso de tecnologías de cuidado subjetivas en sus procesos de trabajo, a partir de la potenciación del uso de la visita domiciliar, de la acogida y de la escucha como elementos inherentes a la producción del cuidado en salud mental en los servicios primarios de salud.

DESCRIPTORIOS: salud mental; agente comunitario de salud; estrategia salud de la familia.

Caroline de Oliveira Cordeiro Leite

Enfermeira graduada pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Campus Três Lagoas (CPTL).

Edirlei Machado dos Santos

Doutor em Enfermagem. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Campus Três Lagoas (CPTL).

Luana Maria de Souza Santos

Enfermeira graduada pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Campus Três Lagoas (CPTL).

Anneliese Domingues Wysocki

Doutora em Ciências da Saúde. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Campus Três Lagoas (CPTL).

Maria Vigoneti Araújo Lima Armelin

Doutora em Ciências da Saúde. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Campus Três Lagoas (CPTL).

Teresa Cristina da Silva Kurimoto

Doutora em Enfermagem. Docente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

Gislaine Machado dos Santos

Especialista em Enfermagem do Trabalho e Pós-Graduada em Enfermagem Obstétrica. Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde de Paragominas-PA.

Larissa da Silva Barcelos

Doutora em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Campus Três Lagoas (CPTL).

INTRODUÇÃO

A reorientação do modelo de atenção à saúde mental no Brasil proporcionou notáveis avanços na organização e na concepção dos serviços. No entanto, as resistências de superação do modelo biomédico no âmbito dos processos de cuidado, mais especificamente nas unidades e estratégia de saúde da família, têm sido amplamente debatidas¹.

O Movimento pela Reforma Psiquiátrica (RP) pauta-se na crítica do modelo biomédico em que, focado no processo de doença já instalado, presta cuidados por meio de uma assistência farmacológica que possibilita o controle somente de sinais e sintomas. Neste sentido, nota-se a necessidade de que os profissionais atuantes na atenção à saúde primária desenvolvam um olhar holístico cuja atuação ocorra no sentido de promover saúde, prevenir agravamentos do quadro e reduzir o índice de novos agravos mentais².

O deslocamento do eixo de perspectiva tradicional, manicomial, curativa e excluyente para esse novo eixo de intervenções assistenciais de caráter territorial, comunitário e pautado na promoção do bem-estar da existência biológica, psicológica e social inclusiva pode permitir um cuidado em Saúde Mental que visibilize a superação do cenário histórico de desassistência e maus-tratos e potencialize a construção de novos espaços de produção de saberes, intervenções sociais, políticas e jurídicas em relação ao louco e à loucura².

Nessa perspectiva, o Ministério da Saúde (MS), por meio da Política Nacional de

Saúde Mental (PNSM), propõe uma rede de serviços de saúde mental integrada e ampliada voltada à atenção às pessoas com transtornos mentais. Essa Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída pela portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, possui a finalidade de criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS³.

Na Estratégia de Saúde da Família (ESF) é possível reconhecer e enfrentar os fatores de risco aos quais a comunidade está exposta, por meio de parcerias estabelecidas com diferentes segmentos sociais e institucionais, visando interferir em situações que transcendem a especificidade do setor saúde e tem efeitos determinantes sobre as condições de vida e saúde dos indivíduos, famílias e comunidade⁴.

Neste cenário surge como elo da atenção prestada ao indivíduo e comunidade e como agente de fortalecimento do vínculo entre a equipe de saúde com o território adscrito, a equipe de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), cujo espaço de atuação propicia maior inserção junto às famílias e comunidade, aproximando-se da realidade vivenciada pelo usuário com sofrimento mental. Por meio do enfrentamento dos desafios vivenciados diariamente e da ampliação de seu olhar holístico e crítico mediante as situações presenciadas em seu processo de trabalho, a atuação do ACS favorece a elaboração de estratégias que visem o alcance de melhorias no pro-

cesso de cuidado, sendo importante que o enfermeiro gestor de sua equipe identifique os pontos vulneráveis no processo de assistência ao indivíduo e sua família, por meio da comunicação ativa entre o ACS e o enfermeiro responsável⁵.

No estado de Mato Grosso do Sul as ocorrências de suicídio ocupam o terceiro lugar no ranking nacional de casos sendo que o município de Três Lagoas está entre as quatro cidades do estado com maior número de casos consumados⁶.

Frente à emergência de se trabalhar a saúde mental por meio de ações integradas de maneira interprofissional e dada a importância do papel exercido pelo ACS no cenário da ESF, o presente estudo tomou como questões de pesquisa: Como os ACS significam/representam a saúde mental na ESF? Quais são ações produzidas pelos ACS em saúde mental na ESF?

A partir de tais problemas, objetivou-se identificar os significados da Saúde Mental para os ACS na ESF; caracterizar as ações em saúde mental produzidas pelos ACS e: analisar o preparo do ACS para a produção de ações de saúde mental.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa do tipo exploratória. Tal abordagem tem como enfoque o caráter subjetivo do objeto analisado, busca compreender o comportamento do entrevistado, estudando as suas particularidades e experiências individuais⁵.

O cenário do estudo foi o município de Três Lagoas – MS, especificamente as Uni-

dades Básicas de Saúde. O município de Três Lagoas está localizado na região leste de Mato Grosso do Sul, sendo considerado o terceiro município mais populoso do estado, com população de aproximadamente 117 mil habitantes segundo estimativa anual do IBGE feita em 2017. Em relação à assistência em saúde mental, Três Lagoas conta com uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPs) composta pelos serviços de atenção básica, um centro de especialidades médicas com atendimento em psiquiatria e pelos serviços especializados do Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas (CAPSad) e CAPS II. Conta ainda com um hospital geral de médio porte e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)⁶.

A amostra foi do tipo intencional, composta por ACS que atuavam numa Unidade Básica de Saúde (UBS) com ESF. Para técnica de coleta de dados utilizamos a entrevista semiestruturada, pautada num assunto específico, neste caso saúde men-

tal para ACS, a partir de guia de entrevista adaptável⁷.

Os dados foram coletados no período de maio a julho de 2018. As entrevistas foram realizadas na unidade básica de saúde e analisados à luz da técnica da Análise Temática⁸.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS) com CAAE n.78710117.0.0000.0021, parecer N. 2.407.940 de 30 de novembro de 2017, respeitando-se as diretrizes da Resolução N. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que trata de pesquisas envolvendo seres humanos.

A fim de garantir a privacidade dos participantes do estudo, os recortes temáticos foram identificados com as iniciais “ACS” de Agente Comunitário de Saúde, seguido pelo número correspondente à ordem em que as mesmas foram realizadas.

RESULTADOS

Participaram da pesquisa sete (7) ACS. A maior parte do sexo feminino, com idade entre 34 e 59 anos, todos com mais de 5 anos de experiência na função. No processo de estruturação, organização e classificação dos dados encontrados, elaboraram-se três categorias temáticas. Categoria temática 1: Significados sobre saúde mental; Categoria temática 2: Caracterização das ações de Saúde Mental produzidas pelos agentes comunitários de saúde e; Categoria temática 3: Despreparo para a produção do cuidado em Saúde Mental.

Significados sobre saúde mental

A partir dos dados analisados observou-se que os ACS entendem a saúde mental a partir de elementos que se ancoram ao processo de adoecimento, logo as ações de prevenção e de promoção da saúde mental adquirem certa invisibilidade.

Nesta perspectiva, a assistência à saúde

Quadro 1. Categorias temáticas construídas. Três Lagoas, MS, Brasil, 2018.

Categorias Temáticas	Núcleos de Sentido	Recortes Temáticos
Significados sobre Saúde Mental	Doença e a medicalização	[...] em saúde mental temos que ter um cuidado maior, ele [pessoa com sofrimento mental] é uma pessoa instável, a gente sempre tem que estar olhando o paciente [...] eles são assim, podem ser agressivos, ou às vezes pode ser bom também, mas às vezes podem [...] São estáveis, são pacientes bem-estáveis. (ACS 1). [...] eu tenho acho que dois [dois usuários com sofrimento mental] de saúde mental dentro na minha microárea, mas eles tomam remédio, tanto que eu nem me envolvo com eles [...] (ACS 2). [...] porque ela [saúde mental] está inserida no contexto da família né, então se uma tem problema de saúde mental, a família sofre com isso (ACS 3). Fazer um acompanhamento com aquelas pessoas que fazem uso de medicamento contínuo para saúde mental [...] (ACS 5).
Significados sobre Saúde Mental	Participação da família	[...] sozinha a gente não faz ação, dificuldade sempre tem, primeiro que dependendo da família eles não aceitam, fala que não precisa [...] (ACS 2). É um todo do paciente, não somente cuidar do paciente, mas também cuidar da família, quando tem um paciente de saúde mental na família, toda a família fica envolvida na situação, acaba adoecendo também, o cuidado não tem que ser estendido ao paciente, mas também, a família [...] (ACS 6).
Caracterização das Ações de Saúde Mental produzidas pelos ACS	Realização da visita domiciliária	[...] a gente [ACS] faz o passo a passo que mandam no posto de saúde, a gente faz a visita normal e orientação como todo mundo (ACS 2). [...] o que eu desenvolvo é ir lá à casa do paciente, faço a visita, converso, às vezes, marco uma consulta, faço um agendamento para o médico, troco uma receita [...] (ACS 5). [...] os pacientes que eu visito [usuários com sofrimento mental], os familiares são bem receptivos, a facilidade, a gente tem, pois temos aquele vínculo com a família [...] (ACS 7)

Caracterização das Ações de Saúde Mental produzidas pelos ACS	Desenvolvimento da Comunicação	Quando a pessoa tem problema mental, na visita nós temos um cuidado em abordar a pessoa, geralmente na visita temos que abordar a pessoa que toma conta para depois abordar o paciente, pois dependendo, eles [pessoa com sofrimento mental] não querem falar [grifo dos autores] [...] (ACS 4). [...] eu dou uma atenção especial aos meus pacientes, porque estão sempre precisando mais da unidade de saúde, de uma orientação, um apoio, até mesmo uma conversa [...] (ACS 6).
Despreparo para a produção do cuidado em Saúde Mental	Fragilidades na formação	[...] sozinha a gente não faz ação, dificuldade sempre tem, primeiro que dependendo da família eles não aceitam, fala que não precisa [...] (ACS 2). É um todo do paciente, não somente cuidar do paciente, mas também cuidar da família, quando tem um paciente de saúde mental na família, toda a família fica envolvida na situação, acaba adoecendo também, o cuidado não tem que ser estendido ao paciente, mas também, a família [...] (ACS 6).

Fonte: Dados da pesquisa.

voltada ao modelo biomédico não é classificada como determinante de saúde, mas como uma estratégia reparadora de uma patologia já instalada. Os determinantes sociais são necessários para classificar o grau de suscetibilidade que os indivíduos se encontram, e de que forma as estratégias de intervenção podem ser aplicadas de forma efetiva⁹.

Reconhece-se que os familiares dos portadores de doença mental possuem um olhar voltado ao médico como o profissional qualificado por sanar de maneira completa os sinais e sintomas desenvolvidos pelos indivíduos, as angústias apresentadas pelos membros da família, porém as fragilidades nas condutas de transferências para níveis de complexidade secundários e terciários, as barreiras encontradas na estrutura dos serviços de saúde influenciam na assistência, o preconceito por parte dos profissionais que atuam no atendimento, e a medicalização realizada de maneira exacerbada, como método curativo, dificultam a resolutividade dos indivíduos que adentram o serviço de atenção primária¹⁰.

Observa-se uma aproximação crescente entre a indústria farmacêutica e a Associação Psiquiátrica Americana (APA), o que pode ter contribuído para uma interpretação do sofrimento emocional habitual e o comportamento como uma condição médica que pode ser tratada com um medicamento particular. Destarte, se percebe que os sentimentos e comportamentos comuns estão sendo tratados farmacologicamente¹¹.

Deste modo, por exemplo, os compo-

nentes inerentes à existência adquirem novos paradigmas, a angústia pode se transformar em transtorno da ansiedade. O exemplo anterior designa o que se conhece na contemporaneidade de medicalização da existência ou da vida cotidiana¹².

A medicalização está tão banalizada que até mesmo sofrimentos temporários do indivíduo são medicados de forma irrestrita e irresponsável¹³.

Outro aspecto que os ACS utilizaram para significar a saúde mental emergiu da ancoragem à participação da família no cuidado em saúde mental. A família pode ser concebida como uma rede primária de interação social e provedora de apoio imprescindível à manutenção da integridade física e psicológica do indivíduo. Neste cenário, o suporte familiar na produção de um cuidado em saúde mental emergiu como núcleo de sentido para significar tal cuidado. Portanto, o suporte familiar pode ser percebido como a capacidade da família em proporcionar a seus membros constância, cuidado, carinho, atenção, diálogo, informação, autonomia, empatia, afetividade, aceitação e liberdade no processo de produção do cuidado em saúde mental¹⁴.

Ao considerarmos a relevância da família para a construção e implementação de planos de cuidados na saúde mental, os serviços de saúde devem buscar estratégias de atuação conjunta. A partir da Reforma Psiquiátrica, o cuidado próximo ao núcleo familiar é valorizado pelo impacto positivo na reabilitação psicossocial, entendida como o processo de restituição do poder

contratual para a ampliação da autonomia do usuário. Desta maneira, existe a necessidade de se resgatar os preceitos e conquistas das mudanças na atenção em saúde mental e de se criar possibilidade para o empoderamento, como estratégias de fortalecimento da autonomia, do poder e da auto-organização¹⁵.

O elo familiar, ancorado também com conflitos entre seus membros, não exclui o papel de fortalecimento, vínculo, e reinserção social dos indivíduos portadores de saúde mental frente as atividades e convívio social, favorecendo o processo de sociabilidade¹⁶.

Caracterização das ações de saúde mental produzidas pelos Agentes Comunitários de Saúde

Na presente categoria temática apresentamos a discussão de elementos que possibilitou a identificação de núcleos de sentido, dos quais emergiu sua construção. Como forma de significar e apresentar ações ou recursos, os quais os participantes da pesquisa lançavam mão em seus processos de trabalho para a produção do cuidado em saúde mental, emanaram como elementos centrais: a realização de visitas domiciliares e a comunicação.

A visita domiciliar como atividade primeira do trabalho do ACS permite conhecer o território, estabelecer vínculos com a comunidade, identificar os problemas vivenciados pelas famílias, mapear as necessidades sociais e de saúde e realizar diagnóstico comunitário. Tal atividade

emerge como possibilidade de acolhimento aos problemas de saúde mental vivenciados pelos usuários, porém muitas vezes se pauta no modo prescritivo queixa-conduta, uma vez que as necessidades de saúde têm como resposta padrão o encaminhamento para consulta médica, reflexo este do modelo biomédico já discutido anteriormente nesta pesquisa¹⁷.

Em relação às pessoas com sofrimento mental, observa-se uma atenção dispensada pela equipe de saúde voltada às visitas domiciliares com a presença de diferentes profissionais das equipes de atenção primária à saúde, atualizações de receitas para continuidade do tratamento, encaminhamento para os serviços de suporte como o CAPS ad e CAPS II, não efetuando um

cuidado integral ao usuário, voltado, principalmente às ações de prevenção de agravos e a reabilitação do indivíduo à sociedade quando possível¹⁸.

Desta forma, observa-se que a visita domiciliar apresenta potencialidades na produção do cuidado em saúde mental que pode se dar a partir da aproximação dos ACS com o território (não apenas geográfico, mas, existencial) no qual os sujeitos estão inseridos. Tal presença na vida dos usuários possibilita a valorização da dimensão subjetiva das práticas em saúde, das vivências dos usuários e dos trabalhadores da saúde, criando espaços de comunicação e diálogo entre saberes e práticas, além de novas perspectivas para a reflexão e ação¹⁹.

No processo de produção do cuidado

em saúde mental, a comunicação é elemento central, no qual a escuta atenta torna-se fundamental e que pôde ser identificada nas falas de alguns participantes. Sob tal aspecto, na área da saúde mental, a comunicação é resultante de subjetividades²⁰.

A partir da comunicação como elemento necessário à produção do cuidado em saúde mental, compreende-se que as ações de saúde mental nos serviços primários de saúde estão relacionadas ao acolhimento do sujeito e família em sofrimento psíquico, representadas pelas práticas produzidas pelas equipes de saúde ao atenderem às famílias na unidade de saúde e no território. Deste modo, nenhum cuidado será produzido se não buscarmos compreender como se processam as causas de sofrimento considerando suas singularidades⁴.

No processo comunicacional entre ACS e usuários, a escuta emerge como elemento essencial. A escuta silenciosa ou interpretativa da história individual, que visa buscar a capacidade de autorreflexão se constituem como práticas usuais na produção do cuidado em saúde mental¹⁶. Escutar se distingue de ouvir, o primeiro exige que nos coloquemos no espaço objetivo externo e no espaço subjetivo interno, a partir de uma atitude de participação, de compartilhamento do vivido, bem como fazer-se presente no silêncio, o segundo apresenta-se como uma função fisiológica que demanda uma constituição neurológica²¹.

Despreparo para a produção do cuidado em saúde mental

A partir da análise das falas foi possível depreender que os ACS representam de forma antagônica o cuidado em saúde mental, revelando possibilidades em seu trabalho para a produção do cuidado em saúde mental, ao mesmo tempo em que aponta as fragilidades, principalmente sob o aspecto formativo para atuar em tal perspectiva.

Identificou-se fragilidades nos processos formativos dos ACS a respeito da maneira ideal para se realizar uma abordagem e atendimento de qualidade no campo da saúde mental, bem como as atividades de interação entre familiares, indivíduo e comunidade. Fragilidades estas inexistentes



Crédito: Projetoado por Can Stock Photo

em relação a atenção dispensada a outros grupos e programas de saúde²².

Alguns ACS atribuem a outros profissionais, a responsabilidade pela atenção às demandas de saúde mental. Tal aspecto deixa nítido, a partir de seus significados, que o modo de operar hierarquiza as relações de cuidado a partir da definição de quem pode oferecer o cuidado em saúde mental e quem não o pode. Nesse sentido, o aspecto representacional dos ACS converge para o modelo de quem pode cuidar: o hegemonicamente estabelecido, as ciências psi²³.

O cuidado em saúde mental inclui a prevenção, promoção e reinserção desse indivíduo a comunidade, sendo os profissionais de saúde os responsáveis por realizar um acompanhamento adequado, reduzindo internações, quadros de crises, promovendo uma melhor qualidade de vida aos pacientes²⁴.

A partir dos elementos que foram discutidos na presente categoria temática, é possível apreender que a produção de práticas de cuidado em saúde mental no território requer de todo profissional, inclusive do ACS a construção de um plano de cuidados pautado na história de vida de cada sujeito/família, a partir dos vínculos que se cristalizam no território e nas demais questões que deem estruturação à vida de tais sujeitos. Desta forma, a prática cotidiana dos ACS se estrutura a partir do vínculo que mantém com o território, e, portanto, sua atuação pode potencializar o cuidado de modo singular, concomitantemente à construção de redes de apoio⁴.

O vínculo constituído por meio das interações dos sujeitos, que promovem subsídios para os ACS identificarem as angústias, medos e receios dos portadores de

saúde mental e seus familiares, conseguindo assim implementar suas ações. Portanto, as ações relacionadas à produção do cuidado em saúde mental, desenvolvem-se, nos encontros com os usuários, momentos tais que possibilitam a criação de ferramentas e estratégias que geram uma atenção à saúde mental⁴.

Frente aos desafios e fragilidades apresentadas nesta categoria temática, as ações de educação permanente em saúde emergem como possibilidades de superação. São compreendidas como processos que se caracterizam pela continuidade das ações educativas necessárias para a sedimentação do conhecimento prévio do profissional e absorção de novos conhecimentos, desenvolvendo novas técnicas e habilidades que fortalecem o processo de trabalho, onde ocorre a exposição dos problemas identificados, estimulando a criação de novas práticas do saber, a partir do pensamento crítico e olhar voltado ao indivíduo como um todo, sendo um processo dinâmico com a finalidade de análise e melhoramento no processo de capacitação dos profissionais frente aos determinantes sociais, aos objetivos e metas sociais²⁵.

Finalizando, o Sistema Único de Saúde (SUS) deve oferecer propostas para melhorias no processo de cuidado, com base na reflexão crítica dos profissionais mediante o trabalho em saúde, sendo necessário a elaboração de planos e estratégias em instâncias político-gerenciais e educacionais, buscando o aprimoramento das práticas em saúde. Para a qualificação da assistência, é importante a atuação do líder como articulador e facilitador dos processos, integrando toda a equipe, expondo os problemas e sugestões relacionadas aos obstáculos pre-

sentes no serviço de saúde²⁶.

CONCLUSÃO

A partir da realidade pesquisada e do grupo estudado salienta-se que uma das limitações do presente estudo se refere à impossibilidade de que os resultados sejam representativos de outros sujeitos que atendam os mesmos critérios de inclusão da pesquisa, característica esta inerentes às pesquisas de abordagem qualitativa.

Contudo, os achados apontaram que mesmo com a existência de uma lacuna em relação a formação dos ACS sobre o cuidado em saúde mental, alguns participantes conseguiram representar elementos que permeiam o processo de trabalho dos ACS e que são necessários à produção de um cuidado em saúde mental.

Os ACS por se utilizarem de elementos como a visita domiciliária, a partir de sua presença constante no território existencial, delimitado geograficamente, dispõe de recurso importante para o desenvolvimento do acolhimento e construção de vínculos, elementos fundamentais para o estabelecimento de uma confiança entre usuário e ACS e a efetivação da escuta.

Pode-se apontar para a necessidade de desconstrução de práticas cotidianas ainda pautadas exclusivamente no modelo biomédico, aspecto que dificulta a atenção para os aspectos subjetivos que engendram os territórios, os sujeitos que lá se inserem e seus distintos modos de sofrimento, incluindo as demandas em saúde mental.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior –Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001. ■

REFERÊNCIAS

1. Barbosa VFB, Martinhago F, Hoepfner AMS, Daré PK, Caponi SNC. O cuidado em saúde mental no Brasil: uma leitura a partir dos dispositivos de biopoder e biopolítica. *Saúde debate* [Internet]. 2016 [citado 2018 dez 15]; 40(108):178-189. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000100178&lng=en.
2. Oliveira EC, Medeiros AT, Trajano FMP, Chaves Neto G, Almeida AS, Almeida LR. O cuidado em saúde mental: concepções de profissionais da atenção básica. *Escola Anna Nery* [Internet]. 2017 [citado 2018 out 20]; 21(3):1-7. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n3/pt_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2017-0040.pdf.
3. Ministério da Saúde (BR). Portaria n.º 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com

REFERÊNCIAS

- sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da república Federativa do Brasil [Internet]. 23 dez. 2011. Disponível em: http://bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html.
4. Nogueira M, Pontes AL. Trabalho, saúde e o processo de trabalho em saúde: considerações sobre o agente comunitário de saúde. In: Soalheiro N. Saúde mental para a atenção básica. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2017, Cap. 5.
5. Augusto CA, Souza JP, Dellagnelo EHL, Cario SAF. Pesquisa qualitativa: rigor metodológico no tratamento da teoria dos custos de transação em artigos apresentados nos congressos da Sober (2007-2011). RESR [Internet]. 2013 citado 2018 nov 20]; 51(4):745-63. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/resr/v51n4/a07v51n4.pdf>.
6. Prefeitura Municipal Três Lagoas (BR). Saúde de Três Lagoas alerta para o crescente número de suicídios [Internet]. 2018 [citado 08 nov 2018]. Disponível em: <http://www.treslagoas.ms.gov.br/saude-de-tres-lagoas-lerta-para-o-crescente-numero-de-suicidios/>
7. Meirinhos M, Osório A. O estudo de caso como estratégia de investigação em educação. EDUSER: revista de educação [Internet]. 2010 [citado 2018 out 15]; 2(2):49-65. Disponível em: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/3961/1/O%20estudo%20de%20caso%20como%20estrat%C3%A9gia%20de%20investiga%C3%A7%C3%A3o%20em%20educa%C3%A7%C3%A3o.pdf>.
8. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2010.
9. Ceballos AGC. Modelos conceituais de saúde, determinação social do processo saúde e doença, promoção da saúde. Recife: Ed. Universitária da UFPE; 2015.
10. Saffer DA, Barone LR. Em busca do comum: o cuidado do agente. Physis [Internet]. 2017 [citado 2018 set 07]; 27(3):813-33. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v27n3/1809-4481-physis-27-03-00813.pdf>.
11. Bezerra IC, Jorge MSB, Gondim APS, Lima LL, Vasconcelos MGF. "Fui lá no posto e o doutor me mandou foi pra cá": processo de medicalização e (des)caminhos para o cuidado em saúde mental na Atenção Primária. Interface [Internet]. 2014 [citado 2018 ago 12]; 18(48):61-74. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v18n48/1807-5762-icse-18-48-0061.pdf>.
12. Freitas F, Amarante P. Medicalização em psiquiatria. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2017.
13. Zanella M, Luz HHV, Benetti IC, Roberti Junior JP. Medicalização e saúde mental: estratégias alternativas. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental [Internet]. 2016 [citado 2018 ago 05]; 15:53-62. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpsem/n15/n15a08.pdf>.
14. Souza MS, Baptista MN. Associações entre suporte familiar e saúde mental. Psicol Argum [Internet]. 2008 [citado 2018 out 15]; 26(54):207-15. Disponível em: <https://periodicos.pucpr.br/index.php/psicologiaargumento/article/view/19753>.
15. Covelo BSR, Badaró-Moreira IB. Laços entre famílias e serviços de saúde mental: a participação dos familiares no cuidado do sofrimento psíquico. Interface [Internet]. 2015 [citado 2018 nov 15]; 19(55):1133-44. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v19n55/1807-5762-icse-1807-576220140472.pdf>.
16. Seixas MLN, Miranda CAS, Miranda FAN. O significado da doença mental para a família. UNOPAR Cient Ciênc Biol Saúde [Internet]. 2005 [citado 2018 out 18]; 7(1):35-41. Disponível em: <http://pgskroton.com.br/seer/index.php/JHealthSci/article/view/1607>.
17. Cirilo Neto M, Dimenstein M. Saúde mental em contextos rurais: o trabalho psicossocial em análise. Psicologia: Ciência e Profissão [Internet]. 2017 [citado 2018 dez 15]; 37(2):461-74. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v37n2/1982-3703-pcp-37-2-0461.pdf>.
18. Correia VR, Barros S, Colvero LA. Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2011 [citado 2018 out 18]; 45(6):1501-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reusp/v45n6/v45n6a32.pdf>.
19. Vieira AMB, Albuquerque EG, Pereira LA, Andrade IS. Percepção dos agentes comunitários de saúde acerca do acompanhamento aos usuários de saúde mental. Sanare [Internet]. 2017 [citado 2018 set 18]; 16(1):24-31. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1090>.
20. Azevedo AL, Figueiredo NMA, Silva PS, Cardoso MMVN, Porto IS, Araújo STC. Comportamentos de graduandos de enfermagem na aprendizagem da comunicação em saúde mental. Rev enferm UFPE [Internet]. 2017 [citado 2018 nov 14]; 11(10):3878-84. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/69710/24324>.
21. Hirdes A. Centro comunitário de Saúde Mental de São Lourenço do Sul: resgatando possibilidades de reabilitação psicossocial. Florianópolis. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Florianópolis. 2000.
22. Peruzzo HE, Bega AG, Lopes APAT, Fernandez MC, Haddad L, Peres AM, et al. Os desafios de se trabalhar em equipe na estratégia saúde da família. Esc Anna Nery [Internet]. 2018 [citado 2019 jan 02]; 22(4):1-9. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ean/v22n4/pt_1414-8145-ean-22-04-e20170372.pdf.
23. Samudio JL. Cartografia do cuidado em saúde mental no encontro entre agente comunitário de saúde e usuário. Physis [Internet]. 2017 [citado 2019 jan 10]; 27(2):277-95. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v27n2/1809-4481-physis-27-02-00277.pdf>.
24. Gerbaldo TB, Arruda AT, Horta BL, Garnelo L. Avaliação da organização do cuidado em saúde mental na atenção básica à saúde do Brasil. Trab Educ Saúde [Internet]. 2018 [citado 2019 jan 15]; 16(3):1079-94. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v16n3/1678-1007-tes-1981-7746-sol00150.pdf>.
25. Peixoto LS, Gonçalves LC, Costa TD, Tavares CMM, Cavalcanti ACD, Cortez EA. Educação permanente, continuada e em serviço: desvendando seus conceitos. Enfermería Global [Internet]. 2013 [citado 2018 dez 02]; 29:324-40. Disponível em: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n29/pt_revision1.pdf.
26. Fernandes MC, Barros AS, Silva LMS, Nóbrega FMB, Silva MRF, Torres RAM. Análise da atuação do enfermeiro na gerência de unidades básicas de saúde. Rev Bras Enferm [Internet]. 2010 [citado 2018 ago 02]; 63(1):11-5. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n1/v63n1a02.pdf>.

Respostas não punitivas ao erro na visão de profissionais da enfermagem: um estudo de caso

RESUMO

Cultura da segurança é um conjunto de fatores que determina o comprometimento com a gestão da saúde. O objetivo deste estudo é descrever como caracteriza-se a cultura de culpabilidade sob a visão dos profissionais da enfermagem. Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, do tipo estudo de caso, com abordagem quantitativa. Participaram da pesquisa 80 profissionais da enfermagem. A culpabilidade tem sido um grande entrave para a segurança do paciente. Notou-se que os participantes não se sentem à vontade para relatar possíveis erros, culminando em subnotificações. Concluiu-se que, erros não devem ser relacionados aos profissionais, de imediato, e sim, devem ser investigados sistemicamente. Na cultura da não culpabilidade deve-se trabalhar a procura das reais causas dos erros, para então, traçar estratégias de melhoria para a assistência.

DESCRITORES: cultura de segurança; culpabilidade; eventos adversos.

ABSTRACT

Safety culture is a set of factors which determines the commitment to health management. The aim of this study is to describe how the culture of guilt is characterized in the view of nursing professionals. This is a descriptive and exploratory study, a case study type, with a quantitative approach. 80 nursing professionals participated in the study. Guilt has been a major obstacle to patient safety. It was noted that participants do not feel comfortable reporting possible errors, culminating in underreporting. It was concluded that, errors should not be related to professionals, immediately, but should be investigated systemically. In the culture of non-culpability, must work on the search for the real causes of the mistakes, and then design improvement strategies for the assistance.

DESCRIPTORS: safety culture; guilt; adverse events.

RESUMEN

La cultura de la seguridad es un conjunto de factores que determina el compromiso con la gestión de la salud. El objetivo de este estudio es describir cómo se caracteriza la cultura de culpabilidad bajo la visión de los profesionales de la enfermería. Se trata de un estudio descriptivo y exploratorio, del tipo estudio de caso, con abordaje cuantitativo. Participaron de la investigación 80 profesionales de la enfermería. La culpabilidad ha sido un gran obstáculo para la seguridad del paciente. Se notó que los participantes no se sienten a gusto para relatar posibles errores, culminando en subnotificaciones. Se concluyó que, errores no deben ser relacionados a los profesionales, de inmediato, sino que deben ser investigados sistémicamente. En la cultura de la no culpabilidad se debe trabajar la búsqueda de las reales causas de los errores, para entonces, trazar estrategias de mejora para la asistencia.

DESCRIPTORES: cultura de seguridad; culpabilidad; eventos adversos.

Juliana Mendes Marques

Enfermeira. Especialista em Saúde Pública, Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Membro do Laboratório de Avaliação Econômica e de Tecnologias em Saúde – LAETS. [[Rua Joaquim Serra, nº73, Engenho de dentro, CEP 20745-300, Rio de Janeiro - RJ.

Carlos Roberto Lyra da Silva

Doutor em Enfermagem e Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto – UNIRIO. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Thiago Quinellato Louro

Doutor em Enfermagem e Biociências, Professora Assistente da Universidade Federal Fluminense - UFF, Coordenador do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal Fluminense – UFF - Campus Rio das Ostras – RJ, Brasil.

Monique de Souza Furtado

Enfermeira da HUCCF e do Pró-Cardíaco. Residência em Terapia Intensiva e Estomatoterapia pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Roberto Carlos Lyra da Silva

Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Biociências PPGENFBIO/UNIRIO, Bolsista da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro – FAPERJ, MBA em Economia e Avaliação de Tecnologias em Saúde do Hospital Alemão Oswaldo Cruz e Fundação Instituto de Pesquisa Econômica - FIPE do PROADI SUS - Ministério da Saúde – MS, Líder do Grupo de Pesquisa do Laboratório de Avaliação Econômica e de Tecnologias em Saúde - LAETS - Diretório dos Grupos de Pesquisa CNPq, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

INTRODUÇÃO

Um marco para a segurança do paciente foi a publicação do *To Err is Human: Building a Safer Healthy System* do Institute of Medicine (IOM) americano, em que os autores demonstraram que, durante o atendimento à saúde, um milhão de eventos adversos evitáveis contribuíram para a morte de 44 a 98 mil americanos por ano¹.

Sendo assim, Toffoletto e seus colaboradores² afirmam que, com o objetivo de evitar a ocorrência de eventos e minimizar as suas consequências por meio da criação de estratégias de segurança, o documento adota como pressuposto que os erros não são causados por um único indivíduo, sendo resultado de falhas na estrutura, nos processos e nas medidas de prevenção³.

Em outubro de 2004, foi criada pela Organização Mundial de Saúde - OMS⁴, a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente (World Alliance for Patient Safety), com o intuito de que os países participantes desta aliança passassem a dedicar mais atenção a este problema, através da adoção de medidas de melhorias no atendimento aos pacientes, e aumento da qualidade dos serviços de saúde. Neste ínterim o Brasil tornou-se um dos países signatários desta aliança.

Diante destas constatações, os erros passam a ser considerados mais consequências do que causas, tendo suas origens ligadas predominantemente aos fatores sistêmicos e não à natureza falível do ser humano. Estudo² aponta que a ideia central deva ser a dos sistemas de defesa, isto é, toda tecnologia complexa possui barreiras e salvaguardas voltadas a impedir erros. Portanto, quando um evento adverso ocorre, o importante não é descobrir quem cometeu o erro, mas como e porquê as defesas falharam⁵.

Cultura da segurança é definida como um conjunto de valores, atitudes, compe-

tências e comportamentos que determina o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde⁶⁻⁷.

Diante destas afirmações a questão de pesquisa foi: como caracteriza-se a resposta não punitiva ao erro em um hospital no interior de Minas Gerais?

São objetivos deste estudo, descrever como caracteriza-se a cultura de culpabilidade sob a visão dos profissionais da enfermagem em um hospital filantrópico localizado no Leste de Minas Gerais e identificar os aspectos relacionados.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, do tipo estudo de caso, com abordagem quantitativa. Optamos por este tipo de pesquisa por acreditarmos que os objetivos do estudo somente poderiam ser alcançados a partir da descrição do fenômeno in loco.

O instrumento utilizado foi Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOP-SC), que compreende 12 dimensões para descrição da cultura de segurança do paciente, dentre elas, “Respostas não punitivas ao erro”, sendo a sexta dimensão. O HSOP-SC foi desenvolvido pela Agency for He-



Crédito: Projetado por Can Stock Photo

althcare Research and Quality (AHRQ) como uma ferramenta válida de mensuração da cultura institucional de segurança do paciente⁸. Este instrumento foi traduzido, adaptado transculturalmente e validado para uso no contexto brasileiro através da tese de doutorado da pesquisadora Cláudia Tartaglia Reis, pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), da Fundação e Instituto Oswaldo Cruz – Fiocruz⁹.

A dimensão “Respostas não punitivas ao erro” é composta por 3 perguntas, suas respostas foram codificadas por meio da Escala de Likert e interpretadas como fortalezas, itens com 75% ou mais de resultados favoráveis à segurança do paciente; enquanto respostas positivas menores de 50% representam fragilidades⁸. No presente estudo foi calculada a média de respostas positivas, e para respostas positivas entre 50% e menos de 75%, consideramos como neutras, por não se constituírem nem em uma fortaleza nem em uma fragilidade.

Os dados foram produzidos em agosto de 2016, após análise e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UNIRIO, CAAE n.º 57413816.0.0000.5285, a partir de formulários eletrônicos, utilizado o aplicativo KoBoToolbox. Este programa engloba um conjunto de ferramentas para a coleta de dados de campo. O software é livre e open source (código aberto). A coleta pode ser feita através de smartphones, tablets ou computadores. Neste estudo foi utilizado o tablet para a aplicação do formulário.

O cenário proposto foi de um hospital de pequeno porte, no leste de Minas Gerais, que conta com 213 leitos ativos, atendendo 23 cidades da região.

O ideal para a coleta de dados com o

HSoPSC, seria a aplicação do instrumento com todas as categorias profissionais da instituição estudada, no entanto, devido ao tempo para a realização do estudo, esta aplicação não foi possível, diante disso a equipe de Enfermagem, em sua totalidade, foi eleita para a participação da pesquisa, por ser a que dedica mais tempo à prestação de cuidados aos pacientes, e por ser a categoria com o maior quantitativo de profissionais.

RESULTADOS

A instituição estudada conta com uma equipe de enfermagem com 277 profissionais, destes, 80 participaram do estudo, dos quais, 90% (n=72) são técnicos ou auxiliares de enfermagem e 10% (n=08) são enfermeiros. Não foi possível fazer a análise comparativa em relação a proporção de técnicos/auxiliares de enfermagem e enfermeiros que trabalham na instituição, pois não houve acesso a estes números.

A dificuldade encontrada para coletar os dados deu-se no plantão noturno, no qual, os profissionais interessavam-se em participar da pesquisa, no entanto, o fluxo de serviço não permitia a participação.

Ao observar a Tabela 1, percebe-se que a maior parte dos participantes da pesquisa (36%) trabalha na instituição em um período de 1 a 5 anos, e 18% trabalha há menos de um ano. Isso evidencia uma rotatividade de profissionais da enfermagem na instituição.

Estes mesmos dados mostram que 69% dos participantes têm menos de 5 anos de prestação de serviços no setor de trabalho, o que vai ao encontro com a norma que era comum na instituição, a de trocar os profissionais de setor a cada mês, e rotatividade

de turno a cada 3 meses. Esta norma justificava-se com o intuito de que todos tivessem experiências em todas as áreas, no entanto, atualmente, as escalas de enfermagem não são mais feitas desta forma.

Em relação a distribuição dos participantes da pesquisa de acordo com as clínicas de trabalho, apresenta-se a Tabela 2.

As Unidades de Internação Mista e a Clínica Médica foram as unidades que mais tiveram participantes no estudo, representando juntas, 47,5% de todos os participantes. Estas unidades correspondem, respectivamente, ao setor que recebe pacientes particulares e de planos de saúde, e ao setor que recebe pacientes pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

DISCUSSÃO

“Respostas não punitivas aos erros”, segundo os participantes, constitui uma fragilidade na instituição estudada. A média de respostas positivas foi de 12%, considerando as 3 questões respondidas, como observa-se no Quadro 1.

A culpabilidade tem sido um grande entrave para a segurança do paciente. Nota-se, pelas respostas dos participantes que eles não se sentem à vontade ou seguros em relatar possíveis erros, sendo assim, culminado em possíveis subnotificações. Esta é a consequência primária da cultura de culpar o indivíduo e não se olhar para os erros do sistema. Em muitas situações, o profissional é levado ao erro, por falta de condições para prestação do serviço correto, portanto, gerentes e gestores devem ter a visão do contexto do erro e não de quem errou, possibilitando uma tomada de decisão justa.

O termo cultura justa vem sendo explo-

Tabela 1. Caracterização dos sujeitos. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2017.

Característica	<1 a 5 anos	6 a 10 anos	11 a 20 anos	>21 anos
Tempo de trabalho na instituição	53,75%	18,75%	20%	7,5%
Tempo de trabalho na atual unidade	69%	20%	7%	4%
Tempo de trabalho a especialidade ou profissional atual	13,75%	23,75%	13,75%	8,75%

Fonte: Dados da pesquisa.

Tabela 2. Distribuição dos participantes do estudo por unidade hospitalar. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2017.

UNIDADE	N	F
Unidade de Internação mista	20	25,0%
Clínica Médica	18	22,5%
Cirurgia	12	15,0%
Pediatria	11	13,75%
Obstetrícia	10	12,5%
Unidade de Terapia Intensiva (qualquer tipo)	9	11,25%

Fonte: Dados da pesquisa.

rado dentro da cultura de segurança do paciente e esta engloba um processo de condutas para embasar o cuidado e suas possíveis falhas. A cultura justa parte do pressuposto que, sem liderança não há cultura justa!

O líder deve influenciar a equipe no sentido de agir em prol dos objetivos da instituição em relação à cultura de segurança do paciente, o que não significa ser complacente com os comportamentos de risco¹⁰.

Os líderes devem treinar e supervisionar o cumprimento dos protocolos e normas estabelecidas pela instituição, devem identificar falhas no desenho dos processos, ou analisá-los quando um membro da equipe fizer tal observação, e após, providenciar os ajustes necessários. Deve-se estimular a notificação de condições inseguras e de eventos adversos, para elaboração de melhorias na assistência, fazendo com que a equipe participe diretamente da construção de uma cultura de assistência segura. E o mais importante, estimular a equipe a escolhas seguras, cumprindo os protocolos e realizando o processo de comunicação com clareza¹⁰.

Wachter¹¹ em seu artigo para reflexão sobre a responsabilização pessoal no cuidado de saúde, disserta sobre os dilemas entre punir e não punir, e chega a uma ideia interessante. A responsabilização institucional. Esta ideia parte do princípio que os erros, em sua grande maioria, são sistêmicos e não são cometidos de propósito, portanto, a responsabilização não poderia ser pesso-

al. Sua abordagem de não culpabilidade é uma resposta adequada para muitos, mas não para todos. Com isto, surge a ideia da responsabilização, o que expõe a uma nova tensão. Saber se esta responsabilização será direcionada aos profissionais envolvidos ou para os líderes gerenciais, que estabelecem os sistemas e impõem as políticas.

Quando não há uma cultura de culpabilidade, é fortalecida a criação de uma cultura de segurança, tendo como consequência o enfoque da segurança e qualidade na assistência ao paciente, permitindo que a equipe sintam-se segura ao informar a ocorrência de um incidente¹².

Ficou evidenciado, pelas respostas dos participantes, o receio que os profissionais têm em relatar os eventos adversos que ocorrem em seus locais de trabalho. Eventos não relatados, muitas vezes, tornam-se problemas não solucionados, deixando a segurança do paciente em situação delicada.

Casos em que as instituições de saúde se voltam para a visão da busca de culpados, e utilizam os relatórios dos incidentes como forma de punição, e não como uma ferramenta para auxiliar na busca de uma assistência com qualidade, favorece a subnotificação, trazendo a impressão de que os incidentes estão em níveis mais baixos que o real. O motivo é a insegurança dos profissionais em realizar as notificações devido ao medo da punição¹³.

O receio da equipe quanto ao registro em ficha funcional bate de frente com a cooperação e vigilância. Isto evidencia que possíveis eventos podem estar sendo escondidos ou encobertos dentro da própria equipe para que os superiores não tomem ciência.

A superação de problemas e falhas é de extrema importância para uma cultura de segurança eficaz, isto requer o reconhecimento dos pontos frágeis que toda assistên-

Quadro 1. Dimensão 6 do HSOPSC. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2017.

Perguntas Dimensão 6	% de respostas positivas
Os profissionais consideram que seus erros, enganos e/ou falhas podem ser usados contra eles.	13%
Quando um evento é relatado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema.	9%
Os profissionais (independente do vínculo empregatício) preocupam-se que seus erros, enganos e/ou falhas, sejam registrados em sua ficha funcional.	14%

Fonte: Dados da pesquisa.

cia à saúde possui. Estas fragilidades podem comprometer a segurança do paciente. A chave para a redução destes riscos é a implementação de um ambiente livre de culpa, no qual a vigilância e a cooperação façam parte da rotina de trabalho da equipe¹⁴.

Muitos erros estão frequentemente fora do controle consciente do indivíduo e são precipitados por uma grande variedade de fatores, que também estão, em geral, fora do controle do indivíduo¹⁵.

Em um estudo¹⁶, há evidência da necessidade da formação voltada para a segurança do paciente ainda durante as atividades pedagógicas na universidade, por ser o espaço de referência em que os estudantes necessitam para enfrentar com agilidade, competência e sabedoria as questões que possam envolver um erro durante o cuida-

do de enfermagem, assegurando assim ao paciente, a família, a instituição de saúde e o próprio profissional a segurança e qualidade que tanto almejam.

CONCLUSÃO

O presente estudo possibilitou a descrição da cultura de culpabilidade em um hospital filantrópico, no Leste de Minas Gerais, segundo os relatos dos profissionais da enfermagem. Portanto, os objetivos foram plenamente alcançados.

A realização da presente pesquisa permitiu que estas fragilidades fossem evidenciadas, em que pese o fato de não ter-se, por uma questão de falta de tempo necessário para a ampliação dos participantes da pesquisa, incluir outras categorias profissionais que atuam no hospital, desde a equipe da

recepção e demais serviços de apoio, passando pela equipe multidisciplinar de saúde.

Erros não devem ser relacionados aos profissionais, de imediato, e sim devem ser investigados sistemicamente. Na cultura da não culpabilidade, deve-se trabalhar a procura das reais causas dos erros, para então, traçar estratégias de melhoria para a assistência.

Uma forma eficaz e indicada pela OMS para estruturação da segurança do paciente é a realização do mapeamento dos processos institucionais. Esta é uma forma de controlar os passos-chave dos processos no cuidado, lembrando que, antes da implementação de qualquer mudança, é necessário que realize o treinamento das equipes envolvidas, e de forma permanente. ■

REFERÊNCIAS

1. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. *To err is human: building a safer health system*. Washington: National Academies Press; 2000.
2. Toffoleto MC, Silva SC, Padilha KG. Segurança do paciente e prevenção de eventos adversos na UTI. In: Padilha KG, et al. *Enfermagem em UTI: cuidando do paciente crítico*. Barueri: Ed. Manole, 2010.
3. Leape LL et al. Systems analysis of adverse drug events. *JAMA* [Internet]. 1995 [acesso em 12 jan 2017]; 274(1):35-43. Disponível em: <http://jama.ama-assn.org/cgi/content/abstract/274/1/35>.
4. OMS. Organização Mundial da Saúde. *Investigação em segurança do paciente: curso introdutório* [Internet]. 2000 [acesso em 28 abr 2016]. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/en/>.
5. Reason J. Human error: models and management. *BMJ*. 2000; 320:768-770.
6. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Resolução da Diretoria Colegiada n.º 36 de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília, DF* [Internet]. 2013 [acesso em 18 jan 2017]. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2871504/RDC_36_2013_COMP.pdf/36d809a4-e5ed-4835-a375-3b3e93d74d5e.
7. Ministério da Saúde (BR). Portaria n.º 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). *Diário Oficial da União, Brasília, DF* [Internet]. 2013 [acesso em 28 abr 2016]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/delegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html.
8. Sorra J, Nieva V. *Hospital survey on patient safety culture: prepared by Westat, Rockville, MD, under contract No. 290-96-0004*. AHRQ Publication. 2004; 41(4).
9. Reis CT. *A cultura de segurança do paciente: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2013.
10. Laselva C. *O erro aconteceu: o que o paciente e a família esperam de você agora?* Ouro Preto: Ensino Einstein [Internet]. 2014 [acesso em 30 mar 2017] Disponível em: http://www.ismp-brasil.org/congresso/public/palestras/Claudia%20Laselva_0%20erro%20aconteceu%20e%20agora_abril2014.pdf.
11. Wachter R. *Responsabilização pessoal no cuidado de saúde: em busca do equilíbrio certo – Proqualis*. Rio de Janeiro: Fiocruz [Internet]. 2013 [acesso em 28 abr 2016]. Disponível em: <http://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/0000022487g00ff.pdf>.
12. Nascimento CCP et al. Indicadores de resultados da assistência: análise dos eventos adversos durante a internação hospitalar. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2008 [acesso em 3 abr 2017]; 16(4):746-751. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692008000400015&lng=en&nrm=iso.
13. Monzani AAS. *A ponta do iceberg: o método de notificação de erros de medicação em um hospital geral privado no município de Campinas SP*. [Dissertação]. Universidade de São Paulo; 2006.
14. Carrera SA. *Cultura de segurança do paciente: a percepção do enfermeiro em um hospital oncológico*. [Dissertação]. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro; 2013.
15. Vincent C. *Segurança do paciente: orientações para evitar eventos adversos*. São Caetano do Sul: Yendis Editora; 2009.
16. Silva MN, Araújo JL, Fernandes NCS, Oliveira JD, Silva RTS, Nascimento EGC. *Erros de enfermagem e segurança do paciente: o conhecimento de graduandos de enfermagem*. *Revista Enfermagem Atual* [Internet]. 2017 [acesso 10 nov 2017]; 80(1):10-17. Disponível em http://www.revistaenfermagematual.com.br/revistas/revista_18.pdf.

Anticoncepção de Emergência: conhecimento e utilização entre estudantes universitários de diferentes áreas

RESUMO

Conhecimento e a forma de utilização da Anticoncepção de Emergência foram avaliados entre acadêmicos da Universidade Federal do Maranhão. Trata-se de um estudo observacional, transversal, com aplicação de um questionário semiestruturado. Participaram do estudo 310 acadêmicos das seguintes áreas: saúde, exatas, humanas e sociais. Cerca de 98,4% já tinham ouvido falar sobre o método, porém apenas 12,3% tiveram conhecimento adequado sobre a ação do medicamento e o tempo de uso após o coito. Em relação ao uso da anticoncepção de emergência, 29,4% utilizaram e adquiriram o medicamento sem prescrição médica. Houve associação positiva entre uso e conhecimento. Apesar de a temática ser bastante difundida entre os entrevistados, o conhecimento foi superficial e incompleto, com necessidade de promoção da educação em saúde para que informações adequadas sejam difundidas e o conhecimento ampliado.

DESCRITORES: anticoncepcionais pós-coito; pílula do dia seguinte; sexualidade

ABSTRACT

Knowledge and the use of Emergency Contraception were evaluated among academics of the Federal University of Maranhão. It is an observational, cross-sectional study with the application of a semi-structured questionnaire. The study included 310 academics from the following areas: health, exact, human and social. About 98.4% had already heard about the method, but only 12.3% were aware when considering responses regarding drug action and time of use after intercourse. Regarding the use of emergency contraception, 29.4% used and purchased the drug without a prescription. There was a positive association between use and knowledge. Although the theme is very widespread among the interviewees, knowledge was superficial and incomplete, with the need to promote health education so that adequate information is disseminated, and knowledge expanded.

DESCRIPTORS: contraceptives post-coitus; next day pill; sexuality

RESUMEN

El conocimiento y la forma de utilización de la Anticoncepción de Emergencia fueron evaluados entre académicos de la Universidad Federal de Maranhão. Se trata de un estudio observacional, transversal, con aplicación de un cuestionario semiestruturado. Participaron del estudio 310 académicos de las siguientes áreas: salud, exactas, humanas y sociales. Cerca del 98,4% ya habían oído hablar sobre el método, pero sólo el 12,3% tuvo conocimiento cuando consideramos las respuestas en relación a la acción del medicamento y el tiempo de uso después del coito. En relación al uso de la anticoncepción de emergencia, el 29,4% utilizó y adquirió el medicamento sin prescripción médica. Hubo asociación positiva entre uso y conocimiento. A pesar de que la temática es bastante difundida entre los entrevistados, el conocimiento fue superficial e incompleto, con necesidad de promoción de la educación en salud para que informaciones apropiadas sean difundidas y el conocimiento ampliado.

DESCRIPTORES: anticonceptivos post-coito; píldora del día después; sexualidad

Kassya Rosete Silva Leitão

Enfermeira graduada pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA).

Maria de Fátima Lires Paiva

Colaboradora, Professora Adjunta do Departamento de Saúde Pública na Universidade Federal do Maranhão (UFMA).

Luciana Freitas Gomes e Silva

Colaboradora, Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Maranhão – UFMA. Professora Permanente da pós-graduação em Odontologia da Universidade (CEUMA).

Mônica Virginia Viégas Lima Aragão

Orientadora, Professora Adjunta do Departamento de Morfologia da Universidade Federal do Maranhão (UFMA).

INTRODUÇÃO

Anticoncepção de Emergência (AE), popularmente conhecida como “pílula do dia seguinte”, é um método contraceptivo que se difere dos demais, pois tem a sua utilização válida após o ato sexual, enquanto os outros evitam a gravidez antes ou durante as relações sexuais¹. Atua inibindo ou retardando a ovulação e a fecundação, mecanismos de ação cientificamente demonstrados e que ocorrem simultaneamente, prevalecendo um ou ambos, conforme o período do ciclo menstrual em que for administrado^{2,3}.

A AE começou a ser disponibilizada no mercado primeiramente na Hungria, China e Suécia, em 1970, 1980 e 1984, respectivamente⁴. No Brasil, foi em 1996 que o método foi incluído nas normas técnicas de Planejamento Familiar do Ministério da Saúde e, em 1998 nas Normas de Violência Sexual¹. Os serviços públicos iniciaram a introdução do método em 1999, na estratégia de redução de gravidez indesejada decorrente de estupro em serviços de atendimento a mulheres em situação de violência sexual⁵. A partir de 2003, o Ministério da Saúde determinou a disponibilização da AE de forma mais ampla, sendo garantido a mulheres pelos serviços de saúde, mediante indicações estabelecidas para o uso, que são os casos de violência sexual, quando um método anticoncepcional regular não foi utilizado e quando houver falha presumida do método anticoncepcional regular⁶. Tem como contraindicação, suspeita ou confirmação de gravidez e não deve ser utilizado como método anticoncepcional de uso rotineiro¹.

Segundo o Ministério da Saúde¹, há duas formas atuais aceitáveis de oferecer a AE: o Yuzpe e o levonorgestrel. O primeiro consiste na administração de pílulas anticoncepcionais combinadas, compostas de um estrogênio e progestogênio sintéticos e a segunda forma é composta exclusivamente de progestogênio isolado, o levonorgestrel, na dose total de 1,5mg. Nas apresentações comerciais com 0,75mg de levonorgestrel por comprimido, a AE pode ser feita com a administração de 1 comprimido de 0,75mg a cada 12 horas ou, preferentemente, com



Crédito: Projetado por Can Stock Photo

2 comprimidos de 0,75mg juntos, em dose única. Algumas preparações comerciais disponibilizam o levonorgestrel na dose de 1,5mg por comprimido. É importante considerar que a administração da AE clássica é descrita dividindo-se a dose total em duas doses iguais, em intervalos de 12 horas, com a primeira dose iniciada, no máximo, em 72 horas após a relação sexual(1). Contudo, recentes investigações mostram que com qualquer um dos regimes, quanto mais cedo o tratamento é dado mais eficaz ele assegura que a dose individual de levonorgestrel (1,5mg) pode substituir duas doses de 0,75mg separadas em intervalo de 12 horas com a mesma segurança e eficácia para a AE^{7,8}.

Vários estudos têm sido realizados com jovens a fim de identificar o conhecimento acerca do AE, especialmente na área da saúde e estes mostram que apesar do método ser conhecido, informações mais específicas, como indicação e forma de utilização, mecanismo de ação, efeitos colaterais, políticas públicas e disponibilidade de acesso são escassas^{8,9,10}. O acesso à informação de

qualidade em relação ao produto é de fundamental importância para que estes jovens possam vir a utilizar de forma adequada, sem abandonar o método regular e, principalmente, sem deixar de usar o preservativo¹¹.

Diante deste contexto, buscando responder a pergunta de: Como fornecer subsídios para a adoção de estratégias que promovam o uso racional deste método pelos jovens? Este trabalho objetivou analisar o conhecimento e a forma de utilização da anticoncepção de emergência entre os alunos de diferentes graduações de uma Universidade Pública de São Luís – MA.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo observacional de corte transversal, desenvolvido junto a estudantes de dez Cursos de Graduação da Universidade Federal do Maranhão - Campus do Bacanga de diferentes áreas, regularmente matriculados no primeiro ano de curso, no período de maio de 2015 a julho de 2016.

O cálculo da amostra foi baseado na

quantidade de vagas oferecidas por semestre de cada curso. Dados da Universidade indicaram que no segundo semestre de 2016 foram oferecidas 1.824 vagas distribuídas em 50 Cursos de Graduação organizados em quatro áreas: Ciências Biológicas e da Saúde, Ciências Sociais, Ciências Exatas e Tecnológicas e Ciências Humanas. Para o cálculo da mostra, foram considerados apenas 47 cursos, pois foram excluídos os cursos noturnos, dando um total de 1.578 vagas. Estimou-se que uma amostra de 310 acadêmicos teria o poder de identificar a prevalência acerca do conhecimento e formas de utilização da anticoncepção de emergência, considerando-se erro amostral de 5% e nível de significância de 5%. Os cursos foram selecionados a partir de sorteio

prévio seguindo a sequência das quatro áreas. Os cursos sorteados foram: Medicina, Enfermagem, Odontologia, Matemática, Engenharia Química, Serviço Social, Comunicação Social, Direito, Letras-Libras e Psicologia. Para avaliar aplicabilidade e o aperfeiçoamento das questões foi realizado um pré-teste inicial envolvendo 15 acadêmicos de um curso diferente aos sorteados. Os dados dessa etapa não foram incluídos na pesquisa.

A coleta de dados foi feita nas salas dos universitários dos cursos selecionados no sorteio dentro dos limites da Universidade Federal do Maranhão, Campus do Bacanga. Foram aplicados dois questionários semiestruturados e auto preenchíveis, sendo o primeiro sobre o perfil socioeconômico

utilizando o modelo criado pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – ABEP¹⁴, e o segundo dividido em quatro partes com informações sobre perfil, sexualidade, conhecimentos e uso do contraceptivo de emergência. Foram utilizados como critérios de inclusão ter idade superior a 18 anos, estar regularmente matriculado no curso escolhido, estar cursando o primeiro ano de curso e estar presente em sala de aula no momento da aplicação do questionário.

Esta pesquisa seguiu os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução n.º 466/12 do Ministério da Saúde e foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa pela Plataforma Brasil sendo aprovada com o n.º 44875715.6.0000.5087. Todos os participantes receberam informações dos

Tabela 1 - Relação do uso do preservativo na 1ª relação com início da vida sexual planejada. São Luís, MA, Brasil, 2016.

1ª RELAÇÃO PLANEJADA						
			Sim	Não	Total	p valor
USO DO PRESERVATIVO NA 1ª RELAÇÃO	Sim	N	63	45	108	<0,0001
		%	58,3%	41,7%	100,0%	
	Não	N	14	55	69	
		%	20,3%	79,7%	100,0%	

Tabela 2 - Associação do conhecimento com gênero, início da vida sexual e uso. São Luís, MA, Brasil, 2016.

CONHECIMENTO						
			Certo	Errado	Total	p valor
GÊNERO	Feminino	N	30	147	177	0,006
		%	16,9%	83,1%	100%	
	Masculino	N	8	125	133	
		%	6%	94%	100%	
INÍCIO DA VIDA SEXUAL	Sim	N	34	143	177	<0,0001
		%	19,2%	80,8%	100%	
	Não	N	4	129	133	
		%	3%	97%	100%	
USO	Sim	N	24	67	91	<0,0001
		%	26,4%	73,6%	100%	
	Não	N	14	205	219	
		%	6,4%	93,6%	100%	
Total			38 (12,26%)	272 (87,74%)	310 (100%)	

*Não deu significativo com raça, classe socioeconômica, idade e religião.

objetivos do estudo e só participaram da pesquisa após concordância e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) sendo garantidos a confidencialidade dos dados e o anonimato de todos os entrevistados.

Os dados coletados foram avaliados por meio do programa estatístico GraphPad Prisma versão 7.0 e IBM SPSS Statistics 20. Inicialmente, os dados foram utilizados com as técnicas de estatística descritiva, baseadas na frequência das variáveis anali-

sadas, estimativa de média, desvio-padrão, máximo e mínimo de variáveis numéricas. Para os dados categóricos nominais, a análise estatística foi realizada utilizando-se os testes de correlação de Pearson e o Qui-Quadrado (X²) para comparação das variáveis. Em todos os testes estatísticos o nível de significância, para rejeição da hipótese de nulidade, foi $p < 0,05$.

RESULTADOS

Participaram do estudo 310 acadêmicos

com idade média de 21,2 ($\pm 5,1$) anos, variando entre 18 e 51 anos, sendo 177 (57%) mulheres e 133 (43%) homens. A classe socioeconômica predominante foi B2 (37%), religião católica (37%) e cor parda (45,5%).

Sobre o perfil da sexualidade, 177 (57%) dos participantes já haviam iniciado a vida sexual, sendo a idade média da primeira relação de 16,9 ($\pm 2,2$) anos. Grande parte usou preservativo na primeira relação (61%) e 43,5% não tiveram a primeira relação planejada. As pessoas que tiveram a

Tabela 3 - Distribuição de Uso da AE por área/curso. São Luís, MA, Brasil, 2016.

USO DA AE				
Áreas/ Cursos	Sim		Não	
	n	%	n	%
Área 1: Ciências Biológicas e da Saúde				
Enfermagem	10	3,23	21	6,77
Medicina	8	2,58	23	7,42
Odontologia	12	3,87	19	6,13
Total:	30	9,68	63	20,32
Área 2: Ciências Sociais				
Comunicação Social	9	2,90	22	7,10
Direito	10	3,23	21	6,77
Serviço Social	11	3,55	20	6,45
Total:	30	9,68	63	20,32
Área 3: Ciências Exatas e Tecnológicas				
Engenharia Química	8	2,58	23	7,42
Matemática	2	0,64	29	9,35
Total:	10	3,23	52	16,77
Área 4: Ciências Humanas				
Letras Libras	9	2,90	22	7,10
Psicologia	12	3,87	19	6,13
Total:	21	6,77	41	13,23
Total Geral:	91	29,35	219	70,65

primeira relação planejada fizeram maior uso de preservativo na primeira relação ($p < 0,001$) (Tabela 1). As mulheres possuem mais parceiros fixos do que os homens ($p = 0,038$), 43,5% dos entrevistados não possuem parceiro fixo. Atualmente, 70% fazem uso de métodos contraceptivos, onde a camisinha masculina foi o método mais relatado (68,4%), porém a maioria relata que deixou de usar o preservativo algumas vezes (61%). As pessoas que nunca deixaram de usar preservativo em alguma relação sexual fizeram maior uso de preser-

vativo na primeira relação ($p = 0,002$). Não houve diferença estatisticamente significativa quando se comparou o uso de AE com a não utilização do preservativo.

Sobre o conhecimento acerca do contraceptivo de emergência, 98,4% já tinha ouvido falar sobre o método, tendo como principal fonte de informação os meios de comunicação (41,3%) e os amigos (26,7%). Para avaliação do conhecimento foram consideradas as respostas corretas em relação a ação do medicamento e o tempo de uso após a relação sexual. Apenas 12,3%

teve conhecimento sobre a anticoncepção de emergência. Houve uma correlação positiva com o início da vida sexual ($p < 0,0001$) e o uso da AE ($p < 0,0001$). Houve também diferença estatisticamente significativa em relação ao gênero, sendo que o gênero feminino tem maior conhecimento que o masculino ($p = 0,006$) (Tabela 2).

Em relação ao uso do medicamento, 91 (29,4%) acadêmicos já utilizaram, sendo mais difundido o uso entre os acadêmicos das áreas da saúde e sociais (Tabela 3) e adquiriram o medicamento sem prescrição

Tabela 4 - Associação do uso com classe socioeconômica, início da vida sexual e conhecimento. São Luís, MA, Brasil, 2016.

		USO				
			Certo	Errado	Total	p valor
CLASSE SOCIOECONÔMICA	A-B	N	71	125	196	0,001
		%	36,2%	63,8%	100%	
	C-D-E	N	20	94	114	
		%	17,5%	82,5%	100%	
INÍCIO DA VIDA SEXUAL	Sim	N	89	88	177	<0,0001
		%	50,3%	49,7%	100,0%	
	Não	N	2	131	133	
		%	1,5%	98,5%	100%	
CONHECIMENTO	Sim	N	24	14	38	<0,0001
		%	63,2%	36,8%	100%	
	Não	N	67	205	272	
		%	24,6%	75,4%	100%	
Total			91 29,35%	214 70,64%	310 100%	

*Não deu significativo com gênero, raça e religião.

médica. Apenas 26,4% receberam orientações no momento da compra. O motivo do uso foi rompimento de preservativo (42%) e a não utilização de outro método contraceptivo (47,3%). A reação adversa apresentada pela maioria foi à alteração do ciclo menstrual (38%).

Houve uma correlação positiva com o nível de conhecimento ($p < 0,0001$), início da vida sexual ($p < 0,0001$) e classe socioeconômica ($p = 0,001$) (Tabela 4).

Quando as áreas de conhecimento foram agrupadas, houve diferença estatisticamente significativa em relação ao conhecimento ($p = 0,02$), em que os acadêmicos da área da saúde tiveram maior conhecimento (19,4%) do que as outras áreas, humanas (13%), sociais (10%) e exatas (2%). Não houve diferença estatisticamente significativa em relação ao uso do medicamento, sendo a área que mais faz o uso é a de humanas (33,9%), seguida de saúde (32,3%), sociais (32,3%) e exatas (16,1%).

DISCUSSÃO

A anticoncepção de emergência mostrou ser um método bastante difundido entre os acadêmicos pesquisados, onde 98,4%

relataram já terem ouvido falar sobre o método (9,13), porém apenas 12,3% teve real conhecimento em relação ao uso correto e eficácia da medicação. Os trabalhos que abordam o conhecimento e uso de anticoncepção de emergência entre universitários e estudantes de ensino médio falham em avaliar se estes jovens realmente conhecem o método, pois abordam de forma isolada as variáveis que compõem o conhecimento. Neste trabalho, o conhecimento foi considerado a associação das respostas corretas em relação à ação do medicamento e o tempo de uso após a relação sexual.

A maior parcela dos jovens envolvidos nesta pesquisa informou ter conhecido esse método através dos meios de comunicação (41,3%), seguido de informações através dos amigos - 26,7%¹³. Provavelmente, o pouco conhecimento apresentado pelos acadêmicos esteja relacionado com as fontes de informações relatadas, pois houve uma baixa procura aos profissionais de saúde, apenas 12,25% obteve orientações com médicos/enfermeiros e 3,25% farmacêuticos.

Quando o conhecimento foi comparado por áreas, a área da saúde foi a que teve

maior conhecimento quando comparada as demais, apesar da arguição ter sido apenas com acadêmicos que não tiveram contato com disciplinas que trabalhassem a temática. Veloso e seus colaboradores¹⁰, ao avaliarem o conhecimento de acadêmicos de enfermagem confirmaram que 86% relatou o tempo correto e 96% as situações indicadas para o uso.

De acordo com este documento - PNDS de 2006(14), a média de idade do início da vida sexual nesta faixa etária foi de 17,9 anos. Neste trabalho houve a redução de um ano na média de início da vida sexual (16,9 anos). Em relação ao uso de preservativo, 61% usou na primeira relação sexual, dado acima da média da região nordeste (47,2%) de acordo com este documento(14). Estes dados mostram que apesar do início da vida sexual está começando mais cedo, está havendo uma conscientização em relação ao uso do preservativo na 1ª relação, pois os acadêmicos que tiveram a 1ª relação planejada fizeram maior uso de preservativo.

O método contraceptivo mais utilizado foi o preservativo masculino - 70%(8,15). Trata-se de uma forma de contracepção amplamente difundida, foco de inúmeras

campanhas educacionais, pois é um dos poucos métodos que confere ao indivíduo dupla proteção - IST e gravidez⁸. Além disso o grupo investigado constitui-se de jovens de alta escolaridade e solteiros, justamente o segmento que mais se protege nas relações sexuais no Brasil¹⁵. Vale destacar ainda que outros métodos que também são disponibilizados na rede pública de saúde obtiveram baixa adesão por parte dos acadêmicos, como a camisinha feminina (que também oferece dupla proteção e é alvo de campanhas), anticoncepcional oral e injetável, tendo respectivamente as porcentagens 1,68%, 11,85% e 11,85%.

Em relação ao uso de preservativo, 58,2% com vida sexual ativa referiu não utilizar preservativo em todas as relações sexuais. Esta frequência é considerada elevada, já que em algum momento esses jovens estavam correndo risco de gravidez não planejada e/ou aquisição de IST nestes intercursos desprotegidos¹⁰. Os acadêmicos que possuíam parceiros fixos deixaram de usar mais preservativos e fizeram menos uso de algum método contraceptivo.

A escolha de um grupo constituído por jovens universitários foi fundamentada na justificativa da alta escolaridade deste grupo, mas foi constatado que o conhecimento desses estudantes tão diferenciados não é satisfatório¹⁶. O uso da Anticoncepção de Emergência (AE) foi maior entre os acadêmicos que tinham maior conhecimento, iniciaram mais cedo a vida sexual e pertenciam a classe socioeconômica mais alta. A proporção de jovens que referiram já ter usado a AE (29%) é semelhante em um estudo com acadêmicos de enfermagem - 20,8%⁹ e outro com adolescentes de 14-19 anos - 27,8%¹⁷.

Alguns estudos^{16,18,19,20} atribuem o não uso da AE ao baixo nível de conhecimento sobre o método, os extremos etários (menores de 20 e maiores de 40), a baixa escolaridade, já ter tido filho e ter vivenciado abortamento prévio. Borges e seus colaboradores¹⁵ afirmam que quanto maior a experiência sexual da mulher, mais situações de vulnerabilidade contraceptiva ela terá vivenciado, aumentando a chance de procurar um recurso eficaz contra uma gra-

videz não planejada, como a anticoncepção de emergência. Outros estudos^{10,21,22} não encontraram associação entre o nível de conhecimento e o uso. Esta diferença nos valores da prevalência do uso do método pode ser atribuída a variação das faixas etárias pesquisadas e ao delineamento das pesquisas.

Os motivos alegados para o uso foram rompimento do preservativo (42%) e não utilização de outro método anticoncepcional - 47,3%^{9-11,15}. Nesta pesquisa não houve relato de utilização do AE por violência sexual e a utilização por uso incorreto de anticoncepcional oral de rotina foi baixa (3,30%). Isso nos leva a pensar que a pílula está sendo usada para o seu propósito, evitar uma gravidez indesejada em determinadas situações de emergência. A AE apresenta grande potencial de prevenir a maior parte das gestações não planejadas, decorrentes de uma relação sexual desprotegida, desde que seja usado corretamente²³.

No Brasil, o método contraceptivo de emergência é regulamentado pelo Ministério da Saúde e aprovado pela vigilância sanitária estando disponível, comercialmente, mediante prescrição médica¹. Em busca de ampliação do acesso à AE no Serviço Público, surgiu a possibilidade da prescrição por enfermeiros em circunstâncias especiais. Essa possibilidade é validada pela Lei n.º 7.498/86, Artigo 11, item II, § 3º, que dá o direito ao enfermeiro de prescrever medicamentos previamente estabelecidos em programas de saúde pública, sendo para isso indispensável ter capacitação técnica e que os procedimentos sejam executados conforme protocolo institucional, e sob supervisão médica^{1,24}. Essa ampliação ao acesso do AE é uma política pública de saúde importante que visa reduzir a incidência da gravidez indesejada e de suas consequências.

Contrariando esta regulamentação, todos os acadêmicos que fizeram o uso, adquiriram o mesmo em farmácias privadas sem prescrição e apenas 26,4% receberam orientações no momento da compra. Os acadêmicos de classe social mais alta utilizaram mais o método, isso pode ter acontecido pela falta informação sobre as políticas públicas e disponibilidade de acesso do AE.

A não existência da prática sistemática da orientação e divulgação da AE pelos serviços de saúde ou a forma tímida ou restrita como esta ação possa estar ocorrendo pode contribuir com o uso incorreto ou com a busca em farmácias privadas sem orientação adequada²⁵.

A reação adversa mais relatada foi a alteração do ciclo menstrual com 38% dos casos, um pouco acima da média descrita pela OMS¹, semelhante aos achados de outros estudos(11,15,26). Outras reações adversas relatadas, tais como: dor de cabeça (15,39%), náuseas (15,39%) e sangramentos (16,41%), corroboram com os achados de outras pesquisas como sendo as mais comuns(4,27). Houve ainda uma parcela que não apresentou nenhuma reação (17,58%), mostrando que de modo geral, a AE é bem tolerada pela maioria das mulheres.

Uma limitação deste trabalho foi em relação à frequência do uso da anticoncepção de emergência uma vez que a eficácia é diminuída quanto mais frequente o uso. É importante destacar que a menor eficácia observada no uso repetido da AE se deve ao acúmulo das sucessivas taxas de falha por cada exposição. Não há evidências de que a repetição da AE resulte em suposto mecanismo de "tolerância" ao medicamento¹. Dessa forma, tal situação não invalida os resultados obtidos permitindo que este estudo forneça subsídios para a avaliação do conhecimento e de uso deste medicamento pelos universitários.

CONCLUSÃO

Apesar da AE estar disponível no mercado a cerca de 30 anos e as informações estarem contidas nas cartilhas do Ministério da Saúde, foi constatado que esta temática é bastante difundida entre os entrevistados, porém o conhecimento foi superficial e incompleto, e o seu uso está associado ao conhecimento. Portanto, há uma necessidade de promover mais educação em saúde para que informações sobre os mecanismos de ação, cuidados na administração, efeitos colaterais e disponibilidade de acesso sejam difundidas para uma ampliação do conhecimento, de forma a mostrar que o método é seguro e efetivo nas situações indicadas. ■

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (BR). Anticoncepção de emergência: perguntas e respostas para profissionais de saúde – 2a ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
2. Costa FP, Ferraz EA, Souza CT, Silva FR, Almeida MG. Acesso à anticoncepção de emergência: velhas barreiras e novas questões. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2008; 30(2):55-60.
3. Hevia M. The legal status of emergency contraception in Latin America. *International Journal of Gynecology and Obstetrics.* 2012; 16(1):87-90.
4. Figueiredo R, Bastos S. Contracepção de emergência: atualização, abordagem, adoção e impactos em estratégias de DST/AIDS. São Paulo: Instituto de Saúde; 2008.
5. Souza RA, Brandão ER. Marcos normativos da contracepção de emergência e as dificuldades de sua institucionalização nos serviços públicos de saúde. *Physis.* 2009; 19 (4):1067-1086.
6. World Health Organization. Emergency contraception [Internet]. Fact sheet No. 244. Geneva, WHO; 2012. [acesso em 18 de novembro de 2016]. Disponível em: <http://who.int/mediacentre/factsheets/fs244/en/>. (6).
7. Shoel M, Rahman MM, Zaman A, Uddin MMN, Al-amin MM, Reza HM. A systematic review of effectiveness and safety of different regimens of levonorgestrel oral tablets for emergency contraception. *BMW Women's Health.* 2014; 14:54.
8. Silva FC, Vitale MSS, Maranhão HS, Canuto MHA, Pires MMS, Fisberg M. Diferenças regionais de conhecimento, opinião e uso de contraceptivo de emergência entre universitários brasileiros de cursos da área da saúde. *Cad Saúde Pública.* 2010; 26(9):1821-1831.
9. Bataglião EML, Mamede EFC. Conhecimento e utilização da Contracepção de emergência por acadêmicos de enfermagem. *Esc Anna Nery (impr.).* 2011 abr-jun; 15(2):284-290.
10. Veloso DLC, Lopes JSOC, Salge AKM, Guimarães JV. Anticoncepção de emergência: conhecimento e atitude de acadêmicos de enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm.* 2014; 35(2): 33-39.
11. Alano GD, Costa LN, Miranda LR, Galado D. Conhecimento, consumo e acesso à contracepção de emergência entre mulheres universitárias no sul do Estado de Santa Catarina. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2012; 17(9):2397-2404.
12. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – ABEP [Internet]. Critério de classificação econômica Brasil. 2014. [acesso em 10 dez 2014]. Disponível em: <http://www.abep.org/criterioBrasil.aspx>.(12)
13. Rodrigues MF, Jardim DP. Conhecimento e uso da contracepção de emergência na adolescência: contribuições para a enfermagem. *Cogitare Enfermagem.* 2012; 17(4):724-729.
14. Ministério da Saúde (BR). Pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009.
15. Borges ALV, Fujimori E, Hoga LAK, Contin M. Práticas contraceptivas entre jovens universitários: o uso da anticoncepção de emergência. *Cad Saúde Pública.* 2010; 26:816-26.
16. Ajayi AI, Nwokocho EE, Adeniyi OV, Ter Goon D, Akpan W. Unplanned pregnancy-risks and use of emergency contraception: a survey of two Nigerian Universities. *BMC Health Serv Res.* 2017 Jun 2;17(1):382.
17. Araújo MSP, Costa LOBF. Sexual behavior and emergency contraception among adolescents from public schools in Pernambuco State, Brazil. *Cad Saúde Pública* 2009; 25 (3):551-62.
18. Moreau C, Bouyer J, Goulard H, Bajos N. The remaining barriers to the use of emergency contraception: perception of pregnancy risk by women undergoing induced abortions. *Contraception.* 2005; 71(3):202-7.
19. Meng CX, Gemzell-Danielsson K, Stephansson O, Kang JZ, Chen QF, Cheng LN. Emergency contraceptive use among 5677 women seeking abortion in Shanghai, China. *Hum Reprod.* 2009; 24(7):1612-8.
20. Tilahun FD, Assefa T, Belachew T. Predictors of emergency contraceptive use among regular female students at Adama University, Central Ethiopia. *Pan Afr Med J.* 2010; 7:16.
21. Santos AO, Borges ALV, Chofakian, CBN, Pirotta, KCM. Determinants of emergency contraception non-use among women in unplanned or ambivalent pregnancies. *Rev Esc Enferm USP.* 2014; 48(Esp):16-26.
22. Chofakian CBN, Borges ALV, Sato APS, Alencar GP, Santos AO, Fujimori E. Does the knowledge of emergency contraception affect its use among high school adolescents? *Cad Saúde Pública.* 2016; 1(32):e00188214.
23. Paiva SP, Brandão ER. Contracepção de emergência no contexto das farmácias: revisão crítica de literatura. *Physis: Revista de saúde coletiva.* 2012; 22(1).
24. Coren-DF. Parecer n° 022/2009 [página na internet]. Prescrição de Contraceptivo (pílula do dia seguinte) pelo profissional Enfermeiro baseado no Programa Planejamento Familiar e Programa de Assistência Integral à Saúde do Adolescente, devido ao aumento da demanda e déficit. 2009. [acesso em 25 de outubro de 2016]. Disponível em: <http://www.coren-df.gov.br/site/nd-0222009-prescricao-de-contraceptivo-de-emergencia-pilula-do-dia-seguinte-pelo-profissional-enfermeiro-baseado-no-programa-planejamento-familiar-e-programa-de-assistencia-integral-a-saude-do-adolesc/>.
25. Glasier A, Cameron ST, Fine PM, Logan SJS, Casale W, Van Horn J, Sogor L, Blithe DL, Scherrer B, Mathe H, et al. Ulipristal acetate versus levonorgestrel for emergency contraception: a randomized non-inferiority trial and meta-analysis. *Lancet.* 2010; 375:555-562.
26. Spinelli MBAS, Souza AI, Vanderlei LCM, Vidal AS. Características da oferta de contracepção de emergência na rede básica de saúde do Recife, Nordeste do Brasil. *Saúde Soc.* 2014; 23(1):227-23.
27. Shen J, Che Y, Showell E, Chen K, Cheng L. Interventions for emergency contraception. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017 Aug 2;8:CD001324.

Perfil epidemiológico de pacientes adultos e idosos com úlceras venosas no município de Petrópolis

RESUMO

Objetivo: traçar o perfil epidemiológico dos pacientes adultos e idosos com úlceras venosas atendidos em um ambulatório. Método: estudo transversal, com 54 adultos e idosos com úlceras venosas. Utilizou-se na coleta de dados Protocolo do Perfil dos clientes com úlcera Resultados: Os resultados demonstraram predominância do sexo feminino (57,4%), faixa etária 60 anos (57,4%), existência de obesidade I (42,6%), O principal fatores de risco, longos períodos de pé ou sentado (79,6%) e 81,5% referiram hipertensão, apenas uma lesão (68,5%), presença da lesão há mais de 10 anos, a recidiva foi citada por 66,7 participantes, o tratamento com a bota de Unna, foi o mais utilizado (50%). Conclusão: os profissionais devem programar uma assistência individualizada e integral, dando importância para as dimensões familiares, culturais e sociais, além da situação econômica de cada paciente.

DESCRITORES: perfil de saúde; úlcera venosa; cuidados de enfermagem;

ABSTRACT

Objective: to trace the epidemiological profile of adult and elderly patients with venous ulcers treated at an outpatient clinic. Method: cross-sectional study with 54 adults and elderly with venous ulcers. Results: The results showed a predominance of female (57.4%), age group 60 years (57.4%), existence of obesity I (42.6%), , The main risk factors, long periods of standing or sitting (79.6%) and 81.5% reported hypertension, only one lesion (68.5%), presence of the lesion for more than 10 years, recurrence was cited by 66.7 participants, treatment with the Unna boot was the most used (50%). Conclusion: professionals should plan an individualized and comprehensive care, giving importance to the family, cultural and social dimensions, as well as the economic situation of each patient.

DESCRIPTORS: health profile; venous ulcer; nursing care;

RESUMEN

Objetivo: trazar el perfil epidemiológico de los pacientes adultos y ancianos con úlceras venosas atendidas en un ambulatorio. Método: Estudio transversal, con 54 adultos y ancianos con úlceras venosas. Se ha utilizado en la recolección de datos Protocolo del Perfil de los clientes con úlcera Resultados: Los resultados mostraron predominio del sexo femenino (57,4%), grupo de edad 60 años (57,4%), existencia de obesidad I (42,6%) , El principal factor de riesgo, largos períodos de pie o sentado (79,6%) y el 81,5% refirieron hipertensión, sólo una lesión (68,5%), presencia de la lesión hace más de 10 años, la recidiva fue citada por 66,7 participantes, el tratamiento con la bota de Unna, fue el más utilizado (50%). Conclusión: los profesionales deben programar una asistencia individualizada e integral, dando importancia a las dimensiones familiares, culturales y sociales, además de la situación económica de cada paciente.

DESCRIPTORES: perfil de salud; úlcera venosa; cuidados de enfermería;

Lívia da Silva Firmino dos Santos

Enfermeira. Mestre em Ciências do Cuidado em Saúde pela Universidade Federal Fluminense (UFF). Especialista em preceptoria no SUS. Atualmente é Docente Assistente e Coordenadora do Estágio em Rede Ambulatorial do Curso de Enfermagem no Ambulatório Escola da Faculdade Arthur Sá Earp Neto (FASE). RJ, Brasil.

Alessandra Conceição Leite Funchal Camacho

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Especialista em Mediação Pedagógica em Educação à Distância. Professora Adjunta da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense (EEAAC/UFF). Docente do Mestrado Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde da (EEAAC/UFF). RJ, Brasil.

Beatriz Guitton Renaud Baptista de Oliveira

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Pós-Doutorado pela UFSC. Docente Titular da Universidade Federal Fluminense (UFF). Membro da Coordenação Técnica da Unidade de Pesquisa Clínica do HUAP. Líder do Grupo CICATRIZAR - Pesquisa Clínica, Feridas e Biomateriais. RJ, Brasil.

Aline de Souza Menezes Bertanha

Enfermeira. Graduada e Licenciada em Enfermagem pela Faculdade Arthur Sá Earp Neto (FASE). RJ, Brasil.

Glycia de Almeida Nogueira

Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem e Biociências (PPGENFBIO/Unirio). Professora Auxiliar I da Universidade Estácio de Sá (UNESA). RJ, Brasil.

Fabiana Lopes Joaquim

Enfermeira. Doutora em Ciências do Cuidado em Saúde pela Universidade Federal Fluminense (UFF). Mestre em Ciências do Cuidado em Saúde. Especialista em Controle de Infecção em Assistência à Saúde e em Saúde da Família. RJ, Brasil.

Ana Paula de Freitas Guimarães Reibolt

Enfermeira Graduada e Licenciada em Enfermagem pela Faculdade Arthur Sá Earp Neto (FASE). Pós-graduada em Enfermagem Gerontológica pela Universidade Federal Fluminense (UFF). RJ, Brasil.

Rachel da Silva Serejo Cardoso

Enfermeira. Doutoranda em ciências do cuidado em saúde (PACCS/UFF). Professora Auxiliar I da Universidade Estácio de Sá (UNESA). RJ, Brasil.

Selma Petra Chaves Sá

Enfermeira. Professora Titular do Departamento de Fundamentos de Enfermagem e Administração da Universidade Federal Fluminense. Diretora do Centro de Atenção à Saúde do Idoso da Escola de Enfermagem da Universidade Federal Fluminense (UFF). RJ, Brasil.

INTRODUÇÃO

A úlcera apresenta-se como a complicação mais séria da insuficiência venosa crônica, com grande prevalência, caráter recidivante, o que gera sofrimento ao paciente e sua família, além de causar dependência dos serviços de saúde, assumindo uma enorme proporção no que se refere à repercussão socioeconômica, uma vez que impede o paciente de trabalhar, pois a lesão permanece muitas vezes aberta por meses ou anos¹.

No Brasil, a úlcera venosa é um grave problema de saúde pública, tendo em vista que a sua prevalência acompanha o crescimento da população idosa e aumenta com a idade, sendo superior a 4% em pessoas acima de 65 anos². Por tanto, é preciso considerar que uma em cada dez pessoas possui 60 anos ou mais e, para 2050, estima-se que a relação será de uma para cinco em todo o mundo. Nos próximos 20 anos, a população idosa do Brasil poderá ultrapassar os 30 milhões de pessoas e deverá representar quase 13% da população ao final deste período, contribuindo para o aumento da prevalência das doenças crônicas como a úlcera venosa^{3,4}.

O rápido processo de envelhecimento no Brasil apresenta-se de forma aguda e, à medida que há um crescimento do número de adultos e idosos, as doenças e agravos não transmissíveis tornam-se cada vez mais

frequentes, demandando novos focos de atenção para a saúde pública⁵.

O aumento no número de doenças crônicas está diretamente relacionado com maior incapacidade funcional, podendo comprometer a independência e autonomia, prejudicando a qualidade de vida do paciente. O impacto na mortalidade, morbidade e altos custos das doenças crônicas não-transmissíveis vem se tornando prioridade na maioria dos países^{6,7}.

Neste sentido, por se tratar de uma doença crônica, a úlcera afeta a produtividade do indivíduo no trabalho, gerando aposentadorias por invalidez, além de restringir as atividades de vida diária (AVD) e lazer. Para muitos pacientes, a doença venosa significa dor, perda de mobilidade funcional e piora na qualidade de vida, uma vez que, qualidade de vida para esse paciente é conseguir realizar atividades simples do cotidiano, mas que representam enorme problema⁸.

É fundamental que o enfermeiro identifique as doenças de base e suas implicações, além de considerar os aspectos clínicos do paciente, os sinais e sintomas da patologia associada e os aspectos da ferida⁹.

Este estudo teve como questão norteadora: Qual o perfil epidemiológico de pacientes adultos e idoso com úlceras em atendimento ambulatorial? Sendo assim, o estudo tem como objetivo traçar o perfil epidemiológico dos pacientes adultos e ido-

sos com úlceras venosas atendidos em um ambulatório.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal. Os participantes selecionados foram 54, na sua maioria mulheres, a faixa etária variou de 41 a 80 anos, distribuídos em dois campos de investigação no município de Rio de Janeiro: o Ambulatório Escola da Faculdade Arthur Sá Earp Neto-FASE, com 40 participantes, e o Ambulatório do Hospital Alcides Carneiro - HAC do Município de Petrópolis, com 14 participantes.

A amostra foi por conveniência, em que o participante precisou apenas preencher os critérios de inclusão e exclusão desta pesquisa. Os critérios de inclusão foram: pacientes com úlcera venosa em um ou ambos os membros inferiores há pelo menos dois meses; Pacientes adultos com idade a partir de 40 anos; Pacientes atendidos nos dois locais de pesquisa. Os critérios de exclusão foram: Paciente com déficit cognitivo; Pacientes acamados ou cadeirantes; Pacientes que já tenham algum comprometimento funcional prévio, como: sequelas de Acidente Vascular Encefálico (AVE), amputação de algum membro ou fratura.

A coleta de dados ocorreu no período de março a outubro de 2015, devido à demanda ambulatorial. O instrumento utilizado foi, Protocolo I Adaptado – Perfil dos

clientes com úlceras venosas (registrado PROAP – UFF); A organização proposta, na coleta de dados, foi respeitada levando em conta as informações extraídas durante as seguintes etapas: 1ª) no primeiro momento o prontuário foi consultado para levantamento dos pacientes com diagnóstico de úlcera venosa e que atendem aos critérios necessários para participação da pesquisa. 2ª) o paciente identificado com diagnóstico de úlcera venosa foi abordado no corredor, onde aguardava a realização do curativo, e convidado a participar da pesquisa. Após, foi conduzido para um consultório, onde foi orientado sobre a pesquisa e esclarecido

a cerca do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e ao concordar em participar da pesquisa, assinou o Termo. 3ª) foi aplicado o protocolo I Adaptado e, em seguida, verificados Pressão Arterial, Glicemia, Peso e Altura. Os dados englobaram: sexo, faixa etária, número de medicação em uso; índice de massa corpórea (IMC); número de lesões; início das lesões (anos); tratamento utilizado.

Para análise dos dados, foi utilizada a estatística descritiva, apresentada sob a forma de tabela. Os dados observados foram expressos pela frequência (n) e percentual (%) para dados categóricos e pela média,

desvio padrão, mediana, mínimo e máximo para dados numéricos. Utilizou-se o teste de χ^2 ou exato de Fisher para dados categóricos e o teste Mann-Whitney para dados numéricos para verificar se existe diferença significativa nas variáveis, e na escala de Katz entre os grupos (Ambulatório HAC e Ambulatório Escola); A análise estatística foi processada pelo software estatístico Bio-Estat - versão – 5.0 (Aplicações Estatísticas nas Áreas das Ciências Biomédicas).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Petrópolis, Faculdade Arthur Sá Earp Neto e Hospital Alcides Carneiro (CEP/

Tabela 1. Distribuição das características demográficas e socioeconômicas dos pacientes adultos e idosos com úlcera venosa. Petrópolis, RJ, Brasil, 2015. (N= 54)

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS E SOCIOECONÔMICAS	LOCAIS DE PESQUISA				TOTAL		P VALOR
	AMBULATÓRIO HAC		AMBULATÓRIO ESCOLA				
Variáveis	N	%	N	%	N	%	
Sexo							0,71
Feminino	10	71,4	21	52,5	31	57,4	
Masculino	4	28,6	19	47,5	23	42,6	
Faixa etária							0,42
40-49	2	14,3	4	10,0	6	11,1	
50-59	3	21,4	14	35,0	17	31,5	
60-69	4	28,6	15	37,5	19	35,2	
70 - >	5	35,7	7	17,5	12	22,2	
Adultos (40-59)	5	35,7	18	45,0	23	42,6	
Idosos (60->)	9	64,3	22	55,0	31	57,4	
Etnia							1
Branca (o)	5	35,7	10	25,0	15	27,8	
Negra (o)	3	21,4	12	30,0	15	27,8	
Parda (o)	6	42,9	18	45,0	24	44,4	
Escolaridade							1
Analfabeto	3	21,4	3	7,5	6	11,1	
Até Ens. fundamental	11	78,6	30	75,0	41	75,9	
Ens. Médio	0	0,0	7	17,5	7	13,0	
Ens. Superior	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Estado Civil							0,99
Casado (a)	6	42,9	21	52,5	27	50,0	
Separado (a)	1	7,1	7	17,5	8	14,8	
Solteiro (a)	3	21,4	4	10,0	7	13,0	
Viúvo (a)	4	28,6	8	20,0	12	22,2	
Reside com quantos familiares							0,77
Com 1 pessoa	4	28,6	9	22,5	13	24,1	
Com 2 ou 3 pessoas	5	35,7	18	45,0	23	42,6	
Com 4 pessoas ou mais	3	21,4	5	12,5	8	14,8	
Sozinho (a)	2	14,3	8	20,0	10	18,5	

artigo

Santos, L.D.S.F.D.; Camacho, A.C.L.F.; Oliveira, B.G.R.B.D.; Bertanha, A.D.S.M.; Nogueira, G.D.A.; Joaquim, F. L.; Reibolt, A.P.D.F.G.; Cardoso, R.D.S.S.; Sá, S.P.C.
 Perfil epidemiológico de pacientes adultos e idosos com úlceras venosas no município de Petrópolis

Fonte de renda							0,77
Aposentado	8	57,1	29	72,5	37	68,5	
Pensionista	1	7,1	2	5,0	3	5,6	
Empregado	2	14,3	5	12,5	7	13,0	
Sem renda	3	21,4	4	10,0	7	13,0	
Renda Familiar							0,58
> 1 salário	0	0,0	1	2,5	1	1,9	
1 a 2 salários mínimos	10	71,4	31	77,5	41	75,9	
2 a 3 salários mínimos	1	7,1	6	15,0	7	11,1	
> 4 salário	3	21,4	2	5,0	5	9,3	
Total	14	25,9	40	74,1	54	100%	

Nota: a teste de χ^2 ou exato de Fisher. Fonte: SANTOS (2015)

Tabela 2. Distribuição das características clínicas dos pacientes adultos e idosos com úlcera venosa. Petrópolis, RJ, Brasil, 2015. (N= 54)

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS	LOCAIS DE PESQUISA						P VALOR ^A
	AMBULATÓRIO HAC		AMBULATÓRIO ESCOLA		TOTAL		
Variáveis / Categorias	N	%	N	%	N	%	
Fatores de risco							
História familiar de doença venosa	10	71,4	20	50,0	29	53,7	0,26
Veias varicosas	4	28,6	11	27,5	14	25,9	0,49
Trombose venosa profunda	3	21,4	7	17,5	10	18,5	0,54
Flebite	7	50,0	14	35,0	20	37,0	0,76
Cirurgia venosa prévia	7	50,0	8	20,0	14	25,9	1
Cirurgia ou fratura ou fratura de perna	4	28,6	10	25,0	14	25,9	0,99
Episódio de dor torácica	2	14,3	11	27,5	12	22,2	1
Gravidez*							
Longos períodos de pé ou sentado	10	100	21	100	31	100	NSA
	13	92,9	30	75,0	43	79,6	0,79
Etilismo							
Não faz uso de bebida alcoólica	10	71,4	28	70,0	38	70,4	
Etilista	0	0,0	6	15,0	6	11,1	0,61
ex-etilista	4	28,6	6	15,0	10	18,5	
Tabagismo							
não fuma	9	64,3	23	57,5	32	59,3	
ex-fumante	5	35,7	15	37,5	20	37,0	0,47
fumante	0	0,0	2	5,0	2	3,7	
Antecedentes Patológicos							
Diabetes	1	7,1	6	15,0	7	13,0	0,26
Cardiopatia	1	7,1	6	15,0	7	13,0	0,49
Arteriosclerose	0	0,0	2	5,0	2	3,7	0,74
Insuficiência venosa	8	57,1	33	82,0	41	75,9	0,39
Hipertensão	8	57,1	36	90,0	44	81,5	1
Varizes	13	92,9	24	60,0	37	68,5	1
Cirurgias prévias	11	78,6	22	55,0	33	61,1	0,99
outras	5	35,7	7	17,5	12	22,2	0,78
Alergia							
Possui algum tipo de alergia	4	28,6	10	25,0	14	25,9	0,78

Medicamentos em uso								
0 a 2 medicamentos	5	35,7	3	7,5	8	14,8		
3 a 5 medicamentos	7	50,0	20	50,0	27	50,0		0,61
6 ou mais medicamentos	2	14,3	17	42,5	19	35,2		
Total	14	25,9	40	74,1	54	100%		

O teste de χ^2 ou exato de Fisher. *Dado referente apenas ao sexo feminino, por isso o cálculo foi realizado com HAC n=10 e Escola n=21 Total =31, uma vez que representa as mulheres participantes do estudo. NSA- não se aplica. Fonte: SANTOS (2015)

Tabela 3. Distribuição das características gerais de saúde dos pacientes adultos e idosos com venosa. Petrópolis, RJ, Brasil, 2015. (N= 54)

CARACTERÍSTICAS GERAIS DE SAÚDE	LOCAIS DE PESQUISA						P VALOR ^A
	AMBULATÓRIO HAC		AMBULATÓRIO ESCOLA		TOTAL		
Variáveis / Categoria	N	%	N	%	N	%	
Índice de Massa Corpórea - IMC							0,28
Peso normal (entre 18,5 e 24,99 kg/m ²)	2	14,3	4	10,0	6	11,1	
Acima do peso (entre 25 e 29,99 kg/m ²)	1	7,1	11	27,5	12	22,2	
Obesidade I (entre 30 e 34,99 kg/m ²)	7	50,0	16	40,0	23	42,6	
Obesidade II - severa (entre 35 e 39,99 kg/m ²)	3	21,4	3	7,5	6	11,1	
Obesidade III - mórbida (acima de 40 kg/m ²)	1	7,1	6	15,0	7	13,0	
Pressão Arterial							0,49
Ótima - (<120/<80mmHg)	1	7,1	12	30,0	13	24,1	
Normal - (<130/<85mmHg)	5	35,7	16	40,5	21	38,9	
Limitrofe - (<130-139/<85-89mmHg)	1	7,1	1	2,5	2	3,7	
Estágio I - (<140-159/<90-99mmHg)	6	42,9	9	22,5	15	27,8	
Estágio II - (<160-179/<100-109mmHg)	0	0,0	1	2,5	1	1,9	
Estágio III - (>180/>110)	1	7,1	1	2,5	2	3,7	
Sistólica isolada - (>140/<90)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Glicemia							0,74
<100 mg/dl	10	71,4	20	50,0	30	55,6	
>100 a <126 mg/dl	3	21,4	14	35,0	17	31,5	
>126 a <140 mg/dl	1	7,1	3	7,5	4	7,4	
>140 a < 200 mg/dl	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
> 200 mg/dl	0	0,0	3	7,5	3	5,6	
Total	14	25,9	40	74,1	54	100%	

Nota: a teste de χ^2 ou exato de Fisher. Fonte: SANTOS (2015).

FMP/FASE/HAC), conforme parecer n.º 730.322, respeitando a Resolução n.º 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

RESULTADOS

Na Tabela 1 é possível identificar a caracterização sociodemográfica dos usuários

com úlcera venosa nos serviços pesquisados e, ao analisar os dados observados, percebemos que, em todos os itens, não houve diferença significativa, de acordo com os critérios estabelecidos (nível de significância $p < 0,05$), nas características demográficas e socioeconômicas entre os dois grupos.

As características clínicas são apresen-

tadas, conforme Tabela 2, e a análise dos dados demonstrou não haver diferença significativa, de acordo com os critérios estabelecidos (nível de significância $p < 0,05$), nas características clínicas entre os dois grupos.

As características gerais de saúde são apresentadas na Tabela 3, os dados observa-

Tabela 4. Distribuição das características gerais das lesões dos pacientes adultos e idosos com úlcera venosa. Petrópolis, RJ, Brasil, 2015. (N= 54)

CARACTERÍSTICAS GERAIS DAS LESÕES	LOCAIS DE PESQUISA				TOTAL		P VALOR ^A
	AMBULATÓRIO HAC		AMBULATÓRIO ESCOLA				
Variáveis / Categoria	N	%	N	%	N	%	
Membro Inferior acometido pela lesão							
Membro Inferior Direito - MID	2	14,3	19	47,5	21	38,9	1
Membro Inferior Esquerdo - MIE	11	78,6	10	25,0	21	38,9	
MID/MIE	1	7,1	11	27,5	12	22,2	
Recidivas							
nunca houve	7	50,0	8	20,0	15	27,8	1
1 a 2	4	28,6	23	57,5	27	50,0	
3 a 4	2	14,3	7	17,5	9	16,7	
5 vezes ou mais	1	7,1	2	5,0	3	5,6	
Numero de lesões por participante							
1 lesão	10	71,4	27	67,5	37	68,5	0,99
2 lesões	4	28,6	10	25,0	14	25,9	
3 lesões ou mais	0	0,0	3	7,5	3	5,6	
Tempo de início das lesões							
até 1 ano	0	0,0	4	10,0	4	7,4	0,78
> 1 ano a 5 anos	2	14,3	6	15,0	8	14,8	
> 5 anos a 10 ano ⁴	4	28,6	11	27,5	15	27,8	
> 10 anos	8	57,1	19	47,5	27	50,0	
Produto utilizado/curativo							
Bota de Unna	3	21,4	24	60,0	27	50,0	0,59
Ácidos Graxos essenciais - AGE	1	7,1	6	15,0	7	13,0	
Sulfadiazina de prata	9	64,3	3	7,5	12	22,2	
Hidrogel	0	0,0	3	7,5	3	5,6	
colagenase	0	0,0	1	2,5	1	1,9	
Papaína	0	0,0	3	7,5	3	5,6	
Placa de hidrocolóide	1	7,1	0	0,0	1	1,9	
Tempo de tratamento na unidade de saúde							
= ou < 1 ano	6	42,9	16	40,0	22	40,7	0,60
> 1 ano a 5 ano	7	50,0	19	47,5	26	48,1	
> 6 ano a 10 anos	0	0,0	4	10,0	4	7,4	
> 11 anos	1	7,1	1	2,5	2	3,7	
Acompanhamento por profissionais de saúde							
Enfermeiro	14	100,0	40	100,0	54	100,0	0,60
Medico	14	100,0	40	100,0	54	100,0	
Fisioterapeuta	3	21,4	15	37,5	18	33,3	
Psicólogo	2	14,3	5	12,5	7	13,0	
Nutricionista	5	35,7	27	67,5	32	59,3	
Total	14	25,9	40	74,1	54	100%	

Nota: a teste de χ^2 ou exato de Fisher. Fonte: SANTOS (2015)

dos demonstraram que, em todos os itens, não houve diferença significativa, de acordo com os critérios estabelecidos (nível de significância $p < ou = a 0,05$), nas caracte-

rísticas gerais de saúde entre os dois grupos.

Na tabela 4, são apresentadas as características gerais das lesões dos pacientes adultos e idosos com úlcera venosa. Os dados

analisados apontam que não houve diferença significativa em todos os itens, de acordo com os critérios estabelecidos (nível de significância $p < ou = a 0,05$), nas caracte-

ticas gerais das lesões entre os dois grupos.

DISCUSSÃO

Com relação às características demográficas e socioeconômicas, destaca-se o fato de que, entre dos 54 participantes, 31 (57,4%) eram mulheres, condizendo com vários estudos⁹⁻¹⁴ publicados recentemente, cujos resultados apontaram uma prevalência significativa de mulheres com úlcera venosa. Entretanto, divergindo de diversas pesquisas, estudos¹⁵ apontam o predomínio do gênero masculino. Neste sentido, autores sinalizam que a úlcera venosa acomete mais o sexo feminino e geralmente na idade acima de 40 anos, pois, antes dos 40 anos, existe certa igualdade entre os sexos^{3,7,16}. Este fato se deve à questão hormonal, à gravidez, ao puerpério e à maior incidência de veias varicosas, que favorecem o surgimento da insuficiência venosa crônica¹⁷.

A prevalência de úlcera venosa é progressiva, ou seja, pacientes jovens possuem menos varizes e, indivíduos com mais de 60 anos, uma quantidade maior, pois tende a aumentar com a idade, com maior prevalência próxima dos oitenta anos¹². O predomínio nas mulheres, em parte, é presumível pela longevidade feminina, uma vez que ela se dá a partir dos 40 anos³.

Com relação à idade, os dados apontaram o predomínio de idosos, corroborando com o encontrado em outros estudos, que tiveram percentuais que variaram de 54% a 71,67% de participantes em idade superior a 60 anos^{2,10,11}. A população mais acometida pela úlcera venosa é a de idosos, que apresentam, além da ferida, declínio das atividades somado a doenças crônico-degenerativas; portanto, são necessários, além de suporte emocional, mecanismos para enfrentamento dessa situação, pois essa população frequentemente apresenta emoções e sentimentos abalados¹⁰.

Por outro lado, estudos semelhantes, com pacientes com úlcera venosa, revelam uma realidade diferente, onde houve variação de 56,5% a 74% de participantes adultos com faixa etária igual ou menor que 59 anos^{6,12,15}. Quando se trata da raça, autores¹⁶ sinalizam não haver distinção entre as raças; porém outros estudos⁷ citem a etnia negra

ou parda como sendo a de maior prevalência, o que corrobora com os resultados dessa pesquisa, onde houve predominância de negros e pardos. Todavia, ainda há estudos que obtiveram um percentual expressivo de participantes de raça branca¹⁰.

No quesito escolaridade, foi constatado que 75,9% dos participantes cursou até o ensino fundamental, o que aponta baixo grau de escolaridade, da mesma forma, vários estudos evidenciaram uma forte associação entre as úlceras venosas e a baixa escolaridade^{6,11,13,18,19}.

Vale a pena ressaltar que o paciente com úlcera necessita de informações acerca da sua nova condição de vida, uma vez que a lesão compromete seu bem-estar mental, físico e social. Existe a necessidade de adquirir novas habilidades, incluindo revisão de valores, conhecimento científico e prático sobre a enfermidade, adaptação ao tratamento, além do enfrentamento da sociedade⁶.

Portanto, é preciso considerar que a baixa escolaridade interfere no entendimento das necessidades de cuidados para o tratamento das lesões venosas. Sendo, assim, o profissional de saúde, principalmente o enfermeiro, deve considerar a variável escolaridade ao realizar as orientações sobre os cuidados de saúde ao paciente com feridas, ponderando que, quanto maior a compreensão desses indivíduos no desempenho das ações de autocuidado, maior será a obtenção de sucesso no tratamento^{9,18}.

Sabe-se da importância do estado civil, principalmente para quem possui uma doença crônica, e nesta pesquisa metade dos participantes se declarou casado/com companheiro. Estes dados corroboram com outros estudos^{6,11,19}, em que houve predominância do participante casado, com companheiro ou que mantinham união estável.

Para os pacientes com úlcera, em sua maioria, fica evidente a importância de se ter um (a) companheiro (a) como suporte para o enfrentamento da doença, para dividir as dificuldades durante os anos de tratamento, nos momentos de dor física e emocional. As pessoas com úlcera devem ser ajudadas no sentido de entender que a

lesão não constitui restrição para uma vida social e sexual, apenas precisa ser enfrentada como uma nova condição que demanda adaptação¹⁰.

As úlceras venosas crônicas são prevalentes em pacientes de baixa renda, e o tratamento é baseado em curativos com aplicação de produtos variados, cujo qual é dispendioso e prolongado causando impacto na qualidade de vida dos indivíduos, que dependem da disponibilidade nos serviços de saúde e/ou do próprio recurso^{7,14}.

Neste sentido, existe uma dura realidade que impede o paciente de custear o tratamento, uma vez que 42,6% dos participantes desta pesquisa residem com 2 ou 3 pessoas, 68,5% têm como fonte de renda apenas aposentadoria e 77,8% possuem renda familiar de 1 a 2 salários mínimos. Esses dados corroboram com os achados de outros estudos onde, 86,8 % residiam com a família¹⁹; 75% tinham a aposentadoria como principal fonte de renda¹³ e onde 76,0% dos participantes apresentaram renda menor que 1 salário mínimo¹¹.

A baixa renda influencia negativamente no comportamento saudável, no ambiente domiciliar, no acesso aos serviços de saúde, nos cuidados com a saúde e nos acessos aos recursos materiais⁶. Basta uma situação econômica precária, a presença da úlcera e os cuidados que esta requer para desestabilizar o equilíbrio financeiro da família, podendo atingir até mesmo a qualidade de vida desses indivíduos¹¹.

Neste sentido, há evidências que uma renda de dois e até três salários mínimos impossibilita manter gastos com gás, energia, alimentação, transporte, outras despesas, e ainda ter condições para arcar com o valor do tratamento, como adquirir a bota de uma, que, como tantos outros curativos e coberturas, não são disponibilizados nas unidades de saúde pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Com relação aos fatores de risco, autores²⁰ informam que a idade avançada, história familiar e o sexo são fatores de risco imutáveis para o desenvolvimento de doença venosa crônica; entretanto, outros fatores podem ser evitados de forma a atrasar a sua progressão.

De acordo com as características clínicas dos participantes dessa pesquisa, foi possível identificar os principais fatores de risco: longos períodos de pé ou sentado (79,6%), história familiar de doença venosa (55,6%), flebite (38,9%), gravidez em 100% das participantes femininas. Já em estudo semelhante¹³, os fatores de risco mais prevalentes foram: veias varicosas (75%), história familiar de Doença venosa (45%), longos períodos em pé ou sentado (40%), trombose venosa profunda (35%) e cirurgia venosa prévia (25%). Em relação ao fator de risco, longos períodos em pé ou sentado, vale a pena salientar que atividades que exigem a permanência em pé contribuem para o aumento de distúrbios vasculares, além do surgimento e cronicidade das úlceras. Estudos^{11,12} realizados com pacientes com doença venosa crônica apontam que as profissões que mais se destacaram foram as que eram necessárias as atividades com mobilidade reduzida, longos períodos em posição ortostática e tempo curto de repouso e que eram submetidas a temperaturas elevadas.

Dentre os fatores de risco que podem favorecer o surgimento da insuficiência venosa crônica e, conseqüentemente, das úlceras venosas, temos a história familiar que é citada como um dos fatores de risco imutável e muito presente^{20,21}. Corroborando com os achados desta pesquisa, em que 55,6% dos participantes relatou história familiar de doença venosa, os dados de um estudo¹², que teve como objetivo avaliar a prevalência de refluxo em segmento venoso femoropoplíteo e o diâmetro da Veia Poplíteia em pacientes com úlcera venosa, e dos 104 participantes do estudo, 80 (76,92%) relataram a presença de varizes em parentes de primeiro grau, enquanto 24 participantes (23,08%) negaram.

Nesta pesquisa foi revelado que 100% das participantes mulheres já haviam engravidado, corroborando com autores que enfatizam que, dentre os múltiplos fatores de risco, o uso de hormônios, a gravidez e o puerpério têm sido associados ao desenvolvimento da insuficiência venosa^{17,21}. O desenvolvimento de insuficiência venosa crônica esta associada à obesidade, idade, sexo, gravidez, estilo de vida, trabalho, die-

ta, uso de hormônios, história familiar de varizes ou IVC, história prévia de trauma no membro inferior afetado e história de trombo flebite^{16,21}.

Quanto aos antecedentes patológicos, evidenciou-se nesta pesquisa que 81,5% referiram hipertensão e 75,9% insuficiência venosa. Os participantes do estudo que mencionaram possuir algum tipo de alergia foram 25,9% e, em relação ao uso de medicamentos, metade (50%) relata fazer uso de 3 a 5 medicamentos por dia e um percentual considerável (35,2) faz uso de mais de 6 medicações por dia. Já em outro estudo⁽²²⁾, a insuficiência venosa foi referida em 100,0% (87) dos participantes; hipertensão arterial sistêmica, em 70,9% (39); a associação da insuficiência venosa crônica com hipertensão arterial sistêmica neste estudo ocorreu em 70,9% (39), sendo estatisticamente significante na predisposição às úlceras venosas.

Tanto a hipertensão arterial como a diabetes são causas do surgimento da úlcera ou do retardo na cicatrização. Dessa forma, os enfermeiros devem direcionar sua assistência considerando os aspectos clínicos do paciente, os sinais e sintomas da patologia associada e os aspectos da ferida, assim como ressaltar a importância do controle e/ou tratamento da insuficiência venosa crônica, além da necessidade de tratamento

da hipertensão arterial^{18,22}. A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é o fator de risco mais prevalente para o desenvolvimento das doenças crônicas não-transmissíveis, portanto, a HAS é um importante problema de saúde pública, visto que a morbimortalidade e os custos com o seu tratamento são elevados²³.

Com relação ao uso de medicamentos, corroborando com os dados dessa pesquisa, um estudo²² verificou que 74,54% dos participantes faziam uso de alguma droga, como antidiabéticos orais (geralmente glibenclâmida ou metformina) e/ou anti-hipertensivos (geralmente inibidores da enzima conversora de angiotensina, metildopa, furosemida e hidroclorotiazida) para controle de doenças crônicas, como hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus, além do tratamento da úlcera venosa.

Com relação ao índice de massa corpórea, prevaleceram pessoas com obesidade I (42,6%), fator importante, uma vez que o risco do desenvolvimento de insuficiência venosa e de, posteriormente, úlceras venosas está diretamente relacionado com a obesidade e o envelhecimento, outrossim, o exercício físico aumenta o tônus muscular dos membros inferiores e, logo, pode melhorar sua ação no sistema venoso, com queda na pressão de deambulação e elevação do retorno sanguíneo. O exercício fisi-



Crédito: Projetado por Can Stock Photo

co tem sido utilizado tanto no tratamento quanto na prevenção da insuficiência venosa crônica dos membros inferiores²⁴.

Ao verificar a glicemia capilar, identificamos que 87,1% dos participantes possuíam valores normais (menor que 100mg/dl - 55,6% e menor que 126mg/dl - 31,5%). O excesso de glicose na circulação sinaliza uma possível diabetes, que, consequentemente, altera o processo de cicatrização, exacerbando e prolongando o tempo de reparo tecidual.

Com relação ao membro inferior acometido pela lesão, identificamos percentuais similares em ambos os membros (38,9% em cada) corroborando com outros estudos em que 86,2% dos pesquisados apresentou lesão em apenas uma das pernas²⁵.

Sobre o número de lesões por participantes, houve predomínio de apenas uma lesão (68,5%), assim como os achados de outros autores^{18,25}. A úlcera geralmente é única, os contornos podem ser ovais ou irregulares, as bordas são eritematosas ou violáceas em declive suave, posteriormente tornam-se pálidas e endurecidas e hipertrófica¹⁶. O fechamento da úlcera é difícil, porém o grande desafio quando a cicatrização ocorre é impedir a recidiva, que pode ser conseguida através do uso de meias elásticas compressivas e adequada operação cirúrgica para correção venosa.

Com relação às recidivas, mais da metade dos participantes alegou que houve recidiva da lesão ao menos uma vez, esse dado é maior do que o achado por um estudo²⁵ onde aproximadamente metade dos participantes apresentavam recidiva de lesões. Já em outro estudo²², observou-se que, em 42 (76,36%) dos participantes, tratava-se de recidiva da úlcera venosa, enquanto os

outros conviviam com a doença ininterruptamente.

Com relação ao tempo de início da lesão, destacamos que, do total de participantes, 14,8% possui a úlcera entre 1 e 5 anos, 27,8% possui a úlcera entre 5 e 10 anos e o maior percentual, 50%, possui a úlcera há mais de 10 anos. A maioria das úlceras venosas pode permanecer por meses ou anos, tende a ser crônica e recorrente, estima-se uma elevada taxa de recidiva, podendo reincidir em até 70% dos casos, ainda no segundo ano após a cicatrização¹⁴.

Dentre os tipos de tratamentos utilizados o com a bota de Unna, que é uma terapia compressiva, tem sido utilizado pela maioria dos participantes (50%). Há um consenso na literatura da eficácia de terapias compressivas que visam minimizar a hipertensão venosa, melhorar a macro circulação e microcirculação e promover cicatrização, podendo ser realizadas com o uso de meias de compressão, faixa elástica ou bota de Unna; sendo assim, ao utilizar o tratamento tópico, é fundamental que seja associado à terapia compressiva para que seja eficaz, porém para sua utilização é necessário dispor de recursos financeiros.

No presente estudo, foi evidenciado que 100% dos participantes foram acompanhados por profissionais enfermeiros e médicos; 59,3%, por Nutricionista; 35,2%, por Fisioterapeuta; e 13%, por Psicólogo. Dessa forma, observamos que, devido à penúria do tratamento prolongado, o paciente com úlcera venosa precisa, com frequência, de cuidados, por isso é indispensável à participação de todos os profissionais neste processo, tendo em vista que cada um assume um papel de relevância, possibilitando, através de métodos terapêuticos aplicados ao pacien-

te, promover sua cicatrização e bem-estar. É importante destacar que a enfermagem, apesar de estar à frente no atendimento a esta população em unidades básicas de saúde, nas enfermarias e nos domicílios, não deve atuar isoladamente, ou seja, é preciso agregar os esforços de uma equipe multiprofissional apontando a importância do autocuidado na sua recuperação.

CONCLUSÃO

Com a realização desta pesquisa foi possível fornecer informações de extrema importância para o cuidado ao paciente com úlcera venosa, pois vai de encontro com a literatura disponível. Dentre os achados, destaca-se o predomínio do sexo feminino, faixa etária maior que 60 anos, fatores de risco como: longos períodos de pé ou sentado, história familiar de doença venosa, flebite, gravidez; uso de 3 a 5 medicamentos por dia e um percentual considerável que utiliza mais de 6 medicações por dia; obesidade I, hipertensão, insuficiência venosa e varizes.

Conclui-se que esses dados são importantes, não apenas para a região onde os dados foram coletados, mas principalmente, por apontar características comuns ao paciente com úlcera independente da cidade onde reside. Para os enfermeiros, sinaliza a importância dos profissionais atuarem mediante a sistematização da assistência individualizada e integral, dando importância para as dimensões familiares, culturais, sociais e de saúde, inclusive à situação econômica de cada paciente. Deste modo, espera-se um olhar diferenciado para o paciente neste período tão longo e desgastante de tratamento uma melhor qualidade de vida, visto que a presença da úlcera leva à incapacidade e isolamento. ■

REFERÊNCIAS

1. Torres SMSGSO, Monteiro VGN, Moreira MRC et al. Caracterização sociodemográfica, clínica e de saúde de pessoas com úlceras venosas atendidas na estratégia saúde da família. *J. res.: fundam. care.* [Internet]. 2014 [acesso em 31 março 2015]; 6(5):50-59. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/273769850_Caracterizacao_sociodemografica_clinica_e_de_saude_de_pessoas_com_ulceras_venosas_atendidas_na_estrategia_saude_da_familia
2. Medeiros ABA, Andriola IC, Fernandes MICO et al. Perfil socioeconômico de pessoas com úlcera venosa: aspectos relevantes para a enfermagem. *Rev enferm UFPE on line.* [Internet]. 2013 [acesso em 31 março 2015]; 7(8):5220-4. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11796/14170>
3. Azoubel R, Torres GV, Silva LWSS; Gomes FV, Reis LA. Efeitos da terapia física descongestiva na cicatrização de úlceras venosas. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2010 [acesso em 31 março 2015];

REFERÊNCIAS

- 44(4):1085-92. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000400033
4. Malagutti W, Kakhara C.T. Curativos, estomias e dermatologia: uma abordagem multiprofissional. 1 ed. São Paulo: Martinari; 2010. P. 541.
5. Oliveira-Campos M, Cerqueira MBR, Rodrigues Neto JF. Dinâmica populacional e o perfil de mortalidade no município de Montes Claros. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2011 [acesso em 31 março 2015]; 16(Supl.1):1303-1310. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700064
6. Costa, IK. et al. Pessoas com úlceras venosas: estudo do modo psicossocial do modelo adaptativo de Roy. *Rev. Gaúcha Enferm* [Internet]. 2011 [acesso em 10 maio 2015]; 32(3):561-568. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rngen/v32n3/18.pdf>
7. Souza DMST, Borges FR, Juliano Y, Veiga DF, Ferreira LM. Qualidade de vida e autoestima de pacientes com úlcera crônica. *Acta paul. enferm.* [Internet]. 2013 [acesso em 10 maio 2015]; 26(3):283-288. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002013000300013&lng=pt
8. Lopes CR, Figueiredo M, Ávila AM, Soares LMBM, Dionisio VC. Avaliação das limitações de úlcera venosa em membros inferiores. *Jornal Vascular Brasileiro* [Internet]. 2013 [acesso em 10 maio 2015]; 12(1):5-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1677-54492013000100003&script=sci_arttext
9. Oliveira BGRB, et al. Caracterização dos pacientes com úlcera venosa acompanhados no Ambulatório de Reparo de Feridas. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2012 [acesso em 10 junho 2015]; 14(1):156-63. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n1/v14n1a18.htm>.
10. Salomé GM, Blanes L, Ferreira LM. Avaliação de sintomas depressivos em pessoas com úlcera venosa. *Rev Bras Cir Plást.* [Internet]. 2012 [acesso em 10 maio 2015]; 27(1):124-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-51752012000100021&script=sci_arttext
11. Dias T, et al. Influência da assistência e características clínica na qualidade de vida de portadores de úlcera venosa. *Acta paul. enferm.* [Internet]. 2013 [acesso em 10 maio 2015]; 26(6):529-534. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002013000600004
12. Abreu JAC, Pitta GBB, Miranda Junior F. Avaliação do segmento venoso femoropoplíteo pela ultrassonografia Doppler em pacientes com úlcera varicosa. *J. vasc. bras.* [Internet]. 2012 [acesso em 10 maio 2015]; 11(4):277-285. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1677-54492012000400005&lng=en&nrm=iso&tling=pt
13. De Almeida Nogueira, G. et al. Diagnósticos de enfermagem em pacientes com úlcera venosa crônica: estudo observacional. *Revista Eletrônica de Enfermagem* [Internet]. 2015 [acesso em 10 maio 2015]; 17(2). Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/28782>
14. Oliveira SB, Soares DA, Da Silva Pires P. Prevalence of venous ulcers and associated factors among adults of a health center in Vitória da Conquista-BA. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online* [Internet]. 2015 [acesso em 10 maio 2015]; 7(3):2659-2669. Disponível em: http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3743/pdf_1601
15. Martins MA. et al. Úlcera crônica de perna de pacientes em tratamento ambulatorial: análise microbiológica e de suscetibilidade antimicrobiana. *Ciênc. Cuid. Saúde* [Internet]. 2010 [acesso em 10 maio 2015]; 9(3):464-470. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/8178>
16. De Barcelos ACF. et al. Manifestações Dermatológicas da Insuficiência Venosa Crônica. *Cadernos Brasileiros de Medicina* [Internet]. 2015 [acesso em 10 maio 2015]; 27(3). Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cadernosbrasileirosdemedicina/article/view/4423/3984>
17. Macedo EAB, Oliveira AKA, Melo GSM, Nóbrega WG, Costa IKF, Dantas DV, Mendes FRP, Torres GV. Characterization socio-demographic of patients with venous ulcers treated at a university hospital. *J Nurs UFPE on line.* [Internet]. 2010 [acesso em 10 maio 2015]; 4(spe):1863-67. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/6375>
18. Oliveira BGRB, Castro JBA, Granjeiro JM. Panorama epidemiológico e clínico de pacientes com feridas crônicas tratados em ambulatório. *Rev. enferm. UERJ* [Internet]. 2013 [acesso em 10 maio 2015]; 21(1):612-617. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/10035>
19. Benevides JP, Coutinho JFV, Santos MCL, Oliveira MJA, Vasconcelos FF. Avaliação clínica de úlceras de perna em idosos. *Rev Rene* [Internet]. 2012 [acesso em 10 maio 2015]; 13(2):300-8. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/3916>
20. Medeiros J, Mansilha A. Estratégia terapêutica na doença venosa crônica. *Angiol Cir Vasc.* [Internet]. 2012 [acesso em 27 maio 2015]; 8(3):110-126. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ang/v8n3/v8n3a01.pdf>
21. Seidel AC, et al. Prevalência de insuficiência venosa superficial dos membros inferiores em pacientes obesos e não obesos. *J Vasc Bras.* [Internet]. 2011 [acesso em 10 maio 2015]; 10(2):124-130. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jvb/v10n2/a06v10n2.pdf>
22. Silva FAA, Moreira TMM. Características sociodemográficas e clínicas de clientes com úlcera venosa de perna. *Rev enferm UERJ* [Internet]. 2011 [cited 2015 jan 28]; 19(3):468-72. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v19n3/v19n3a22.pdf>
23. Mendes GS, Moraes CF, Gomes L. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica em idosos no Brasil entre 2006 e 2010. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade* [Internet]. 2014 [acesso em 10 maio 2015]; 9(32):273-278. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmf/article/view/795>
24. Alberti LR, et al. Relação entre exercício físico e insuficiência venosa crônica. *Revista Medicina Minas Gerais* [Internet]. 2010 [acesso em 10 maio 2015]; 20(1):30-35. Disponível em: <http://rmmg.org/artigo/detalhes/380>
25. Sant'ana SMSC, et al. Úlceras venosas: caracterização clínica e tratamento em usuários atendidos em rede ambulatorial. *Rev. bras. enferm.* [Internet]. 2012 [acesso em 10 maio 2015]; 65(4):637-644. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n4/a13v65n4.pdf>

Qualidade de vida e sintomas de depressão em idosos na comunidade

RESUMO

Avaliar a relação entre a qualidade de vida e a presença de sintomas depressivos de idosos residentes na comunidade. Estudo transversal, realizado com 171 idosos cadastrados em Unidades de Saúde da Família. Os dados foram coletados por meio de roteiro estruturado, WHOQOL-BREF, WHOQOL-OLD e Escala de Depressão Geriátrica (EDG-15). Para análise dos utilizou-se o software SPSS versão 22.0, por meio de estatística descrita e exploratória. Em relação aos sintomas de depressão, 31,0% dos idosos apresentaram sintomatologia depressiva. Os idosos sem sintomas de depressão demonstraram maiores médias em todos domínios e facetas da QV. Na correlação entre as variáveis, verificou-se que a QV de vida dos idosos aumenta à medida que diminui os sintomas de depressão. Ficou evidente que a presença de sintomas depressivos influencia significativamente a QV de idosos residentes na comunidade.

DESCRITORES: idosos; qualidade de vida; depressão.

ABSTRACT

Evaluate the relationship between quality of life and the presence of depressive symptoms of residents living in the community. A cross-sectional study was carried out with 171 patients enrolled in the Family Health Units. The data were collected using structured data, WHOQOL-BREF, WHOQOL-OLD and Geriatric Depression Scale (EDG-15). For analysis of the SPSS software version 22.0 was used, by means of exploratory statistics. In relation to the symptoms of depression, 31.0% of the patients were depressive symptomatology. You have half the symptoms of depression demonstrating higher means in all domains and facets of QOL. A correlation between several tests finds that the QOL of life two increases as the symptoms of depression decrease. The presence of depressive symptoms significantly influences the QoL of residents living in the community.

DESCRIPTORS: elderly; quality of life; depression.

RESUMEN

Evaluar la relación entre calidad de vida y presencia de síntomas depresivos de residentes residentes en la comunidad. Estudio transversal, realizado con 171 catastrados en las Unidades de Salud de la Familia. Los forames fueron recolectados a través de datos estructurados, WHOQOL-BREF, WHOQOL-OLD y Escala de Depresión Geriátrica (EDG-15). Para el análisis de los utilizó el software SPSS versión 22.0, por medio de estadística exploratoria. En relación a los síntomas de depresión, 31,0% de los pacientes sintomatología depresiva. Usted tiene la mitad de los síntomas de la depresión demostrando mayores promedios en todos los dominios y las facetas de la QV. Una correlación entre varios exámenes verifica que el QV de la vida dos aumentos aumenta a medida que los síntomas de depresión disminuyen. La presencia de síntomas depresivos influye significativamente en la QV de los residentes residentes en la comunidad.

DESCRIPTORES: ancianos; calidad de vida; depresión.

Rayane de Almeida Farias

Enfermeira, Graduada e Licenciada em Enfermagem, Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa/PB, Brasil.

Cleane Rosa Ribeiro da Silva

Enfermeira, Especialista, Mestranda em Enfermagem do Programa de Pós-graduação em Enfermagem - PPGENF/UFPB. João Pessoa/PB, Brasil.

Felícia Augusta de Lima Vila Nova

Discente do curso de Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem UFPB. João Pessoa/PB, Brasil.

Renata Rabelo Pereira

Enfermeira, Especialista, Mestranda em Enfermagem do Programa de Pós-graduação em Enfermagem - PPGENF/UFPB. João Pessoa/PB, Brasil.

José Nildo de Barros Silva Júnior

Enfermeiro, Mestrando em Enfermagem do Programa de Pós-graduação em Enfermagem - PPGEN/UFPB. João Pessoa/PB, Brasil.

Marília Lourenço dos Santos

Enfermeira, Especialista, Faculdade Ciências Médicas da Paraíba/FCM. João Pessoa/PB, Brasil.

Raquel Carvalho Lima

Enfermeira, Especialista, Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa/PB, Brasil.

Maria de Lourdes de Farias Pontes

Enfermeira, Doutora em Ciências, Docente do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva – DESC/UFPB. João Pessoa/PB, Brasil.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento expressa inevitáveis modificações estruturais, fisiológicas e funcionais inerentes à natureza humana¹. Tais alterações quando acentuadas, podem acarretar prejuízos físicos, cognitivos, emocionais e sociais², refletindo negativamente na qualidade de vida (QV) desse segmento populacional³.

Nas últimas décadas, a área da gerontologia tem se tornado o foco de estudos, com destaque para investigações envolvendo a QV e fatores associados. Pesquisas nessa temática são essenciais, pois avaliam o bem-estar do idoso e a eficácia das intervenções em saúde⁴.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a QV como “a percepção do indivíduo de sua inserção na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”⁵. Nessa perspectiva, tem-se uma compreensão multidimensional da QV, a qual engloba fatores objetivos e subjetivos, incluindo três dimensões básicas: a física, a psicologia e a social, tornando-a uma medida válida que fornece indicadores para o planejamento do cuidado⁶.

Dentre os fatores que comprometem a QV dos idosos, destaca-se a depressão por apresentar prevalência crescente na sociedade⁶. Estima-se que no mundo cerca de 350 milhões de pessoas com sintomas de depressão, o que corresponde anualmente a 5% da população mundial⁷. Nos países em desenvolvimento, o Brasil apresenta maior incidência dessa morbidade, entre os ido-



Crédito: Projetado por Can Stock Photo

sos que residem na comunidade, a prevalência varia de 4,8% a 14,6%⁸.

Apesar da elevada ocorrência, a depressão nos idosos geralmente é tardiamente percebida, sendo em sua maioria subdiagnosticada. Dessa forma, os profissionais de saúde devem valorizar os sinais relativos aos sintomas depressivos no cuidado à população idosa, haja vista que essa condição pode contribuir para o surgimento e agravamento de doenças crônicas e isolamento social^{9,11}.

Assim, o aumento da população idosa trouxe a necessidade da prestação de uma assistencial integral, em especial por parte dos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) por prestarem cuidado contínuo e longitudinal ao idoso. Além de ser imprescindível o treinamento dos profissionais de saúde para o rastreamento precoce dos sintomas de depressão^{10,11}, a fim de proporcionar um envelhecimento ativo e a manutenção da QV dessa parcela da po-

pulação.

Nessa perspectiva, é necessário ampliar o conhecimento sobre essa temática, o que pode favorecer na elaboração do plano de cuidados e na tomada de decisão do enfermeiro e demais profissionais da equipe de saúde, proporcionando melhorias no quadro depressivo e na QV dos idosos. Diante disso, o estudo teve como objetivo avaliar a relação entre a QV e a presença de sintomas depressivos de idosos residentes na comunidade.

METODOLOGIA

Estudo transversal, exploratório e descritivo, com abordagem quantitativa, desenvolvido com idosos cadastrados em Unidades de Saúde da Família (USF) do Distrito V, no Município de João Pessoa – PB, que atendem a população cadastrada em seu território de abrangência. A coleta de dados foi realizada no período de agos-

to de 2015 a fevereiro de 2016, mediante entrevista.

A população do estudo correspondeu a 299 indivíduos. O tamanho da amostra foi definido utilizando o cálculo para populações finitas com intervalo de confiança de 95% ($\alpha=0,05$, que fornece $Z_{0,05/2}=1,96$), prevalência estimada de 50% ($p=0,50$) e margem de erro de 5% ($\text{Erro}=0,05$), o que correspondeu a 171 participantes.

Definiram-se os seguintes critérios de inclusão para participação no estudo: ter 60 anos ou mais, ambos os sexos, residir em território adscrito a USF escolhida e possuir capacidade cognitiva preservada de acordo com o Mini Exame do Estado Mental - MEEM¹². Os critérios de exclusão foram: idosos com demência, alteração na comunicação e audição.

Os instrumentos utilizados para nortear a investigação foram: roteiro estruturado para a obtenção dos dados sociodemográficos, WHOQOL-BREF¹³, WHOQOL-OLD¹⁴ e a Escala de Depressão Geriátrica - EDG-15¹⁵.

O WHOQOL-BREF é composto por vinte e seis itens, sendo dois destes gerais e os 24 restantes relacionados a cada uma das 24 facetas que compõe o instrumento original (WHOQOL-100). As questões se dividem entre quatro domínios: o físico, o ambiental, o psicológico e as relações sociais.

Este instrumento, por sua vez, não admite um escore total da QV, pois a QV é considerada um constructo multidimensional, assim, cada domínio é pontuado de forma independente. As respostas a cada item do questionário variavam de 1 a 5, sendo quanto mais próxima de 5 melhor a QV¹³.

O WOQHOL-OLD é composto por vinte e quatro itens com resposta numa escala de 1 a 5, dividido em seis facetas (funcionamento dos sentidos, autonomia, atividades passadas, presentes e futuras, participação social, morte e morrer e intimidade). Cada faceta é composta por quatro itens, gerando escores de 4 a 20 pontos. A transformação para uma escala de 0 a 100, na qual zero corresponde a pior QV e o valor 100, a melhor¹⁴.

A Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15) rastreia a presença ou ausência de sintomas depressivos em idosos. O Ministério da Saúde recomenda o instrumento pela rápida avaliação para detectar depressão. A escala foi validada no Brasil e é composta por 15 questões com respostas dicotômicas e tem pontuação que varia de 0 a 15 pontos, com pontos de corte: menor ou igual a 5 pontos, apresenta estado normal ou ausência de sintomas de depressão; acima de 5 pontos, apresenta sintomas depressivos¹⁵.

Para a organização dos dados, utilizou-se uma planilha de dados no Programa

Excel, seguindo-se a codificação dos dados importados para o aplicativo SPSS (Statistical Package for the Social Science) for Windows, versão 22 para análise estatística exploratória.

A análise foi realizada calculando-se as medidas de distribuição (média, desvio-padrão, frequência absoluta e frequência relativa), considerando as variáveis de interesse para a caracterização dos participantes do estudo. Foi utilizado o teste de Kolmogorov-Smirnov para a verificação da normalidade. A fim de analisar a relação entre as variáveis utilizou-se o Teste Mann-whitney de acordo com os seus pressupostos. Na correlação foi aplicado o Coeficiente de Correlação de Speaman por se tratarem de variáveis não paramétricas, sendo a classificação da magnitude das correlações fraca se $|r| < 0,3$; moderada se $0,3 \leq |r| < 0,7$; e forte se $|r| \geq 0,7$ (16). Considerou-se associação estatisticamente significativa quando $p \leq 0,05$.

A pesquisa foi norteadada pela Resolução n.º 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (CNS/MS). O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da UFPB (CEP/CCS/UFPB) com parecer n.º 064757/2015 e CAAE 46889415.9.0000.5188.

Tabela 1 - Comparação dos domínios e facetas da QV segundo os sintomas de depressão de idosos na comunidade. João Pessoa, PB, Brasil, 2016.

QUALIDADE DE VIDA	DOMÍNIOS E FACETAS	EDS-15				VALOR P TESTE MANN- WHITNEY
		COM SINTOMAS DE DEPRESSÃO		SEM SINTOMAS DE DEPRESSÃO		
		MÉDIA	DP	MÉDIA	DP	
WHOQOL-BREF	Físico	48,86	10,13	58,81	8,79	<0,001
	Psicológico	47,27	14,64	60,79	20,74	<0,001
	Social	63,30	19,94	77,15	13,43	<0,001
	Ambiental	47,87	13,57	62,20	10,69	<0,001
WHOQOL-OLD	Habilidades sensoriais	28,73	14,14	40,29	21,17	<0,001
	Autonomia	42,95	18,32	63,41	16,05	<0,001
	Atividades passado-presente-futuro	46,81	17,67	68,90	15,17	<0,001
	Participação social	50,93	18,06	68,60	12,28	<0,001
	Morte e morrer	29,79	25,93	45,61	28,10	<0,001
	Intimidade	48,14	24,03	67,74	18,13	<0,001

Fonte: Pesquisa Direta, 2016.

RESULTADOS

A amostra do estudo é caracterizada predominantemente por idosos do sexo feminino 118 (69%), na faixa etária entre 65 e 69 anos 42 (24,6%), sendo em sua maioria analfabetos 57(33,3%), casados 90 (52,5%), com renda familiar de 1 a 3 salários mínimos 87 (50,9%) e residindo com cônjuge e filhos 54 (31,6%)

Em relação à sintomatologia depressiva, identificou-se que 36 (31,0%) dos participantes referiram presença de sintomas de depressão. Na Tabela 1, observou-se que houve diferença estatística significativa ($p<0,001$) entre a classificação dos sintomas de depressão e todos os domínios e facetas da QV, evidenciando maior média de QV nos idosos sem sintomatologia depressiva.

A correlação do escore geral da GDS-15 com os domínios do WHOQOL-BREF e as facetas do WHOQOL-OLD, exibiu relação forte, negativa e inversamente proporcional ($r=-0,756$ e $r=-0,733$, respectivamente), com significância estatística ($p<0,001$). Tais resultados constataam que quanto menor for a presença de sintomatologia depressiva, maior será a QV dos idosos (Tabela 2).

A correlação do escore geral da GDS-15 com os domínios do WHOQOL-BREF e as facetas do WHOQOL-OLD, exibiu relação forte, negativa e inversamente proporcional ($r=-0,756$ e $r=-0,733$, respectivamente), com significância estatística ($p<0,001$). Tais resultados constataam que quanto menor for a presença de sintomatologia depressiva, maior será a QV dos idosos (Tabela 2).

DISCUSSÃO

A amostra deste estudo demonstrou um perfil de idosos com características semelhantes às encontradas em outros estudos, em que prevalecem idosos do sexo feminino, entre 65 e 69 anos, analfabetos, casados, com renda de 1 a 3 salários mínimos e residindo com cônjuge e filhos^{3,6,17-19}.

A frequência de idosos com sintomas de depressão encontrada no presente estudo aproximou-se do resultado demonstrado por uma investigação transversal realizada

Tabela. 2 – Correlação da QV com os sintomas de depressão de idosos na comunidade. João Pessoa, PB, Brasil, 2016.

QUALIDADE DE VIDA	GDS-15	
	R	P
WHOQOL-BREF	-0,756	0,002
WHOQOL-OLD	-0,733	<0,000

Fonte: Pesquisa Direta, 2016.

com idosos residentes na comunidade, no município de Senador Guimard-Acre, que verificou 27,3% de idosos com sintomatologia depressiva²⁰. Estudo transversal, desenvolvido com 241 idosos domiciliados, acompanhados pela Atenção Básica do município de Teresina-PI, corroborou com o presente estudo, evidenciando que 29,0% dos entrevistados possuíam sintomas de depressão¹⁷.

A depressão é o transtorno do humor mais incidente em pessoas idosas²⁰. O diagnóstico de depressão no idoso geralmente é tardio, por se acreditar que os sintomas depressivos são inerentes ao processo de envelhecimento, o que reflete negativamente no tratamento e no prognóstico dessa morbidade, além de agravar os comprometimentos preexistentes^{10,19}.

A literatura aponta a depressão como uma epidemia silenciosa nos idosos²¹. A sintomatologia depressiva nessa população não se restringe aos aspectos clássicos da depressão, como o humor deprimido, tristeza ou perda de interesse e prazer, sendo mais frequente a ocorrência de sintomas somáticos, como alterações de apetite e do sono, humor irritado, além de fadiga²². Assim, torna-se imprescindível que os profissionais de saúde realizem periodicamente o rastreio da depressão, a fim de identificar e intervir precocemente¹⁷.

Os sintomas de depressão relacionaram-se estatisticamente com todos os domínios e facetas da QV dos participantes, demonstrando maiores médias da QV nos idosos sem sintomas de depressão. Resultado semelhante foi identificado em um estudo desenvolvido com 228 idosos domiciliados, na zona urbana do município de Aiquara-BA, que verificou reduzida QV mensurada por meio do WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD em idosos com

sintomas de depressão¹⁹.

Pesquisa executada com 593 idosos residentes na comunidade, em Belo Horizonte-Minas Gerais, identificou que os idosos sem sintomas de depressão apresentaram quatro vezes mais chances de obter elevada média na QV¹⁰. No presente estudo, através da análise de correlação entre as variáveis, evidenciou-se que quanto menor a presença sintomatologia depressiva, maior será a QV dos idosos. Outros estudos também verificaram correlação inversamente proporcional entre a depressão e a QV, demonstrando que a QV dos idosos aumenta à medida que os sintomas depressivos diminuem^{10,23}.

Tais achados evidenciam que a depressão impacta negativamente QV dos idosos, haja vista que, comumente, essa morbidade nas pessoas de idade avançada, eleva o risco de morbimortalidade, aumenta a utilização dos serviços de saúde, reduz a adesão ao tratamento e ocasiona negligência no autocuidado¹⁹. A produção científica aponta a depressão como um dos fatores preditores para a perda de autonomia, comprometimento da funcionalidade e agravamento de outras patologias, repercutindo negativamente na QV dessa população¹⁹.

CONCLUSÃO

Identificou-se que a presença de sintomas depressivos influencia significativamente a QV de idosos residentes na comunidade, evidenciando que quanto menor for a presença de sintomatologia depressiva, maior será a QV. A investigação dos sintomas de depressão em idosos deve ser incluída enquanto variável importante para o campo da saúde pública, uma vez que compromete a QV desse público, o que torna imprescindível a sua periódica avaliação e monitoramento. ■

REFERÊNCIAS

- Rodrigues RAP, Fhon JRS, Pontes MLF, Silva AO, Haas VJ, Santos JLF. Frailty syndrome among elderly and associated factors: comparison of two cities. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2018 [citado em 2019 jan 25]; 26:e3100. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v26/0104-1169-rlae-26-e3100.pdf>
- Garbaccio JL, Tonaco LAB, Estevao WG, Barcelos BJ. Aging and quality of life of elderly people in rural areas. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018 [citado em 2019 jan 16]; 71(suppl 2):724-32. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0149>
- Hajjar R, Nardelli GG, Gaudencil EM, Santos AS. Depressive symptoms and associated factors in elderly people in the Primary Health Care. *Rev Rene* [Internet]. 2017 [citado em 2019 jan 25]; 18(6):727-33. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2017000600004>
- Onunkwor OF, Al-Dubai SA, George PP, et al. A cross-sectional study on quality of life among the elderly in non-governmental organizations' elderly homes in Kuala Lumpur. *Health Qual Life Outcomes* [Internet]. 2016 [citado em 2019 jan 25]; 14:6. Disponível em: doi:10.1186/s12955-016-0408-8
- Organização Mundial da Saúde. OMS. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização PanAmericana da Saúde; 2005. The Whoqol Group. The development of the World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument (the WHOQOL)
- Mantovani MF, Arthur JP, Mattei AT, Bortolato-Major C, Ulbrich EM, Kalinke LP. Depression and quality of life in hypertensive adult. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2017 [citado em 2019 jan 16]; (22)3:e51630. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i3.51630>
- Campos BC, Rodrigues OMPR. Depressão pós-parto materna: crenças, práticas de cuidado e estimulação de bebês no primeiro ano de vida. *Psico (Porto Alegre)* [Internet]. 2015 [citado em 2019 fev 26]; 46(4):483-492. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15448/1980-8623.2015.4.20802>.
- Souza RA, Costa GD, Yamashita CH, Amendola F, Gaspar JC, Alvarenga MRM et al. Family functioning of elderly with depressive symptoms. *Rev esc enferm USP* [Internet]. 2014 [citado em 2019 jan 31]; 48(3):469- 476. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reusp/v48n3/pt_0080-6234-reeusp-48-03-469.pdf DOI: 10.1590/S0080-623420140000300012
- Sousa KA, Freitas FFQ, Castro AP, Oliveira CDB, Almeida AAB, Sousa KA. Prevalence of depression symptoms in elderly people assisted by the family health strategy. *REME – Rev Min Enferm* [Internet]. 2017 [citado em 2019 jan 31]; 21:e-1018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20170028>
- Soares SM, Silva PAB, Santos JFG, Silva LB. Association between depression and quality of life in older adults: primary health care. *Rev enferm UERJ* [Internet]. 2017 [citado em 2019 fev. 25]; 25:e19987. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2017.19987>
- Teston EF, Carreira L, Marcon SS. Sintomas depressivos em idosos: comparação entre residentes em condomínio específico para idoso e na comunidade. *Rev. bras. enferm.* [Internet]. 2014 [citado em 2019 fev 26]; 67(3):450-456. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000300450&lng=en. <http://dx.doi.org/10.5935/0034-7167.20140060>.
- Bertolucci PHF, Dr. BS, Campacci SR., Juliano Y. O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq. Neuro-Psiquiatr.* [Internet]. 1994 Mar [citado em 2018, 20 de fevereiro]; 52 (1): 01-07. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X1994000100001>
- Fleck MPA, 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* [Internet]. 2000 [citado em 2019 jan 16]; 34 (2): 83-178.
- Chachamovich E, Fleck M, Laidlaw K, Power M. Impact of major depression and subsyndromal symptoms on quality of life and attitudes toward aging in an international sample of older adults. *The Gerontologist* [Internet]. 2008 [citado em 2019 jan 25]; 48(5):593-602. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/geront/48.5.593>
- Almeida OP, Almeida SA. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. *Arq. Neuro-Psiquiatr.* [Internet]. 1999 June [cited 2019 Feb 26]; 57(2B):421-426. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X1999000300013>
- Muro BH. *Statistical methods for health care research*. 4 ed. Philadelphia; Lippincott; 2001.
- Magalhães JM, Carvalho AMB, Carvalho SM, Alencar DC, Moreira WC, Parente ACM. Depression among the elderly in the family health strategy: a contribution to primary care. *REME – Rev Min Enferm* [Internet]. 2016 [citado em 2019 fev. 25]; 20:e947. Disponível em: DOI: 10.5935/1415-2762.20160016
- Nascimento IMT, Mello PF, Couto AM, Guimarães GL, Mendoza IYQ. Association between sociodemographic characteristics and depressive symptoms in hospitalized elderly. *Rev Rene* [Internet]. 2017 Nov-Dec. [citado em 2019 fev. 25]; 18(6):749-55. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/31083/71674> DOI: 10.15253/2175-6783.2017000600007
- Ribeiro VS, Rosa RS, Sanches GJC, Ribeiro IJS, Cassotti CA. Quality of living and depression elderly in the home context. *Rev. Eléctron. Enferm. Actual Costa Rica* [Internet]. 2018 [citado em 2019 jan 06]; (34): 53-66. Disponível em: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/enfermeria/article/view/30983> DOI: 10.15517/REVENF.V0134.30983
- Amaral TLM, Amaral CA, Lima NS, Herculano PV, Prado PR, Monteiro GTR. Multimorbidity, depression and quality of life among elderly people assisted in the Family Health Strategy in Senador Guomard, Acre, Brazil. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2018 set. [citado em 2019 fev. 25]; 23 (9): 3077-3084. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/csc/2018.v23n9/3077-3084/pt>. DOI: 10.1590/1413-81232018239.22532016
- Ribeiro PCC, Freitas VJ, Souza JS. A busca pelo atendimento psicológico na meia-idade e na velhice. *Kairós Gerontologia* [Internet]. 2016 [citado em 2019 fev. 25]; 19(2): 68-83. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/27409/20787>
- González ACT, Ignácio ZM, Jornada LK, Réus GZ, Abelaina HM, Santos MB, et al. Depressive disorders and comorbidities among the elderly: a population-based study. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol* [Internet]. 2016 [citado em 2019 fev. 25]; 19(1): 95-103. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2016.14210>
- Campos ACV, Ferreira EF, Vargas AMD, Abdala C. Aging, Gender and Quality of Life (AGEQOL) study: factors associated with good quality of life in older Brazilian community-dwelling adults. *Health and Quality of Life Outcomes* [Internet]. 2014 [citado em 2019 fev. 25]; 12:166. Disponível em: <https://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12955-014-0166-4>. DOI: 10.1186/s12955-014-0166-4

Escala para avaliação da função sexual de homens com insuficiência cardíaca

RESUMO

O estudo teve como objetivo construir e avaliar a Escala de Avaliação da Função Sexual de Homens com Insuficiência Cardíaca. Estudo metodológico com cinco fases: revisão integrativa; validação clínica das características definidoras do diagnóstico de enfermagem disfunção sexual da NANDA Internacional; definição do conteúdo da escala; elaboração de uma escala que foi avaliada por 30 juízes e analisada estatisticamente, e; pré-teste com pacientes com insuficiência cardíaca. Dentre os resultados, considerou-se como causas para disfunção sexual de homens com insuficiência cardíaca: condição psicológica, hormonal, vascular, medicação e alteração endotelial. As características definidoras de maior prevalência serviram como base para os sinais e sintomas a serem investigados. A escala de Thrustone construída com 20 afirmativas sobre atitudes diante da função sexual teve consistência interna alta (0,860). Conclui-se que a escala construída neste estudo é uma ferramenta para identificação objetiva da disfunção sexual, mas indica-se outros estudos psicométricos para sua utilização na prática clínica.

DESCRITORES: sexualidade; insuficiência cardíaca; diagnóstico de enfermagem.

ABSTRACT

The aim of the study was to construct and evaluate the Sexual Function Assessment Scale for Men with Heart Failure. Methodological study with five phases: integrative review; clinical validation of the defining characteristics of NANDA International's sexual dysfunction nursing diagnosis; definition of the content of the scale; elaboration of a scale that was evaluated by 30 judges and analyzed statistically, and; pre-test with patients with heart failure. In the results, was considered as causes for sexual dysfunction in men with heart failure: psychological, hormonal, vascular condition, medication and endothelial alteration. The defining characteristics of higher prevalence served as the basis for the signs and symptoms to be investigated. The Thrustone scale constructed with 20 affirmations about attitudes toward sexual function had high internal consistency (0.860). It was concluded that the scale constructed in this study is a tool for the objective identification of sexual dysfunction, but other psychometric studies are indicated for its use in clinical practice.

DESCRIPTORS: sexuality; heart failure; nursing diagnosis.

RESUMEN

El objetivo del estudio fue construir y evaluar la Escala de Evaluación de la Función Sexual de Hombres con Insuficiencia Cardíaca. Estudio metodológico con cinco fases: revisión integrativa; validación clínica de las características definidoras del diagnóstico de enfermería disfunção sexual de la NANDA Internacional; definición del contenido de la escala; elaboración de una escala que fue evaluada por 30 jueces y analizada estadísticamente, y; pre-test con pacientes con insuficiencia cardíaca. Los resultados del estudio consideró como causas para disfunção sexual de hombres con insuficiencia cardíaca: condición psicológica, hormonal, vascular, medicación y alteración endotelial. Las características definitorias de mayor prevalencia sirvieron como base para los signos y síntomas a ser investigados. La escala de Thrustone construída con 20 afirmativas sobre actitudes ante la función sexual tuvo consistencia interna alta (0,860). Se concluye que la escala construída en este estudio es una herramienta para identificación objetiva de la disfunção sexual, pero se indican otros estudios psicométricos para su utilización en la práctica clínica.

DESCRIPTORES: sexualidad; insuficiencia cardíaca; diagnóstico de enfermería.

Vanessa Alves da Silva

Mestre em Enfermagem pelo Programa de Ciências Cardiovasculares da Universidade Federal Fluminense (UFF), Coordenadora e Professora do Curso de Enfermagem da Faculdade Dinâmica do Vale do Piranga - FADIP

Lyvia da Silva Figueiredo

Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências Cardiovasculares da Universidade Federal Fluminense

Paula Vanessa Peclat Flores

Doutora pelo Programa de Ciências Cardiovasculares da Universidade Federal Fluminense, Professora Adjunto II do Departamento de Enfermagem Médico Cirúrgica da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa – UFF.

Juliana de Melo Vellozo Pereira

Doutoranda pelo Programa de Ciências Cardiovasculares da Universidade Federal Fluminense, Enfermeira do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho.

Bruno Bompert dos Santos

Enfermeiro Doktor Horst Schmidt Kliniken Wiesbaden/ Alemanha.

Ana Carla Dantas Cavalcanti

Professora associada da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense, Professora do Programa de Pós-Graduação em Ciências Cardiovasculares pela Universidade Federal Fluminense.

INTRODUÇÃO

A insuficiência cardíaca (IC) representa um importante problema de saúde pública, tendo custo elevado e crescente prevalência nos países desenvolvidos e em desenvolvimento¹. No Brasil, a preocupação com esta síndrome se justifica ao aumento crescente da população de idosos, ao número de pacientes já diagnosticados e há previsão de 240 mil novos casos a cada ano².

Com o intuito de melhorar a adesão ao tratamento, autocuidado e qualidade de vida desses pacientes, as diretrizes recomendam (classe I nível de evidência A) clínicas especializadas com atendimento multiprofissional^{2,3}. Nestas clínicas, para monitorar a função sexual e outras respostas, enfermeiros os acompanham através da consulta de enfermagem, realizando atendimento sistematizado, ou seja, pautado em sistemas de linguagens padronizadas (SLP) de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem⁴. As intervenções são ancoradas em estratégias de educação e monitoramento, oferecendo ferramentas para o manejo do autocuidado⁴.

Abordar os aspectos inerentes à função sexual de pacientes com IC é uma das preocupações desses profissionais⁵, pois a disfunção sexual acomete 60 a 70% dos pacientes com IC crônica⁶. Os aspectos fisiopatológicos da síndrome, assim como seu tratamento, alteram desde o desejo até a resolução do ato sexual, levando a insatisfação tanto do paciente, como de sua parceira, dificultando o relacionamento interpessoal e diminuindo a qualidade de vida⁶.

Ao traçar os diagnósticos de enfermagem relacionados à sexualidade, enfermeiros encontram dificuldade por não existir

uma escala que os norteie na avaliação clínica e tomada de decisão diagnóstica, diante da necessidade de encontrar fatores relacionados (etiologia) e características definidoras (sinais e sintomas) que limitam a função sexual dos mesmos⁴.

Em homens com IC, a situação é mais agravante, visto que a redução do fluxo sanguíneo para a região peniana e consequente baixa produção de óxido nítrico, neurotransmissor responsável pela ereção, atinge os aspectos vasculares e neurogênicos, respectivamente⁶. Assim, as fases de ereção e excitação ficam prejudicadas impedindo o ato sexual.

Em pacientes com IC, os aspectos emocionais afetam ambos os gêneros, mas a função sexual no homem, objeto deste estudo, são dependentes de uma série de fatores relacionados aos sistemas neurológico, cardiovascular, musculoesquelético e respiratório. Os homens com IC, podem apresentar perda da libido, dificuldades relacionadas à capacidade física para o esforço sexual, perda da ereção e excitação, mas apresentam dificuldade de expressar suas queixas⁷.

Nessa conjuntura, aponta-se a questão cultural, visto que, no modelo de masculinidade, o homem é considerado reservado e solitário no que se refere a suas experiências pessoais, ou quando muito superficial e prático, direcionado para ter atitudes e realizar atividades⁸.

Pela dificuldade de se observar a disfunção sexual de homens, e sua alta prevalência no âmbito da IC, esta se torna singular, assim como, os fatores que podem facilitar a sua observação e suas relações⁶. A necessidade de medir o observável conduz a construção de instrumentos de medidas. O

processo de medida é um sistema de correspondência entre o campo teórico e o campo empírico, que privilegia, dentre os fenômenos observáveis, apenas os que são mais relevantes para o conceito⁹. Portanto, a união entre os aspectos referentes ao fenômeno função sexual com a maneira adequada e precisa de medir, permitirá uma medida observável que poderá ser aplicada como uma ferramenta para avaliação da atitude do paciente frente a sua sexualidade.

Considera-se como atitude neste estudo, a concretização de uma intenção ou propósito, ou seja, um comportamento habitual. Neste estudo, a função sexual será considerada uma atitude, ou seja, uma tendência para reagir a estímulos físicos, biológicos, patológicos, sociais, psicológicos, espirituais e culturais, não diretamente observáveis.

Portanto, este estudo tem como objetivo construir e avaliar a Escala de Avaliação da Função Sexual de Homens com Insuficiência Cardíaca (EAFSH_IC). Acredita-se que esta escala trará meios objetivos para a avaliação dos domínios da sexualidade masculina, servindo de auxílio no estabelecimento do diagnóstico de enfermagem disfunção sexual - 00059¹⁰, possibilitando uma investigação precisa das respostas anormais e que repercutem na qualidade de vida dos mesmos.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo metodológico cuja proposta foi construir a Escala de Avaliação da Função Sexual em Homens com Insuficiência Cardíaca (EAFSH_IC). O estudo foi realizado em cinco fases e foi aprovado no comitê de ética e pesquisa do Hospital Universitário Antônio Pedro, Niterói/RJ, Brasil, sob n.º 411.757.

Fases Metodológicas		
Fase 1	Revisão Integrativa de Literatura	<p>Bases de dados utilizadas: Medline via Pubmed, Lilacs via BVS e o banco de teses brasileira.</p> <p>Termos MESCH utilizados: Heart Failure., Sexuality/sexual behavior, Questionnaires or Validation Studies.</p> <p>Delimitação Temporal: 2008 a 2010.</p> <p>Período de Coleta: Fevereiro e Março de 2014 (Atualizado em Março de 2018).</p> <p>Critérios de Inclusão: Artigos originais, dissertações e teses nos idiomas inglês, português e espanhol.</p> <p>Critérios de Exclusão: Artigos que não possuíam resumo, que referenciam disfunção sexual na doença renal, prótese peniana, câncer de próstata.</p>
Fase 2	Validação clínica das características definidoras do diagnóstico de enfermagem disfunção sexual (00059) da NANDA-I em pacientes com IC.	<p>Utilizando o Diagnóstico de Enfermagem Disfunção Sexual (00059)¹⁰ (que se encontra no domínio 8 – Sexualidade, descrito em publicação prévia¹¹), esta etapa foi realizada por observação e interação direta com o paciente que possivelmente apresentava este diagnóstico.</p> <p>Através do método Fehring¹², foi utilizada uma escala tipo Likert para obter a pontuação do item para cada característica e determinar as características definidoras de maior prevalência, de menor prevalência e irrelevantes, onde cada questão era pontuada entre 1 (muito pouco) e 5 (bastante) de acordo com a interferência da característica na sua vida pessoal.</p>
Fase 3	Comitê de Juízes	<p>Foi criado um comitê de juízes experts para elaboração das afirmativas da escala. O comitê foi composto por mestre em urologia, dois doutores em enfermagem, um doutor em ciências cardiovasculares, um mestre em ciências médicas e uma especialista em sexualidade humana.</p> <p>A partir de então, o estudo prosseguiu dentro do modelo proposto por Thrustone para construção da escala (9):</p> <ol style="list-style-type: none"> (1): Elaboração de um instrumento com o máximo de afirmativas sobre a função sexual de homens com IC; (2): Encaminhamento por e-mail para 150 juízes do grande comitê (selecionados através da plataforma lattes e diretórios de grupos de pesquisa) de um instrumento composto por duas partes: caracterização dos juízes e avaliação das afirmativas quanto a função sexual; (3): O valor de cada item nesta escala de onze posições foi obtido calculando-se a sua posição mediana para o conjunto de juízes. Os Quartis (Q1, Q2 e Q3) foram valores dados a partir do conjunto de observações ordenado em ordem crescente, que dividiram a distribuição em quatro partes iguais; (4): O valor escalar do item foi dado pelo Q2, ou seja, mediana (50% dos dados estão acima deste valor e 50% estão abaixo deste valor), e o coeficiente de ambiguidade é dado por Q3-Q1, onde Q3 é o valor que separa os 75% valores menores dos 25% valores maiores e o Q1 é o valor que separa os 25% menos dos 75% maiores. (5) Os valores assim obtidos para cada item foram verificados em relação à sua dispersão de julgamento entre os juízes. Itens sobre os quais os juízes estavam muito discordantes entre si, foram excluídos. Eliminam-se também os que têm pouca variabilidade, pois não discriminam opiniões. Foi escolhido dentre todos os itens aqueles que se apresentam equidistantes uns dos outros. Isto resultou em 20 itens que formaram a escala a ser usada.
Fase 4	Pré-teste	<p>Os pacientes foram recrutados em Outubro de 2014 e o pré-teste foi realizado com 15 pacientes.</p> <p>Critérios de inclusão: maiores 18 anos, do sexo masculino, lúcidos e orientados no tempo, espaço e pessoa, que conseguiram se expressar verbalmente e consentir formalmente em participar do estudo por meio da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Todos os pacientes são da Clínica de Insuficiência Cardíaca Coração Valente, da Universidade Federal Fluminense.</p> <p>Critérios de exclusão: pacientes com prótese peniana, uso de fármacos para tratamentos de doenças psiquiátricas (hipotensores, ansiolíticos e cimetidina), portadores de doença renal crônica e com obesidade mórbida, pois esses fatores levam a disfunção sexual o que causaria viés na pesquisa. Pacientes com diabetes mellitus não foram excluídos do estudo, visto que esta comorbidade está diretamente associada à IC.</p>

RESULTADOS**Revisão Integrativa**

Avaliando os 11 artigos quanto à origem, todos eles são provenientes de revisões

internacionais. As publicações internacionais foram, em sua maioria, escritas em língua inglesa (n=9) e duas em língua espanhola. A Figura 1 abaixo apresenta as

características de identificação das publicações quanto ao objetivo do estudo e causas da disfunção.

Figura 1. Característica dos estudos, Niterói/RJ, Brasil, 2018.

ARTIGO	OBJETIVO	CAUSAS
Samuels LE ¹³	Determinar as preocupações psicossociais e sexuais de pacientes alta do hospital.	Condições psicológicas
Bocchi EA ¹⁴	Correlacionar a testosterona níveis, com função cardíaca, hemodinâmica e capacidade de exercício.	Hormonal
Vlachopoulos C ¹⁵	Avaliar as causas de disfunção erétil no homem com doença cardiovascular.	Orgânicas e psicogênicas.
Freitas D ¹⁶	Avaliar se a melhora a disfunção sexual tem influência na melhoria da qualidade de vida.	Medicações
Vural A ¹⁷	Avaliar a terapia de ressincronização cardíaca na melhora da libido e da disfunção erétil.	Hormonal Psicológico
Alberti L ¹⁸	Analisar os mecanismos fisiopatológicos e descrever as abordagens terapêuticas para a atividade sexual.	Endotelial, Medicação Psicológico
Bank AJ ¹⁹	Verificar a melhora da atividade sexual em terapia de sildenafil e em uso de quinapril e atrovastatina.	Disfunção vascular
Hebert K ²⁰	Avaliar a prevalência da disfunção erétil em pacientes de diversas etnias.	Medicações
Driel AG ²¹	Identificar a necessidade de informação de parceiros acerca da disfunção sexual em homens com IC.	Psicológico Fisiológico
Steinke EE ²²	Descrever como deve ser o aconselhamento de paciente/parceiros na presença de disfunção sexual	Psicológico Físicos
Banks E ²³	Investigar a gravidade da disfunção erétil relacionado a doença cardiovascular	Endotelial Medicação

Fonte: Elaboração dos autores.

Validação clínica das características definidoras do diagnóstico de enfermagem disfunção sexual (00059) da NANDA-I em pacientes com IC

Das 20 características definidoras validadas, observou-se que 8 foram classificadas como de maior prevalência, 9 foram menos predominantes e 3 foram irrelevantes. As características definidoras de maior predominância foram relacionadas ao esforço físico e à apresentação da disfunção sexual com a doença e tratamento; aqueles classificados como de menor prevalência estavam relacionados à presença, ausência ou alteração de excitação, satisfação e interesse por outras pessoas. O cansaço, a dor e o medo relacionados ao esforço físico também foram referidos pelos pacientes desse grupo; aqueles classificados como irrelevantes estavam relacionados ao amor-pró-

prio e ao relacionamento com o cônjuge. Concluiu-se que as características definidoras apresentadas na NANDA-I são válidas para diagnosticar pacientes com insuficiência cardíaca crônica estável em acompanhamento ambulatorial, uma vez que estes são apresentados em um cenário clínico real¹⁷.

Comitê de Juízes

As 165 frases elaboradas foram analisadas por 30 juízes que tinham mediana de 5(3 - 8,75) anos de experiência com atendimento/pesquisa/ensino a pacientes com IC, sendo 16,7% doutores e 46,7% mestres. Destes juízes 70% tinham ao menos uma produção científica na área, 83,3% participam de grupos de pesquisa, 80% com base de formação profissional na área de enfermagem, e os demais se enquadravam como médicos, fisioterapeutas, nutricionistas e

psicólogos. Para analisar a fidedignidade da escala foi realizado uma pré-teste com 15 homens com IC.

Pré-teste

Foi realizado um pré-teste em 15 homens com IC para avaliar a confiabilidade da EAFSH_IC. Os valores do alfa de Cronbach encontra-se na tabela 1.

O alfa de Cronbach para os 20 itens da escala foi de 0,860 o que indica uma confiabilidade alta da escala.

DISCUSSÃO

Este estudo construiu a Escala de Avaliação da Função Sexual em Homens com IC (EAFSH_IC). Esta é composta por 20 frases sobre a função sexual destes pacientes e avalia desde o desejo sexual até os sinais e sintomas apresentados diante do ato sexual.

Tabela 1. Frases da EAFSH_IC com médias, desvio padrão, coeficiente de correlação total do item e os valores do Alfa de Cronbach quando cada item foi excluído.

ITENS DA ESCALA	ALFA DE CRONBACH
1. Não vontade de fazer sexo	0,862
2. Não excitado sexualmente	0,849
3. Não tenho ereção	0,852
4. Não consigo manter meu pênis ereto quando tenho vontade de fazer sexo	0,839
5. Fico frustrado quando não consigo transar	0,856
6. Quando iniciou o problema do coração percebi que a atividade sexual piorou	0,855
7. O problema de coração fez ter dificuldades em fazer sexo	0,847
8. Os medicamentos diminuem o desejo sexual	0,862
9. Quando uso os remédios não tenho ereção	0,845
10. Deixei de tomar os remédios para melhorar minha atividade sexual	0,866
11. Quando pratico sexo me sinto cansado	0,847
12. Quando tenho ereção me sinto cansado	0,848
13. Sinto falta de ar ao fazer sexo	0,840
14. Sinto dor no peito ao ter atividade sexual	0,855
15. Depois da insuficiência cardíaca o sexo não foi mais como antes	0,852
16. Quando pratico sexo sinto falta de ar	0,855
17. Não sinto desejo de manter a atividade sexual como antes da doença	0,849
18. Tenho medo de transar e morrer	0,860
19. Tenho medo de transar e me sentir mal	0,862
20. Acho que o sexo pode piorar minha doença	0,860

Fonte: *Elaboração dos autores.*

A princípio, tentando resguardar a privacidade e a veracidade das respostas, a escala deve ser preenchida pelo próprio paciente, no entanto, diante de sua incapacidade pode ser aplicada por um profissional da equipe de saúde, preferencialmente, enfermeiros em ambiente privativo. Além disso, diante do baixo nível de escolaridade dos pacientes com IC no Brasil e outros países subdesenvolvidos e do grande número de idosos acometidos pela síndrome, este estudo desenvolveu uma escala de Thrustone, na qual, o paciente avalia cada atitude, concordando (sim) ou discordando (não). A escala apresenta todas as fases da sexualidade: desejo, excitação, ejaculação e resolução.

Muitos fatores contribuem para o aparecimento e progressão da disfunção sexual, e a maioria deles são predominantes em pacientes com IC. As causas da alteração da função sexual em homens com IC incluem disfunção endotelial, presença de ateros-

clerose, intolerância ao exercício, uso de fármacos cardíacos, fatores psicogênicos e hormonais^{16,19}. Todos estes aspectos foram considerados para a construção e avaliação da EAFSH_IC.

Estudos afirmam que o baixo débito e a tolerância a exercícios estão diretamente relacionados a função sexual. A diminuição da libido e o aparecimento da disfunção erétil também pode ocorrer devido a depressão, ansiedade e medo de morrer^{16,17}. Portanto, todos estes aspectos devem ser investigados e associados as respostas obtidas na EAFSH_IC.

Um estudo observou uma melhoria na função erétil e no desempenho sexual de pacientes com IC por seis meses. A melhor tolerância ao exercício levou a uma maior autoconfiança, redução da ansiedade e diminuição do medo de morrer o que melhorou a função sexual destes pacientes¹⁷.

Na verdade, a diminuição da tolerância

ao exercício experimentado por muitos pacientes com IC leva a uma progressiva redução das atividades diárias. Esta redução, por sua vez, promove a falta de condicionamento físico, que pode afetar negativamente o estado clínico e contribuir para a intolerância ainda maior ao exercício nestes pacientes. Este círculo de ações e reações pode aumentar a disfunção sexual de homens com IC^{16,18}.

Associado a isso, pacientes com IC relatam preocupações com possíveis desencadeamentos de eventos cardiovasculares (Infarto Agudo do Miocárdio ou Acidente Vascular Cerebral) durante a atividade sexual, e como consequência estes se abstêm desta atividade¹⁸.

Pacientes com IC relatam que seus problemas sexuais começam a ficar significativos diante da doença e da terapêutica. Neste estudo, a característica definidora do diagnóstico de enfermagem disfunção sexual da

NANDA-I “limitações reais pela doença e pela terapia”, reafirmou a importância de um olhar diferenciado para a função sexual destes pacientes.

Nesse contexto, este estudo destaca a necessidade de uma avaliação clínica criteriosa do paciente com IC crônica com o intuito de verificar as limitações impostas pela doença e terapêutica afim de identificar as respostas aos aspectos fisiológicos, sociais, emocionais, espirituais e interacionais que estão sendo afetados. Além disso, ressaltou-se o papel importante do enfermeiro e outros profissionais da saúde em minimizar os efeitos colaterais da polifarmácia e diminuir os fatores que possam prejudicar a qualidade de vida e ocasionar o desinteresse pela terapêutica, de forma a diminuir a adesão. Geralmente, pacientes relatam uma diminuição da libido e dificuldade em atingir o orgasmo. Até 75% dos pacientes do sexo masculino podem relatar dificuldade

em obter e manter a ereção^{17,18,22}. Portanto, para facilitar a avaliação da função sexual é importante o uso de escalas objetivas capazes de identificar a causa do problema.

Alguns instrumentos analisam disfunções sexuais masculinas no contexto clínico, tais como, Quociente Sexual – versão masculina (QS-M), o Índice Internacional de Função Erétil (IIFE), a Escala de Auto eficácia Sexual – Função Erétil (SSES-E), Sexual Health Inventory for Man - Interrogatório de Saúde Sexual para os homens (SHIM) e a Escala de Experiência Sexual do Arizona (ASEX). No entanto, são focados na ereção e não avaliam outros aspectos da função sexual que possam estar prejudicados em pacientes com IC. O IIFE é o mais utilizado na prática clínica por ser um questionário de uso multiprofissional e verificar o aparecimento da disfunção sexual em homens com doenças crônicas, sendo composto de 15 questões que avaliam a função erétil através de escala Likert.

A EAFSH_IC, construída neste estudo, avalia atitudes relacionadas à função sexual do homem com IC e apesar de ter sido construída com o propósito de auxiliar enfermeiros no julgamento diagnóstico e planejamento de intervenções, pode ser utilizada por outros profissionais da equipe multiprofissional. Esta considera que a atividade sexual adequada inclui várias fases, que perpassa desde o desejo, a excitação (que nos homens corresponde a ereção), orgasmo e resolução. Quando ocorre alteração de qualquer uma das fases considera-se que há uma disfunção sexual o que vai alterar a qualidade de vida da pessoa acometida.

A EAFSH_IC questiona se o problema cardíaco influenciou no desejo sexual (frases 01 e 02). A primeira fase da atividade sexual é a fase do desejo e muitos pacientes com IC não conseguem ter libido devido principalmente a utilização de medicações^{15,17}.

O prejuízo da ereção também é questionado (frases 03 e 04). Esta pode ser influenciada por fatores vasculares, neurogênicos e emocionais^{16,18}. Se a diminuição do sexo deixa o homem frustrado. A baixa autoestima pode ocasionar abandono ao tratamen-

to e diminuição da qualidade de vida⁵.

Por ser específica para pacientes com IC, a escala também questiona se houve alteração na função sexual após o início da doença (frases 6, 7, 15 e 17). A IC altera a demanda de fluxo sanguíneo para região peniana o que pode levar ao aparecimento da disfunção sexual. Outro fator importante é a produção e fluxo de neurotransmissores²²⁻²⁴. Vale ressaltar que outras doenças crônicas como o diabetes, insuficiência renal também influenciam na prática sexual.

A influência do tratamento medicamentoso na função sexual é questionada nas frases 8 e 9. As medicações utilizadas no tratamento da IC comprometem principalmente a produção do neurotransmissor que alterará na função sexual. Outras medicações podem agir na primeira fase (desejo) e o homem não consegue sentir mais prazer¹⁵. Já a frase 10 aborda o abandono ao tratamento, pois já foi retratado na literatura que a disfunção sexual pode ser uma das causas da baixa adesão ao tratamento⁽¹⁸⁾.

As frases 11,12,13,14,16,18,19 e 20 são relacionadas a tolerância a atividade sexual e outros fatores que podem afetar aspectos emocionais. Uma metanálise verificou que existe uma associação significativa entre exercícios físicos e episódios cardíacos (risco relativo 3,45 para infarto agudo do miocárdio e 4,98 para morte súbita). A atividade sexual foi considerada uma atividade física de moderada intensidade. Durante a atividade sexual a frequência cardíaca excede 130 bpm e a pressão arterial sistólica pode se elevar até 170 mmHg em pacientes normotensos, o que pode gerar sintomas como palpitação, angina e dispneia²². Outras patologias e comorbidades podem contribuir a diminuição sexual²⁵. No entanto, não existem estudos que tenham verificado os impactos da atividade sexual em pacientes com IC, sendo que, sinais de cansaço e dispneia diante de esforço moderado podem desmotivar o paciente para a função sexual.

A EAFSH_IC tem o propósito de oferecer aos enfermeiros subsídios para uma avaliação precisa da função sexual de homens com IC, contribuindo para que seja elaborado diagnósticos de enfermagem



Crédito: Projetado por Can Stock Photo

acurados e intervenções direcionadas a causa da função sexual para o alcance de melhores resultados.

Apesar de ter sido elaborada com rigor metodológico e apresentar alta consistência interna, a EAFSH_IC tem como limitação a não realização de outros testes psicométricos, o que restringe a priori sua utilização na prática clínica. Estes testes estão em andamento e subsidiarão a mensuração do nível de disfunção sexual de pacientes homens

com IC no futuro.

CONCLUSÃO

A Escala de Avaliação da Função Sexual de Homens com Insuficiência Cardíaca, construída neste estudo, se apresenta como uma ferramenta para enfermeiros e demais profissionais da equipe de saúde identificarem objetivamente a disfunção sexual de homens com IC. Suas afirmativas se relacionam ao conteúdo encontrado na literatura

e na prática clínica de enfermeiros e foi construída por expertises na área. Portanto, suas afirmativas incluem especificidade quanto as alterações na função sexual sob os aspectos vasculares, neurológicos, farmacológicos e psicológicos destes pacientes. Está apta para ser testada psicometricamente em homens com IC no intuito de subsidiar a identificação das causas da disfunção sexual e o planejamento de intervenções para a resolução da mesma. ■

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Informática do SUS, DATASUS. Base de dados das Informações de Saúde: Morbidade hospitalar do SUS – por local de internação. Brasil: Ministério da Saúde, 2018.
2. Bocchi EA, Marcondes-Braga FG, Bacal F, Ferraz AS, Albuquerque D, Rodrigues DD, et al. Updating of the Brazilian guidelines for chronic heart failure - 2012. *Arq Bras Cardiol.* 2012; 98(1 Suppl1):1-33.
3. Yancy CW, Jessup M, Bozkurt B, Butler J, Casey DE, Drazner MH, et al. 2013 ACCF/AHA guideline for the management of heart failure: executive summary: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on practice guidelines. *Circulation.* 2013; 128(16):1810-52.
4. Moiro, EMC. Consulta de enfermagem ao doente idoso com insuficiência cardíaca. [Dissertação]. Lisboa, Portugal: ESEL; 2013.
5. Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, Beuno H, Cleland JGF, Coats AJS, et al. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *Eur j heart fail.* 2016; 18: 891–975.
6. Jaarsma T, Fridlund B, Mårtensson J. Sexual Dysfunction in Heart Failure Patients. *Curr Heart Fail Rep.* 2014; 11(3):330-6.
7. Mulhall JP, Luo X, Zou KH, Stecher V, Galaznik A. Relationship between age and erectile dysfunction diagnosis or treatment using real-world observational data in the USA. *Int J Clin Pract.* 2016; 70:1012-8.
8. Arruda GO, Corrêa ACP, Marcon SS. Compreensão sobre as necessidades de saúde de homens adultos: perspectiva masculina. *Rev RENE.* 2018; 19:e3290.
9. Lucian R, Dornelas JS. Mensuração de Atitude: Proposição de um Protocolo de Elaboração de Escalas. *Rev RAD.* 2015; 19(3):157-77.
10. Herdman TH, Kamitsuru SE. Nanda International. *Nursing Diagnoses 2018-2020: Definitions and Classification.* Oxford: Wiley Blackwell; 2014.
11. Silva VA, Cavalcanti ACD, Souza RO, Martins WA, Rosa JMC. Estudo observacional de validación clínica del diagnóstico de enfermería de disfunción sexual en pacientes con insuficiencia cardíaca crónica. *Av enferm.* 2014; 32(2): 252-60.
12. Fehring R. The Fehrig model: Classification of nursing diagnosis proceedings of death coferece. Philadelphia: Limppineett; 1994.
13. Samuels LE, Holmes EC, Petrucci R. Psychosocial and sexual concerns of patients with implantable left ventricular assist devices: a pilot study. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 2004; 127(5):1432-5.
14. Bocchi EA, Carvalho VO, Guimarães GV. Inverse Correlation between Testosterone and Ventricle Ejection Fraction, Hemodynamics and Exercise Capacity in Heart Failure Patients with Erectile Dysfunction. *Int Braz J Urol.* 2008; 34(3):302-10.
15. Vlachopoulos C, Jackson G, Stefanadis C, Montorsi P. Erectile dysfunction in the cardiovascular patient. *Eur Heart J.* 2013; 34(27):2034-46.
16. Freitas D, Athanzio R, Almeida D, Dantas N, Reis F. Sildenafil improves quality of life in men with heart failure and erectile dysfunction. *Int J Impot Res.* 2006; 18(2):210-2.
17. Vural A, Agacdiken A, Celikyurt U, Culha M, Kahraman G, Kozdag G, Ural D. Effect of cardiac resynchronization therapy on libido and erectile dysfunction. *Clin Cardiol.* 2011; 34(7):437-41.
18. Alberti L, Torlasco C, Lauretta L, Loffi M, Maranta F, Salonia A, Margonato A, Montorsi F, Fragasso G. Erectile dysfunction in heart failure patients: a critical reappraisal. *Andrology.* 2013; 1(2):177-91.
19. Bank AJ, Kelly AS, Kaiser DR, Crawford WW, Waxman B, Schow DA, Billups KL. The effects of quinapril and atorvastatin on the responsiveness to sildenafil in men with erectile dysfunction. *Vasc Med.* 2006; 11(4):251-7.
20. Hebert K, Lopez B, Castellanos J, Palacio A, Tamariz L, Arcement LM. The prevalence of erectile dysfunction in heart failure patients by race and ethnicity. *Int J Impot Res.* 2008; 20:507-11.
21. Driel AG, Hosson MJ, Gamel C. Sexuality of patients with chronic heart failure and their spouses and the need for information regarding sexuality. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2014; 13(3):227-34.
22. Steinke EE. How can heart failure patients and their partners be counseled on sexual activity? *Curr Heart Fail Rep.* 2013; 10(3):262-9.
23. Banks E, Joshy G, Abhayaratna WP, Kritharides L, Macdonald PS, Korda RJ, et al. Erectile Dysfunction Severity as a Risk Marker for Cardiovascular Disease Hospitalisation and All-Cause Mortality: A Prospective Cohort Study. *PLOS Medicine.* 2013; 10(1): e1001372.
24. Alberti L, Torlasco C, Lauretta L, Loffi M, Maranta F, Salonia A, et al. Erectile dysfunction in heart failure patients: a critical reappraisal. *Andrology.* 2013; 1(2):177-91.
25. Quijada PDS, Fernandes PA, Rams SB, Santos BMO. Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer de próstata. *Rev Cuid.* 2017; 8(3):1826-38.

Oficina interativa com idosas: relato de experiência

RESUMO

O objetivo deste estudo é relatar a experiência vivenciada por uma enfermeira, referente a utilização da oficina interativa com idosas sobre o processo de envelhecimento. Trata-se de um estudo de relato de experiência realizado com idosas em espaço para idosos em uma universidade federal, através de uma oficina de educação em saúde. Para vivenciar um envelhecimento saudável, os idosos têm a necessidade de autoconhecer-se e respeitar as fases da vida, que é potencializado mediante participação em atividades em grupo com interação e troca de conhecimentos e experiências quanto ao autocuidado. Assim, as oficinas são estratégias interativas que favorecem a reflexão e promoção da saúde a partir das necessidades emergentes de idosos.

DESCRITORES: idoso; educação em saúde; enfermagem.

ABSTRACT

The aim of this study is to report the experience of a nurse, regarding the use of the interactive workshop with the elderly about the aging process. This is an experience report study with elderly women in a space for the elderly in a federal university, through a health education workshop. In order to experience a healthy aging, the elderly need to know themselves and respect the phases of life, which is enhanced through participation in group activities with interaction and exchange of knowledge and experiences regarding self-care. Thus, the workshops are interactive strategies that promote reflection and health promotion based on emerging needs of the elderly.

DESCRIPTORS: elderly; health education; nursing.

RESUMEN

El objetivo de este estudio es relatar la experiencia vivida por una enfermera, referente a la utilización del taller interactivo con ancianas sobre el proceso de envejecimiento. Se trata de un estudio de relato de experiencia realizado con ancianas en espacio para ancianos en una universidad federal, a través de un taller de educación en salud. Para vivir un envejecimiento saludable, los ancianos tienen la necesidad de autoconocerse y respetar las fases de la vida, que es potencializado mediante participación en actividades en grupo con interacción e intercambio de conocimientos y experiencias en cuanto al autocuidado. Así, los talleres son estrategias interactivas que favorecen la reflexión y promoción de la salud a partir de las necesidades emergentes de ancianos.

DESCRIPTORES: anciano; educación en salud; enfermería.

Fernanda Figueiredo de Souza e Souza

Enfermeira. Mestranda em Ciências do Cuidado em Saúde na Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense. Niterói, Rio de Janeiro, Brasil.

Fátima Helena do Espírito Santo

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Associada do Departamento de Enfermagem Médico-cirúrgica da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense. Niterói, Rio de Janeiro, Brasil.

Thiago Doria Rego

Enfermeiro. Especialista em pediatria pelo Instituto Nacional da Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

Luiz dos Santos

Enfermeiro. Professor Adjunto Departamento Enfermagem Médico Cirúrgico - EEAAC-UFF.

Anna Beatriz Vieira da Fonseca

Enfermeira especialista em enfermagem Gerontológica - UFF

INTRODUÇÃO

O Brasil vem atravessando uma transição demográfica e epidemiológica causada pela diminuição dos índices de morte na infância e aumento da expectativa de vida. Isso é consequência de políticas urbanas de saúde pública (higiene, vacinação, e outras campanhas sanitárias), da nova estrutura familiar, na qual houve uma redução na taxa de fecundidade por meio do uso dos métodos contraceptivos e esterilização da mulher em fase reprodutiva, além dos avanços tecnológicos que aumentaram a sobrevivência daqueles que morriam ao nascer¹.

Este fenômeno causa o envelhecimento populacional, cujo envelhecer é e deve ser tratado como um processo natural e contínuo, comum a todas as pessoas. Porém, a população idosa está sendo composta, em sua maioria, por mulheres. Isso se caracteriza por um fenômeno chamado feminização da velhice².

Ao longo desta história, a mulher e o homem foram colocados em posições diferentes, sendo o homem provedor e a mulher responsável pelo cuidado do lar e da família. Nesse contexto, com o passar dos anos a mulher foi conquistando seu espaço no campo profissional e se tornando, muitas vezes, responsável pelo sustento e manutenção do lar. Com isso, ela passou a assumir duplas jornadas de trabalho expondo-se a riscos e agravos de saúde, com ênfase na saúde mental³.

Por outro lado, Senicato, Lima e Barros⁴ trazem em seu estudo com mulheres, as quais trabalham fora de casa, que mesmo com a dupla jornada, apresentam melhores condições de saúde do que as donas de casa. Pois, ao estarem inseridas no mercado de trabalho essas mulheres conseguem mudar sua rotina estando em constante atividade, estimulando a mente e, principalmente, interagindo com outras pessoas, enquanto as donas de casa seguem uma rotina mais restrita, limitando-se aos cuidados da casa.

Com essa mudança do cenário e o papel na mulher dentro da sociedade, foi preciso rever a estrutura das políticas destinadas à saúde da mulher. Uma vez que se englobava o perfil materno-infantil com foco princi-

pal na gestação e puerpério, partiu-se para um olhar integral dessa mulher, em todos os ciclos da vida⁵.

Essa atenção à saúde da mulher ganha maior visibilidade com a implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), a qual contempla os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS): universalidade, equidade e integralidade. Nesse sentido, esse espaço caracteriza-se como o ambiente no qual o olhar biomédico é deixado de lado, passando para um olhar amplo no contexto das necessidades em saúde das usuárias, através das medidas de promoção e prevenção da saúde⁶.

As mulheres são figuras assíduas nos serviços de saúde, estão em busca da manutenção da saúde e bem-estar tanto para elas quanto para os familiares. Elas apresentam necessidades que permeiam tanto o contexto biológico quanto o contexto social, como por exemplo a violência contra a mulher. Seguindo esse contexto, a atualidade vivencia uma proporção elevada de mulheres idosas, o que confere uma nova demanda de necessidades que requerem atenção^{6,7}.

Entretanto, o estudo de Silva⁸ aponta que, apesar da implantação de políticas destinadas à saúde da mulher e à saúde do idoso, nenhuma delas apresenta uma atenção direcionada às mulheres idosas. Tendo em vista que ambas deveriam englobar o sujeito em sua integralidade, elas acabam apresentando o idoso como um usuário sem as necessidades distintas de cada sexo e uma mulher que não envelhece.

As mulheres idosas costumam procurar os serviços de saúde em busca de atividades extras, como: atividade física, artesanato, rodas de conversa e não necessariamente para cuidados clínicos. É possível relacionar este acontecimento às perdas que tiveram ao longo desse processo, seja a perda do conjuge, ausência dos familiares mais próximos, círculo de amizade reduzido. Elas buscam por esse acolhimento afim de se manterem conectadas com a sociedade⁹.

Em contrapartida, os serviços de saúde, em suas estruturas física e profissional, não estão preparados para receber essa demanda, permeando ainda pelo modelo biomédico, o qual visa a clínica do paciente e não

as singularidades⁹.

Nesse contexto, surgem os grupos de convivência, contribuindo nesse processo de envelhecer ativamente e com qualidade, uma vez que esse espaço se destina a participação de idosos em atividades que envolvem troca de conhecimento, atividades físicas e atividades de lazer promovendo diretamente a inserção social desses idosos. Com isso, os grupos de convivência resgatam nos idosos a autonomia interferindo diretamente na autoestima, o que vai gerar maior adesão às atividades propostas^{10,11}.

Segundo Toldra¹² as atividades em grupo estimulam o indivíduo participante a tornar-se o agente da própria mudança. Por meio dela é possível o reconhecimento das necessidades subjetivas e coletivas do indivíduo, o que permite a construção do cuidado em saúde, contribuindo para a superação do modelo biomédico e uma alternativa prevista pelas políticas públicas para a promoção de saúde.

A promoção da saúde é descrita na Carta de Ottawa (1986) como “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle desse processo.” Nesse sentido, a enfermagem gerontológica apresenta a promoção da saúde como um processo em que as pessoas recebem apoio para poderem ter controle sobre os fatores que possam afetar sua saúde^{13,14}.

Alguns estudos apontam a educação em saúde como uma importante aliada da promoção da saúde, pois levam em consideração que atividades educativas promovem um efeito positivo no cuidado do indivíduo, ou seja, a partir das ações educativas, os usuários melhoram a qualidade de vida e saúde. Com isso, a educação em saúde se torna uma estratégia de promoção da saúde¹⁵.

Partindo desse ponto, as ações educativas direcionadas aos idosos buscam a manutenção da saúde através das mudanças no estilo de vida que gerarão qualidade e bem-estar por meio de atividade que estimularão reflexões, trocas de conhecimento e construção de novos saberes, em um ambiente onde os usuários apresentam

interesses comuns, o que torna o ambiente acolhedor¹⁶.

No contexto educativo, destaca-se a utilização de oficinas como método de fazer educação em saúde. Segundo Lacerda¹⁷, as oficinas permitem que haja uma troca de saberes entre os participantes e facilitadores, sendo realizada de forma horizontal, ou seja, não existe um único saber, todos a partir de seus conhecimentos particulares construíram um novo saber.

Com isso, a aplicação de oficinas educativas com idosos permite que os mesmos vislumbrem o vasto campo de temáticas relacionadas à saúde do idoso, não se limitando a questões físicas e patológicas. Dessa maneira, essa atividade proporciona aos idosos maior interação social a partir de interesses comuns¹⁸.

Diante do exposto, o presente estudo objetivou relatar a experiência vivenciada por uma enfermeira, referente a oficina a qual abordou o processo de envelhecimento em um grupo de idosas que frequenta um espaço social, localizado em uma universidade federal.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de relato de experiência, descrito por uma enfermeira que atua em um espaço para idosos de uma universidade federal, referente a oficina oferecida sobre o processo de envelhecimento.

O espaço é destinado a trabalhadores aposentados e idosos da região. Com os objetivos de: analisar as políticas sociais e as questões relacionadas ao envelhecimento da população brasileira; possibilitar processos participativos de reflexão sobre as questões sociais e do cotidiano que se relacionam com os idosos ou que envolvam o envelhecimento humano nas diferentes situações sociais e, também, facilitar aprendizados e trocas de experiências entre a equipe e participantes, na perspectiva da organização social e política dos idosos frente aos direitos sociais.

O ambiente contém um espaço aberto, onde ocorre aulas de danças, palestras, oficinas de memória e outras que abordam os cuidados com esse grupo. Ao seu entorno, contém 5 salas, onde são realizadas consul-

tas de enfermagem, nutrição, serviço social, terapia ocupacional e auriculoterapia. Além de aulas dentro do campus, como informática e língua estrangeira. Seu funcionamento é de 8h às 16h, atendendo com horário marcado os idosos cadastrados no espaço, os quais não possuem atividades no mesmo horário. A coordenação controla esses cadastros, pois o número de profissionais é limitado e não há a mesma atividade todos os dias da semana. Assim, acaba ocasionando certa ansiedade em alguns idosos, os quais falarão diretamente com o profissional e pedir um encaixe na agenda.

Apesar de ser um ambiente para idosos se manterem ativos em diversos horários durante a semana, não consegue suprir todas as suas necessidades, pois o volume de atendimentos apenas cresce e o espaço físico não. Com isso, a coordenadora é obrigada a limitar atividades cadastradas por idoso, para que todos possam usufruir do espaço ao máximo. Desde então, foi necessário ter oficinas mensais para que possam atendê-los em grupo, promovendo o autoconhecimento, conseqüentemente, o autocuidado e a diminuição da ansiedade pelos atendimentos.

Nesse contexto, surgiu a oportunidade de elaborar uma oficina, a qual foi dividida em dois momentos. No primeiro momento foi feita a apresentação da facilitadora e das participantes da oficina. Em seguida, para tornar o espaço mais acolhedor e sensibilizar o grupo quanto à temática, inicialmente foi realizada a dinâmica do espelho em que dentro de uma caixa de papelão com tampa colocou-se um espelho e cada participante ao abrir a caixa via sua própria imagem e descrevia o que via, sua própria imagem.

Posteriormente, em um círculo de cadeiras, as participantes eram incentivadas a falar sobre o que entendiam por envelhecimento e como se sentiam nesta fase da vida, o que possibilitou abrir um espaço para discussão sobre o processo de envelhecimento, envolvendo questões relacionadas as trajetórias de vida, exposição de dúvidas e curiosidades acerca de saúde e cuidados para promoção da saúde.

No segundo momento, seguindo o tema proposto pelas próprias participantes, rea-

lizou-se uma exposição e discussão sobre o autoconhecimento e sua importância para saúde, nas quais as participantes trouxeram suas experiências.

Diante disso, a oficina guiada pelos próprios participantes mostrou-se extremamente importante para o autoconhecimento e para o espaço, cujo qual necessitava de um local onde os idosos pudessem se expressar sobre angústias, medos, saúde, amizade, viagens e outras propostas além de doença.

DISCUSSÃO

O espaço é composto por idosos, em sua maioria mulheres, as quais apenas elas participaram desta dinâmica. Estas não apresentam ou apresentam poucas debilidades físicas e mentais. Elas estão sempre presentes nas atividades desenvolvidas, buscando se ocupar ao máximo, para promover sua independência, autonomia e capacidade funcional.

A dinâmica trabalhada foi pensada na autodescoberta. Foi através da dinâmica do espelho ser possível captar a maneira como as idosas se veem, o que contribui para estimular a valorização da própria imagem a partir de um encontro consigo mesma.

Durante o momento da dinâmica, as idosas expressaram diferentes formas como viam a sua imagem, não se limitando ao corpo físico, mas aos sentimentos que aquela imagem traduzia. Elas demonstraram por meio das palavras associações a visão religiosa, autoestima, autoimagem e autoconhecimento.

Para Moreira¹⁹, ao olhar-se no espelho a imagem que se reflete é do corpo real e físico, dentro de um contexto positivo e negativo, porém essa imagem recebe influências internas e externas, ou seja, os sentimentos pessoais e o olhar social acerca dessa imagem resultam em um desencontro sobre o que ela vê e o que ela quer que o outro veja.

Isso demonstra como as pessoas envelhecem e vivenciam o processo de envelhecimento de maneira diferente de acordo com suas experiências individuais. Para muitos é hora de parar, para outros esse é o momento de seguir em frente e aproveitar as oportunidades, dessa forma constrói-se

a imagem do sujeito. Menezes, Brito, Oliveira e Pedraza²⁰ apontam que a percepção que o idoso tem de seu corpo é um reflexo mental da imagem que ele tem de si.

As pessoas envelhecem desde o nascimento e os hábitos adotados ao longo da vida influenciarão em como vai envelhecer, isso inclui, inclusive, a forma que o sujeito vai vivenciar as alterações decorrentes desse processo²¹.

Neste contexto, é preconizado o envelhecimento ativo, o qual busca otimizar a saúde, a participação e segurança visando a qualidade de vida ao longo do processo de envelhecimento. Alinhando o bem-estar físico, mental e social, uma vez que envelhecer ativamente não se limita ao corpo físico, mas em sua participação em todos os campos da sociedade²².

Observa-se que as participantes da oficina procuram o espaço a fim de se inserir em um ambiente que proporciona o contato com outras pessoas e diferentes atividades. Elas aproveitam o que o programa oferece, desde conhecer e viver com outras pessoas à educação com aulas de informática, língua estrangeira, atividades físicas, culturais contribuindo para o envelhecimento ativo.

Segundo Schoffen e Santos²³, a participação em grupos de convivência contribui para o envelhecimento ativo, uma vez que esses espaços permitem aos idosos interação e liberdade para expor suas dificuldades.

Dessa maneira, a inserção em grupos permite aos idosos a construção de uma base que vão guiá-los durante o processo de envelhecimento, gerando vínculos e vivências com outras pessoas, no qual eles encontram uma referência sabendo que tem para onde ir, e onde são acolhidos¹¹.

Uma das estratégias de promover saúde são as ações educativas que podem ser feitas individualmente e/ou coletivamente através das atividades em grupos como as oficinas de educação em saúde.

As oficinas de educação em saúde emergem como uma estratégia de construir saberes de forma coletiva, que visam a prevenção de doenças e promoção da saúde dos participantes, em que cada um pode trazer o seu conhecimento sobre a temática em discussão e juntos formarem um novo

conhecimento. Além de promover a interação entre os idosos, estimular a memória, as oficinas desenvolvem o pensamento crítico-reflexivo sobre as temáticas abordadas¹⁸.

Durante a oficina, as idosas se dispuseram em círculo, permitindo maior troca entre elas e a facilitadora, ou seja, elas tiveram voz e protagonizaram a discussão trazendo seus pontos de vista e conhecimentos. Essa liberdade foi construída a partir do momento em que a facilitadora se colocou acessível e disposta a ouvir, respeitando o conhecimento e os interesses de cada um.

O profissional de saúde o qual destaca-se para esse olhar mais humano e a escuta qualificada, é o enfermeiro, o qual tem um importante papel na disseminação de informações relevantes à saúde com o objetivo de promover a saúde e prevenir riscos e agravos à população. Ele é um educador em potencial das necessidades que seu público demanda, levando-os a um processo de reflexão e os tornando protagonistas do próprio cuidado¹⁸.

Ao longo da oficina, as idosas expuseram seus conhecimentos sobre o exame preventivo ginecológico e se propuseram a ouvir o que cada uma tinha para falar. Para elas, esse momento de troca de conhecimentos significa que podem participar ativamente de discussões relacionadas a saúde e bem-es-

tar. Poder dialogar, expor suas experiências para o grupo desperta nas idosas um sentido de autonomia e independência.

Em seu estudo, autores destacam que a realização de atividades com idosos através de encontros em grupos com intuito de promover a saúde e prevenir doenças potencializa nos idosos a capacidade de responderem pelo seu cuidado, no qual são conscientizados quanto suas necessidades de saúde e seus direitos quanto cidadãos, que resulta em seu empoderamento²⁴.

O empoderamento permite ao sujeito tornar-se protagonista da própria história, através de conhecimentos que edificam seus valores, além de construir um pensamento crítico e reflexivo sobre quem são, seus desejos e anseios, direitos e deveres. Através de oficinas temáticas, encontros, reuniões é possível promover este empoderamento²⁵.

Sendo assim, as oficinas de educação em saúde representam uma estratégia utilizadas pelos enfermeiros a fim de promover o cuidado do sujeito em um contexto coletivo de forma dinâmica e atrativa, fazendo com que os participantes se sintam acolhidos e livres para expor seus conhecimentos e experiências e atuando na construção de um novo conhecimento.

Em seu estudo, Gurgel²⁶ aponta o enfermeiro como o profissional comprometido



Crédito: Projetado por Can Stock Photo

em promover saúde e qualidade de vida nos sujeitos que buscam os serviços de saúde, uma vez que os enfermeiros estão presentes em todos os momentos da assistência, desde as consultas individuais às atividades em grupos realizando oficinas educativas. Sendo assim, é um potencial facilitador e precursor de mudanças.

CONCLUSÃO

A oficina realizada com as idosas caracte-

terizou um momento privilegiado de troca de saberes e promoção da saúde através do autoconhecimento como dispositivo no ato de ter e fazer saúde, encarando o envelhecimento como um ciclo de possibilidades e não de limitações. Dessa forma, as ações educativas pautadas sempre no interesse dos sujeitos ou nas necessidades que os mesmos demandam facilitam a realização das atividades, pois eles trazem para discussões situações da sua vida diária, e desperta

o maior interesse entre eles.

A enfermagem exerce um importante papel de educador e facilitador na construção de novos conhecimentos através das atividades educativas, promovendo a saúde e um espaço de convivência aos idosos. Através de sua acessibilidade e disponibilidade o enfermeiro atende as necessidades dos sujeitos visando seu crescimento individual e social, tornando-os protagonistas do próprio cuidado. ■

REFERÊNCIAS

1. Saad PM. Envelhecimento populacional: demandas e possibilidades na área de saúde. *Séries Demográficas*. 2016; 3:153–166.
2. Nicodemo D, Godoi MP. Juventude dos anos 60-70 e envelhecimento: estudo de casos sobre feminização e direitos de mulheres idosas. *Revista Ciência em Extensão*. 2010; 6:40–53.
3. Silva DM da, Lima A de O. Mulher, trabalho e família na cena contemporânea. *Contextos Clínicos*. 2012; 5:45-51.
4. Senicato C, Lima MG, Barros MB de A. Ser trabalhadora remunerada ou dona de casa associa-se à qualidade de vida relacionada à saúde? *Cad Saúde Pública*. 2016; 32: e00085415.
5. Lima CT, Pena KMF, Fonseca MP, et al. Análise das políticas públicas em saúde da mulher: uma revisão da literatura. *Revista Digital*. 2014; 19(197).
6. Oliveira RNG, Fonseca RMGS. Necessidades em saúde: a interface entre o discurso de profissionais de saúde e mulheres vitimizadas. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2015; 23:299–306.
7. Fernandes LTB, Abreu SS, Romão TA, et al. Atuação do enfermeiro no gerenciamento do programa de assistência integral à saúde da mulher. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*. 2016; 20:219–226.
8. Silva LCS, Cunha LP, Carvalho SM, et al. Necessidades de saúde da mulher idosa no contexto da atenção básica: revisão integrativa. *Enfermería Global*. 2015; 14:375–413.
9. Medeiros SG, Morais FRR. Organização dos serviços na atenção à saúde da idosa: percepção de usuárias. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2015; 19:109–120.
10. Andrade AN, Nascimento MMP, Oliveira MMD, et al. Percepção de idosos sobre grupo de convivência: estudo na cidade de Cajazeiras-PB. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 2014; 17:39–48.
11. Wichmann FMA, Couto AN, Areosa SVC, et al. Grupos de convivência como suporte ao idoso na melhoria da saúde. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 2013; 16:821–832.
12. Toldrá RC, Cordone RG, Arruda B de A, et al. Promoção da saúde e da qualidade de vida com idosos por meio de práticas corporais. *O Mundo da Saúde*. 2014; 38:159–168.
13. Organização Mundial da Saúde. Carta de Ottawa - Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. 1986.
14. Rinaldi FC, Campos MEC, Lima SS, et al. O papel da enfermagem e sua contribuição para a promoção do envelhecimento saudável e ativo. *Revista Eletrônica Gestão e Saúde*. 2013; 4:2326–2338.
15. Janini JP, Bessler D, Vargas AB. Educação em saúde e promoção da saúde: impacto na qualidade de vida do idoso. *Saúde Debate*. 2015; 39:480–490.
16. Figueiredo MFS, Messias RB, Pereira KG, et al. Grupos educativos para idosos na Estratégia Saúde da Família: uma nova perspectiva. *Renome*. 2014; 3:162–169.
17. Lacerda ABM, Soares VMN, Goncalves CGO, et al. Oficinas educativas como estratégia de promoção da saúde auditiva do adolescente: estudo exploratório. *Audiology - Communication Research*. 2013; 18:85–92.
18. Cabral JR, Alencar DL, Vieira JCM, et al. Oficinas de educação em saúde com idosos: uma estratégia de promoção da qualidade de vida. *Revista Enfermagem Digital Cuidado e Promoção da Saúde*. 2015; 1:71–75.
19. Moreira JO. Imagem corporal e envelhecimento: Vicissitudes de uma tragédia moderna. *Psicologia Argumento*. 2012; 30(71):631-637.
20. Menezes TN, Brito KQD, Oliveira ECT, et al. Percepção da imagem corporal e fatores associados em idosos residentes em município do nordeste brasileiro: um estudo populacional. *Ciência Saúde Coletiva*. 2014; 19:3451–3460.
21. Galeno LS, Chariglione IPFS, Sallorenzo LH, et al. O idoso na mídia do Distrito Federal: perdas e ganhos no envelhecimento. *Revista de Psicologia da IMED*. 2018; 10:22–35.
22. Organização Mundial da Saúde. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2005.
23. Schoffen LL, Santos WL. A importância dos grupos de convivência para os idosos como instrumento para manutenção da saúde. *Revista de Divulgação Científica Sena Aires*. 2018; 7:160-170.
24. Finger D, Gomes AM, Schroder JD, et al. Promoção da saúde e prevenção de doenças: idosos como protagonistas desta ação. *Revista de Enfermagem*. 2015; 11: 80–87.
25. Fonseca CA. A importância da oficina de participação e cidadania no empoderamento e protagonismo da pessoa idosa. *Revista Longevidade*. 2016; 50(VII).
26. Gurgel MGI, Alves MDS, Moura ERF, et al. Health promotion in the context of family health strategy: conceptions and practices of nurse. *Esc Anna Nery*. 2011; 15:610–615.

Características clínicas de pacientes do núcleo de atenção à saúde da pessoa estomizada: um estudo descritivo

RESUMO

Trata-se de um estudo descritivo sobre o perfil social e clínico de paciente estomizados intestinais, cadastrados em um Núcleo de Atenção à Saúde da Pessoa Estomizada situado em um município do Estado do Rio de Janeiro, que objetivou em analisar a característica clínica do paciente estomizado intestinal cadastrado no Núcleo de Atenção à Saúde da Pessoa Estomizada. A amostra deste estudo foi composta por 32 participantes, residentes em casa própria com familiares. A pessoa estomizada é todo aquela que é subordinado a uma intervenção cirúrgica com exteriorização do sistema digestório, respiratório e urinário. Conclui-se que, diante da predominância de pacientes estomizados intestinais por câncer colorretal, torna-se relevante adequar as atividades de promoção e prevenção à saúde, da população de forma geral, visando oferecer subsídios de informações para minimizar os fatores modificáveis, que expõe e deixa o indivíduo mais suscetível ao câncer, que visa o alcance da reabilitação física e psicossocial, conjuntamente com a manutenção do seguimento oncológico adjuvante e outras necessidades relacionadas ao comprometimento clínico desta clientela.

DESCRITORES: estomia; enfermagem; perfil de saúde.

ABSTRACT

This is a descriptive study about the social and clinical profile of intestinal stomatal patients, enrolled in a Health Care Center for people with ostomies located in a city of the State of Rio de Janeiro, which aimed to analyze the clinical characteristics of such patients registered in the Center for Health Care of People with Ostomies. The sample of this study was composed of 32 participants, living in their own house with relatives. These patients consist of people who underwent a surgical intervention that exteriorized the digestive, respiratory and urinary system. It is concluded that, due to the predominance of patients with intestinal ostomies due to colorectal cancer, it is relevant to adjust health promotion and prevention activities to the general population, in order to provide information subsidies to minimize modifiable factors, which expose and makes the individual more susceptible to cancer, which aims at the achievement of physical and psychosocial rehabilitation, together with the maintenance of adjuvant cancer follow-up and other needs related to the clinical commitment of this clientele.

DESCRIPTORS: ostomy; nursing; health profile.

RESUMEN

Se trata de un estudio descriptivo sobre el perfil social y clínico de paciente estomizados intestinales, registrados en un Núcleo de Atención a la Salud de la Persona Estomizada situado en un municipio del Estado de Río de Janeiro, que objetivó en analizar la característica clínica del paciente estomizado intestinal registrado en el Núcleo de Atención a la Salud de la Persona estomizada. La muestra de este estudio fue compuesta por 32 participantes, residentes en casa propia con familiares. La persona estomizada es toda aquella que está subordinada a una intervención quirúrgica con exteriorización del sistema digestivo, respiratorio y urinario. Se concluye que, ante el predominio de pacientes estomizados intestinales por cáncer colorretal, se torna relevante adecuar las actividades de promoción y prevención a la salud, de la población de forma general, con el objetivo de ofrecer subsidios de información para minimizar los factores modificables, que expone y que deja al individuo más susceptible al cáncer, que busca el alcance de la rehabilitación física y psicossocial, junto con el mantenimiento del seguimento oncológico adjuvante y otras necesidades relacionadas al compromiso clínico de esta clientela.

DESCRIPTORES: estomia; enfermería; perfil de salud.

Wanderson Alves Ribeiro

Enfermeiro. Docente do Curso de Graduação e Pós-Graduação em Enfermagem da UNIG. Preceptor Acadêmico do Curso de Graduação em Enfermagem da Uniabeu. Mestre pelo Programa Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde pela EEAAC/UFF. Pós-Graduado em Alta Complexidade (UNIGRANRIO); Saúde da Família (UNIRIO); Informática em Saúde (UNIFESP); Nefrologia Multidisciplinar (UERJ); Gestão de Redes e Atenção à Saúde (FIOCRUZ); Pediatria e Neonatologia (FAVENI).

Marilda Andrade

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Vice-Diretora, Professora Associada Escola de Enfermagem Aurora Afonso Costa da UFF, Niterói/RJ.

Bruna Porath Azevedo Fassarella

Enfermeira. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da UNIG. Preceptor Acadêmico do Curso de Graduação em Enfermagem da Uniabeu. Mestranda em Ciências Aplicadas em Saúde da Universidade Severino Sombra.

Diana Mary Araújo de Melo Flach

Enfermeira. Mestre e Doutora pelo Programa Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde pela EEAAC/UFF.

Juliano Miranda Teixeira

Enfermeiro na Prefeitura Municipal de Belford Roxo, Pós-Graduado em Estomaterapia (UERJ).

Kelli Cristina Dutra da Silva Santiago Ranauro

Enfermeira. Especialista em UTI Neonatal e Pediatria pela Universidade Castelo Branco. Especialista em Psicanálise Clínica pela Escola de Psicanálise do Rio de Janeiro.

INTRODUÇÃO

A inquietação que motivou o desenvolvimento desta pesquisa surgiu a partir da coleta de dados parcial, da dissertação do Programa de Mestrado Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde, da Universidade Federal Fluminense, onde pode-se vislumbrar as diversas razões que resultam na confecção de uma estomia e as características clínicas do paciente estomizado atendido no Núcleo de Atenção à Saúde da Pessoa Estomizada, em um município do Estado do Rio de Janeiro.

Segundo o Ministério da Saúde, no que se refere à Portaria 400, pessoa estomizada é todo aquele que é subordinado a uma intervenção cirúrgica com exteriorização do sistema digestório, respiratório e urinário, criando uma abertura artificial exteriorizada denominado estoma¹.

A nomenclatura utilizada para definir o tipo de estoma realizado advém do segmento exteriorizado. Os estomas urinários são comumente denominados de derivações urinárias e são realizados em pacientes portadores de doenças que envolvem a pelve renal, ureteres, bexiga e uretra, com o objetivo de preservar a função renal. O estoma intestinal, por sua vez, é indicado quando alguma parte do intestino apresenta disfunção, obstrução ou lesão, podendo ser ileostomia, cecostomia ou colostomia².

Cabe mencionar que, neste estudo, foi dado ênfase apenas nas estomias intestinais. Diversas doenças podem levar à construção

de um estoma intestinal, dentre elas podemos citar: neoplasias de órgãos do trato digestório e seus anexos, doenças inflamatórias intestinais; causas externas (arma branca ou arma de fogo); e traumatismos abdominais, dentre outras³.

Anatomicamente, o intestino é um órgão tubular do sistema digestório, que possui em seu interior uma mucosa ricamente vascularizada. Seus mais de sete metros são divididos em três partes: intestino delgado, intestino grosso e reto; tendo como principal função a absorção dos nutrientes dos alimentos; cabendo ao ânus excretar tudo o que o intestino não absorver³.

As estomias podem traçar um perfil de pacientes que estão em tratamento de doenças malignas, benignas, inflamatórias, traumáticas e congênitas do trato gastrointestinal. Para a sua confecção adequada, a programação do pré-operatório e a observação de detalhes técnicos são necessários, a fim de evitar complicações e melhor implementação do autocuidado⁴.

Vale informar que dependendo da etiologia da doença, o cirurgião indica a realização de uma ostomia temporária ou definitiva. As ostomias temporárias são realizadas para proteger uma junção, tendo em vista que seu fechamento será realizado em um curto espaço de tempo. As ostomias definitivas são realizadas quando não existe a possibilidade de restabelecer o trânsito intestinal, geralmente na situação de câncer. Os pacientes com ostomias definitivas re-

querem apoio contínuo, pois seus problemas são duradouros e cíclicos⁴.

Um estudo³ complementa que, além dos problemas emocionais e sociais vividos, a confecção de um estoma pode acarretar inúmeras complicações fisiológicas tais como: isquemia ou necrose na alça intestinal exteriorizada, hemorragia, edema, infecção; as complicações tardias, estenoses, obstruções, fistulas e a complicação cutânea, sendo a dermatite a mais comum.

Vale mencionar que esse procedimento é realizado para que seja mantida a função de eliminação, provocando várias mudanças que podem afetar negativamente a saúde física, psicológica, social e sexual da pessoa que precisa conviver com essa condição de vida. A presença do estoma gera a dependência da bolsa coletora de fezes ou urina⁵.

Corroborar-se que a adaptação do paciente estomizado a sua nova condição de vida é difícil, pois os cuidados dispensados e a forma como esse cuidado é feito faz com que o cliente se sinta fragilizado⁶.

Nesse sentido, um estudo⁷ refere que a intervenção de enfermagem passa, necessariamente, pelo processo de educação para incentivar a autonomia do autocuidado, possibilitando o reajuste e adaptação do paciente estomizado em seu cotidiano. Por sua vez, a implementação do processo de cuidados de enfermagem assume uma grande relevância na assistência ao estomizado intestinal.

Uma pessoa que recebe uma estomia vê

sua vida mudar drasticamente de uma hora pra outra, por isso ela deve estar preparada e informada sobre todas as mudanças que essa condição demanda, cabendo ao enfermeiro ajudar e orientar para que essa transição se dê da maneira mais natural possível³.

O enfermeiro é o profissional que está lado a lado com o paciente a maior parte do tempo, o que o torna o seu principal incentivador e orientador, sendo ele o especialista capaz de auxiliar o paciente a adquirir as habilidades necessárias para o autocuidado da estomia, prevenindo a restrição ao lar e o isolamento social⁸.

No que se refere à relevância, estudo² aponta que conhecer os aspectos demográficos e clínicos dos pacientes estomizados atendidos pelo programa é essencial para o estabelecimento de protocolos assistenciais visando à melhoria do cuidado prestado

Diante disso, o objetivo desse estudo foi analisar a característica clínica do paciente estomizado intestinal cadastrado no Núcleo de Atenção à Saúde da Pessoa Estomizada.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo sobre o perfil social e clínico de pacientes estomizados intestinais cadastrados em um Núcleo de Atenção à Saúde da Pessoa Estomizada, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Antônio Pedro da Universidade Federal Fluminense, Atendendo aos princípios éticos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) n.º 466/12, que assegura os direitos e deveres da comunidade científica e dos sujeitos da pesquisa, respeitando-se os princípios de justiça, equidade e segurança⁹.

O parecer com a aprovação do estudo foi liberado em 04 de setembro de 2018 sob o n.º 2.872.449.

Foi utilizado um instrumento em formato de um roteiro de perguntas semi-estruturadas, elaborado com base na experiência dos pesquisadores e na literatura científica para os estomizados intestinais. Os dados clínicos coletados foram: Causas da Estomia; Tipos de Estomias Intestinais e Tempo de Estomia Intestinal.

Cabe ressaltar que os participantes

foram identificados pela sigla "PE" de Paciente Estomizado e números, seguindo a ordem de realização das entrevistas.

Os sujeitos foram os pacientes atendidos por demanda livre e agendados, que se enquadraram nos critérios de inclusão e aceitem, de livre e espontânea vontade, participar desta pesquisa.

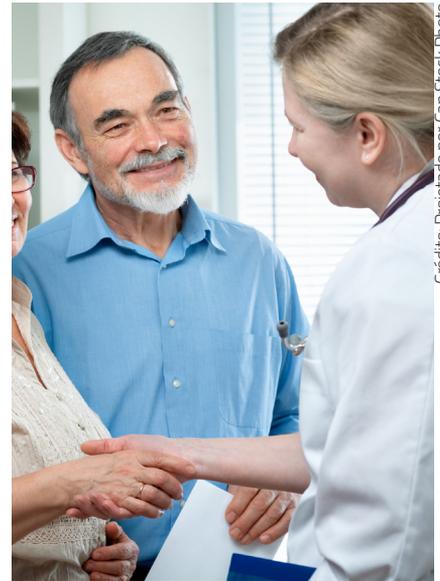
Participaram do estudo 32 pacientes, de acordo com a demanda de atendimento agendados e demanda livre de atendimento ao Núcleo de Atenção à Saúde da Pessoa Estomizada.

A coleta de dados ocorreu entre setembro e novembro de 2018 e o convite aos participantes da pesquisa aconteceu após o término da consulta com a estomaterapeuta ou atendimento para recebimento dos equipamentos coletores e adjacentes. Quando eles eram esclarecidos quanto aos objetivos da pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e foram garantidos o anonimato e o não prejuízo da continuidade do tratamento em caso de não concordância em participação na pesquisa.

Cabe mencionar que os critérios de inclusão dos sujeitos foram: ter acima de 18 anos, estar cadastrado como paciente do Núcleo de Atenção à Saúde da Pessoa Estomizada, ter estomia intestinal, estar em acompanhamento ambulatorial e ter recebido orientação prévia para o manuseio do estoma.

Como critérios de exclusão: pacientes que não estejam em condições mentais preservadas, que não compareceram ao Núcleo de Atenção à Saúde da Pessoa Estomizada durante o período da coleta de dados e que não tenham disponibilidade para participar do estudo após abordagem.

Optou-se pela perspectivas socioantropológicas que, segundo estudos¹⁰⁻¹¹, contribui para análise e discussão do perfil clínico do estomizado intestinal com adoção de pressupostos da Sociologia e Antropologia da Saúde, pois estes referenciais permitem entender a interação, a relação entre serviços de saúde e usuários, e as condições microsociais e macrosociais da experiência de estomizados intestinais.



Crédito: Projetado por Can Stock Photo

RESULTADOS

A amostra deste estudo foi composta por 32 participantes, de ambos os sexos e idade mínima de 18 anos e máxima de 91 anos, sendo 13 participantes do sexo feminino e 19 participantes do sexo masculino.

Quando arguidos sobre as causas que resultaram na construção de uma estomia, 17 pacientes informaram Câncer de Reto; 03 pacientes Câncer de Colón (Intestino); 02 referiram Doença de Crohn; 02 responderam Diverticulite; 02 casos de Traumatismo, sendo um por Perfuração por Arma de Fogo (PAF) e outro por Acidente Automobilístico; 01 paciente referiu ter Polipose Adenomatosa Familiar; 01 com Síndrome de Fournier e 04 pacientes não souberam informar os motivos ou causas que originaram a construção de suas estomias.

Foi evidenciado que a causa principal da estomia na maioria dos pacientes foi o câncer colorretal, corroborando com a estimativa do INCA de que esse é a terceira causa mais comum de câncer, no mundo, em ambos os sexos, e a segunda causa em países desenvolvidos. Refere também encontraram o câncer colorretal como o principal fator causal para a confecção de estomias, além das doenças inflamatórias e dos traumas abdominais¹².

Cabe informar que os participantes deste estudo, quando questionados sobre os diagnósticos patológicos, informaram

diversas manifestações clínicas que os levaram ao diagnóstico da doença de base. Entre as principais queixas elencadas estavam a cólica intestinal, constipação e melena. Como principais manifestações clínicas do diagnóstico do câncer colorretal estão alterações no hábito intestinal, como a mudança na frequência de evacuação, calibre das fezes, presença de sangue nas fezes, anemia, dor abdominal e flatulência. No câncer de reto há, geralmente, queixa de tenesmo, dor retal ou sangramento anal¹³.

No Brasil, o câncer colorretal está entre as quatro localizações mais frequentes de neoplasias, em ambos os sexos. Abrange tumores que acometem um segmento do intestino grosso (o cólon) e o reto. O tratamento do câncer colorretal consiste em procedimento cirúrgico, quimioterapia e radioterapia, sendo as duas últimas terapias associadas à cirurgia. A ressecção cirúrgica do local afetado e a realização de uma colostomia constituem-se na mais efetiva terapia para o câncer colorretal¹⁴.

Além do câncer, entre as outras causas estão as inflamatórias, congênicas, traumáticas e iatrogenias. De acordo com a diversidade de idades dos estomizados participantes deste estudo, que inclui indivíduos adultos e idosos, podemos correlacionar tal fato com causas apontadas para confecção da estomia intestinal. Entre os adultos, evidencia-se maior frequência de doenças inflamatórias intestinais, tais como a doença de Crohn e retocolite ulcerativa. Quanto aos idosos, verifica-se a predominância de quadros clínicos obstrutivos relacionados ao câncer colorretal e doença inflamatória intestinal como diverticulite¹³.

O câncer de cólon e reto, por exemplo, contempla tumores do intestino grosso e do reto, é uma das principais causas cirúrgicas da criação de um estoma e está relacionado com um estilo de vida sedentário, obesidade, tabagismo, história familiar e a predisposição genética. Diante disso, o câncer, especialmente em idosos, passa a ocupar um espaço relevante no cenário epidemiológico mundial, apontando para a necessidade de uma atenção específica a esse grupo e suas particularidades³.

A idade dos pacientes acometidos pelos

diagnósticos de tumor de Reto neste estudo variou de 30 a 80 anos, sendo que a população é composta por um maior número de 10 homens e 07 mulheres e 01 homem e 02 mulheres para os casos de Câncer de Cólon. Estudos⁹ mostram que o câncer de cólon e reto é o terceiro tipo de câncer mais comum entre os homens no mundo e o segundo tipo que mais acomete as mulheres mundialmente.

Com relação à mudança de faixa etária dos sujeitos acometidos pelo Câncer de Reto, ainda existem controvérsias, porém analisando separadamente a idade de cada paciente, observa-se que do sexo masculino, 07 pacientes têm idade entre 60 e 70 anos, 01 com 30 anos, 01 com 59 anos e apenas 01 com 80 anos. Já as pacientes do sexo feminino, 03 estão na faixa etária de 50 à 60 anos, 04 na faixa etária de 60 à 75 anos e apenas uma com 80 anos.

No que se refere à idade dos sujeitos com diagnósticos de Câncer de Cólon, havia uma paciente do sexo feminino com idade de 60 anos e outra com 70, enquanto um do sexo masculino com idade de 70 anos.

Cabe ressaltar que dos 20 sujeitos com Câncer de Cólon e Reto, 11 autodeclararam ser de cor parda, 05 negros e 03 brancos, com renda familiar entre 1 e 2 salários mínimos. Dos demais sujeitos, 04 possuem ensino médio completo e 04 incompletos, 05 com ensino fundamental completo, 07 com ensino fundamental incompleto dentre o qual 04 são mulheres, e uma mulher que autodeclarou analfabetismo.

Nestes casos dos cânceres do cólon e reto, as estomias intestinais são confeccionados ainda como medida paliativa para prorrogação da vida dos indivíduos e das causas externas, como traumas e violências, estão presentes, principalmente, na população jovem¹³.

Por sua vez, 02 pacientes do sexo masculino com diagnóstico com Doença de Crohn se autodeclararam negros, com renda familiar entre 1 e 2 salários mínimos, ambos com nível escolaridade baixo, tendo o Ensino Fundamental Incompleto, um com idade de 45 anos e ou outro com 91 anos.

Nesse sentido, 02 sujeitos referiram

diagnóstico de Diverticulite, ambos do sexo masculino, 01 que se autodeclarou branco, com idade de 53 anos, Ensino Superior Completo e renda familiar acima de 5 salários mínimos. Enquanto o outro sujeito possui 60 anos, se autodeclarou pardo, com Ensino Fundamental Incompleto e renda familiar entre 1 e 2 salários mínimos.

Dois sujeitos alegaram traumatismo, ambos negros, sexo masculino, com ensino fundamental incompleto e renda familiar entre 1 e 2 salários mínimos. O primeiro sujeito da pesquisa com 16 anos, vítima de PAF que, seguindo o mesmo, foi reação a tentativa de assalto e 01 com 38 anos, estomizado após acidente automobilístico, atingindo parte do cólon ascendente.

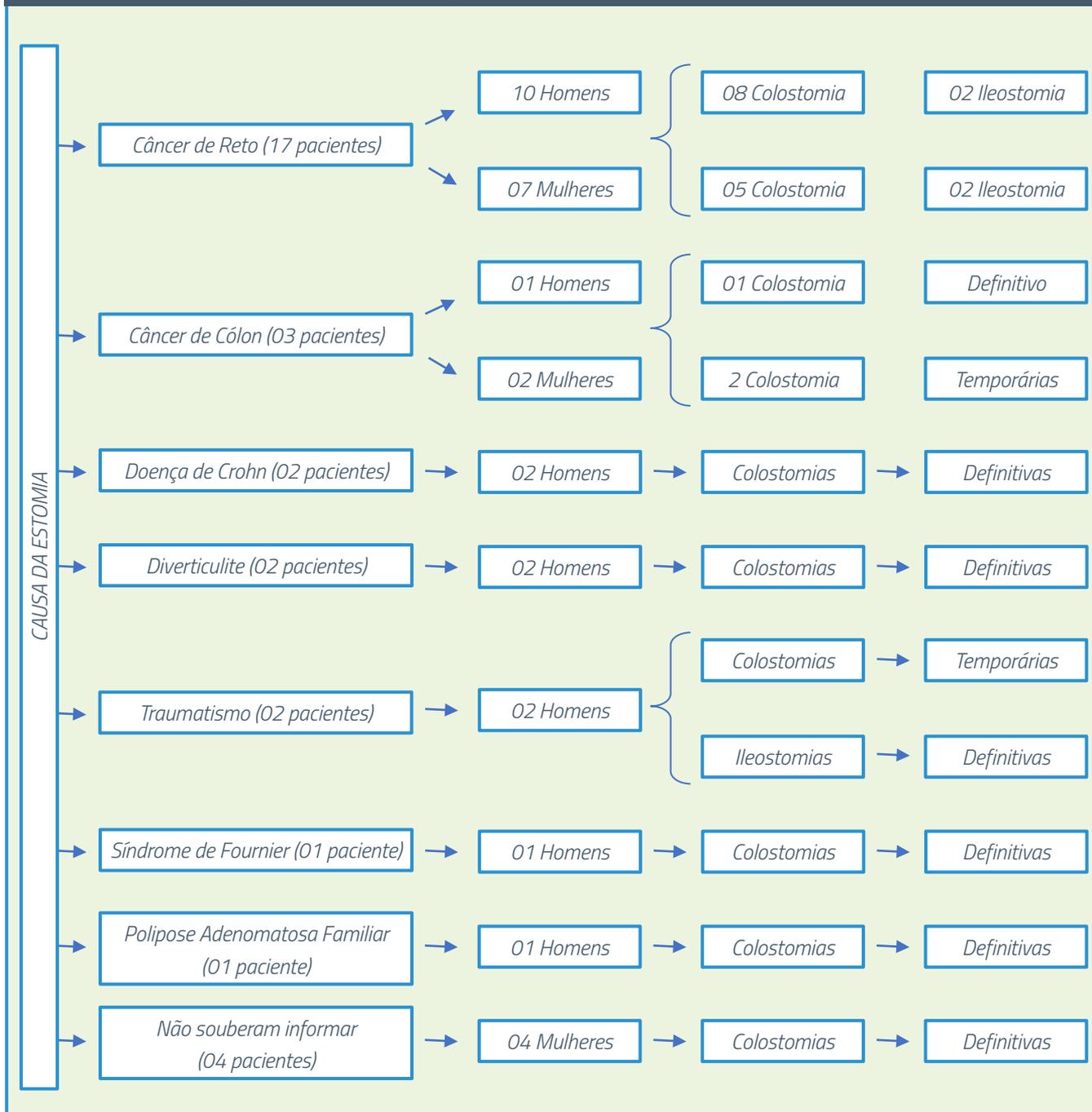
Os 04 sujeitos que informaram não saberem o motivo da estomização são do sexo feminino, com faixa etária de 52 à 76 anos, pardas, 03 delas informam ser analfabetas, com renda familiar entre 1 e 2 salários mínimos e uma com ensino médio completo, com renda familiar de 3 a 4 salários mínimos.

Em relação à Síndrome de Fournier, apenas um sujeito referiu o diagnóstico em questão, sendo este do sexo masculino, 62 anos, pardo, ensino fundamental completo e renda familiar entre 1 e 2 salários mínimos. Já o paciente de Polipose Adenomatosa Familiar tem 23 anos, se autodeclarou pardo, ensino médio incompleto e renda familiar entre 1 e 2 salários mínimos.

O câncer de cólon e reto contempla tumores do intestino grosso e do reto, e é uma das principais causas cirúrgicas da criação de um estoma e está relacionado com um estilo de vida sedentário, obesidade, tabagismo, história familiar e a predisposição genética. Diante disso, o câncer, especialmente em idosos, passa a ocupar um espaço relevante no cenário epidemiológico mundial, apontando para a necessidade de uma atenção específica a esse grupo e suas particularidades³.

Estes resultados coincidiram com a estimativa do Instituto Nacional do Câncer, que revelou maior prevalência da neoplasia de cólon após os 55 anos, com predomínio entre pessoas do sexo masculino, ficando atrás apenas do câncer de estômago, pul-

Tabela 1. Referente aos Tipos de Estomias dos Sujeitos. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2018



Fonte: Elaboração dos autores.

mão e próstata¹⁵. Somado a isso, existe um aumento da população idosa no mundo, ao mesmo tempo em que ocorre uma diminuição da proporção de grupos mais jovens na sociedade e a expectativa de vida dos brasileiros ser de 73 anos. No entanto, é crescen-

te o número de pacientes estomizados na idade mais jovem, ocasionando a confecção de estomias por traumatismo decorrente de maior suscetibilidade e exposição à violência urbana¹².

No que se refere aos 17 sujeitos esto-

mizados por Câncer de Reto, 10 deles são pacientes do sexo masculino, 08 com colostomias, sendo 02 sujeitos com colostomias temporárias e 06 com definitivas. Dois ileostomizados definitivos. Em relação ao sexo feminino, das 07 pacientes, 05 são colosto-

Tabela 2. Classificação dos sujeitos do estudo por tempo de estomização. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2018

SUJEITOS	CAUSAS	TIPOS DE ESTOMIA	PERMANÊNCIA	TEMPO DE ESTOMIA
PE1	Ca de Reto	Colostomia	Definitiva	1 ano e 6 meses
PE2	Ca de Reto	Colostomia	Temporária	2 anos e 6 meses
PE3	Ca de Reto	Ileostomia	Definitiva	3 anos
PE4	Ca de Reto	Colostomia	Temporária	8 meses
PE5	Ca de Reto	Colostomia	Definitiva	14 anos
PE6	Ca de Reto	Colostomia	Definitiva	2 anos e 6 meses
PE7	Doença de Crohn	Colostomia	Definitiva	2 anos
PE8	Ca de Reto	Colostomia	Definitiva	4 anos
PE9	Diverticulite	Colostomia	Temporária	1 anos e 6 meses
PE10	Ca de Reto	Ileostomia	Definitiva	10 anos
PE11	Ca de Reto	Colostomia	Definitiva	7 anos
PE12	Diverticulite	Colostomia	Definitiva	14 anos
PE13	Não sabe informar	Colostomia	Definitiva	52 anos
PE14	Síndrome de Fournier	Colostomia	Definitiva	1 ano e 2 meses
PE15	Doença de Crohn	Colostomia	Definitiva	4 anos
PE16	Não sabe informar	Ileostomia	Definitiva	2 anos
PE17	Ca de Reto	Colostomia	Definitiva	13 anos
PE18	Não sabe informar	Colostomia	Definitiva	Mais de 10 anos
PE19	Ca de Reto	Colostomia	Definitiva	8 anos
PE20	Traumatismo	Ileostomia	Definitiva	8 anos
PE21	Ca de Reto	Ileostomia	Definitiva	22 anos
PE22	Ca de Reto	Colostomia	Definitiva	8 meses
PE23	Ca de Reto	Colostomia	Definitiva	6 meses
PE24	Ca de Reto	Colostomia	Definitiva	4 meses
PE25	Ca de Reto	Ileostomia	DEFINITIVA	13 anos
PE26	Ca de Reto	Colostomia	Definitiva	1 ano e 1 mês
PE27	Câncer Intestinal	Colostomia	Temporária	1 ano e 10 meses
PE28	Traumatismo	Colostomia	Temporária	11 meses
PE29	Câncer Intestinal	Colostomia	Definitiva	3 anos
PE30	Não sabe informar	Colostomia	Definitiva	10 anos
PE31	Câncer Intestinal	Colostomia	Temporária	2 anos
PE32	Polipose Adenomatose Familiar	Ileostomia	Definitiva	5 anos

Fonte: Elaboração dos autores.

mizadas, sendo 04 definitivas e uma temporária e duas ileostomizadas definitivas.

Partindo da premissa, o estudo apresenta 27 sujeitos colostomizados e apenas 05 ileostomizados, nota-se a predominância 86% dos sujeitos com Colostomia e ainda,

21 dos sujeitos com Colostomias definitivas.

Segundo um estudo¹⁴, o número predominante de pessoas colostomizadas em relação às ileostomizadas faz com que, ao planejar assistência, algumas considerações

sejam observadas: menor número de lesões peri-estomais, possibilidade de se realizar a irrigação, consistência das fezes, maior tempo entre alimentação e evacuação, condição de absorção de alimentos e medicamentos, dentre outros.

Baseado nos dados descritos, nota-se que o tempo de estomização dos sujeitos variam de 4 meses a 52 anos. 16% dos sujeitos (05 pacientes) possuem tempo inferior a 1 ano de estomia intestinal. 48% dos sujeitos (15 pacientes) possuem período com a estomia intestinal entre 2 a 5 anos. 12% dos sujeitos (04 pacientes) possuem período entre 5 e 10 anos. 24% dos sujeitos possuem mais de 10 anos de vivência com a estomia intestinal.

As pessoas estomizadas, embora possuidoras de características comuns que as unem em um grupo especial, possuem necessidades e reações próprias implícitas na sua identidade e subjetividade. Assim, a resposta a essa problemática causada pela abertura do estoma guarda relação com as condições pessoais de cada um, bem como com as variações externas, tais como a qualidade de suporte familiar, financeiro e assistencial

recebidos em todas as fases de tratamento gerador de estoma¹⁴.

Neste sentido, no que se refere a Caracterização dos Sujeitos, pretende-se ainda analisar a Ingesta hídrica, número de refeições diárias, tabagismo e etilismo.

A leitura atenta dos relatos dos participantes sobre como é o cotidiano com o uso da estomias intestinais resultou em 12 temas descritos a seguir: adaptação, perda da autonomia, ingestão hídrica, alimentação, autocuidado, autoimagem, percepção do estoma, as limitações, a conformação, os sentimentos, as expectativas, mudanças fisiológicas e estigma da doença.

CONCLUSÃO

Conclui-se que, diante da predominância de pacientes estomizados intestinais por câncer colorretal, torna-se relevante adequar as atividades de promoção e prevenção à

saúde da população de forma geral, visando oferecer subsídios de informações para minimizar os fatores modificáveis que expõem e deixam o indivíduo mais suscetível ao câncer, visando o alcance da reabilitação física e psicossocial, conjuntamente com a manutenção do seguimento oncológico adjuvante e outras necessidades relacionadas ao comprometimento clínico desta clientela.

Por sua vez, os dados informados neste estudo podem servir para evidenciar as situações, além do câncer, que resultam em uma estomia intestinal e assim subsidiar o planejamento da assistência especializada a esse paciente, principalmente no que tange a adequação de estratégias utilizadas nos programas que são referência para o atendimento a pessoa estomizada e, ainda, para aqueles que realizam tratamento oncológico. ■

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SAS/MS nº 400 de 16 de novembro de 2009 [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2009/prt0400_16_11_2009.html
2. Fernandes RM, Miguir ELB, Donoso TV. Perfil da clientela estomizada residente no município de Ponte Nova, Minas Gerais. *Rev Bras Coloproct* [Internet]. 2011; 30(4):385-392. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbc/v30n4/a01v30n4.pdf>
3. Aguiar JC, et al. Aspectos sociodemográficos e clínicos de estomizados intestinais provisórios. *Reme Revista Mineira de Enfermagem*. 2017; [s.l.] 21:1-7.
4. Cesaretti IUR, Paula PR, Paula MAB. *Estomaterapia: Temas Básicos em Estomas*. Taubaté- SP: Cabral; 2006. p.137-158.
5. Mota MS, et al. Facilitadores do processo de transição para o autocuidado da pessoa com estoma: subsídios para Enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da Usp* [Internet]. 2015 [citado 2017 jun 10]; [s.l.] 49(1):82-88. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-623420150000100011>.
6. Conte J. Orientações aos pacientes ostomizados. [Internet]. Estadão. 2 Out 2015. Disponível em: <https://www.vencercancer.org.br/noticias-colon-reto/orientacoes-aos-pacientes-ostomizados/> – acesso em: 09 de mar. 2018.
7. Dabirian AAZAM, et al. Quality of life in ostomy patients: a qualitative study. *Dove Press Journal* [Internet]. 2010 [citado 2017 jun 10]; 1(5):1-5. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3034300/>
8. Azevedo C, et al. Intervenções de enfermagem para alta de paciente com estomia intestinal: revisão integrativa. *Revista Cubana de Enfermería* [Internet]. 2015 [citado 2018 mar 09]; 30(2):13. Disponível em: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revcubenf/cnf-2014/cnf142d.pdf>
9. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução no 466. Dissertação sobre pesquisas com seres humanos. Brasília (DF): MS, 2012.
10. Canesqui AM. *Olhares socioantropológicos sobre os adoecidos crônicos*. São Paulo: Hucitec/Fapesp; 2007.
11. Nunes ED. *Sociologia da saúde e da doença: novos desafios*. História Ciências Saúde [Internet]. 2009 [citado 2017 jun 10]; 4(16):1128-1132. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v16n4/18.pdf>
12. Menezes LCG, Guedes MVC, Oliveira RM, Oliveira SKP, Meneses LST, Castro ME. Prática de autocuidado de estomizados: contribuições da teoria de Orem. *Rev Reme* [Internet]. 2013 [citado 2017 jun 15]; 14(2):301-10. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/3379/2617>
13. Nascimento MVF, Vera SO, Silva MCR, Morais FF, Andrade EMLR, Bastos ANMAN. Perfil sociodemográfico e clínico de pacientes em pós-operatório de confecção de estomas intestinais de eliminação. *Ciencia y Enfermería* [Internet]. 2018 [citado 2017 jun 10]; 24(15). DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-95532018000100215>
14. Moraes JT, et al. Perfil de pessoas estomizadas de uma região de saúde mineira. *Enfermagem em Foco* [Internet]. 2016 [citado 2017 jun 10]; [s.l.] 7(2):22-26. DOI: <http://dx.doi.org/10.21675/2357-707x.2016.v7.n2.788>.
15. Ministério da Saúde, Instituto Nacional do Câncer (BR). *Cuidados com a sua estomia: orientações aos pacientes*. 1. ed. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2010.

Motivos que levam a não adesão ao esquema terapêutico da sífilis em gestante: uma revisão integrativa

RESUMO

O estudo objetivou analisar motivos que levam a não adesão ao esquema terapêutico de sífilis em gestantes e levantar a produção científica sobre a não adesão ao esquema terapêutico da sífilis. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura conduzida pela seguinte questão norteadora: Quais os motivos que levam a não adesão das gestantes ao esquema terapêutico da Sífilis? Os dados foram coletados em Fevereiro de 2019 através de busca nas bases de dados eletrônicas de Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, de Literatura Internacional em Ciências da Saúde e Base de Dados de Enfermagem, utilizando os seguintes descritores: Sífilis, Gestante, Tratamento, Enfermagem. Foram selecionados 14 para análise, cujos dados foram organizados e detalhados, dando corpus para a análise do estudo. Os principais resultados da análise foram: Falta de conhecimento das gestantes com VDRL positivo sobre a doença; adesão limitada ou não adesão dos parceiros; estrutura ineficiente dos serviços de saúde; e falta de conhecimento dos profissionais de saúde que assistem tais gestantes. Conclui-se que é necessária uma atenção voltada para tais problemas e solução dos mesmos visando à adesão no tratamento e conseqüentemente à diminuição nos casos de sífilis gestacional refletindo também na sífilis congênita.

DESCRITORES: sífilis; gestante; enfermagem

ABSTRACT

The study aimed to analyze reasons that lead to noncompliance with the syphilis therapeutic regimen in pregnant women and to raise the scientific production on the nonadherence to the syphilis therapeutic regimen. It is an integrative review of the literature conducted by the following guiding question: What are the reasons that lead to the nonadherence of pregnant women to the syphilis therapeutic regimen? The data were collected in February 2019 by searching the electronic databases of Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences, International Literature in Health Sciences and Nursing Database, using the following descriptors: Syphilis, Pregnant woman, Treatment, Nursing. Were selected 14 for analysis, whose data were organized and detailed, giving corpus for the analysis of the study. The main results of the analysis were: Lack of knowledge of pregnant women with positive VDRL on the disease; limited or non-adherence of partners; inefficient structure of health services; and lack of knowledge of the health professionals who assist such pregnant women. It is concluded that it is necessary to pay attention to such problems and solution of them aiming at adherence in treatment and consequently the decrease in cases of gestational syphilis also reflecting in congenital syphilis.

DESCRIPTORS: Syphilis; Pregnant; Nursing

RESUMEN

El estudio objetivó, analizar motivos que llevan la no adhesión al esquema terapéutico de sífilis en gestantes; y en el caso de que se produzca un cambio en la calidad de vida de las personas con discapacidad. Los datos fueron recolectados en febrero de 2019 a través de búsqueda en las bases de datos electrónicos de Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud, de Literatura Internacional en Ciencias de la Salud y Base de Datos de Enfermería, utilizando los siguientes descriptores: Sífilis, Gestor, Tratamiento, Enfermería. Se seleccionaron 14 para el análisis. cuyos datos fueron organizados y detallados, dando corpus para el análisis del estudio. Los principales resultados del análisis fue, Falta de conocimiento de las gestantes con VDRL positivo sobre la enfermedad; la adhesión limitada o la no adhesión de los socios; estructura ineficiente de los servicios de salud; y la falta de conocimiento de los profesionales de la salud que asisten a estas gestantes. Se concluye que, se concluye que es necesaria una atención orientada hacia tales problemas y solución de los mismos con miras a la adhesión en el tratamiento y conseqüentemente a la disminución en los casos de sífilis gestacional reflejando también en la sífilis congénita.

DESCRIPTORES: sífilis; mujer embarazada; enfermería

Camila Moreira Jesus

Mestranda do Programa Acadêmico em ciências do cuidado em saúde pela Universidade Federal Fluminense bem como, inclusão de Universidade Federal Fluminense no nome de Marcela Luz Sacramento.

Donizete Vago Daher

Doutora em Saúde Coletiva. Professora Associada da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense (UFF).

Magda Guimarães de Araujo Faria

Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem em Saúde Pública da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

Hermes Candido de Paula

Enfermeiro, Doutorando em Ciências do Cuidado pela Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense (UFF).

Thais Basílio Carvalho

Enfermeira, Especialista em obstetrícia. Pós-graduanda em Saúde da família com ênfase em saúde coletiva no Centro Universitário Celso Lisboa. Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal Fluminense (UFF).

Marcela Luz Sacramento

Enfermeira, Especialista em obstetrícia pela Universidade Federal Fluminense (UFF).

Lorena Sabbadini da Silva

Enfermeira, Especialista em obstetrícia pela Universidade Federal Fluminense (UFF).

INTRODUÇÃO

No período de 2005 a junho de 2016, foi notificado um total de 169.146 casos de sífilis em gestantes no Brasil registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), dos quais 42,9% foram casos residentes na região Sudeste; 21,7% no Nordeste; 13,7% no Sul; 11,9% no Norte e 9,8% no Centro-Oeste¹.

Na tentativa de reduzir o número de casos de sífilis gestacional com consequente sífilis congênita, o Ministério da Saúde (MS) passa a adotar algumas estratégias para seu combate, destacando-se o teste da mamãe, a triagem para sífilis e a disponibilização de tratamento gratuito. O diagnóstico, idealmente abaixo das 16 semanas, juntamente com o tratamento adequado, são pontos indispensáveis para a redução da prevalência de sífilis². Quanto ao tratamento, é orientado pelo estágio clínico da doença, porém é o mesmo durante o período gestacional e não gestacional, sendo recomendado o uso da Penicilina G benzatina, 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo), no caso de Sífilis primária, secundária, latente recente ou quando se trata da

sífilis latente tardia ou latente com duração ignorada e sífilis terciária é orientado, o uso da Penicilina G benzatina, 2,4 milhões UI, IM (1,2 milhão UI, IM em cada glúteo) semanal, por três semanas. Dose total, 7,2 milhões UI^{3,4}.

Ao pensar em controle da Sífilis na gestação e congênita, deve-se pensar também em uma rede de serviços e em uma forma de gestão compatível com as Diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). A sífilis ainda é um grande desafio para a saúde pública no Brasil. No caso da sífilis gestacional, o desenvolvimento de ações integrais e o acompanhamento pré-natal com qualidade são reconhecidos como estratégias-chave para o controle da doença⁵.

A atuação do enfermeiro nas ações de promoção da saúde deve garantir a integralidade do cuidado na atenção básica, tornando-se um diferencial na prestação de serviço à sua clientela. Para isso, é extremamente necessário o conhecimento prévio sobre detecção, diagnóstico e tratamento da sífilis para o embasamento das ações e estratégias em educação em saúde que abordem e incentivem as formas de prevenção e o diagnóstico precoce da doença, captando

as gestantes e iniciando precocemente o pré-natal e proporcionar uma assistência de qualidade e organizada⁶.

Somando ao exposto no combate de redução a morbimortalidade e diminuição das altas taxas de incidência da Sífilis é de suma importância a realização do tratamento adequado aos portadores da doença. Porém, um dos problemas que os profissionais de saúde encontram com frequência é a dificuldade dos pacientes em seguirem com o tratamento de forma regular e sistemática. Isto é, embora seja uma doença com tratamento eficaz, é necessária a adesão ao tratamento, não sendo um comportamento fácil de adquirir. Sendo assim, tal pesquisa tem como objetivo verificar os motivos que levam a não adesão ao esquema terapêutico de sífilis em gestantes; levantar a produção científica sobre a não adesão ao esquema terapêutico da sífilis. Utiliza como questão norteadora: Quais os motivos que levam a não adesão das gestantes ao esquema terapêutico da Sífilis?

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, do tipo revisão integrativa da literatura.

Para tanto, orientou-se por seis etapas: (1) identificação do problema e definição da questão norteadora; (2) realização de busca e seleção dos estudos segundo critérios de amostragem; (3) extração de dados; (4) análise crítica dos estudos selecionados; (5) interpretação dos resultados; e (6) elaboração da síntese e relatório final(7).

Compôs-se a amostra do estudo, após um levantamento de artigos científicos na primeira semana do mês de Fevereiro de 2019, em periódicos indexados nas bases de dados: Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) sendo elas: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF) e Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE).

Selecionaram-se como estratégias de busca, descritores de assunto cadastrados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) Senco eles "Sífilis", "Gestante", "Enfermagem" Realizou-se em seguida, a associação dos descritores com o operador booleano "AND" visando identificar estudos que contivessem um e outro assunto, sempre considerando um descritor relacionado à violência no trabalho e outro relacionado a área de interesse. Incluíram-se artigos originais de pesquisa primária, disponíveis na íntegra, publicados em português e que respondessem à questão norteadora da pesquisa. Excluíram-se artigos em duplicidade e os que, depois de selecionados e lidos na íntegra, não contemplaram o objetivo do estudo. A seleção das publicações foi realizada inicialmente pela leitura dos títulos, seguindo-se pelos resumos e, posteriormente, os textos na íntegra.

Elaborou-se para a análise das evidências e construção da síntese da revisão integrativa, um instrumento de coleta de dados com o intuito de reunir e organizar as seguintes informações dos artigos: título, autores/local do estudo, ano, periódico, objetivo, delimitação e nível de evidência da pesquisa.

Conduziu-se a categorização dos estudos de acordo com o agrupamento de sentidos. Tal agrupamento se deu por meio da análise de conteúdo, na qual não existe a preocupação numérica e sim a análise do grupo social na qual pertencem os

dados coletados, em seguida realizou-se a discussão dos resultados, sendo estes interpretados e sintetizados, realizando uma comparação com o referencial teórico. Por conseguinte, realizou-se a apresentação da revisão integrativa, na qual são proporcionadas informações suficientes para que o leitor possa ter uma avaliação crítica sobre os resultados apresentados.

RESULTADOS

A partir dos descritores, foram encontradas 553 produções científicas, sendo que destas apenas 26 contemplaram os critérios de inclusão e exclusão. Diante das produções encontradas, foi realizada a leitura dos títulos e resumos e, posteriormente, a leitura exploratória das publicações selecionadas. Desta forma, 14 publicações foram selecionadas para esta análise, as demais foram excluídas por causa da inconsistência com o objeto desse estudo. Para a apresentação das etapas de seleção dos artigos utilizou-se o modelo Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses

(PRISMA) (Figura 1).

Reúnem-se na figura 2 os artigos selecionados, classificados e discutidos conforme as variáveis do estudo.

Elaborou-se para a análise das evidências e a classificação do nível de evidência de Melnyk e Fineout-Overholt⁸, conforme descrito: I – Revisão sistemática ou metanálise; II – Ensaio clínico randomizado controlado; III – Ensaio clínico controlado sem randomização; IV – Caso controle ou estudo de coorte; V – Revisão sistemática de estudo qualitativo ou descritivo; VI – Estudo qualitativo ou descritivo e; VII – Artigo de opinião ou consenso de órgãos governamentais ou conselho de especialidades médicas. Quanto ao nível de evidência, destacou-se o nível de evidência seis, o qual teve sete artigos.

A distribuição por ano de publicação foi de: 8 artigos no período de 2013 e 2016 de estudos acerca da temática, sendo 8 artigos ao todo. Tais dados demonstram que as pesquisas na área sobre não adesão ao esquema terapêutico da sífilis gestacional necessitam

Figura 1. Fluxograma do PRISMA para a amostragem dos artigos obtidos nas bases de dados BVS, BDNF, LILACS e MEDLINE. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2018.

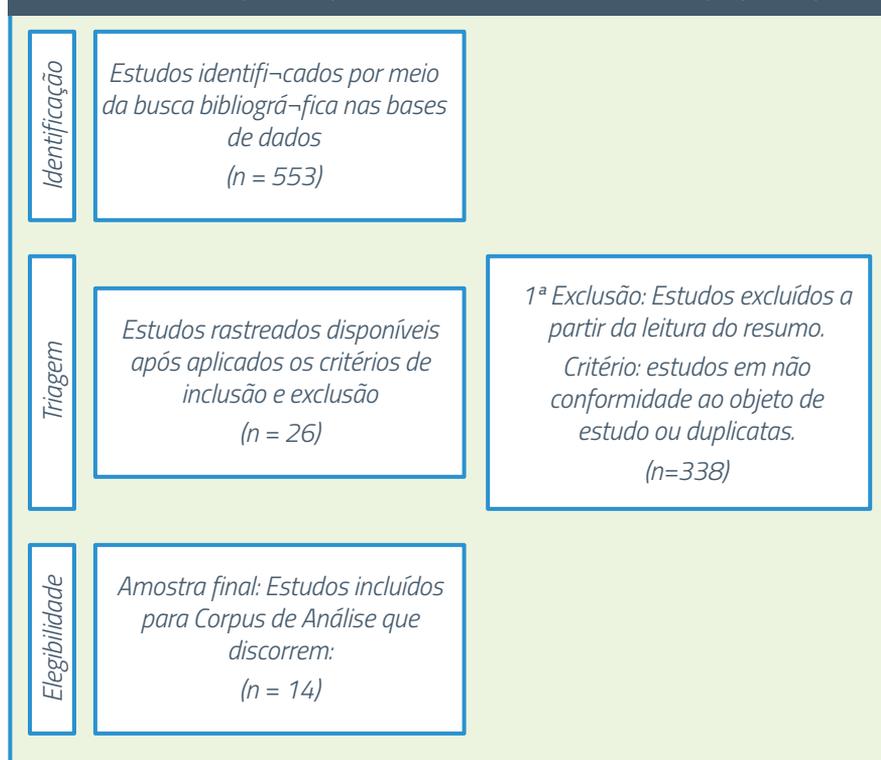


Figura 2. Distribuição dos artigos analisados segundo variáveis de interesse da pesquisa. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2018

TÍTULO, AUTOR, ANO E LOCAL DE ESTUDO	PERIÓDICO	OBJETIVO	DELINEAMENTO	RESULTADOS
O impacto da campanha de combate à sífilis congênita sobre diagnóstico e tratamento de sífilis em mulheres admitidas em uma maternidade municipal do Rio de Janeiro (Silva LR et al, 2009) Rio de Janeiro	Revista de pesquisa: cuidado é fundamental	Descrever o momento de diagnóstico e tratamento de sífilis nas mulheres que tiveram seus filhos investigados para Sífilis Congênita (SC) em uma maternidade municipal do Rio de Janeiro, no período da campanha de combate a SC.	Descritiva, retrospectiva	Foram analisadas 479 fichas de investigação de SC nos anos de 1999, referente à primeira Campanha de Eliminação da SC, e 2001, referente à segunda. Identificou-se que mais da metade dessas mães foram diagnosticadas no pré-natal
Abordagem conceitual sobre sífilis na gestação e o tratamento de parceiros sexuais (Oliveira DR, Figueiredo MSN, 2011) Ceará	Enfermagem em Foco	Considerações epidemiológicas e conceituais sobre a sífilis, o tratamento de parceiros sexuais e a inserção do enfermeiro em ações de prevenção e controle desse importante agravo à saúde pública.	Descritivo qualitativo	Observa-se a necessidade de promover ações direcionadas ao controle dos casos, incluindo ações de notificação da doença, busca ativa, tratamento adequado dos parceiros sexuais e acompanhamento sorológico para comprovação da cura da doença. Ressalta-se a importância do profissional enfermeiro no rastreamento da sífilis no pré-natal, na realização de atividades de educação em saúde e captação dos parceiros sexuais para o tratamento.
Percepção de enfermeiros sobre a adesão ao tratamento dos parceiros de gestantes com sífilis (Figueiredo MSN, et al;2015) Ceará	Revista Rene	Investigar a percepção dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família sobre os fatores que interferem na adesão ao tratamento de parceiros sexuais de gestantes com sífilis.	Descritiva qualitativa	Identificou-se que os enfermeiros possuem percepção ampla acerca dos aspectos relativos à adesão ao tratamento, mas necessitam de melhor embasamento científico e prático para realizar as atividades de maneira eficaz diante do manejo dos parceiros sexuais com sífilis
Fatores associados à notificação da sífilis congênita: um indicador de qualidade da assistência pré-natal (França ISX, et al;2015) Paraíba	Revista Rene	Analisar fatores associados à notificação da sífilis congênita.	Transversal, documental, quantitativo	Observou que, (80,2%), Mulheres realizaram pré-natal. (80,2%) fizeram teste sorológico antes dos seis meses de gestação (46,7%) e após 6 meses, (53,3%). Tratamento da gestante foi inadequado (64,5%) e o parceiro não foi tratado (85,7%). Constatou-se que é crescente o número de casos, aumentando a possibilidade de crianças com sequelas graves. Por isso ainda é preciso melhorias na assistência pré-natal.
Atuação de enfermeiros no acompanhamento da sífilis na atenção (Rodrigues ARM, et al.2016) Ceará	Revista de enfermagem UFPE on line	Analisar a atuação dos enfermeiros na atenção primária à saúde no acompanhamento da sífilis.	Descritivo, qualitativa	Foi possível conhecer as ações e práticas dos enfermeiros em relação às condutas, dificuldades e estratégias utilizadas para a assistência à sífilis na atenção primária do município. Identificou-se a não adesão ao tratamento e seguimento, identificação dos parceiros, busca ativa, adoção de intervenções preventivas como realidades na prática profissional dos enfermeiros, sendo estes fundamentais para a assistência à sífilis, uma vez que possuem os conhecimentos científicos necessários e maior vínculo com a população.

Vigilância epidemiológica da sífilis na gravidez no centro de saúde do bairro Uruará - Área verde(PIRES,osmarina et al, 2007) Pará	DST – J bras Doenças Sex Transm	Avaliar a vigilância epidemiológica da sífilis na gravidez no centro de saúde do bairro Uruará - Área Verde, em Santarém, Pará, Brasil.	Transversal	Os dados deste estudo mostram que é possível avaliar a vigilância da sífilis na gravidez mediante o monitoramento da sorologia para sífilis (e deste modo avaliar o próprio pré-natal), o que constitui um instrumento efetivo para dimensionar a magnitude do agravo, orientar ações de vigilância, controle e eliminação da sífilis congênita na população da unidade, sendo passível de expansão para todo o município.
Abordagem conceitual sobre sífilis na gestação e o tratamento de parceiros sexuais (Oliveira DR, Figueiredo MSN, 2011) Ceará	Enfermagem em Foco	Considerações epidemiológicas e conceituais sobre a sífilis, o tratamento de parceiros sexuais e a inserção do enfermeiro em ações de prevenção e controle desse importante agravo à saúde pública.	Descritivo qualitativo	Observa-se a necessidade de promover ações direcionadas ao controle dos casos, incluindo ações de notificação da doença, busca ativa, tratamento adequado dos parceiros sexuais e acompanhamento sorológico para comprovação da cura da doença. Ressalta-se a importância do profissional enfermeiro no rastreamento da sífilis no pré-natal, na realização de atividades de educação em saúde e captação dos parceiros sexuais para o tratamento.
Sífilis gestacional como indicador da qualidade do pré-natal no Centro de Saúde n.º 2 Samambaia-DF (Leitão E JL et al.,2009) Distrito Federal	Com. Ciências Saúde	Determinar o perfil epidemiológico das gestantes com VDRL reagente atendidas no Centro de Saúde (CS) n.º 2 de Samambaia – DF.	Retrospectivo, transversal	O estudo revelou que nas gestantes analisadas, foram encontrados 63,7% multiparas, 22,7% de casos de abortamentos anteriores e 45,4% casos de sífilis em outras gestações. O início do pré-natal ocorreu no 1.º trimestre em 40,9%, com o número de consultas igual ou inferior a cinco em 68,3% e 13,6% não realizaram pré-natal. O VDRL foi realizado no 2.º trimestre em 36,4%, no 3.º trimestre em 18,2% e no pós-parto em 18,2%. O tratamento foi considerado adequado em 67,6% das gestantes. Entretanto, 13,6% dos parceiros não receberam qualquer tipo de tratamento.
Conhecimento dos Enfermeiros acerca do Manejo da Gestante com Exame de VDRL Reagente(Andrade, et al.2011) Ceará	DST – J bras Doenças Sex Transm	Analisar o conhecimento dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família de Fortaleza, Ceará, acerca das ações de prevenção, tratamento e controle da sífilis na gestação.	Descritivo quantitativo	Não tinham conhecimento adequado sobre os tipos de testes treponêmicos e não treponêmicos 76,2% dos enfermeiros, 83,7% sobre a conduta diante do VDRL com titulação 1:1, 59,4% com relação ao tratamento para a fase secundária da doença e 66,9% tinham dificuldade de identificar as fases da sífilis recente.
Sífilis e pré-natal na rede pública de saúde e na área indígena de Amambai/MS: conhecimento e prática de profissionais(Simeng, lillian M.B,2012) Mato grosso do Sul	Arca Fio-cruz	Descrever os conhecimentos e práticas dos profissionais que realizam a assistência pré-natal na rede pública de saúde e na área indígena do município de Amambai/MS, referentes à detecção, tratamento e acompanhamento da gestante com sífilis.	Exploratório descritivo	Os resultados mostraram que, o primeiro atendimento à gestante é realizado pelo enfermeiro (91,7%), com 100% dos profissionais solicitando a coleta da triagem pré-natal.Observou-se que 41,7% dos profissionais realizaram algum treinamento sobre sífilis na gestação e 87,5% conhecem o manual do Ministério da Saúde. As dificuldades alegadas pelos profissionais para o manejo adequado da sífilis na gestação incluíram: o início tardio do pré-natal (83,3%) e o não comparecimento do parceiro (54,1%).

artigo

Jesus, C.M.; Daher, D.V.; Faria, M.G.D.A.; Paula, H.C.D.; Carvalho, T.B.; Sacramento, M.L.; Silva, L.S.D.
Motivos que levam a não adesão ao esquema terapêutico da sífilis em gestante: uma revisão integrativa

Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal(Domingues, et al.2013)Rio de Janeiro	Rev Saúde Pública	Analisar a assistência pré-natal na prevenção da transmissão vertical da sífilis.	Transversal	Foram identificados 46 casos de sífilis na gestação e 16 casos de sífilis congênita com uma prevalência estimada de 1,9% de sífilis na gestação a taxa de transmissão vertical foi de 34,8% e três casos foram fatais, um abortamento, um óbito fetal e um óbito neonatal, com proporções elevadas de baixo peso e prematuridade. A trajetória assistencial das gestantes mostrou falhas na assistência, como início tardio do pré-natal, ausência de diagnóstico na gravidez e ausência de tratamento dos parceiros.
Sífilis congênita no Ceará: análise epidemiológica de uma década (Costa et al, 2013) Ceará	Rev Esc Enferm USP	Avaliar a incidência da sífilis congênita no Ceará; descrever o perfil epidemiológico das gestantes cujos recém-nascidos tiveram sífilis congênita e verificar a realização do pré-natal e do tratamento dos seus parceiros.	Documental	O estudo revela que, o tratamento inadequado das gestantes e a falta de tratamento dos parceiros mostraram-se como realidade no SUS-CE. A incidência de sífilis congênita é um indicador da qualidade da assistência pré-natal. Logo, seu aumento nos últimos dez anos ressalta a necessidade de ações voltadas para seu controle.
Manejo da sífilis na gestação: conhecimentos, práticas e atitudes dos profissionais pré-natalistas da rede SUS do município do Rio de Janeiro(Domingues RMSM et al.2013)Rio de Janeiro	Ciência & Saúde Coletiva	Avaliar os conhecimentos, as práticas e as atitudes dos profissionais pré-natalistas da rede de serviços públicos de saúde (SUS) do município do Rio de Janeiro (MRJ) e identificar as principais barreiras para a implantação dos protocolos assistenciais de manejo da sífilis na gestação.	Transversal	Foram verificadas diversas barreiras relacionadas ao conhecimento e à familiaridade com os protocolos assistenciais, dificuldades na abordagem das DST, questões dos usuários e contexto organizacional, que apresentaram distribuição distinta segundo tipo de serviço de saúde. Profissionais com mais acesso a treinamentos e manuais técnicos apresentaram melhor desempenho, sendo esses efeitos discretos.
Conhecimentos, atitudes e práticas dos profissionais da Estratégia Saúde da Família de Teresina para o controle da sífilis em gestante(Rodrigues,Danielle Carvalho;2015)Piauí	Arca Fio-cruz	Verificar os conhecimentos, as atitudes e as práticas dos profissionais de saúde que atuam na ESF de Teresina e identificar as suas principais dificuldades para a implantação dos protocolos assistenciais e suas propostas para o avanço da assistência no controle da sífilis na gestação.	Transversal com abordagem quantitativa	Os resultados indicaram falhas nos conhecimentos, atitudes e práticas dos profissionais de saúde, que estão relacionadas ao baixo conhecimento sobre a sífilis; As barreiras relatadas estavam relacionadas aos usuários, à organização do serviço e ao próprio profissional.
A sífilis na gestação e sua influência na morbimortalidade materno-infantil(Magalhães et al. 2015)São Paulo	Com. Ciências Saúde	Apresentar uma revisão dos aspectos históricos e epidemiológicos, as manifestações clínicas, o diagnóstico, tratamento da sífilis materna e congênita, suas repercussões perinatais e descrever as principais políticas públicas de saúde na atenção à gestante com sífilis e para erradicação da sífilis congênita	Qualitativo descritivo	A pesquisa realizada, mostrou que existe uma lacuna entre a intenção e o gesto necessário para controle e erradicação da doença principalmente no que se refere à ampliação de acesso, não apenas em relação ao número mínimo de consultas preconizadas; é importante que se avalie a qualidade de seu conteúdo assim como as ações a serem realizadas entre as consultas

Fonte: dados de pesquisa.

de maior publicação, fornecendo subsídios ao conhecimento científico para a área, visto que o número de casos de sífilis gestacional tem aumentado cada vez mais.

Todos os artigos selecionados são de diferentes regiões do Brasil, sendo 5 do Estado do Ceará; 3 do Rio de Janeiro; 1 de São Paulo; 1 do Mato Grosso do Sul; 1 do Distrito Federal; 1 do Pará; 1 da Paraíba e 1 do Piauí totalizando 14 artigos. Em relação aos tipos de estudos, encontraram-se: 5 transversais com abordagem quantitativa, 3 descritivos com abordagem qualitativa, 3 descritivos com abordagem quantitativa, 2 exploratórios qualitativo e 1 documental quantitativo.

Com base nesta análise, emergiram duas categorias empíricas, as quais foram construídas a partir da junção dos temas com maior incidência na literatura analisada e intitulada como: Sífilis em gestante: fatores que dificultam a adesão ao esquema tera-

pêutico e O profissional enfermeiro frente à sífilis.

DISCUSSÃO

Sífilis em gestante: fatores que dificultam a adesão ao esquema terapêutico

Após a análise dos estudos selecionados, constatou-se que dentre os motivos para a não adesão ao tratamento da sífilis gestacional apresentados, citam-se: ausência ou falhas durante o pré-natal; falta de conhecimento das gestantes com VDRL positivo sobre a doença; adesão limitada ou não adesão dos parceiros; estrutura ineficiente dos serviços; e falta de conhecimento dos profissionais de saúde que assistem tais gestantes.

Já é evidenciado que a sífilis é um desafio para a saúde pública brasileira, pois apesar de ser doença de fácil prevenção, diagnóstico pelo exame Veneral Disease Research

Laboratory (VDRL) disponível nas unidades de saúde e tratamento gratuito com Penicilina benzatina, percebe-se que, ainda assim, há aumento da incidência dessa afecção.

Entende-se que para retirar a sífilis do rol das doenças que causam problemas na saúde, principalmente porque ela predispõe ao desenvolvimento de deficiências permanentes nos indivíduos acometidos, é preciso reduzir sua incidência para menos de um caso por nascidos vivos\ano como foi determinado pelo Ministério da Saúde.

Neste sentido, autores⁹ descrevem em seu estudo a necessidade de desenvolvimento de ações de prevenção no pré-natal e em maternidades, além da realização de busca ativa de gestante com sífilis e o tratamento adequado completo das mesmas pelo menos 30 dias antes do parto, assim também como o tratamento do parceiro.

Se tratando de sífilis na gestação, espe-



Crédito: Projetado por Can Stock Photo

ra-se que o exame VDRL seja realizado no pré-natal, no entanto, estudo¹⁰ demonstra que apenas 40,9% das gestantes no Distrito Federal iniciou o pré-natal no primeiro trimestre de gestação, 13,6% não realizou o pré-natal e 68,39% realizou menos de seis consultas.

Reafirmando o que foi dito anteriormente, a oferta de serviços de assistência pré-natal altera os desfechos das gestações, e a sua ausência pode elevar a mortalidade perinatal em até cinco vezes. Em países em desenvolvimento, a mortalidade na gestação pode diminuir em até 26%¹¹. Outra dificuldade encontrada foi a falta de conhecimento das mulheres sobre a doença. Em estudo¹² realizado no município de Sobral, Ceará, é necessário que o usuário tenha conhecimento e compreenda a enfermidade que o acomete e os objetivos da informação sobre sua própria condição de saúde e possíveis efeitos adversos são direitos do usuário.

A adesão limitada de parceiros ao tratamento também foi uma fragilidade evidente, pois de acordo com um estudo⁹ realizado na cidade de Campina Grande, sendo a segunda mais populosa do Estado da Paraíba, 94,5% dos parceiros sexuais não realizou o tratamento da sífilis no ano de 2012. Já no município de Samambaia, DF, 13,6% dos parceiros não recebeu nenhum tipo de tratamento e 9,1% realizou tratamento inadequado no período de 2005-2009¹⁰.

Verifica-se que o controle da sífilis na gestação torna-se limitado diante do grande número de parceiros que não realiza tratamento adequado. Dessa forma, as gestantes com sífilis vivenciam a ineficiência do tratamento, a reinfecção e a transmissão vertical. Destaca-se que é comum a ausência dos homens nas unidades básicas de saúde, por isso, recomenda-se a abordagem interdisciplinar das famílias com o objetivo de garantir o seguimento dos casos de sífilis, adesão ao tratamento e controle da circulação do *Treponema pallidum*¹³.

Como estratégias necessárias para redução da grande incidência para os casos de sífilis, somando-se a uma melhoria na assistência pré-natal, autores¹⁴ citam: busca precoce de mulheres para iniciar pré-natal; garantir o diagnóstico em curto prazo para

a realização do tratamento antes da 24ª a 28ª semana gestacional, época mais efetiva para o feto; e ao adequado manejo clínico tanto da gestante e seu(s) parceiro(s), o que deve incluir a troca de informações sobre a doença e sua forma de prevenção.

O profissional enfermeiro frente à sífilis

Em um estudo¹⁵ realizado com enfermeiros da ESF no município de Crato, Ceará, foi relatado que as queixas dos parceiros de gestantes com sífilis foram em relação à dor, via de administração e medos de reações adversas medicamentosas. Além do encaminhamento dos parceiros para o ambiente hospitalar, a demora do atendimento e espera pela administração da medicação foram apontados pelas enfermeiras como possível quebra do vínculo e da dificuldade de confirmação do tratamento realizado pelo parceiro com sífilis.

É importante reafirmar que, mesmo ocorrendo o tratamento da gestante de forma adequada, é extremamente importante o tratamento do parceiro. Caso isso não ocorra, a transmissão de sífilis se perpetua na gestação atual ou em futuras gestações. As estratégias para tratamento dos parceiros incluem melhor acolhimento e flexibilização de horários de atendimento para abordagem e tratamento de homens com sífilis nos Centros de Saúde. Tal afirmação reflete uma realidade preocupante, pois o não tratamento do parceiro, a gestante, mesmo que venha seguir todo o esquema terapêutico, é exposta novamente ao *Treponema*, e, portanto, dá prosseguimento à cadeia de transmissão reforçando o aumento da incidência de transmissão vertical (mãe-feto).

No município de Amambai/MS, foi realizada uma pesquisa com os profissionais de saúde da unidade que referiram a não aplicação da penicilina benzatina na unidade (12,5%), dando como justificativa da não realização o fato de que podem ocorrer eventos adversos, como a reação anafilática à administração do medicamento sendo resultado da falta de estrutura da prestação adequada da assistência à saúde¹⁶. Tal fato revela que é necessário um maior engaja-

mento dos profissionais de saúde, uma vez que estudos mostram a administração da Penicilina como primeira opção de tratamento e pouco se fala a respeito de reações adversas, enquanto preocupa-se com tal baixa ocorrência, os índices de sífilis continuam a se elevar.

Estudo¹⁷ revela que os enfermeiros mostraram dificuldade em identificar os testes de triagem e confirmatórios para o diagnóstico da sífilis. Tal fato pode ser evidência de que o exame de VDRL foi incorporado na rotina da unidade como um ato mecânico, e os profissionais muitas vezes limitam-se a preencher a requisição desse exame, sem conhecimento da sua interpretação e as condutas adotadas a partir dos resultados obtidos. Nesta mesma pesquisa, 15% dos enfermeiros não sabia tratar adequadamente a gestante com sífilis.

Em concordância ao que foi abordado anteriormente, estudo¹⁵ ressalta o importante papel do enfermeiro no que se refere à realização de atividades voltadas para educação em saúde, bem como a captação dos parceiros sexuais para a adesão ao tratamento. Em contrapartida, é necessário um comprometimento dos profissionais de saúde e gestores quanto aos registros de acompanhamento da gestante e garantia de tratamento oportuno e adequado de seus parceiros sexuais. Tais condutas visam modificar a realidade e contribuir no controle de incidência de sífilis.

Uma vez que o enfermeiro obstetra tem uma qualificação e habilidade técnica e científica na atenção à mulher, ele conhece os problemas de saúde e as alterações ocasionadas pelo período gestacional de maneira mais específica, e dará direcionamento à sua assistência ao elaborar um plano de cuidados, de implementação das intervenções e avaliação conforme a necessidade que a gestante apresentar, podendo refletir em uma melhor adesão ao esquema terapêutico da sífilis na gestação¹⁸.

CONCLUSÃO

O estudo possibilitou a observação de problemas evidentes que comprometem a eficiência do tratamento da sífilis gestacional. Dentre eles, vale citar: ausência ou

falhas durante o pré-natal, pouco conhecimento das gestantes sobre a doença, adesão limitada dos parceiros sexuais, e estrutura ineficiente dos serviços, reduzido conhecimento dos profissionais de saúde.

Sendo assim, conclui-se que é necessária uma atenção voltada para tais problemas e solução dos mesmos visando a adesão no tratamento e, conseqüentemente, a diminuição nos casos de sífilis gestacional, refletindo também na sífilis congênita. Espera-se também que tal estudo venha contribuir para a atuação diferencial do profissional enfermeiro, frente à problemática da sífilis com um todo e, principalmente, a sífilis gestacional para que se repense em medidas efetivas que levem uma maior adesão ao esquema de tratamento da sífilis gestacional, tanto por parte das gestantes, como por parte de seus parceiros.

Com base no exposto, cumpre-me con-

siderar que a enfermagem é de suma importância e deve proporcionar um acolhimento à gestante que será conseguido a partir do estabelecimento de um bom relacionamento, interesse e atenção do enfermeiro quanto às queixas e solicitações da gestante, valorizando as ações que conduzam a saúde, envolvendo o parceiro e seus familiares e a formação do histórico com a história clínica e obstétrica, buscando identificar e avaliar fatores de risco.

Uma vez que faz parte do nosso regulamento profissional a realização de consulta de enfermagem e prescrição da assistência de enfermagem como integrante da equipe de saúde: prescrever medicamentos, desde que estabelecidos em Programas de Saúde Pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde; oferecer assistência de enfermagem à gestante, parturiente e puérpera e realizar atividades

de educação em saúde. Podemos então afirmar que o desenvolvimento adequado das suas competências contribui de modo significativo para a qualidade de vida materna e infantil.

Infelizmente, o cenário assistencial não traz como uma realidade a inserção do enfermeiro obstetra, que vai desde atenção pré-natal ao puerpério. Contudo, observa-se que o olhar qualificado com a habilidade técnico-científica em atenção específica à mulher pode amenizar os indícios de sífilis na gestação ao passo que traz como ferramenta a prática da educação em saúde.

Para finalizar, recomendo o desenvolvimento de outros estudos que abordem com mais propriedade e explorem mais variáveis relacionadas e temáticas, bem como a publicação dos mesmos para enriquecimento de conhecimento do profissional enfermeiro bem como de outras profissões da saúde. ■

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico Sífilis 2016. Brasília (DF): MS, 2016.
2. Milanez H, Amaral E. Por que ainda não conseguimos controlar o problema da sífilis em gestantes e recém-nascidos? *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2008; 30(7):325-7.
3. Lins CDM. Epidemiologia da Sífilis Gestacional e Congênita no Extremo Setentrional da Amazônia. Boa Vista. Dissertação (Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde). 2014.
4. Ministério da Saúde, Coordenação nacional de DST e AIDS (BR). Boletim epidemiológico DST: situação atual. Brasília (DF): MS, 2015.
5. Rodrigues CS, Guimarães MDC, Grupo Nacional de Estudo sobre Sífilis Congênita. Positividade para sífilis em puérperas: ainda um desafio para o Brasil. *Rev Panam Salud Publica.* 2004; 16(3):168-75.
6. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde (BR). Programa Nacional de DST e Aids. Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis: manual de bolso. Brasília (DF): MS, 2007.
7. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem.* 2014; 17(4):758-764.
8. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Evidence-based practice in nursing & healthcare: A guide to best practice. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2006. p.3-24.
9. França ISX, Batista JDL, Coura AS, Oliveira CF, Araújo AKF, Sousa FS. Fatores associados à notificação de sífilis congênita: um indicador de qualidade da assistência pré-natal. *Rev Rene.* 2015 mai.-jun.; 16(3):374-81.
10. Silva TCA, Pereira AML, Silva HRG, Sá LC, Coelho DMM, Barbosa MG. Prevenção da sífilis congênita pelo enfermeiro na Estratégia Saúde da Família. *R. Interd.* 2015 jan.-mar.; 8(1):174-82.
11. Magalhães DMS, Kawaguchi IAL, Dias A, Calderon IMP. Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. *Cad Saúde Pública.* 2013; 29(6): 1109-20.
12. Rodrigues STC, Vaz MJR, Barros SMO. Transmissão vertical do HIV em população atendida no serviço de referência. *Acta Paul Enferm.* 2013;26(2): 158-64.
13. Costa CC, Freitas LV, Sousa DMN, Oliveira LL, Chagas ACMA, Lopes MVO, Damasceno AKC. Sífilis congênita no Ceará: análise epidemiológica de uma década. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2013 fev.; 47(1).
14. Domingues RMSM, Saracen V, Hartz ZMA, Leal MC. Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. *Rev. Saúde Pública.* 2013; 47(1):147-57.
15. Figueiredo MSN, Cavalcante EGR, Oliveira CJ, Monteiro MFVM, Quirino GS, Oliveira DR. Percepção de enfermeiros sobre a adesão ao tratamento dos parceiros de gestantes com sífilis. *Rev Rene.* 2015; 16(3).
16. Schmeing LMB. Sífilis e Pré-Natal na Rede Pública de Saúde e na Área Indígena de Amambai/MS: Conhecimento e Prática de Profissionais. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2012. 63p.
17. Andrade RFV, Lima NGB, Araújo MAL, Silva DMA, Melo SP. Conhecimento dos enfermeiros acerca do manejo da gestante com exame de VDRL reagente. *J bras Doenças Sex Transm.* 2011; 23(4):188-193.
18. Silva LRS, Baptista ES, Santos IMM, Silva BCMG, Vilar ASE, Silva MDB. O impacto da campanha de combate à sífilis congênita sobre diagnóstico e tratamento de sífilis em mulheres admitidas em uma maternidade municipal do Rio de Janeiro. *Rev. De Pesq.: cuidado é fundamental Online.* 2009 set.-dez.; 1(2):279-87.

A educação em saúde como estratégia de cuidado de enfermagem na atenção básica

RESUMO

Este trabalho objetiva conhecer as ações de educação em saúde realizadas por enfermeiros em uma unidade de Estratégia de Saúde da Família. Trata-se de pesquisa qualitativa e descritiva, desenvolvida em uma Unidade de Saúde da Família urbana na região Sul do Rio Grande do Sul. Os participantes foram os enfermeiros deste serviço e a coleta ocorreu a partir de entrevista semiestruturada e observação participante, totalizando 60h, e atendeu-se às prerrogativas éticas. Através da análise temática, discutiu-se os dados a partir dos temas: "A educação em saúde como núcleo de cuidado no processo de trabalho do enfermeiro", "Ações individuais e coletivas de educação em saúde no processo de trabalho do enfermeiro" e "Formação profissional e o vínculo entre serviço e universidade". Conclui-se que os enfermeiros reconhecem seu papel de educadores e a educação em saúde como importante estratégia para a promoção da qualidade de vida e participação social.

DESCRITORES: enfermagem; educação em saúde; saúde da família.

ABSTRACT

This study aims to know the actions of health education carried out by nurses in a Family Health Strategy unit. This was a qualitative and descriptive research, developed in an Urban Family Health Unit in the southern region of Rio Grande do Sul. Participants were the nurses of this service and the collection occurred from a semi-structured interview and participant observation, totaling 60h, and met the ethical prerogatives. Through the thematic analysis, the data were discussed based on the themes: "Health education as a core of care in the nurses' work process," Individual and collective actions of health education in the nurses' work process "and" Training professional relationship and the link between service and university ". It is concluded that nurses recognize their role as educators and health education as an important strategy for the promotion of quality of life and social participation.

DESCRIPTORS: nursing; health education; family health.

RESUMEN

SEste trabajo objetiva conocer las acciones de educación en salud realizadas por enfermeros en una unidad de Estrategia de Salud de la Familia. Se trata de una investigación cualitativa y descriptiva, desarrollada en una Unidad de Salud de la Familia urbana en la región Sur de Rio Grande do Sul. Los participantes fueron los enfermeros de este servicio y la recolección ocurrió a partir de entrevista semiestruturada y observación participante, totalizando 60h, y se atendió a las prerrogativas éticas. A través del análisis temático, se discutieron los datos a partir de los temas: "La educación en salud como núcleo de cuidado en el proceso de trabajo del enfermero," Acciones individuales y colectivas de educación en salud en el proceso de trabajo del enfermero "y" Formación profesional y el vínculo entre servicio y universidad". Se concluye que los enfermeros reconocen su papel de educadores y la educación en salud como una importante estrategia para la promoción de la calidad de vida y participación social.

DESCRIPTORES: enfermería; educación en salud; salud de la familia.

Vanusa Thaine Lubini

Enfermeira. Prefeitura Municipal de Rio Pardo/RS

Janaína Quinzen Willrich

Enfermeira. Doutora em Ciências – Professora da Universidade Federal de Pelotas

Mirela Farias Pickersgill

Enfermeira. Especialista em Saúde Pública com ênfase em Saúde da Família, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Universidade Federal de Pelotas

Dariane Lima Portela

Enfermeira. Especialista em Estratégia em Saúde da Família com ênfase em Políticas Públicas, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Universidade Federal de Pelotas

INTRODUÇÃO

A Atenção Básica (AB) é a principal porta de entrada aos serviços de saúde no Brasil, sendo comunicante com toda a Rede de Atenção à Saúde (RAS). É desenvolvida de forma descentralizada e ocorre nos locais mais próximos do cotidiano da população, a fim de reproduzir os princípios da universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade e participação social¹.

O modelo assistencial proposto pelo Ministério da Saúde para a Atenção Básica é a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que deve priorizar ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua, sendo a família abordada de forma integral, mesclando o saber popular ao técnico-científico².

Deste modo, vê-se a Atenção Básica como campo propício para as ações de educação em saúde, utilizando-as como estratégias para o cuidado. A educação em saúde tem como objetivo a melhoria da saúde individual e coletiva, sendo uma possibilidade de aquisição de saberes e fortalecimento de atitudes, visto a responsabilização do sujeito pela sua condição de saúde³.

Dentre as profissões que compõem as equipes da Atenção Básica, a enfermagem se caracteriza como uma das que tem como especificidade o cuidado, seja ele individual ou coletivo, a partir de ações de promoção de saúde, prevenção de doenças, recuperação e reabilitação da saúde⁴.

Neste contexto, o papel do enfermeiro na Atenção Básica vai além do cuidado assistencial, estando a educação como intrínseca no seu processo de trabalho, devido as suas habilidades específicas que incorporam ações de promoção e prevenção em saúde, bem como a capacidade de articular as ações dos outros profissionais que compõem a equipe⁵.

A educação em saúde perpassa toda a ação do enfermeiro, seja com a equipe de saúde ou com o usuário, sendo impossível dissociar a prática assistencial, gerencial e educativa desse profissional, pois em todas as ações, o enfermeiro é, acima de tudo, um educador⁶.

Diante do exposto, tem-se como objetivo conhecer as ações de educação em saúde realizadas por enfermeiros em uma unidade de Estratégia de Saúde da Família.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, do tipo descritivo. A pesquisa qualitativa tem como propósito conhecer as significações sob a ótica dos atores sociais, valorizando a construção cognitiva da experiência, sustentando uma análise crítica que precisa ser consolidada coletivamente, buscando conhecer suas relações e instituições⁷. É uma observação mais próxima e empenhada em moldar procedimentos de construção e análise dos dados coletados às características do objeto de estudo⁸. Além disso, a abordagem descritiva objetiva narrar acontecimentos, descobrindo e observando fenômenos, para posteriormente descrevê-los, classificá-los e interpretá-los⁹.

O estudo foi desenvolvido em uma USF na área urbana de um município da região Sul do Rio Grande do Sul. Foram incluídos no estudo apenas os profissionais da equipe que possuísem Graduação em Enfermagem, independentemente do tempo de trabalho, que aceitaram participar da pesquisa; permitiram a gravação da entrevista; e, concordaram com a divulgação dos resultados em meio acadêmico e científico. Assim, os participantes do estudo foram os dois enfermeiros atuantes neste serviço, que em consonância com os preceitos éticos-legais de garantia do anonimato, serão identificados ao longo deste artigo como E1 e E2.

Atendendo às prerrogativas éticas, a pesquisa se deu de acordo com as normas da Resolução n.º 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde - CNS¹⁰ e os participantes concordaram com a participação do estudo por meio da assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas sob o n.º 1.209.336/2015 e a coleta de dados foi realizada em setembro de 2015 por meio de entrevista semiestruturada gravada e observação participante que totalizou 60 horas de observação, com o uso de diário de campo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da análise dos dados obtidos por meio da participação dos enfermeiros que relataram sobre seu processo de trabalho em uma Unidade de Saúde da Família, buscou-se destacar as estratégias de educação em saúde desenvolvidas. Deste modo, emergiram três temáticas: “A educação em saúde como núcleo de cuidado no processo de trabalho do enfermeiro”, “Ações individuais e coletivas de educação em saúde no processo de trabalho do enfermeiro” e “Formação profissional e o vínculo entre serviço e universidade”.

A educação em saúde como núcleo de cuidado no processo de trabalho do enfermeiro

O processo de trabalho em saúde tem a finalidade de promover a qualidade de vida e participação social e a enfermagem, que tem como objeto de trabalho o cuidado ao ser humano, à família e à comunidade⁴, se insere no contexto da atenção básica tendo como instrumento de trabalho a educação em saúde.

Observa-se que os entrevistados compreendem a educação em saúde como parte fundamental em suas atribuições enquanto enfermeiros, realizam tais atividades no seu cotidiano de trabalho e quando fornecem informações e orientações aos usuários entendem-se como educadores. Relacionam, também, as atribuições de sua profissão como parte concretizadora das políticas públicas de saúde, dentre as quais cita-se a promoção da saúde e prevenção de agravos à população, como será visto a seguir:

“[...] não tem como a gente trabalhar e não orientar, eu acho que cada coisa que a gente faz sempre vem uma orientação em cima disso, e quando tu tá orientando tu tá educando, de certa forma tu tá mudando, tu tá passando informações pra aquelas pessoas a respeito daquilo que tu tá fazendo [...] Tudo o que a gente faz passa a ser um processo educativo”. (E1)

“Sim, realizo, e por eu estar na

estratégia de saúde da família eu acho que é uma das atribuições fundamentais do enfermeiro, trabalhar dentro desse processo da parte educativa, se não, não justificaria a estratégia de saúde da família [...] Porque a estratégia de saúde da família ela veio, nesse modelo implantado pelo Ministério da Saúde para mudar a área de atuação da saúde pública, tentando focar na promoção de saúde". (E2)

Assim, as falas de E1 e E2 demonstram que a educação em saúde está sendo incorporada pelos enfermeiros, que estão assumindo uma postura de educador e reconhecendo em todos os momentos de seu fazer uma possibilidade para utilização de processos e técnicas pedagógicas visando a socialização de conhecimentos e saberes sobre saúde de modo a produzir qualidade de vida, participação social e exercício da cidadania¹¹. Tais dados vão ao encontro às outras pesquisas¹², em que os enfermeiros trabalhadores da atenção básica compreendem a educação em saúde como uma dimensão inerente ao conjunto de ações que realizam, sendo mediador entre conhecimentos técnicos e dos usuários.

Neste sentido, as ações educativas são um instrumento de promoção da saúde, cuja finalidade é aumentar a capacidade da população em controlar determinantes da saúde, ou seja, promover a autonomia dos sujeitos a partir de informações, habilidades e instrumentos que os tornem capazes de escolher comportamentos, atitudes e relacionamentos interpessoais produtores de saúde¹³.

Ações individuais e coletivas de educação em saúde no processo de trabalho do enfermeiro

Tratando-se de processo de trabalho, o cotidiano do trabalho em saúde é oportuno para a prática de educar, pois leva em consideração que toda ação em saúde provém de uma ação educativa, estando a educação em saúde presente em todo contato entre o profissional de saúde e o usuário. (14)

Neste sentido, alguns autores¹⁵ entendem a proporção e relevância dessas ações nos serviços de saúde no que tange à prática do cuidado, independente das ações que são desenvolvidas, sejam elas de promoção da saúde, prevenção de agravos e doenças, tratamento, cura e reabilitação. Para esses autores as práticas educativas encontram-se imersas em todo o processo de trabalho em saúde, sendo um instrumento de trabalho para a prática profissional.

Este entendimento permeia os excertos apresentados nesta temática, que enfatizam que a educação em saúde permeia todo o processo de trabalho do enfermeiro da atenção básica, tanto no cuidado individual realizado em consultas de pré-natal, coletas de exames ginecológicos, como no cuidado à família nos casos de consulta de puericultura e no cuidado coletivo a partir da realização de grupos, como os citados: grupo do hiperdia, grupo de tabagismo, e grupo de mulheres.

Estes dados foram confirmados nas observações diárias realizadas no período de coleta de dados, quando foi possível visualizar o desenvolvimento de ações educativas em praticamente todo o processo de tra-

balho dos enfermeiros, visto que possuem agenda diária para atendimento e coleta de citopatológico, consulta de pré-natal e puericultura, mais os atendimentos de demanda de avaliações, teste do pezinho, imunizações, testes rápidos (sífilis, HIV, hepatite B e C, teste de gravidez), curativos, gestão da equipe e serviço, além do planejamento e realização de grupos.

Dentre às ações de cuidado individual são citadas as consultas de pré-natal, coleta de citopatológico e puericultura. Essas ações são de extrema importância no fazer do enfermeiro e na garantia de saúde do binômio mãe-filho, uma vez que o acompanhamento pré-natal de qualidade impacta positivamente nas taxas de morbidade e mortalidade materno-infantil¹⁶ e as consultas de puericultura permitem a redução da incidência de enfermidades, com vistas a garantir o crescimento e desenvolvimento adequados ao que tangem os aspectos físicos, emocionais e sociais¹⁷.

Este compromisso com a qualidade de vida e promoção da saúde observa-se nos excertos desta temática, que trazem as ações de cuidado desenvolvidas pelos enfermeiros. Nestes, percebe-se que a promoção de



saúde não visa somente a adoção de um estilo de vida saudável, mas caminha da direção do bem-estar global. Neste sentido, a puericultura, enquanto momento de aproximação da mãe e profissional de saúde, contribui para estratégias de Promoção da Saúde que a partir do acompanhamento do binômio mãe-filho, possibilita a troca de experiências, superação de dificuldade e aprendizado em relação ao cuidado do filho¹⁷.

No período de acompanhamento e coleta de dados, quanto às ações coletivas de educação em saúde, foi possível acompanhar e observar a realização de quatro grupos que são desenvolvidos na unidade, sendo eles o grupo de hipertensos e diabéticos, grupo de tabagismo, grupo de saúde e prevenção escolar e grupo de mulheres, conforme relato dos entrevistados E1, E2 abaixo descritos:

“De que forma que eu faço isso? Digamos que eu estou fazendo um pré-natal, quando eu estou passando alguma orientação pra gestante, desde a primeira consulta de pré-natal, que eu vou passando algumas informações, é uma educação, porque a gente vê depois na prática, quando aquela mãe ao longo do pré-natal ela assimilou algumas informações, ela tá nos devolvendo de alguma forma [...] eu tento enxergar aquela pessoa além daquilo ali que eu estou vendo.” (E1)

“Um dos grupos pioneiros que eu comecei aqui [...] foi o grupo do hiperdia [...] e sempre gostei muito de trabalhar com esse grupo. Há três anos também eu faço uma parceria com uma enfermeira de outra unidade de saúde aqui da cidade com o grupo de tabagismo [...] Tenho também já há 3, quase 4 anos a saúde e prevenção escolar junto à escola municipal aqui do bairro, onde a gente trabalha com adolescentes, pré-adolescentes, tanto a saúde sexual, reprodutiva,

drogas, imunização [...] e agora a gente tá começando o grupo de mulheres [...] em que a gente vai trabalhar sobre a questão de reciclar, mas não materiais, o tema é reciclando a vida, em todos os sentidos, na questão da cidadania, do contexto familiar, da autoestima das mulheres.” (E2)

Destaca-se que a prática educativa do enfermeiro, através dos grupos de educação em saúde, busca a colaboração dos usuários participantes em seu próprio processo terapêutico em que se tem a oportunidade de estimular a encontrar estratégias coletivas de enfrentamento de dificuldades¹⁸.

Nos momentos de observação foi visto que:

“Em uma consulta de puericultura, o enfermeiro realiza conversa com responsável enfatizando o cardápio para a idade. Fica próxima à mãe para a conversa. Exemplifica opções de alimentos que podem ser oferecidos durante o dia de acordo com as condições financeiras da família. Fala sobre a prevenção dos acidentes infantis. Orienta escovação dental diária, cuidados com a pele e exposição ao sol.” (O1)

“Explica aos presentes sobre a atual informatização da unidade de saúde, sobre como está o funcionamento para consultas no local, como será feita a retirada de receitas médicas [...] Enfermeira também explica aos presentes acerca do cartão SUS, tranquilizando-os de que não há necessidade imediata na atualização deste. Pede a compreensão dos usuários acerca das mudanças que estão acontecendo, levado em conta a demora nos atendimentos nos últimos dias. Observa-se que a linguagem utilizada pela enfermeira é informal, não faz uso de termos técnicos.” (O2)

Nota-se pelo exposto que o relacionamento estabelecido é de interação entre os participantes. Inclui-se neste processo, portanto, para o êxito das ações coletivas, o diálogo, valorização das vivências do usuário, troca de experiências, respeito pelo indivíduo e potencialização da autonomia, contribuindo para a prevenção de doença e para a promoção da saúde¹⁹.

Formação profissional e o vínculo entre serviço e universidade

Outra estratégia observada e também mencionada pelos entrevistados foi a parceria estabelecida com alunos da Graduação de uma universidade local, os quais desenvolvem seus estágios curriculares e de final de curso na unidade de saúde, além de projetos de extensão, como o Programa de Educação para o Trabalho em Saúde (PET-Saúde). Nestes momentos trocam experiências, auxiliam nos atendimentos diários e realizam grupos de educação em saúde para a comunidade.

A utilização dos serviços do SUS como espaço de formação é de suma importância para a formação de profissionais com qualificação técnica e que atendam às necessidades da saúde pública. A existência do PET-Saúde neste serviço estimula essa construção profissional, pautando as experiências vivenciadas pelos acadêmicos no espírito crítico, na cidadania e na função social da educação superior, norteadas pelo princípio da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão²⁰.

“Todos os semestres também a gente oferece o grupo de gestante, na realidade não é grupo de pré-natal mas um curso de gestante em parceria com a professora e alunos da (nome da faculdade parceira), por isso que eu fico feliz de ter essas parcerias, por que somente eu sozinha não conseguiria fazer tudo.” (E2)

“Enfermeiro acompanha as acadêmicas em uma consulta de puericultura do 1º mês. Sobre as orientações realizadas: conversam com

a mãe sobre melhor maneira de higienizar as roupas do bebê. Incentivam o aleitamento materno exclusivo até o 6º mês, demonstrando para a mãe orientações sobre a hora da mamada. São as acadêmicas que dão maior seguimento ao atendimento”. (O3)

“A manhã iniciou com a enfermeira auxiliando as acadêmicas de enfermagem na finalização de uma apresentação para o grupo de Saúde e Prevenção na Escola, que acontecerá hoje à tarde.” (O4)

Neste contexto, a presença dos acadêmicos também é relevante para a equipe do serviço, como explicitado na fala de E2 e nas observações, pois constitui uma rede

de apoio, auxiliando nos atendimentos do serviço, promovendo atividades de atualização, além de serem disparadores motivacionais para os profissionais, que percebem o ensino e a pesquisa como uma produção coletiva de ações e estratégias de educação em saúde contextualizando a realidade em que esses profissionais atuam.

CONCLUSÃO

A formação e qualificação do profissional enfermeiro, a busca constante por novos conhecimentos e atualização destes é fundamental para que se exerça um trabalho de qualidade e de comprometimento com a saúde da população, principalmente no que tange à execução de ações de educação em saúde.

Verificou-se que os participantes detêm um conhecimento sobre a importância da

execução de atividades de educação em saúde na ESF e, por esse motivo, buscaram inseri-la no seu cotidiano de trabalho, em todos os espaços utilizados no ofício de sua profissão. Acerca da metodologia do estudo, se observou que a soma das entrevistas semiestruturadas e a realização de observação participante enriqueceram a coleta de dados, fornecendo resultados mais completos sobre a realidade vivenciada na unidade básica de saúde adentrada.

Entende-se o presente estudo como relevante para a área da saúde, visto que possibilitou conhecer mais sobre práticas educativas que são realizadas por enfermeiros atuantes na atenção básica. Ressalta-se a necessidade de mais pesquisas acerca da temática, porém voltadas à contribuição dos órgãos gestores para maior efetividade das práticas educativas. ■

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção Básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2012. 114p.
2. Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica (BR). Guia Prático do Programa Saúde da Família. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2001. 69p.
3. Santos ACC, Ferreira EJ, Santos L, Souza OSQ. Relato de experiência no contexto da educação em saúde o cuidado materno-infantil. JNUOL. 2015; (9 Supl.5):8474-8.
4. Gomes LTS, Silva Junior SI. Processo de trabalho em enfermagem na Saúde da Família: revisão da literatura. APS. 2015; 18(3):390-7.
5. Lanzoni GMM, Meirelles BHS, Cummings G. Práticas de liderança do enfermeiro na atenção básica à saúde: uma teoria fundamentada nos dados. Texto contexto- enferm. 2016; 25(4):1-9.
6. Souza MCM, Horta NC, editor. Enfermagem em saúde coletiva – Teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2012.
7. Minayo MS. O Desafio do Conhecimento - Pesquisa Qualitativa em Saúde. 14. ed. São Paulo: HUCITEC; 2014.
8. Cardano, M. Manual de Pesquisa Qualitativa – A contribuição da teoria da argumentação. 1. ed. Rio de Janeiro: Vozes; 2017.
9. Oliveira MM. Como fazer pesquisa qualitativa. 6. ed. Rio de Janeiro: Vozes; 2014.
10. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução n.º 466, de 12 de dezembro de 2012 (BR) [Internet]. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União. 12 dez 2012 [acesso em 05 nov 2017]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html.
11. Almeida ER, Moutinho CB, LEITE, MTS. Prática pedagógica de enfermeiros de Saúde da Família no desenvolvimento da educação em saúde. Interface – Comunic., Saude, Educ. 2016; 20(57):389-401.
12. Dantas MBP. Educação em Saúde na Atenção Básica: sujeito, diálogo, intersubjetividade [tese]. Recife: Fundação Oswaldo Cruz; 2010.
13. Piovesan LR, Schimith MD, Simon BS, Budó MLD, Weiller TH, Brêtas ACP. Promoção da saúde na perspectiva de enfermeiros de atenção básica. Rev enferm UERJ. 2016; 24(3):e5816.
14. Alves BS, Nunes MO. Educação em Saúde na atenção médica ao paciente com hipertensão arterial no Programa Saúde da Família. Interface – Comunic., Saude, Educ. 2006; 10(19):131-47.
15. Pinafo E, Nunes EFP, González AD, Garanhani ML. Relações entre concepções e práticas de educação em saúde na visão de uma equipe de saúde da família. Trab. Educ. Saúde. 2011; 9(2):201-21.
16. Barbeiro FMS, Fonseca SC, Tauffer MG, Ferreira, MSS, Silva FP, Ventura, PM, Quadros, JI. Óbitos fetais no Brasil: revisão sistemática. Rev. Saúde Públ. 2015; 49(22):1-15.
17. Vasconcelos, VM, Frota MA, Martins MC, Machado MMT. Puericultura em enfermagem e educação em saúde: percepção de mães na estratégia saúde da família. Esc. Anna Nery. 2012; 16(2):326-31.
18. Felipe GF. Educação em Saúde em Grupo: olhar da enfermeira e do usuário hipertenso [dissertação]. Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará; 2011.
19. Candaten AE, Germani ARM. Educação em saúde: uma proposta educativo-reflexiva na formação do enfermeiro. Revista de Enfermagem FW. 2012; 8(8):192-207.
20. Ferraz L. O PET-Saúde e sua Interlocação com o Pró-Saúde a Partir da Pesquisa: o Relato dessa Experiência. Rev. bras. educ. med. 2012; 36(Supl.1):166-71.

Metalline®

Curativo não aderente.

Curativo especial em multicamadas para ferida.



Suprasorb®X + PHMB

Curativo antimicrobiano HidroBalance.



Lohmann & Rauscher, a revolução no tratamento de feridas.

Debrisoft®

Almofada para desbridamento indolor de feridas.

- Praticamente indolor para o paciente;
- Remove debris de forma eficaz, rápida e simples;
- Não afeta o tecido de granulação recém-formado nem as células epiteliais já estabelecidas.



* Consulte o seu médico para a indicação ideal.*

