

saúde coletiva

ANO 9 • EDIÇÃO 48
ABR/ MAI/ JUN • 2019
ISSN 18063365

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

Correios

Conhecimento de enfermeiros que atuam na atenção básica à saúde acerca dos fitoterápicos da Rename

Análise de custo-minimização do cuidado da pele na prevenção de dermatite associada à incontinência ■ **Vivência de idosos enfrentando o diagnóstico de câncer: estudo fenomenológico** ■ Contributos que afetam a saúde mental do enfermeiro: revisão integrativa ■ **Epidemiologia e complicação associada ao tratamento oncológico em Cabo Frio-RJ: conhecendo a realidade da região** ■ Características de um grupo de ajuda mútua: doenças crônicas não transmissíveis em foco ■ **Assistência de enfermagem à criança vítima de violência sexual: relato de experiência** ■ A experiência da microcefalia relacionada ao Zika Vírus: redes de relações sociais ■ **Análise de óbitos residuais por causas externas em Cuiabá-MT** ■ Cultura de segurança do paciente num centro de terapia intensiva segundo percepção da equipe multiprofissional ■ **Estilo de vida dos trabalhadores de uma unidade de pronto atendimento do sul do Brasil** ■ Exposição acidental a material biológico entre trabalhadores de Enfermagem de uma emergência ■ **Conhecimento de enfermeiros que atuam na atenção básica à saúde acerca dos fitoterápicos da Rename** ■ Percepção de trabalhadores da saúde sobre a integralidade do cuidado em um ambulatório multiprofissional ■ **Distribuição das internações por traumatismo intracraniano na região centro-oeste brasileira** ■ Tecnologias disponíveis para o manejo de ostomia intestinal: revisão integrativa de literatura ■ **Burnout entre profissionais de enfermagem em setores fechados** ■ O papel do enfermeiro na gestão de qualidade: revisão de literatura ■ **Completo dos dados dos sistemas de informação sobre câncer ocupacional ocasionado pelo amianto** ■ O entrelace do perfil do professor com a formação profissional do enfermeiro com compromisso social ■ **O (des) cuidar da saúde mental: uma retrospectiva histórica** ■ Os cuidados de enfermagem na prevenção de infecção relacionados ao PICC em unidade neonatal ■ **A Percepção dos idosos sobre a importância das bulas dos medicamentos que utilizam** ■ Autoconhecimento sobre saúde como boas práticas de segurança: revisão integrativa ■ **Perfil epidemiológico da população na Estratégia de Saúde da Família na Região Sul de Mato Grosso** ■ Trabalhos de conclusão de curso de graduação em enfermagem: perfil da produção científica ■ **A judicialização no sistema único de saúde: pesquisa integrativa** ■ Condições de saneamento básico na fronteira Puerto Quijarro (Bolívia) e Corumbá (Brasil) e impactos sobre a saúde

Prof. Dr. Sérgio Luis Alves de Moraes Júnior**Editor científico da Revista Saúde Coletiva.**

Universidade Nove de Julho, Departamento de Saúde III.
São Paulo, SP – Brasil
<http://lattes.cnpq.br/3015509051693108>

Prof. Dr. Adilson da Costa

Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual, Programa de pós-graduação.
São Paulo, SP – Brasil
<http://lattes.cnpq.br/3454558681577581>

Profa. Dra. Aline Coelho Macedo Quezadas

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

Profa. Dra. Ana Cristina de Sá

Universidade Anhembi Morumbi, Curso de Graduação em Enfermagem.
São Paulo, SP – Brasil
<http://lattes.cnpq.br/3850056733257356>

Prof. Dr. Carlos Leonardo Figueiredo Cunha

Universidade Federal do Pará, Faculdade de Enfermagem.
Belém, PA – Brasil
<http://lattes.cnpq.br/9603271880856443>

Profa. Esp. Caroliny dos Santos Guimarães da Fonseca

Sociedade Bras. de Enfermagem em Feridas Estética, SOBENFeE, Brasil.
Rio de Janeiro, RJ – Brasil
<http://lattes.cnpq.br/3580348508497567>

Profa. Dra. Cláudia Cristina Soares da Silva-Muniz

Universidade Nove de Julho, Universidade Nove de Julho.
São Paulo, SP – Brasil
<http://lattes.cnpq.br/5579230935280165>

Profa. Dra. Cristina Helena Costanti Settevall

Conjunto Hospitalar do Mandaqui, CHM, Brasil.
São Paulo, SP – Brasil
<http://lattes.cnpq.br/4195776312010208>

Profa. Dra. Danila Torres Leite

Centro Universitário São Camilo, USC, Brasil.
São Paulo, SP – Brasil
<http://lattes.cnpq.br/0383381942320389>

Prof. Dr. Éktor Tsuneo Onishi

Universidade Federal de São Paulo, Departamento de Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço.
São Paulo, SP – Brasil
<http://lattes.cnpq.br/9383669632593200>

Dra. Gisela Cardoso Ziliotto

Centro Universitário das Faculdades Metropolitanas Unidas, Faculdades Metropolitanas Unidas - Liberdade.
São Paulo, SP – Brasil
<http://lattes.cnpq.br/8405367072349398>

Prof. Dr. Gustavo Alves Andrade dos Santos

Centro Universitário Senac, Unidade Tiradentes.
São Paulo, SP – Brasil
<http://lattes.cnpq.br/4835322024843507>

Prof. Msc. Luir José Ruaro Filho

Universidade Nove de Julho, UNINOVE, Brasil.
Hospital Ipiranga - Unidade de Gestão Assistencial II, HI - UGAI, Brasil.
São Paulo, SP – Brasil
<http://lattes.cnpq.br/9332726422524779>

Prof. Msc. Madson Douglas Ribeiro Sousa

Instituto Amazônia de Saúde e Bem Estar.
São Paulo, SP – Brasil
<http://lattes.cnpq.br/3435827675669171>

Prof. Dr. Marcelo Chanes

MARCELO CHANES, MARCELO CHANES, Brasil.
Universidade Anhanguera de São Paulo, UNIAN/SP, Brasil.
São Paulo, SP – Brasil
<http://lattes.cnpq.br/6535923460040467>

Profa. Dra. Maria Cristina Marcucci Ribeiro

Universidade Anhanguera de São Paulo, Programa de Mestrado e Doutorado em Biotecnologia e Inovação em Saúde.
São Paulo, SP – Brasil
<http://lattes.cnpq.br/3785872046836692>

Profa. Dra. Maria Helena de Agreia Gonçalves Jardim

Universidade da Madeira, UMA, Portugal.
Madeira – Portugal
<http://lattes.cnpq.br/6915461763464112>

Profa. Dra. Renata de Jesus Teodoro

Universidade Bandeirante de São Paulo, Academia Paulista Anchieta.
São Paulo, SP – Brasil
<http://lattes.cnpq.br/5833391054988679>

Profa. Dra. Renata Coelho Scharlach

Universidade Federal de Santa Catarina.
Florianópolis, SC – Brasil
<http://lattes.cnpq.br/1448717008023148>

Profa. Dra. Rosângela Elaine Minéo Biagolini

Universidade Nove de Julho, Curso de Enfermagem.
São Paulo, SP – Brasil
<http://lattes.cnpq.br/2422579034820516>

Prof. Dr. Thiago Moura de Araújo

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, Instituto de Ciências da Saúde.
Redenção, CE – Brasil
<http://lattes.cnpq.br/7700932593617131>

Profa. Dra. Vanessa Ribeiro Neves

Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Enfermagem.
São Paulo, SP – Brasil
<http://lattes.cnpq.br/7132941543481307>

Dra. Valnice de Oliveira Nogueira

Universidade Nove de Julho.
São Paulo, SP – Brasil
<http://lattes.cnpq.br/5536076459761514>

11º congresso Nursing BRASILEIRO

2º Congresso Internacional Saúde Coletiva
2º Congresso Internacional Feridas

SÃO PAULO

26 e 27 SETEMBRO DE 2019

Dia 26 de Setembro | Palestra Auditório Nursing

- 08h30** Sonelidade de abertura
- 09h50** Perspectivas contemporâneas da enfermagem do trabalho
- 10h40** Um Olhar Sobre as Formas de Violência Obstétrica no Cenário Atual de Nascimento no Brasil
- 11h30** A Avaliação de Tecnologias em Saúde como ferramenta para a tomada de decisão
- 12h30** Intervalo para almoço
- 14h00** Cuidados Paliativos, Desospitalização e Espiritualidade
- 14h50** Sexualidade do idoso
- 15h40** A emoção é um safári, onde a razão se perde
- 16h30** Alteração do sono no envelhecimento: insônia e apneia do sono
- 17h20** Hospital de Transição e Cuidados Continuados – importância da Enfermagem na cadeia de produtividade na saúde

Dia 27 de Setembro | Palestra Auditório Nursing

- Ética e legislação no tratamento de feridas **08h10**
- Estratégias para o Empoderamento do Profissional de Enfermagem **09h00**
- Atendimento pré-hospitalar: como fazer mais com menos? **09h50**
- Inteligência Emocional ao Profissional da Saúde **10h40**
- Práticas Avançadas de Enfermagem na Atenção Primária: uma proposta para o Brasil **11h30**
- Intervalo para almoço **12h30**
- Qualidade de vida dos estudantes de Enfermagem brasileiros **14h00**
- Resolução de conflitos no cotidiano interdisciplinar **14h50**
- Paradigmas em Jejum Pré-operatório **15h40**
- Atendimento ao Paciente Traumatizado Grave Cirúrgico na UTI **16h30**
- Gestão do trabalho na saúde e a precarização das relações **17h20**
- Encerramento **18h00**

Realização



Patrocínio ouro



Apoio



Patrocínio



saúdecoletiva



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/ by congerdesign from Pixabay

1277 | NORMAS DE PUBLICAÇÃO

1278 | EDITORIAL

Atenção básica à saúde e fitoterápicos

ARTIGOS CIENTÍFICOS

1279 | Análise de custo-minimização do cuidado da pele na prevenção de dermatite associada à incontinência

Analysis of cost-minimization of skin care in the prevention of dermatitis associated with incontinence

Análisis de custo-minimización del cuidado de la piel en la prevención de dermatitis asociada a incontinencia

1286 | Vivência de idosos enfrentando o diagnóstico de câncer: estudo fenomenológico

Living of elderly facing cancer diagnosis: phenomenological study

Vivencia de años enfrentando el diagnóstico de cáncer: estudio fenomenológico

1291 | Contributos que afetam a saúde mental do enfermeiro: revisão integrativa

Contributions that affects nurses' mental health: an integrative review

Contribuciones que afectan la salud mental del enfermero: una revisión integrativa

1296 | Epidemiologia e complicação associada ao tratamento oncológico em Cabo Frio-RJ: conhecendo a realidade da região

Epidemiology and complication associated with oncological treatment in Cabo Frio-RJ: knowing the reality of the region

Epidemiología y complicación asociada al tratamiento oncológico en Cabo Frio-RJ: conociendo la realidad de la región

1304 | Características de um grupo de ajuda mútua: doenças crônicas não transmissíveis em foco

Characteristics of a mutual aid group: chronic non-communicable diseases in focus

Características de un grupo de ayuda mutua: enfermedades crónicas no transmisibles en foco

1309 | Assistência de enfermagem à criança vítima de violência sexual: relato de experiência

Nursing assistance to the victim child of sexual violence: experience report

Asistencia de enfermería al niño víctima de violencia sexual: relato de experiencia

1314 | A experiência da microcefalia relacionada ao Zika Vírus: redes de relações sociais

Networks of social relations in the experience of Zika Virus related microcefalia

La Experiencia de la microcefalia relacionada al Virus Zika: redes de relaciones sociales

Edição 48 - 2019

EVENTOS

atendimento@mpmcomunicacao.com.br

ENVIO DE ARTIGOS

artigo@mpmcomunicacao.com.br

ATENDIMENTO AO ASSINANTE

atendimento@mpmcomunicacao.com.br

ASSINATURAS

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

- 1320** | **Análise de óbitos residuais por causas externas em Cuiabá-MT**
Analysis of residual deaths for external causes in Cuiabá-MT
Análisis de óbitos residuales por causas externas en Cuiabá-MT
- 1328** | **Cultura de segurança do paciente num centro de terapia intensiva segundo percepção da equipe multiprofissional**
Patient safety culture in an intensive care unit according to the perception of the multiprofessional team
Cultura de seguridad del paciente en una unidad de cuidados intensivos según la percepción del equipo multiprofesional
- 1337** | **Estilo de vida dos trabalhadores de uma unidade de pronto atendimento do sul do Brasil**
Workers' lifestyle of a health care unit in south of Brazil
Estilo de vida de los trabajadores de una unidad de pronto atención del sur del Brasil
- 1344** | **Exposição acidental a material biológico entre trabalhadores de enfermagem de uma emergência**
Accidental exposure to biological material among nursing workers in an emergence
Exposición accidental a material biológico entre trabajadores de enfermería de una emergencia
- 1350** | **Conhecimento de enfermeiros que atuam na atenção básica à saúde acerca dos fitoterápicos da Rename**
Knowledge of nurses who attend primary health care about Rename phytotherapy
Conocimiento de enfermeros que actuan en la atención básica a la salud acerca de los fitoterápicos del Rename
- 1355** | **Percepção de trabalhadores da saúde sobre a integralidade do cuidado em um ambulatório multiprofissional**
Perception of health workers on the comprehensive care in a multiprofessional outpatient clinic
Percepción de trabajadores de la salud sobre la integralidad del cuidado en un ambulatorio multipleo
- 1362** | **Distribuição das internações por traumatismo intracraniano na região Centro-Oeste Brasileira**
Hospitalizations' distribution due to intracranial trauma in the midwest region of Brazil
Distribución de hospitalizaciones por trauma intracraneal en la región del Medio Oeste de Brasil
- 1369** | **Tecnologias disponíveis para o manejo de ostomia intestinal: revisão integrativa de literatura**
Available technologies for the management of intestinal ostomy: integrating literature review
Tecnologías disponibles para el manejo de ostomia intestinal: revisión integral de literatura
- 1375** | **Burnout entre profissionais de enfermagem em setores fechados**
Burnout among closed sector nursing professionals
Burnout entre profesionales de enfermería en unidades intensivas

- 1382** | **O papel do enfermeiro na gestão de qualidade: revisão de literatura**
The role of the nurse in quality management: literature review
El papel de la enfermera en la gestión de la calidad: revisión de la literatura
- 1387** | **Compleitude dos dados dos sistemas de informação sobre câncer ocupacional ocasionado pelo amianto**
Compleitude of information systems on occupational cancer caused by asbestos
La Compleitud de los sistemas de información sobre cáncer ocupacional ocasionado por el amianto
- 1393** | **O entrelace do perfil do professor com a formação profissional do enfermeiro com compromisso social**
The interlace of the teacher's profile with the professional training of the nurse with social commitment
El entrelace del perfil del profesor con la formación profesional del enfermero con compromiso social
- 1399** | **O (des)cuidar da saúde mental: uma retrospectiva histórica**
The (des) care of mental health: a historical retrospective
La (des) atención médica mental: una retrospectiva histórica
- 1404** | **Os cuidados de enfermagem na prevenção de infecção relacionados ao PICC em unidade neonatal**
Nursing care in the prevention of infection related to PICC in neonatal unit
Atención de enfermería en la prevención de la infección relacionada con la PICC en la unidad neonatal
- 1412** | **A percepção dos idosos sobre a importância das bulas dos medicamentos que utilizam**
Perception of the elderly about the importance of using package inserts
Percepción de las personas mayores sobre la importancia de utilizar inserciones de paquetes
- 1416** | **Autoconhecimento sobre saúde como boas práticas de segurança: revisão integrativa**
Self-knowledge about health as good safety practices: integrative review
Autoconocimiento sobre salud como buenas prácticas de seguridad: revisión integrativa
- 1424** | **Perfil epidemiológico da população na Estratégia de Saúde da Família na Região Sul de Mato Grosso**
Epidemiological profile of the population in the Family Health Strategy in the Southern Region of Mato Grosso
Perfil epidemiológico de la población en la Estrategia de Salud Familiar en la Región del Sur de Mato Grosso
- 1431** | **Trabalhos de conclusão de curso de graduação em enfermagem: perfil da produção científica**
Monographies of nursing graduation course: profile of scientific production trabajos de conclusión
Del curso de graduación en enfermería: perfil de la producción científica
- 1438** | **A judicialização no sistema único de saúde: pesquisa integrativa**
The judicialization in the unified health system: integrated research
La judicialización en el sistema único de salud: pesquisa integradora
- 1446** | **Condições de saneamento básico na fronteira Puerto Quijarro (Bolívia) e Corumbá (Brasil) e impactos sobre a saúde**
Conditions of basic sanitation on the frontier Puerto Quijarro (Bolivia) and Corumbá (Brazil) and impacts on health
Condiciones de saneamiento básico en la frontera Puerto Quijarro (Bolivia) y Corumbá (Brasil) e impactos sobre la salud

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 à 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: 06541-038.

ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE E FITOTERÁPICOS



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 à equipe multiprofissional, aos estudantes e às 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: “CONHECIMENTO DE ENFERMEIROS QUE ATUAM NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE ACERCA DOS FITOTERÁPICOS DA RENAME”.

A RENAME nada mais é que a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais, na qual o Sistema Único de Saúde (SUS) possui medicamentos de origem fitoterápica para o atendimento da população⁽¹⁾.

Muitas são as discussões e preconceitos

de profissionais e até mesmo de pacientes quanto ao uso de fitoterápicos, porém, deve-se ter em mente que é uma terapia complementar utilizada na promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos e reabilitação da saúde do indivíduo. A fitoterapia utiliza compostos de plantas medicinais para a elaboração de medicamentos, com ausência de substâncias ativas isoladas⁽²⁾.

A partir da implementação de medicamentos fitoterápicos nas medicações do SUS, confirmou-se sua importância, não apenas pelos benefícios que pode trazer à saúde, redução de eventos adversos, mas também pelos fatos de que são de extrema abundância na natureza e possuem um custo baixíssimo para a produção, isto quer dizer, ampla cobertura medicamentosa para a população.

Porém, sendo abundante, de baixo custo e benéfico à saúde, são necessários planejamentos de intervenções, estratégias e

capacitação dos profissionais da Atenção Básica para prescrever e assistir à sociedade da melhor forma possível, o que atualmente encontra-se em escassez. Sendo a linha de frente na assistência, os enfermeiros devem se atentar para a educação continuada alcançando um conhecimento profundo sobre a ação das plantas medicinais e intervenções, além de seguir os protocolos terapêuticos do Ministério da Saúde⁽³⁾.

Analisando ainda por outro lado, verificamos que existe ainda muita resistência de tratamento medicamentoso, o que com a implementação efetiva da fitoterapia, traria uma maior adesão aos tratamentos melhorando a qualidade de vida da população.

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! ■

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (BR). Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: RENAME 2018 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2018. [citado em 20 jun 2019]. Disponível em: <http://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2018/11/RENAME-2018.pdf>.

2. Moreira FR, Oliveira FQ. Levantamento De Plantas Medicinais E Fitoterápicos Utilizados Na Comunidade Quilombola-Pontinha De Paraopeba, Minas Gerais, Brasil. Revista Brasileira de Ciências da Vida. [Internet]. 2017 [citado em 20 jun 2019]; 5(5):1-24. Disponível em: <http://jornal.faculdadecienciasdauida.com.br/index.php/>

RBCV/article/view/356/244.

3. Borcard GG, Conde BE, Alves MJM, Chedier LM, Pimenta D S. Estudo etnofarmacológico em entorno de floresta urbana como subsídio para a implantação da Fitoterapia no Sistema Único de Saúde. Rev. bras. plantas med. [Internet]. 2015 [citado em 20 jun 2019]; 17(4): supl. 2, 928-36. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Bruno_Conde2/publication/291689019_Estudo_etnofarmacologico_em_entorno_de_floresta_urbana_como_subsídio_para_a_implantacao_da_Fitoterapia_no_Sistema_Unico_de_Saude/links/577dbd6b08aeae3b27e47af.pdf.

Análise de custo-minimização do cuidado da pele na prevenção de dermatite associada à incontinência

RESUMO

Objetivo: Analisar o custo minimização do cuidado com a pele utilizando água, sabão e pomada de óxido de zinco, versus protocolo com limpador sem enxague e spray de película polimérica para a prevenção da Dermatite Associada a Incontinência (DAI), utilizando a árvore de decisão como ferramenta analítica. Métodos: Avaliação econômica em saúde, descritiva e quantitativa. Utilizou-se dados coletados no prontuário de 86 pacientes internados no CTI Adulto de um hospital oncológico entre os meses de fevereiro e agosto de 2016. Resultados: A opção mais econômica foi o protocolo de cuidados com limpadores sem enxague e aplicação de filme barreira de película polimérica, pois apresentou um custo de R\$734,85 por paciente internado, enquanto no método tradicional o custo médio foi de R\$838,85 por paciente no período de coleta. Conclusão: A enfermagem deve exercer a avaliação econômica das tecnologias oferecidas otimizando recursos financeiros para a melhor assistência possível aos seus pacientes.

DESCRITORES: Dermatite; Custos e Análise de Custos; Avaliação de Custo-Efetividade.

ABSTRACT

Objective: Analyze the cost minimization of care by using water, soap and ointment of zinc oxide, versus protocol with rinsed cleaner and polymer film spray for the prevention of Incontinence-Associated Dermatitis (ICD), using the decision tree as an analytical tool. Methods: Economic, descriptive and quantitative health assessment. It used data collected in the medical records of 86 patients hospitalized in the Adult CTI of a cancer hospital between the months of February and August 2016. Results: The most economical option was the care protocol with cleaners without rinsing and application of polymer film barrier film, as it presented a cost of R\$ 734.85 per hospitalized patient, while in the traditional method the average cost was R\$ 838.85 per patient in the collection period. Conclusion: Nursing should exercise the economic evaluation of the technologies offered, optimizing financial resources for the best possible assistance to their patients.

KEYWORDS: Dermatitis; Costs and Cost Analysis; Cost-Effectiveness.

RESUMEN

En el presente trabajo se analizaron los resultados obtenidos en el análisis de los resultados obtenidos en el análisis de los resultados obtenidos, como herramienta analítica. Métodos: Evaluación económica en salud, descriptiva y cuantitativa. Utilizó datos recogidos en el prontuario de 86 pacientes internados en el CTI Adulto de un hospital oncológico entre los meses de febrero y agosto de 2016. Resultados: La opción más económica fue el protocolo de cuidados con limpiadores sin enjuague y aplicación de película barrera de película polimérica, pues presentó un costo de R\$ 734,85 por paciente internado, mientras que en el método tradicional el costo promedio fue de R\$ 838,85 por paciente en el período de recolección. Conclusión: La enfermería debe ejercer la evaluación económica de las tecnologías ofrecidas optimizando recursos financieros para la mejor asistencia posible a sus pacientes.

PALABRAS CLAVE: Dermatitis; Costos y Análisis de Costos; Evaluación de Costo-Efectividad.

Alessandra Dutkus Saurusaitis

Mestre em enfermagem. Especialista em Terapia Intensiva. Enfermeira coordenadora do CTI Adulto e Pós-operatório/ INCA.

Luiz Carlos Santiago

Doutor em Enfermagem. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO). Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

Antonio Augusto de Freitas Peregrino

Doutor em Enfermagem. Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ). Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

Roberto Carlos Lyra da Silva

Doutor em Enfermagem. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO). Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

Cristiano Bertolossi Marta

Doutor Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

Vivian Schutz

Enfermeira, Doutora em Enfermagem Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro-EEAP UNIRIO.

INTRODUÇÃO

Dentre os cuidados oferecidos aos pacientes em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), destacamos a prevenção de eventos adversos, especificamente a prevenção de lesões de pele, como atribuição da enfermagem que demanda planejamento, avaliação e alta carga de trabalho tanto no que concerne ao tempo despendido no cuidado quanto ao esforço físico realizado por estes profissionais no momento da mobilização destes pacientes. Nesta perspectiva, observamos que novas tecnologias têm sido desenvolvidas e inseridas nos espaços do trabalho hospitalar, principalmente nas UTIs, de modo a possibilitar a otimização do tempo de enfermagem à beira do leito e por vislumbrar a implantação e implementação de propostas de protocolos, cujo objetivo central aponta para o efetivo cuidado com o cliente.

Neste sentido, dentro do conjunto dos eventos adversos, a ocorrência de Dermatite Associada à Incontinência (DAI) nos despertou a atenção pelos seguintes motivos: alta prevalência em UTIs, evento doloroso que causa desconforto e sofrimento ao paciente, falta de conhecimento a respeito do agravo pelos profissionais de saúde e oferta de recursos para a prevenção que não são utilizados sistematicamente.

A DAI compreende uma dermatose inflamatória que atinge o períneo, região glútea, abdome inferior e coxa causada pelo contato da pele com fezes e urina em um ambiente úmido, quente e fechado (oclusão da fralda). Chamada até 2007 por dermatite amoniacal ou dermatite irritativa, foi renomeada neste ano, após comprovação de sua etiologia estar associada a exposição de múltiplos fatores como hiper-hidratação, fricção, temperatura, irritantes químicos, urina e fezes⁽¹⁾. Apesar de ainda mal compreendida no meio hospitalar e frequente-

mente confundida com lesões por pressão, a DAI apresenta-se como uma comorbidade significativa em unidades de terapia intensiva⁽²⁻⁴⁾.

A preocupação com a prevenção da DAI vem ao encontro das diretrizes do Ministério da Saúde que através do Programa Nacional de Segurança do Paciente e, a partir dele, a publicação do Protocolo de Prevenção de Úlceras por Pressão, destacam a importância da prevenção de eventos adversos ao paciente e objetivam a prevenção da ocorrência das lesões por pressão e de outras lesões de pele, em que se incluiriam as dermatites por umidade⁽⁵⁾.

Até pouco tempo atrás estávamos limitados ao uso de bacias com água e sabão para higienização dos pacientes e cremes de óxido de zinco para prevenção das “assaduras”, porém, estudos mostram que a criação de programas estruturados de intervenção nas dermatites por incontinência é referida como uma medida base. Estes programas contemplam a aplicação de vários produtos com funções complementares. A higiene da pele com produtos de limpeza que não alterem o pH deve ser preferencial ao uso do tradicional “sabão”. Após isto, deve aplicar-se um hidratante/emoliente que possa estar associado a substâncias que criem uma barreira impermeável, protegendo o extrato córneo da pele das secreções e umidade⁽⁶⁾.

Se por um lado temos o oferecimento de novas tecnologias a favor dos pacientes e profissionais, por outro, as condições de trabalho estão cada dia mais precárias, faltam investimentos na saúde, tanto no setor público como no privado e há pressão e interesse das operadoras de seguro com a geração de lucros. Na escolha das alternativas de produtos oferecidos, atenção deve ser dada a necessidade de se avaliar qual opção pode ser mais custo-efetiva do ponto de vista organizacional, visando a contenção de custos e a melhoria da eficiência dos sistemas de saúde. Isto tem criado a necessidade explí-

cita de realizar quantificação e justificativa de custos e benefícios associados a terapias específicas, no sentido de haver decisões terapêuticas mais racionais⁽⁷⁾. Neste sentido, o enfermeiro envolvido com avaliação e padronização de tecnologias para protocolos de cuidado deve estar instrumentalizado para realizar a melhor escolha do ponto de vista individual e coletivo. Desta forma, o fortalecimento da prática profissional da enfermagem precisa ter base em evidências e comprovações, tendo como princípio o fato de que a tomada de decisão para o uso de uma tecnologia deve envolver diversos aspectos – legais, sociais, éticos, políticos, culturais e econômicos⁽⁸⁾.

Concernente ao custo econômico da incontinência, o documento técnico espanhol elaborado pelo Grupo Nacional para Estudo e Assessoramento em Úlceras por Pressão e Feridas Crônicas em 2006 refere o gasto de 2% do orçamento sanitário nos países desenvolvidos, onde 90% se deve a acessórios (absorventes, fraldas, sondas...), 2% ao diagnóstico e tratamento e 8% a estadias hospitalares e cuidados básicos⁽⁸⁾.

Além disso, o documento mostra a íntima relação entre a incontinência e o desenvolvimento de Lesões por Pressão (LP), citando estudos que apontam que 56,7% das pessoas que apresentam incontinência fecal desenvolvem LP. Também, relatam o risco da incontinência fecal aumentar em 22% o risco de desenvolver LP⁽⁹⁾.

Desta forma, a verificação do custo e a comparação de alternativas disponíveis são fundamentais para a tomada de decisão do gestor. A Avaliação Econômica em Saúde (AES) tem sido muito utilizada como uma destas estratégias para melhorar a alocação de recursos e otimizar os custos e é definida como uma análise comparativa, em termos de custos e desfechos, entre duas ou mais alternativas. Para o estudo em questão, cuja situação em que as alternativas de manejo têm o mesmo efeito clínico, nos interessa o

cálculo da diferença de custo entre as estratégias, constituindo os estudos de custo-minimização⁽¹⁰⁻¹²⁾.

Sendo assim, com a finalidade de verificar a viabilidade do uso rotineiro de algumas das novas tecnologias, assim como recomendar à equipe a padronização de sua utilização, trazemos como objeto deste estudo o Custo da Prevenção da Dermatite Associada à Incontinência, tendo como questão norteadora: O custo com a utilização de um protocolo de higiene da pele com limpadores sem enxague e proteção com spray de película polimérica pode ser menor quando comparado ao cuidado tradicional com água, sabão e óxido de zinco, utilizado na prevenção da DAI dentro da UTI?

Objetivou-se realizar uma análise de custo minimização do cuidado tradicional da prevenção da dermatite associada à incontinência versus novo protocolo com limpador sem enxague e spray de película polimérica para prevenção da Dermatite Associada à Incontinência, utilizando a árvore de decisão como ferramenta analítica.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo avaliativo e pesquisa documental, que utilizou a análise de custo-minimização para comparar o custo do cuidado convencional ao paciente incontinente internado em terapia intensiva, utilizando água, sabão e pomada a base de óxido de zinco, e o custo do cuidado para estes pacientes com limpadores sem enxague e spray de película polimérica

O estudo se desenvolveu a partir de dados coletados no prontuário dos pacientes internados no CTI Adulto de um hospital oncológico entre os meses de fevereiro e agosto de 2016, revelando a incidência da DAI e seus fatores de risco aos pacientes que receberam cuidados de higiene íntima neste período baseados no uso convencional de água, sabão e óxido de zinco. Comparado a esta realidade utilizamos estudos publicados sobre recomendações de uso de limpadores sem enxague e proteção da pele com spray de película polimérica, utilizan-

do dados que representassem a efetividade destas novas tecnologias. O estudo escolhido como referência evidenciou uma redução da incidência de 25% de DAI e 50% de LP com uso de protocolo estruturado de cuidados⁽¹³⁾.

Através dos dados coletados no prontuário, os pacientes foram classificados quanto ao risco de desenvolvimento de DAI de acordo com o padrão de eliminação intestinal no período. Coletados também os dados acerca da ocorrência e gravidade da DAI e lesões por pressão.

Foi realizado levantamento de gastos dos materiais envolvidos na higiene, proteção da pele e curativos de lesões por pressão junto ao setor de farmácia e almoxarifado da própria instituição, através do sistema Absolute, sistema de gerenciamento hospitalar da instituição que forneceu relatórios sobre o consumo e custo dos seguintes itens de consumo: algodão, sabão líquido, pomada de óxido de zinco, spray de película polimérica, lenços umedecidos e materiais de curativos como gaze, placa de hidrocolóide, fita de alginato de cálcio, espuma absorvente com prata, soro fisiológico e filme adesivo.

O tempo dispensado pelos profissionais de enfermagem nos cuidados de higiene e proteção foi retirado de estudos sobre a temática para higiene íntima e tratamento de feridas. O tempo para a limpeza e aplicação de spray barreira de 11,5 min e limpeza e aplicação de óxido de zinco em 14,92 min⁽¹⁴⁾. Para a média de tempo com cuidados com feridas em terapia intensiva, o tempo médio foi de 18 min 37 seg⁽¹⁵⁾.

Para valorar o custo da mão de obra de enfermagem, foi utilizada a tabela salarial da carreira da qual os servidores fazem parte, e utilizada a remuneração média dos enfermeiros e técnicos de enfermagem concursados do setor, acrescentados da gratificação de especialização. O custo por hora tendo em vista a carga horária mensal de trabalho ser de 156h, foi calculada em R\$63,91 para enfermeiros e R\$40,36 para técnicos de enfermagem⁽¹⁶⁾.

Para o cálculo do custo médio dos procedimentos por dia, foi descrito cada item de custo utilizado de forma unitária. As le-

sões por pressão em estágios III e IV se submetem ao mesmo padrão de curativo, por isso foram agrupadas no mesmo procedimento. Nas lesões por pressão estágio II ou nas de estágio III e IV podem ser realizados dois tipos de curativos com tecnologias diferentes a critério da avaliação do enfermeiro assistencial, sendo que estes apresentam diferentes custos e por isso foi obtida média do custo dos curativos.

O custo médio para tratamento das lesões por pressão desenvolvidas na unidade durante o período de 6 meses foi calculado através do custo calculado por procedimento de curativo para cada estágio multiplicado pelo número de pacientes-dia portadores de cada lesão.

Os participantes do estudo foram os pacientes com incontinência urinária e/ou fecal, internados no CTI Adulto no período de 1 de fevereiro a 31 de julho de 2016. O tamanho da amostra foi de 86 pacientes de acordo com os critérios de inclusão a seguir: Pacientes com mais de 18 anos; Pacientes que ficaram internados na UTI por mais de 48h; Pacientes que apresentaram incontinência urinária e/ou fecal; Pacientes que não apresentavam lesão de pele na região perineal no momento da admissão na UTI.

Após a obtenção dos dados citados estes foram lançados em planilhas do Excel e posteriormente no Software Tree AgeR para elaboração da Árvore de Decisão como método analítico.

Para análise do custo-minimização utilizamos a árvore de decisão, pois descreve os componentes de um problema ou situação clínica, permitindo a comparação de duas ou mais alternativas tecnológicas através da ordenação e hierarquização das informações disponíveis sobre elas, auxiliando os tomadores de decisão quanto àquelas que oferecem maiores benefícios em saúde⁽¹⁷⁾.

A árvore foi preenchida com as variáveis baseadas na coleta de dados retrospectivos para o grupo controle e dados de publicação bibliográfica no grupo intervenção, na qual foram considerados os microcustos de insumos, salários e tempo de enfermagem assim como os desfechos clínicos (ocorrência de DAI e lesões por pressão) dos pacientes acompanhados durante o período.

artigo

Saurusaitis, A.D.; Santiago, L.C.; Peregrino, A.A.F.; Silva, R.C.L.; Marta, C.B.; Schutz, V.;
Análise de custo-minimização do cuidado da pele na prevenção de dermatite associada à incontinência

A coleta de dados se iniciou após a autorização do Comitê de Ética em Pesquisa, da CAAE: 56558216.0.3001.5274. Foi garantindo o sigilo dos dados coletados e a não revelação das identidades em momento algum, conforme Resolução CNS n.º 466/12.

RESULTADOS

Os pacientes, em sua maioria, apresentaram-se sedados, dependentes de suporte ventilatório, nutricional e em uso de medicações vasopressoras e antibióticos. Todos os pacientes estavam restritos ao leito e faziam uso de fraldas. A maioria da população era do sexo masculino (55%), com peso corporal entre 61 e 80kg e a idade média de 59 anos. Foi grande a variação do tempo de internação, variando de 2 a 101 dias, obtendo uma média de 18 dias de internação por paciente. Como desfecho, 41% evoluíram para óbito e 59% receberam alta do CTI.

Todos os sujeitos do estudo eram incontinentes urinários e fecais. Porém, a incontinência urinária por si só não determinou um fator de risco para a DAI, nenhum paciente urinava em fralda: 87% utilizavam cateter vesical de demora (CVD), 6% cistostomia e 7% se encontravam anúricos. Portanto, o fator de risco que se destaca para a ocorrência de DAI é a incontinência fecal, principalmente a agravada com ocorrência de episódios diarreicos (38% do total de pacientes). Dos pacientes com incontinência fecal, 16% eram estomizados, e, apesar deste grupo apresentar alto risco para lesões de pele, estas não foram o foco deste estudo, pois nos detemos a estudar as lesões perineais e circunjacentes.

A incidência de DAI teve variação de 14% a 40%, tendo como média 20%. A LP apresentou variação de 3% a 35%, tendo como média 18%.

A incidência de DAI foi distribuída por categorias. Delas, 48% das dermatites se enquadraram na categoria 1, ou seja, hiperemia sem ruptura da epiderme. Como categoria 2 foram classificados 37% das dermatites que evoluíram para erosão da pele. Foram classificadas como categoria 2 plus

15%, pois além da ferida houve infecção por fungos ou bactérias.

Do total das lesões por pressão desenvolvidas, 63% corresponderam ao estágio II da ferida, ou seja, a lesão levou a perda parcial da pele, envolvendo a epiderme até a derme. Estágio III e IV corresponderam a 8% cada e lesões não classificáveis, devido presença de cobertura necrótica, 21%.

O custo médio dos procedimentos realizados para higiene, proteção e tratamento da pele do paciente incontinente está descrito no Quadro 1, onde também estão listados os itens de custo referentes a recursos humanos e insumos.

O procedimento de higiene e proteção da pele pelo método tradicional apresentou um custo unitário de R\$29,87, enquanto pelo protocolo R\$31,64 mais 3,45 ao dia, tendo em vista que a aplicação do spray de película polimérica não necessita reaplicação a cada troca de fraldas. Curativos de lesão por pressão tiveram um custo médio de R\$41,70 para estágio II, R\$70,59 para estágio III e IV e R\$45,75 para lesões necróticas não classificáveis.

O custo semestral exclusivamente com higiene íntima e proteção da pele no método tradicional foi de R\$44.984,22, enquan-

Quadro 1. Custo médio por procedimento. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2016

PROCEDIMENTO	ITENS DE CUSTO R\$	CUSTO UNITÁRIO R\$
Higiene e proteção com método tradicional.	C_RHtrad -27,30 C_insumostrad: Algodão – 1,30 Sabão – 0,66 Pomada de óxido de zinco – 0,61	29,87
Higiene e proteção com protocolo de cuidados.	C_RHprot – 19,89 C_insumosprot: Lenços umedecidos (5 unidades) – 11,75 Filme barreira (10 borrifadas) – 3,45	31,64 + 3,45 (ao dia)
Curativo de Lesão por pressão estágio II	C_RHcurativo– 32,10 C_insumocuratII: + Soro fisiológico – 0,30 + Hidrogel – 4,11 + Gaze não aderente – 3,99 + Gaze estéril – 1,20 + Filme transparente – 4,05 OU Tempo de enfermagem – 15,43 + Soro fisiológico – 0,30 + Hidrocolóide – 5,25	41,70
Curativo de Lesão por pressão estágio III e IV	C_RHcurativo – 32,10 C_insumocuratIIIeIV: Soro fisiológico – 0,30 + Alginato em fita – 30,50 + Gaze estéril – 1,20 + Filme transparente – 4,05 OU Tempo de enfermagem – 32,10 + Soro fisiológico – 0,30 + Cobertura com prata – 36,59 + Filme transparente – 4,05	70,59
Curativo de Lesão por pressão não classificável	C_RHcurativo – 32,10 Soro fisiológico – 0,30 + Hidrogel – 4,11 + Gaze não aderente – 3,99 + Gaze estéril – 1,20 + Filme transparente – 4,05	45,75

to se houvesse o protocolo de cuidados seria de R\$52.286,64.

Em relação as lesões por pressão, verificamos que o custo total semestral com o tratamento destas foi de R\$ 25.919,79. O tipo de lesão que impactou economicamente mais foram as lesões por pressão em estágio II (\$ 14.803,50), certamente por ser o tipo mais frequente de lesão, apresentando o quantitativo de 355 pacientes-dia durante o período. Os outros estágios de LP quando somados também geram um impacto grande pois o procedimento em si já apresenta um custo alto (até R\$70,59 por curativo).

Após este levantamento de custos, realizamos uma análise de custo-minimização a seguir, levando em conta a probabilidade de acontecimentos de eventos que poderiam modificar o resultado final.

As Figuras 1 e 2 mostram a Árvore de Decisão elaborada para realização de Custo Minimização do processo de cuidado proposto em tela. Para cada braço da árvore temos uma probabilidade de acontecimento vinculada a variáveis criadas para o modelo. Ao final de cada probabilidade, foram adicionadas as fórmulas de custos referentes a cada uma delas. A Figura 1 representa o re-

sultado de custo para o nó de decisão “Método Tradicional” e a Figura 2 para o nó de decisão “Protocolo de Prevenção”.

De acordo com o cálculo realizado através do software TreeAge⁽¹⁸⁾, a opção mais econômica para o cuidado da pele é o protocolo de cuidados com limpadores sem enxague e aplicação de filme barreira de película polimérica, pois apresentou um custo de R\$734,85 por paciente internado, enquanto o método tradicional de higiene íntima com água e sabão e aplicação de óxido de zinco apresentou o custo de R\$838,85 por paciente.

Figura 1. Árvore de Decisão- custo para o nó de decisão “Método Tradicional”. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2016

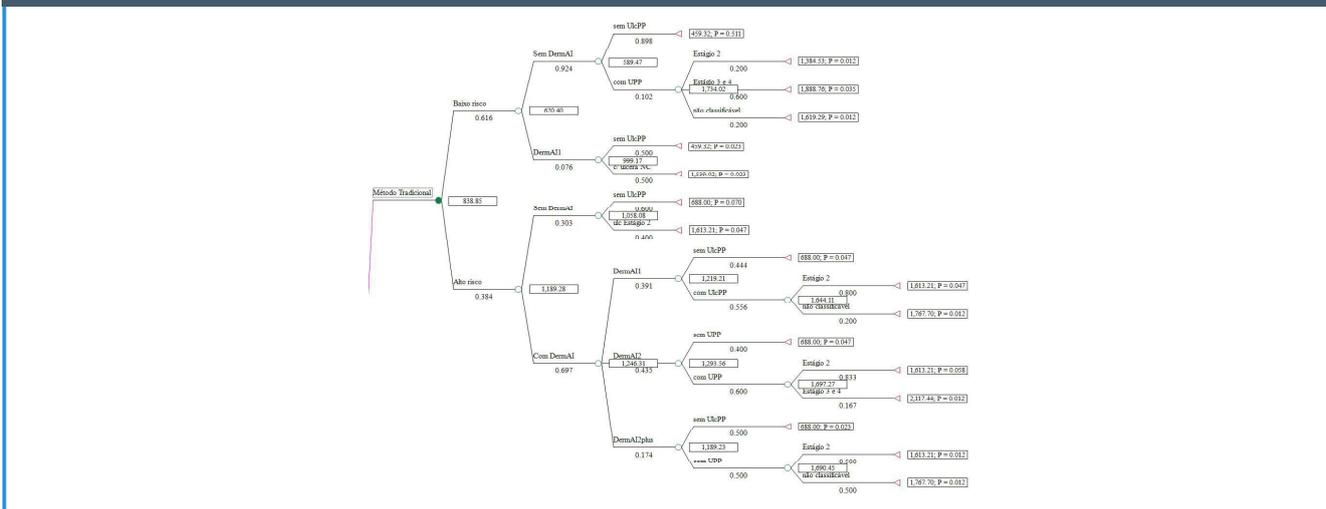
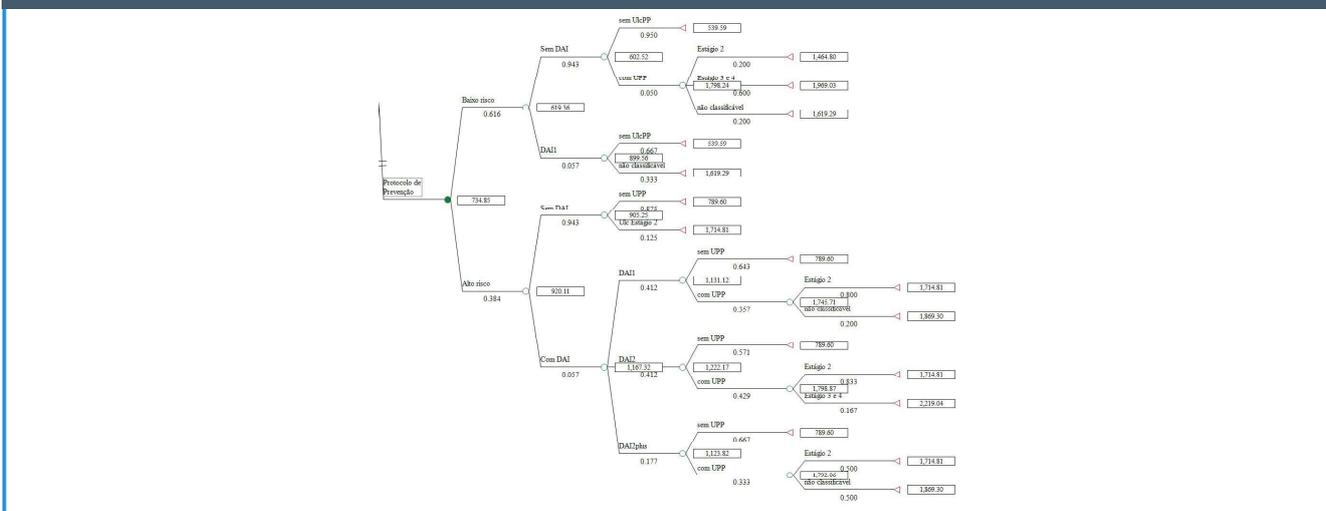


Figura 2. Árvore de Decisão- custo para o nó de decisão “Protocolo de Prevenção”. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2016



Podemos observar no Gráfico 1 a diferença entre os resultados quando realizamos o cálculo de custos simples e o custo-minimização, pois no primeiro apenas itens de custo diretos para higiene e proteção foram calculados enquanto na árvore de decisão além destes, as probabilidades de desfecho com desenvolvimento de lesões foram incluídas para análise.

O custo médio por paciente que era de R\$ 573,66 e R\$ 664,59, respectivamente, indicando a opção do cuidado tradicional como opção mais econômica, quando calculado junto com a probabilidade de acontecer os eventos na árvore de decisão, os resultados se invertem. Os custos médios de R\$838,85 e R\$ 734,85 por paciente, apontam como melhor opção a nova tecnologia utilizada no protocolo de cuidados.

Ao realizarmos um impacto orçamentário anual do uso das duas tecnologias analisadas podemos verificar que o protocolo de cuidado com a pele apresenta um custo anual de R\$126.394,20 enquanto o cuidado tradicional apresenta um custo de R\$ 144.282,20, apresentando uma diferença de R\$ 17.888,00. Podemos chamar atenção que os valores supracitados são do cenário avaliado. Quando isto é analisado num cenário com mais pacientes, estes custos ficam evidentes.

DISCUSSÃO

Através do modelo de Árvore de Decisão foi possível verificar que o custo por paciente nestes 6 meses foi maior utilizando o cuidado convencional com a pele (R\$838,85) do que seria se tivéssemos utilizado o protocolo de cuidados com higienizador sem enxague e filme barreira de película polimérica (R\$734,85). Apesar das tecnologias para a implementação do protocolo apresentarem um preço inicialmente alto, o custo diário com o protocolo de cuidado é menor que o método tradicional utilizado atualmente, havendo uma

Gráfico 1. Demonstrativo de diferença de custos por paciente através de análise de custos simples e através de análise de custo-minimização. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2016

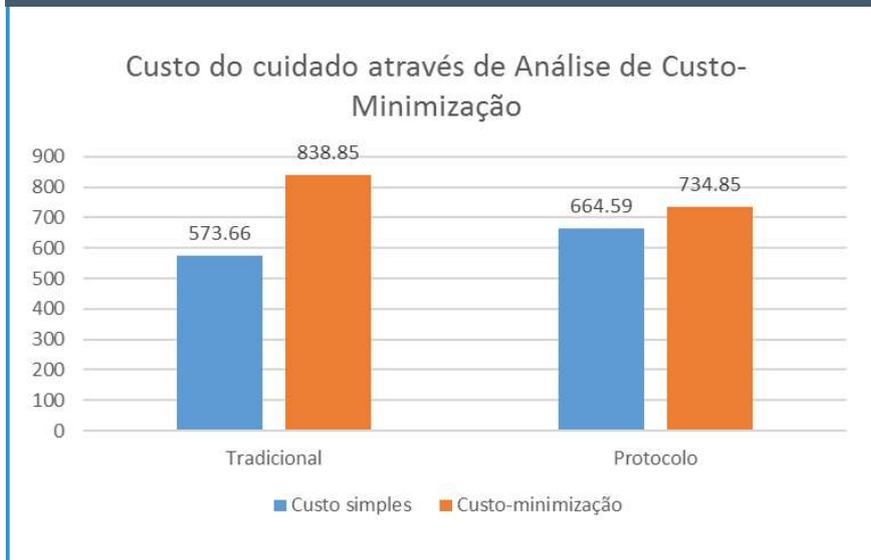
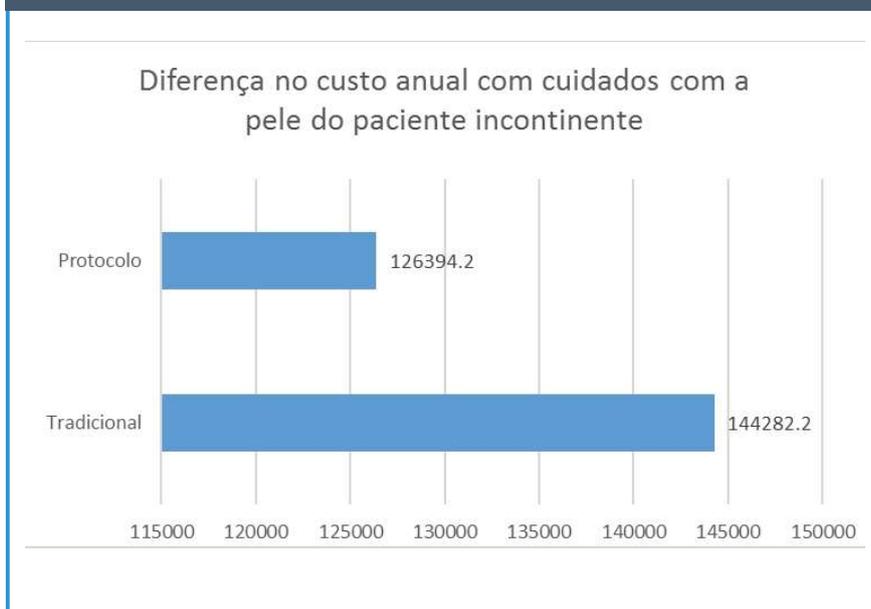


Gráfico 2. Custo anual com o cuidado com a pele através de método tradicional e protocolo. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2016



redução de 12,4% quando comparados, levando em conta todos os itens de custo necessários para higiene, proteção e tratamento de lesões. Através da árvore de decisão, levando em conta todas as probabilidades de desfecho, principal-

mente a relação entre o desenvolvimento de DAI e lesões por pressão, verificamos que a opção pelo protocolo, diminui o custo geral do cuidado com a pele, levando a uma economia anual média de R\$ 17.888,00 no cenário analisado.

Devido à escassez de trabalhos utilizando análises de custo minimização para avaliação destas tecnologias, não poderemos avançar na comparação de resultados e sugerimos que novas pesquisas sejam realizadas.

Os dados de tempo para execução dos procedimentos de higiene e proteção foram derivados da literatura internacional e, portanto, podem não refletir necessariamente as condições de cada realidade institucional. Da mesma forma, outros estudos levando em conta a efetividade dos produtos analisados de-

vem ser realizados através de uma análise econômica completa, de custo-efetividade. Os custos de recursos humanos de enfermagem sofrem grande variação dependendo da instituição e do vínculo empregatício, por isso, os valores não devem ser generalizados.

CONCLUSÃO

Através do modelo de árvore de decisão para análise de custo-minimização pudemos verificar que a implanta-

ção de um protocolo de prevenção de DAI, utilizando lenços umedecidos com solução sem enxague e spray de película polimérica, apesar de apresentarem inicialmente maior custo em relação à água, sabão e pomada de óxido de zinco, apresentam um custo inferior quando analisada a probabilidade de desenvolvimento de lesões de pele. Consideramos, entretanto, que devido ao pioneirismo deste tipo de estudo para a tomada de decisão em questão, há necessidade de continuação para futuras análises de custo-efetividade. ■

REFERÊNCIAS

- 1- Fernandes JD, Machado MCR, OZNP. Fisiopatologia da dermatite da área das fraldas: parte I. An. Bras. Dermatol. [Internet]. 2008 Dec [cited 2016 Aug 15]; 83(6): 567-571. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962008000600012&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0365-05962008000600012>.
- 2- Bliss DZ, Savik K, Thorson MA, Ehman SJ, Lebak K, Beilman G. Incontinence-associated dermatitis in critically ill adults: Time to development, severity, and risk factors. J Wound Ostomy Continence Nurs. 2011;38(4):433-445
- 3-Lin TR, Hwang MR, Nien HH, Liu CC, Shie PS, Chen SH. Reducing the Incidence of Incontinence Associated Dermatitis in Intensive Care Unit Diarrhea Patients. Hu Li Za Zhi [Internet]. 2015 Dec [cited 2016 Aug 15]; 62(6):81-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26645447/>.
- 4- Conley P, McKinsey D, Ross O, Ramsey A, Feeback J. Does skin care frequency affect the severity of incontinence-associated dermatitis in critically ill patients? Nursing [Internet]. 2014 Dec [cited Aug 15]; 44(12):27-32. DOI: 10.1097/01.NUR-SE.0000456382.63520.24.
- 5- Ministério da Saúde, ANVISA, Fiocruz (BR). Protocolo para Prevenção de Úlcera por Pressão, 2013.
- 6- Beeckman D, Schoonhoven L, Verhaeghe S, Heyneman A, Defloor T. Prevention and treatment of incontinence-associated dermatitis: literature review. J Adv Nurs [Internet]. 2009 Jun [cited Aug 15]; 65(6):1141-54. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2009.04986.x.
- 7- Secoli SR, Padilha KG, Litvoc. Análise custo-efetividade da terapia analgésica utilizada na dor pós-operatória. Rev Latino-am Enfermagem [Internet]. 2008 jan-fev [cited Aug 15]; 16(1). Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692008000100007&script=sci_arttext&tlng=pt
- 8- Mendes RNC, Silva LGC, Haddad MCL, Moreno FN, Gil RB. Custo-efetividade de agulhas e cateteres sobre agulha com dispositivos de proteção ativa no contexto hospitalar. Texto contexto - enferm. [Internet]. 2015 Set [citado 2017 Mar 10]; 24(3): 867-874. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000300867&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015002870014>.
- 9- Fernández FPG, Moncasi PI, Cuervo FM, Pérez EP, Palma MR, López JR, Ágreda JJS, Soriano JV. Incontinencia y Úlceras por Presión. Serie Documentos Técnicos GNEAUPP n.º 10. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Madrid. 2006
- 10- Ministério da Saúde (BR). Avaliação Econômica em Saúde: Desafios para a Gestão do Sistema Único de Saúde. Brasília: Série A, Normas e Manuais Técnicos; 2008.
- 11- Ministério da Saúde (BR). Diretrizes Metodológicas para Estudos de Avaliação Econômica de Tecnologias para o Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
- 12- Ministério da Saúde (BR). Avaliação de Tecnologias em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2008
- 13- Bale S, Tebble N, Jones V, Price P. The benefits of implementing a new skincare protocol in nursing homes. J Tissue Viability. 2004 Apr;14(2):44-50.
- 14- Jong HB, Admiraal H. Comparing cost per use of 3M Cavilon No Sting Barrier Film with zinc oxide oil in incontinent patients. J Wound Care. 2004 Oct;13(9):398-400
- 15- Tranquilliti AM, Ciampone MHT. Número de horas de cuidados de enfermagem em unidade de terapia intensiva de adultos. Rev. esc. enferm. US [Internet]. 2007 Sep. [cited 2016 Sep 20]; 41(3):371-377. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000300005&lng=en&nrm=iso
- 16- Tabela Salarial da Carreira de Ciência e Tecnologia [Internet]. [acesso em 02 fev 2017]. Disponível em: <http://www.sindct.org.br/?q=node/1442>
- 17- Nitta ME, et al. Avaliação de tecnologias em saúde – evidência clínica, análise econômica e análise de decisão. Porto Alegre: ART-MED; 2010
- 18- TREEAGE SOFTWARE INC., versão 2011. <http://www.treeage.com/>.

Vivência de idosos enfrentando o diagnóstico de câncer: estudo fenomenológico

RESUMO

Objetivou-se desvelar os sentidos da pessoa idosa que vivencia o diagnóstico por câncer. Pesquisa de natureza qualitativa norteada pela Fenomenologia, alicerçada no pensamento teórico-filosófico e metodológico de Martin Heidegger. Método: Participaram quatorze pessoas idosas entrevistadas em encontros ocorridos nos meses de novembro de 2016 a abril de 2017. Resultado: A análise compreensiva possibilitou a compreensão e interpretação do ser-pessoa-idosa-que-vivencia-o-adoecimento-por-câncer que se depara com a verdade. O temor é vivenciado nas suas diferentes formas do pavor, horror e terror. Revela-se no modo do falatório. Conclusão: A partir dos sentidos desvelados evidencia-se a importância de se discutir modos de cuidado autêntico à pessoa idosa que vivencia o câncer desde a Atenção Primária, pois o cuidado implica em desenvolver a sensibilidade de olhar o ser na fragilidade da dimensão existencial e não somente para a dimensão física.

Descritores: Enfermagem Oncológica; Saúde do Idoso; Fenomenologia.

ABSTRACT

The aim was to unveil the senses of the elderly person who experiences the diagnosis of cancer. A qualitative research guided by Phenomenology, based on the theoretical-philosophical and methodological thinking of Martin Heidegger. Method: Fourteen elderly people were interviewed during meetings from November 2016 to April 2017. Results: Comprehensive analysis enabled the understanding and interpretation of the being-elderly person-who-lives-the-disease-for-cancer who is faced with the truth. Fear is experienced in its different forms of dread, horror and terror. It is revealed in the mode of speaking. Conclusion: From the senses revealed, it is important to discuss ways of authentic care for the elderly person who experiences cancer since Primary Care, since care implies developing the sensitivity of looking at the fragility of the existential dimension and not only for the physical dimension.

Descriptors: Nursing Oncology; Health of the Elderly; Phenomenology.

RESUMEN

Se objetivó desvelar los sentidos de la persona anciana que vive el diagnóstico por cáncer. Investigación de naturaleza cualitativa orientada por la Fenomenología, basada en el pensamiento teórico-filosófico y metodológico de Martin Heidegger. Método: Participaron catorce personas ancianas entrevistadas en encuentros ocurridos en los meses de noviembre de 2016 a abril de 2017. Resultado: El análisis comprensivo permitió la comprensión e interpretación del ser-persona-edad-que-vivencia-a-enfermedad-por-cáncer se enfrenta a la verdad. El temor es vivido en sus diferentes formas del pavor, horror y terror. Se revela en el modo del discurso. Conclusión: A partir de los sentidos desvelados se evidencia la importancia de discutir modos de cuidado autêntico a la persona anciana que vive el cáncer desde la Atención Primaria, pues el cuidado implica en desarrollar la sensibilidad de mirar el ser en la fragilidad de la dimensión existencial y no sólo para la dimensión física.

Descritores: Enfermería Oncológica; Salud del Anciano; La fenomenología.

Paloma Coutinho Campos

Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) – MG.

Maria Carmen Simões Cardoso de Melo

Enfermeira. Doutora em Enfermagem, Docente do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) – MG.

Andyara do Carmo Pinto Coelho Paiva

Enfermeira. Doutora em Enfermagem, Docente do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) – MG.

Thaís Vidal de Oliveira

Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) – MG.

Thaís Vasconcelos Amorim

Enfermeira, Doutora em Enfermagem. Docente do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) – MG.

Anna Maria de Oliveira Salimena

Enfermeira, Doutora em Enfermagem. Docente do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) – MG.

INTRODUÇÃO

No Brasil e no mundo, o câncer é um problema de Saúde Pública de alta incidência e mortalidade, por isso, fazem-se necessárias ações direcionadas à melhoria da qualidade de vida, desde a prevenção, diagnóstico precoce e tratamento. Em 2015, o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) fez uma estimativa de 600 mil novos casos de câncer para o ano posterior, entre os homens, eram esperados 285.200 novos casos, e entre as mulheres, 300.800. Os cânceres mais incidentes no sexo masculino seriam os de próstata, pulmão e intestino, enquanto no sexo feminino seriam os de mama, intestino e colo do útero^(1,2).

O Brasil é um país em acelerado processo de envelhecimento populacional, por isso, é de se esperar que essa alta estimativa de adoecimento por câncer reflita diretamente na pessoa idosa. Com o aumento da população idosa, várias políticas e programas surgiram no Brasil com a preocupação de direcionar medidas individuais e coletivas de saúde para este segmento e a principal conquista foi aprovação do Estatuto do Idoso, em 2003, pelo Congresso Nacional⁽³⁾.

Os profissionais de saúde, em seu cotidiano assistencial, devem considerar que os indivíduos que estão diante de doença oncológica vivenciam desafios constantes em relação a seu corpo, seu papel social, sua família, seus valores pessoais e planos futuros, devido ao forte impacto social e emocional que os conduzem a incessantes reorganizações. O enfermeiro deve assistir a pessoa e a família durante todo o processo de conhecimento da situação, estabelecendo um vínculo que permita a pessoa idosa entender, questionar e ser ouvida de forma transparente e verdadeira. Deve ainda auxiliá-la nas decisões referentes a esta nova etapa da vida. Muitas vezes, para ela, o diagnóstico e tratamento re-

metem ao medo da dependência no decorrer da doença, bem como da morte^(4,5).

É sabido que a informação ajuda o indivíduo a lidar com mudança na sua qualidade de vida no transcorrer do diagnóstico e tratamento do câncer. Um indivíduo com câncer melhor informado é mais envolvido no processo de tomada de decisão e fica mais satisfeito com as opções de tratamentos, reduzem suas ansiedades e transtornos de humor⁽⁶⁾.

Também é inquestionável que familiares ou cuidadores desempenham um papel importante no apoio aos seus entes queridos, ajudando-os a ajustar-se à nova situação de vida. No entanto, na fase terminal da doença, os estudos sobre comunicação entre médicos e cuidadores sugerem que os cuidadores tendem a substituir a pessoa cuidada na comunicação com o médico, especialmente quando a pessoa é idosa⁽⁶⁾.

Durante a busca de estudos desenvolvidos sobre a temática⁽⁷⁻¹¹⁾, observou-se que a compreensão da pessoa idosa diante do adoecimento por câncer é pouco discutida. Além disso, houve um predomínio de estudos com os familiares ou acompanhantes e não propriamente com a pessoa idosa.

Neste contexto, esta investigação se justifica, pois se propôs a aclarar a questão: Como a pessoa idosa significa vivenciar o diagnóstico de adoecimento por câncer? Neste sentido, teve como objeto a pessoa idosa diante do diagnóstico de câncer e como objetivo desvelar os sentidos da pessoa idosa que vivencia o diagnóstico por câncer.

METODOLOGIA

Pesquisa de natureza qualitativa na abordagem fenomenológica fundamentada no pensamento teórico-metodológico-filosófico de Martin Heidegger⁽¹²⁾. Teve como cenário um centro de referência na área de atenção oncológica, sediado no interior de

Minas Gerais. O atendimento desenvolvido é destinado a 94% da população assistida pelo Sistema Único de Saúde (SUS), sendo os outros 6% direcionados à clientela de outros convênios e particulares. A instituição também atua na prevenção, diagnóstico, tratamento cirúrgico, radio e quimioterápico do câncer e seguimento posterior, ofertados à população do município e adjacências pactuadas.

Os participantes da pesquisa foram pessoas com idade igual ou superior a 60, de ambos os sexos, sem distinção de cor, idade, religião, crença ou raça, com diagnóstico de câncer confirmado, em tratamento ambulatorial ou hospitalizado na instituição. Excluídas as pessoas idosas que se recusaram a participar, aquelas que vieram a óbito. Os depoimentos foram obtidos por meio de entrevista gravada em formato de mídia digital (Mp3), garantindo a total fidelidade às expressões que posteriormente foram transcritas. Para manter o anonimato e sigilo quanto à identidade dos depoentes foi empregado um álbum com fotografias e seus respectivos nomes de árvores frutíferas e cada um ficou à vontade para escolher o seu pseudônimo.

Para o entrevistado verbalizar livremente suas ideias e opiniões fez-se necessário o encontro empático⁽¹³⁾. Foram realizados os questionamentos amplos que possibilitaram a expressão livre sendo formuladas as seguintes indagações: Como você descobriu que estava doente? Como foi que se sentiu com esta notícia, suas emoções? Como foram suas conversas com os profissionais de saúde sobre sua doença, seus sentimentos? Que profissionais abordaram este assunto?

Ao oportunizar a livre expressão de como vivencia esta situação, também foi prevista a possibilidade da pessoa ter ou não ter ciência de seu diagnóstico médico. Considerou-se que esta informação não era abarcada como da competência desta investigação, porém seria algo que poderia ou não emergir das falas

dos depoentes. Assim, foram tomados todos os cuidados na sua formulação, de modo que a pessoa idosa discorresse livremente sobre o que conhecia e compreendia sobre seu adoecimento. Deste modo, optou-se pela não utilização do termo câncer no delineamento das questões previamente elaboradas para a condução da entrevista. As entrevistas foram realizadas no período novembro de 2016 a abril de 2017.

Seguidas todas as etapas da Resolução n.º 466 do Conselho Nacional de Saúde - CNS⁽¹⁴⁾, o projeto de pesquisa foi cadastrado na Plataforma Brasil, apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora (CEP/UFJF) através do Parecer n.º 1.803.461/2016.

O processo de elaboração da análise teve início na etapa de transcrição, fase considerada importante na aproximação e imersão no contido nas expressões. Deste modo, todas as informações resultantes desta etapa foram acessadas através de várias e sucessivas leituras atentas e aprofundadas, com vistas a captar a essência dos depoimentos. Inicialmente se buscou apreender as estruturas essenciais que expressaram os significados do fenômeno nos depoimentos e pela sua organização, foram constituídas as unidades de significados, chamadas de compreensão vaga e mediana. No segundo momento metodológico, se deu a análise interpretativa ou hermenêutica, em que se ilumina pelos conceitos de Martin Heidegger⁽¹²⁾ a fim de desvelar os sentidos da pessoa idosa que vivencia o adoecimento por câncer.

RESULTADOS

A pesquisa contou com a participação de 14 depoentes, pessoas idosas que vivenciavam o adoecimento por câncer, dos quais quatro do sexo masculino e dez do sexo feminino, com idades entre 60 e 87 anos. Cabe destacar o predomínio de mulheres idosas corroborando com o fenômeno de “feminização do envelhecimento”.

Em relação à ocupação, cinco se declararam aposentados, seis mantêm-se ocupadas com atividades do lar e três declararam ativas em suas profissões. A baixa escolaridade também predominou. Quatro pessoas idosas são

analfabetas e apenas uma declarou ensino superior completo.

Os tipos de câncer mais prevalentes entre homens (próstata e aparelho digestivo) e mulheres (mama e colo do útero) neste estudo ratificam as estimativas do INCA para o biênio 2016-2017⁽¹⁾. O tempo de descoberta do diagnóstico médico variou de dezoito dias a quatro anos. Os tratamentos realizados pela maioria dos idosos eram a combinação de quimioterapia e radioterapia, e o cirúrgico.

As Unidades de Significação foram construídas a partir do destaque das estruturas essenciais que possibilitaram a revelação dos significados das pessoas idosas que vivenciam o adoecimento por câncer.

Ir ao médico, fazer exames e descobrir-se doente

“Foi através do exame de toque. Foi aonde descobriu. O Dr que me atendeu deu a notícia na época”. (JABUTICABEIRA)

“Adoei, aconteceu esse negócio no pescoço. Não conversei com o enfermeiro nem com o médico”. (CAJUEIRO)

“Já tinha feito o exame normal. Agora tem um problema do intestino. O médico da colonoscopia tirou um pedacinho pra fazer uma biópsia. Virou pra mim na cara, na lata, o senhor tem câncer viu. Falei quero que fale o ABC comigo”. CARAMBOLEIRA

“Comecei com uma dor na garganta. A médica quando me deu a notícia, fiquei muito triste”. ACEROLEIRA

“Estava com problema de hemorragia, com a diabetes e juntou a anemia fortíssima. Foi agravando e quando fui ver já estava com esse problema há mais tempo”. LARANJEIRA

“Eu soube por uma coceira que apareceu, aí nós começamos a fazer os exames, aí descobriu”. PESSEGUEIRO

“Apareceu um gânglio debaixo das axilas, tipo uma língua. Fui fazer a mamografia e foi constatado um nódulo com metástase”. AMOREIRA

“Estava com problema no pulmão, tive embolia, tive enfisema, aí deu

esse problema no pulmão. No fazer a endoscopia ele descobriu o problema do estômago, porque estava todo tomado. Que é essa doença que está”. VIDEIRA

“Foi sobre a hemorragia que apareceu de repente. Eu tinha muito nervoso. O pessoal me irritava muito. Meus filhos. A médica falava que era colesterol, que era isso, que era aquilo”. MANGUEIRA

“Descobri porque minha unha começou a escurecer, achei que era aquela micose que escurece, fui no médico e não era. Fez uma raspagem, pediram a biópsia e veio que era câncer”. ABACATEIRO

Descobrir-se adoecido ocorreu através de sinais/sintomas ou durante as consultas de rotina. Para alguns, a origem da doença pode ser algo do próprio organismo, causado por descuido de sua saúde, outras doenças, pelo estado emocional ou por acontecimentos trágicos da vida, enquanto outros revelam que o adoecimento pode ser aleatório, qualquer um está sujeito. A figura do profissional médico aparece como o principal veículo transmissor da “notícia”.

Sentir-se assustado, abalado e outras variadas emoções

“Fiquei meio abalado. Se não vem fazer o tratamento complica a vida do senhor ainda mais, já não tinha mais opção. Aí como é que ficou minha cabeça? Jesus. Que coisa!”. JABUTICABEIRA

“Assustei! Biópsia?! Que isso?! Não! Que raio de câncer que é esse? Assustado, mas depois vai começando a especular”. CARAMBOLEIRA

“Foi a pior notícia do mundo! Eu sei que essa coisa eu tinha medo dela”. ACEROLEIRA

“Mas em nenhum momento desesperei, ah eu vou morrer! Não! Sou uma pessoa muito otimista, muito forte, não sou a única que tem esse problema”. LARANJEIRA

“No início não vou te dizer que não

fiquei mau, porque eu fiquei! Por mais que você tenha fé a palavra câncer assusta, assusta e muito!”. AMOREIRA

“Aceitei normalmente, como se fosse uma coisa que vem a todo mundo, não foi só pra mim. Acho que todo mundo é sujeito dessas coisas. Assustou um pouco por causa da idade”. VIDEIRA

“Estou fazendo o tratamento, fazendo alegre, satisfeita, porque a confiança em Deus é muito grande e já estou curada”. MAMOEIRO

“Senti bem, mas o que descaiu é que eu tenho quatro filhos, está fazendo um mês agora, meu filho mais velho faleceu. Então, levei um choque muito grande”. PITANGUEIRA

“Nos primeiros dias fiquei assim meia pra baixo. Senti meia recuada, mas depois ergui a cabeça”. BANANEIRA
“Fiquei mal, até hoje não conformo. Deus sabe o que faz. Fiquei muito chocada”. FIGUEIRA

O impacto da notícia é sentido como abalo, susto, nada, medo, desespero, choque e a pior notícia do mundo. Sem seu projeto de vida ameaçado por algo que não esperavam encontrar em sua trajetória. Relembram de quando eram saudáveis, despertando providências para a retomada dos planos existenciais, apesar de todas as dificuldades encontradas nessa trajetória. São otimistas quanto aos resultados do tratamento e se apoiam na fé para enfrentar as dificuldades. A palavra “câncer” foi verbalizada por poucos, os demais expressam seu adoecimento como um problema, isso daqui, essa coisa ou essa doença.

Passar por essa experiência com sentimentos de fragilidade e solidão. A perda de algum familiar é vivenciada com muita tristeza. As limitações impostas procuram ser superadas com o auxílio daqueles que convivem com o doente. Dos profissionais de saúde almejam uma relação de confiança e diálogo franco.

DISCUSSÃO

Para que a interpretação originária fos-

se alcançada, foi necessário primeiramente compreender, baseada nos depoimentos dos entrevistados, como a pessoa idosa significa estar diante da situação de doença oncológica. A partir destas vivências buscou-se o desvelamento dos sentidos que funda esse movimento existencial, que é uma investigação que “deve se apropriar e assegurar explicitamente o modo adequado de se aproximar desse ente”^(12:52).

Compreender e interpretar são aspectos que estão conectados. Para interpretar é necessário um prévio movimento de compreensão. Nesse sentido, os elementos compreensão e interpretação são fundamentais no processo hermenêutico existencial. Heidegger propõe não somente uma fenomenologia existencial, mas também uma hermenêutica, pois tem como objetivo des-velar o sentido do ser através dele mesmo, como ente esquecido pela ciência moderna⁽¹²⁾.

Nessa abordagem, a partir da compreensão que possibilitou a construção das unidades de significado, momento em que foram apreendidos os aspectos ónticos, apresenta-se a hermenêutica existencial, que representa o movimento de interpretação que desvela o sentido do ser-pessoa-idosa-que-vivencia-o-adoecimento-por-câncer.

Os primeiros sinais e sintomas de neoplasias podem variar de acordo com a região afetada e infecções secundárias à doença, bem com os aspectos culturais que influenciam na detecção de alterações precoces. O acesso aos serviços de saúde, a realização de exames podem favorecer o diagnóstico precoce e o tratamento, bem como a comunicação entre as pessoas e equipe multiprofissional⁽¹⁵⁾.

No momento em que a pessoa idosa se descobre adoecida, se depara com a verdade⁽⁵⁾. Investigar sobre a verdade é indagar o que se mostra em si mesmo e que nos remete ao âmbito da problemática ontológica fundamental, a questão do ser⁽¹²⁾. Em estudos realizados^(16,17) foi reforçada a perspectiva de que quando o diagnóstico de câncer é descoberto de modo inesperado constitui-se em um evento que inquieta e aflige a pessoa e seus familiares. Este medo é sentido como uma ameaça, estar doente e reconhecer a possibilidade de sua morte⁽¹⁸⁾.

O temor é uma disposição central na nossa existência pelo fato que manifesta o mundo no momento de fuga de si mesmo. O homem teme por algo porque é ele mesmo o afetado e o interessado. O fato do temor se voltar para fora é somente aparente, na verdade ele se dirige ao nosso ser íntimo. É sempre um fenômeno privado, mesmo sendo possível temer por outrem. O temor pode ter variações: o pavor, o horror e o terror. O pavor é de início, algo conhecido e familiar. A familiaridade que o câncer tem para todos nós se constituiu o modo do pavor mesmo para aquelas pessoas idosas que vivenciam o adoecimento por câncer pela segunda ou terceira vez^(12:202).

Assim, o ser na cotidianidade é dominado pelo falatório, ambiguidade e curiosidade, determinando o próprio modo de ser da de-cadência. No entanto, é por meio da inautenticidade que se poderá alcançar a ressignificação do sentido e chegar à autenticidade⁽¹⁹⁾.

Através do discurso alheio reproduzido repetidamente, o falatório constitui-se em dos modos de expressão do ser superficialmente ditado pelo outro e compartilhado por todos. Este é um modo de ser da presença que se relaciona com o mundo está explícito na reprodução da linguagem técnica, que não é da pessoa idosa, mas de quem detém este conhecimento: [...] o PSA estava sempre alto [...] Tirou um pedacinho pra fazer uma biópsia. [...] Tava parecendo realmente um nódulo com metástase. Assim, o ser de-caino mundo, mundo esse conduzido pelo falatório, curiosidade e ambiguidade, expressando o seu modo de ser-no-mundo de maneira pessoal e inautêntica⁽¹⁸⁾.

A curiosidade se mostra cotidianamente nas palavras de Heidegger como uma tendência em ver, ou seja, nos sentimos atraídos sempre pelo último lançamento, seja esse, na tecnologia ou na moda. Vemos sempre o que o outro vê ou viu – ou, o que todos viram. O outro sempre dá a medida da nossa compreensão e isto traz um contorno de impessoalidade para o modo como agimos no mundo, isto é, procuramos em uma outra existência um modelo para afirmarmos o que somos.

Ao falarmos desses fenômenos que trazem o modo de ser da presença na sua

inautenticidade, nos falta compreender o fenômeno que oferece o caráter ambíguo para a pre-sença se manifestar nesse mesmo discurso. A ambigüidade faz com que a impriedade e impessoalidade da trama cotidiana apareçam com uma forma genuína aos olhos do homem⁽¹⁸⁾.

O ser-á por ser um ser-no-mundo, constituiu-se por suas relações com o ambiente de coisas e de outras pessoas. E, isto na fenomenologia heideggeriana denomina ser-com e estar-á-com. Este modo é desvelado pelas pessoas idosas ao se referirem às suas relações com os familiares, os amigos e os profissionais de saúde.

Dessa forma, o ser-pessoa-idosa com câncer mostra-se na dimensão existencial como ser-á-com-no-mundo que não está preso na sua condição de adoecimento. Desvela-se na

vivência de seu movimento existencial, e não limitado ao momento de senilidade, com suas demarcações etárias e de características predeterminadas, ou do câncer, com suas determinações de fragilidade clínica.

CONCLUSÃO

A realização deste estudo permitiu a aproximação do mundo-vida das pessoas idosas e perceber o quanto o câncer ainda é uma doença estigmatizada. Nessa trajetória de enfrentamento, diversos sentimentos foram vivenciados, apesar de saber dos avanços obtidos no tratamento do câncer. Esta compreensão sinaliza a necessidade de discutir anseios e dúvidas, compartilhar suas dores e aliviar as tensões geradas pela situação.

Ressalta-se a importância do fortaleci-

mento do vínculo profissional-usuário de acolhimento e confiança, visualizando a pessoa idosa como sujeito ativo que consegue tomar decisões acerca de sua saúde. Considerando os aspectos epidemiológicos e o contexto social do país, o conhecimento dessas facetas pode aproximar os profissionais de saúde dessas pessoas, por meio de diálogos que contemplem suas necessidades e expectativas, podendo ser revistas às propostas governamentais de ações efetivas na prevenção e detecção precoce na Atenção Primária à Saúde.

Por fim, o estudo carece de um aprofundamento na análise das dificuldades enfrentadas pelo paciente diante de diagnóstico confirmado no que concerne à atuação da equipe de enfermagem com intuito de promover uma atenção à saúde com qualidade e um cuidado autêntico. ■

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2015.
2. Ferlay J, et al. Cancer incidence and mortality worldwide: Sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *International journal of cancer*. Genève. 2015; 136(5): 359-386.
3. Brasil. Lei n.º 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 3 de out 2003.
4. Butow MCP. Responding to family requests for nondisclosure: The impact of oncologists' cultural background. *Journal of Cancer Research and Therapeutics*. 2015; 11 - Issue 1.
5. Jonas LT, Silva NM, Paula JMD, Marques S, Kusumota L. Comunicação do diagnóstico de câncer à pessoa idosa. *Revista Rene*. 2015; 16(2): 275-83.
6. Glonés R. Communication of Diagnosis in Elderly Lung Cancer Patients: Who is Informed, What Information is Given and What Patients Know and Want to Know. *Gironés, J Palliat Care Med*. 2014; 4:4.
7. Piolli KC. Significados das vivências de cuidadoras do companheiro com câncer: uma análise existencial. 108 f. Mestrado em Enfermagem. Universidade Estadual de Maringá, Maringá. Biblioteca Depositária: Biblioteca Central da UEM, 2014.
8. Magalhaes MSP. Vivência do cuidador idoso no cuidado domiciliar a pessoa idosa em palição. 97 f. Mestrado em Enfermagem. Universidade Federal da Bahia, Salvador. Biblioteca Depositária: Biblioteca Universitária De Saúde da UFBA, 2015.
9. Perrando MS. Vivências de cuidadores familiares no cuidado ao idoso em tratamento quimioterápico ambulatorial. 81 f. Mestrado em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria. Biblioteca Depositária: Biblioteca Central, 2015.
10. Santos LMS. Cuidado paliativo oncológico domiciliar na experiência de familiares cuidadores. 83 f. Mestrado em Enfermagem. Universidade Federal do Pará, Belém. Biblioteca Depositária: Biblioteca Central da Universidade Federal do Pará, 2015.
11. Rezende G. Sobrecarga de cuidadores familiares de idosos em cuidados paliativos. 92 f. Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública. Universidade de São Paulo/ Ribeirão Preto, São Paulo. Biblioteca Depositária: USP, 2016.
12. Heidegger M. *Ser e Tempo*. Petrópolis: Editora Vozes; 2015.
13. 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.
14. Ministério da Saúde (BR). Resolução n.º 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 2012.
15. Batista DRR, Mattos M, Silva SF. Convivendo com o câncer: do diagnóstico ao tratamento. *Rev Enferm UFSM*. 2015; 5(3): 499-510.
16. Karkow MC, Girardon-Perlini, Stamm B, Camponogara S, Terra MG, Viero V. Experiência de famílias frente à revelação do diagnóstico de câncer em um de seus integrantes. *REME*. 2015; 19(13):741-6.
17. ZiguierMLP, Bertoli CFC, Prates LA. Sentimentos e expectativas de mulheres após diagnóstico de câncer de mama. *Rev Saúde Pública do Paraná*. 2016; 17(1): 107-12.
18. Paiva ACPC, Salimena AMO, Souza IEO, Melo MCSC. Significado do diagnóstico de neoplasia mamária: compreensão fenomenológica de mulheres. *Rev Baiana de Enferm*. 2015; 29(1): 59-67.
19. França KMA, Ribeiro GMF. A noção de de-cadência no pensamento de Martin Heidegger. *Existência e Arte*, São João Del-Rei. 2006; 2(2): 1-5.

Contributos que afetam a saúde mental do enfermeiro: revisão integrativa

RESUMO

Objetivou-se identificar e discutir sobre os contributos que afetam a saúde mental do enfermeiro, encontrados nos artigos nacionais. Trata-se de uma revisão integrativa de literatura com buscas nas bases de dados eletrônicas por artigos que possuíam texto completo, publicados de 2015 a 2019, em português. A busca nos apresentou 100 artigos. Após, a implementação dos critérios de inclusão e exclusão, selecionamos apenas 4 artigos que atenderam a todos os critérios. Concluiu-se que um ambiente de trabalho com condições dignas de atuação protege o profissional contra o desenvolvimento de agravos mentais relacionados ao exercício laboral.

DESCRIPTORES: Enfermeiros e Enfermeiras; Saúde Mental; Saúde do Trabalhador

ABSTRACT

The aim was to identify and discuss the contributions that affect the mental health of nurses, found in national articles. This is an integrative review of literature with searches in the electronic databases for articles that had full text, published from 2015 to 2019, in Portuguese, using the descriptors. Of these, 4 articles included the inclusion criteria proposed. The reached conclusion was that a decent working conditions environment protects the professional from developing mental disorders related to the work.

DESCRIPTORS: Nurses; Mental Health; Worker's Health.

RESUMEN

Se objetivo identificar y discutir sobre las contribuciones que afectan la salud mental del enfermero, encontrados en los artículos nacionales. Se trata de una revisión integrativa de la literatura con búsquedas en bases de datos electrónicas para los artículos que tenían texto completo, publicados desde 2015 hasta 2019, en portugués, utilizando los descriptores. De estos, 4 artículos contemplaron los criterios de inclusión propuestos. Se concluyó que un ambiente con condiciones dignas de trabajo protegen al profesional de desarrollar agravios mentales relacionados al ejercicio laboral.

DESCRIPTORES: Enfermeros y Enfermeras; Salud Mental; Salud de los Trabajadores.

Dayane Lopes dos Santos

Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Veiga de Almeida. Membro do Núcleo de Avaliação de Tecnologias e Economia em Saúde e Segurança do Paciente (NATESSP) da Universidade Veiga de Almeida.

Denise Carla de Oliveira Viana Barreto

Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Veiga de Almeida. Membro do Núcleo de Avaliação de Tecnologias e Economia em Saúde e Segurança do Paciente (NATESSP) da Universidade Veiga de Almeida.

Leandro Andrade da Silva

Enfermeiro. Pós-Doutor pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (PP-GENF/UERJ). Especialista em Saúde Mental e Atenção Psicossocial pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/ENSP da Fundação Oswaldo Cruz/FIOCRUZ. Professor do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Veiga de Almeida.

Luciana Ribeiro Marques

Psicóloga. Psicanalista, Pós-Doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação em Psicanálise da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Doutora em Psicanálise pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Membro da Escola de Psicanálise dos Fóruns do Campo Lacaniano Nacional (EPFCL - Brasil) e Internacional (IF - EPFCL).

Paulo Roberto Ferreira Machado

Enfermeiro. Especialização em MBA em Gestão em Saúde. Professor do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Veiga de Almeida. Enfermeiro da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

Cristiano Bertolossi Marta

Enfermeiro. Pós-Doutor em Enfermagem. Professor Adjunto do Departamento de Fundamentos de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Coordenador Geral da Pós-Graduação de Enfermagem em Alta Complexidade da Universidade Veiga de Almeida. Diretor de Pesquisa da Universidade Veiga de Almeida. Pesquisador Líder do Núcleo de Avaliação de Tecnologias e Economia em Saúde e Segurança do Paciente (NATESSP) da Universidade Veiga de Almeida.

INTRODUÇÃO

Os enfermeiros são profissionais da saúde propensos a desenvolver problemas de saúde mental, os quais precisam estar disponíveis para ajudar aqueles que necessitam de cuidados⁽¹⁾.

Em seu ambiente de trabalho estão suscetíveis a variados estressores ocupacionais que influenciam de maneira direta em sua saúde, o profissional de enfermagem possui um nível maior de interação com o paciente e seus familiares, com contato direto e assíduo, permanecendo mais tempo lidando com a dor, sofrimento e, até mesmo, com a morte. Além disso, as longas jornadas de trabalho, quantidade insuficiente de profissionais, desvalorização profissional, exposição a riscos e falta de suporte acrescido de condições não dignas de trabalho geram prejuízos a saúde mental do enfermeiro como o sofrimento mental grave e fadiga psíquica⁽²⁾.

O estresse ocupacional é determinado como uma junção de fatos que se manifestam no organismo do profissional podendo causar danos à sua saúde⁽³⁾.

O estresse pode ser definido como uma situação de tensão ocasionada por novas vivências que excedem a capacidade do sujeito de ajustar-se, apontada como uma circunstância de risco em que ocorre um dano na homeostase corporal.

Os profissionais de enfermagem são frequentemente obrigados a lidar com variadas circunstâncias, como por exemplo, a angústia, a dor e o medo. Além disto, estão propensos a riscos relacionados ao ambiente de trabalho, tendo responsabilidades, muitas vezes, recorrentes ao acúmulo de funções, recursos materiais nem sempre adequados, atividades que necessitam de atenção e possuem grande nível de dificuldade, sem contar com os riscos biológicos, ergonômicos e os trabalhos em turnos, que,

por vezes, fazem com que o enfermeiro abdique de feriados, finais de semana e dias comemorativos, influenciando em seu lazer e sua vida social⁽³⁾.

A saúde mental da equipe de enfermagem também é prejudicada devido às dificuldades encontradas nas relações interpessoais com os demais profissionais, em que existe o desprestígio profissional, a falta de reconhecimento e de autonomia⁽⁴⁾.

As principais consequências do estresse ocupacional são o absenteísmo, insatisfação com o serviço, acidente de trabalho, redução na qualidade de vida, síndrome de Burnout, diminuição no desempenho e qualidade de trabalho, disfunções cardiovasculares e distúrbios psíquicos menores. Esse estresse é frequentemente interpretado como a impressão de estar tenso, preocupado e sobrecarregado com as atividades trabalhistas⁽⁴⁾.

Para que o desempenho exigido desse profissional seja atingido e bem executado é necessário que ele esteja com bom controle emocional e psicológico⁽²⁾.

Quando o profissional de enfermagem não consegue atender o que lhe é exigido inicia-se o sofrimento moral que é expressado por sentimentos importantes, que causam uma instabilidade física e psicológica, que ocorre quando o profissional sabe da atitude ética que deveria ter, mas não pratica conforme o que considera certo por questões como o medo, bloqueios institucionais, situações que vão além de sua competência, tendo seus valores e princípios violados. Essas questões são percebidas no dia a dia do trabalhador, causando sentimento de impotência e frustração decorrente da insatisfação e das dificuldades⁽⁵⁾.

Desta forma, teve-se como objetivo desse estudo identificar e discutir sobre os fatores que afetam a saúde mental do profissional de enfermagem, proporcionando uma reflexão sobre a temática e ressaltando a importância do assunto.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, que analisou e sintetizou resultados de pesquisas de artigos obtidos em bases online que retratavam as questões que influenciam no declínio da saúde mental dos enfermeiros.

A revisão integrativa proporciona, através da análise de dados de pesquisas, uma base para decisões pautadas em evidências e o avanço da prática clínica, além de propiciar uma síntese do saber sobre certo tema e resalta prováveis vazios notados na literatura abordada⁽¹⁾.

O estudo respeitou as 6 etapas que constituem uma revisão integrativa de literatura (RIL), durante a sua construção. E as seguintes etapas foram seguidas: identificação do tema e seleção da questão de pesquisa, estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão/busca na literatura, identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados, categorização dos estudos selecionados, análise e interpretação dos resultados e síntese do conhecimento sobre a temática e apresentação da revisão⁽⁶⁾.

Na primeira etapa, foi definida a questão norteadora: Quais fatores contribuem para o prejuízo da saúde mental dos profissionais de enfermagem no seu ambiente de trabalho?

Durante a segunda etapa da pesquisa foram utilizadas as seguintes bases de dados online: Scientific Electronic Library Online (SciELO); Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); Bases de Dados de Enfermagem (BDENF), através do portal BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), utilizando o seguinte descritor DeCs dos termos “enfermeiro” e “saúde mental”, em português: Saúde mental “AND” enfermeiras e enfermeiros.

Na terceira etapa foram incluídos artigos

publicados entre os anos de 2015 e 2019, que continham texto completo disponível e com idioma português. E excluídos teses e dissertações, artigos duplicados, artigos que apesar de tratarem da referida temática, não abordavam o objeto de estudo. Posteriormente, através da leitura dos títulos, dos resumos e dos artigos na íntegra, foram selecionados aqueles que contemplavam os critérios de inclusão da pesquisa.

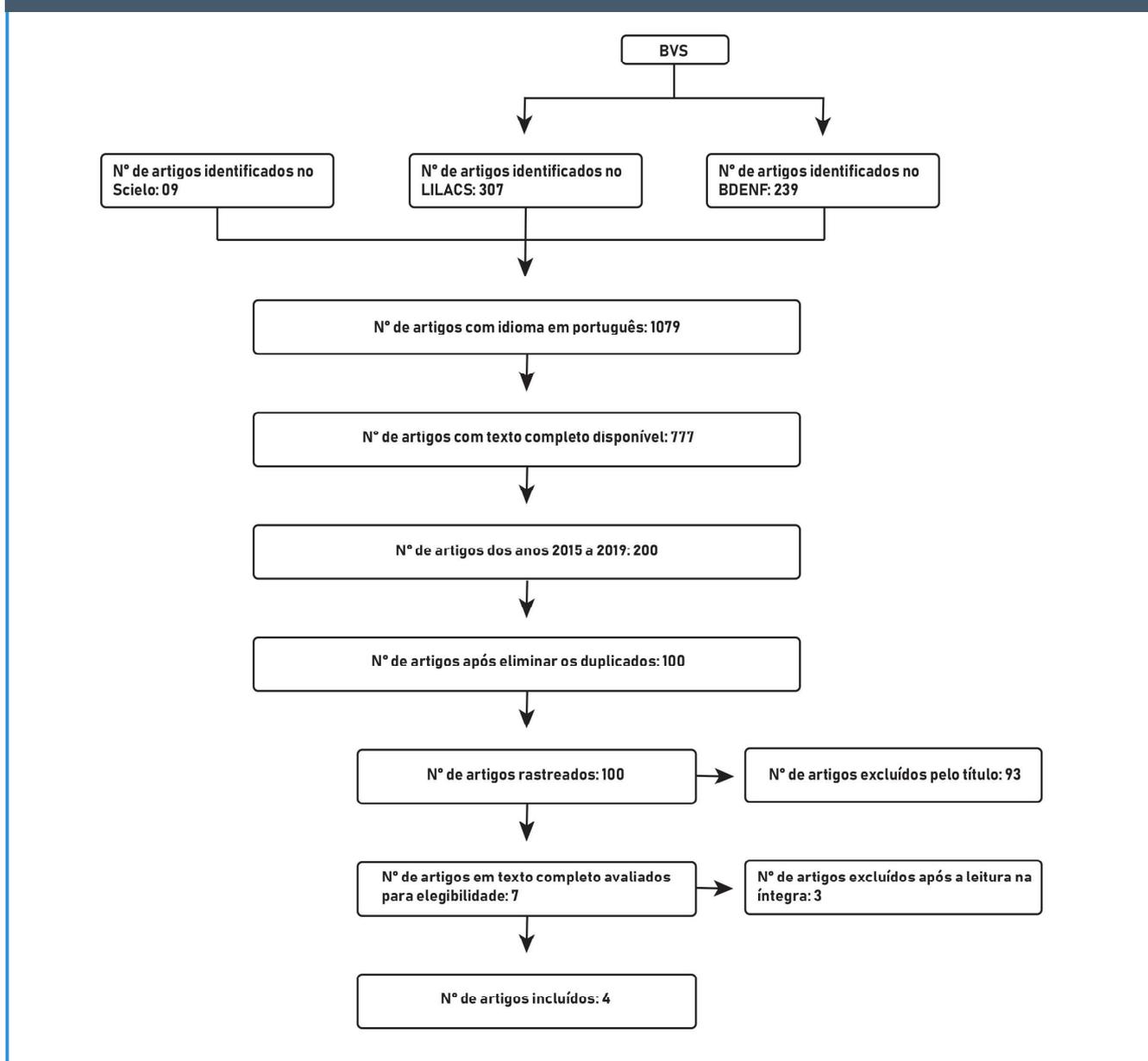
Para melhor organização e análise, na quarta etapa foi desenvolvido um formulário com as características de identificação dos artigos incluídos, contendo: ano, periódico, título, síntese dos resultados de cada um (Quadro 1). Na quinta etapa, foi realizada uma investigação dos artigos selecionados confrontando os dados obtidos e conclusões apresentadas, de forma a elaborar a descrição da análise e interpre-

tação dos dados. Na sexta e última etapa, foi efetuada uma síntese dos resultados obtidos através da análise e interpretação dos dados.

RESULTADOS

A busca na base de dados ocorreu da seguinte forma, conforme Fluxograma 1:

Fluxograma 1 – Seleção dos artigos por bases de dados. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2019



Quadro 1. Custo médio por procedimento. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2016

ANO	AUTORES	PERIÓDICO	TÍTULO	SÍNTESE DOS RESULTADOS
2015	Ferreira ES, Souza MB, Souza NVDO, Tavares KFA, Pires AS.	Ciência, Cuidado e Saúde	A relevância do cuidado de si para profissionais de enfermagem	Demonstrou que o cuidado de si é influenciador direto na saúde física e mental dos profissionais de enfermagem.
2015	Lucca SR, Rodrigues MSD.	Rev Bras Med Trab	Absenteísmo dos profissionais de enfermagem de um hospital universitário do estado de São Paulo, Brasil	Explicitou a indispensabilidade das instituições de saúde introduzirem políticas e programas relacionados ao suporte e prevenção de doenças para que seja conservada a saúde dos trabalhadores de enfermagem.
2018	Oliveira EM, Souza EA, Tonini NS, Maraschin MS.	Revista Nursing	Nível de estresse em enfermeiros de uma instituição hospitalar	Demonstrou as diferenças de níveis de estresse de acordo com turnos e setores de uma instituição hospitalar.
2017	Scholze AR, Martins JT, Robazzi MLCC, Haddad MCFL, Galdino MJQ, Ribeiro RP.	Cogitare Enfermagem	Estresse ocupacional e fatores associados entre enfermeiros de hospitais públicos	Apontou que o estresse do enfermeiro estava diretamente relacionado ao ambiente de trabalho, principalmente aqueles que prejudicam a assistência ideal.

Dentre as 4 publicações selecionadas, 50% era do ano de 2015, 25% do ano 2017 e 25% do ano 2018, 2 publicações tinham o estresse dos enfermeiros como principal questão, 1 possuía o absenteísmo e 1 possuía o autocuidado do enfermeiro como questão norteadora.

DISCUSSÃO

O trabalho exercido pela enfermagem é complexo e requer o desenvolvimento de múltiplas tarefas, incluindo cuidar de vidas em condições vulneráveis em um ambiente geralmente precário e desestruturado, com carência de recursos humanos e materiais. Dessa forma, o profissional se vê obrigado a rever ideias e condicionar atitudes para que possa cumprir suas funções e exigências requeridas^(7,4).

Em consequência da superlotação e nú-

mero reduzido de profissionais, o tempo dedicado à assistência é insuficiente, aumentando a incidência de infecções, quedas, lesões por pressão e piora do quadro clínico do paciente, trazendo prejuízos à instituição de saúde e a equipe⁽⁴⁾. Em virtude disso, por vezes, o profissional transcende seus princípios éticos e morais a fim de conseguir realizar suas obrigações, gerando sentimento de culpa e incapacidade sobre suas ações.

O estresse laboral advém das particularidades relacionadas ao trabalho em saúde, como: a convivência com a doença, dor e morte dos pacientes, relação árdua com paciente e familiares, além da falta de autonomia, ausência de reconhecimento profissional e acúmulo de responsabilidades, que podem ocasionar maior suscetibilidade a um agravo emocional e psicológico⁽²⁾.

Constatou-se que, o exercício da profis-

são em dois ou mais locais concomitantes interfere de maneira negativa na saúde do profissional e na assistência prestada por ele⁽³⁾. Trabalhadores que mantêm duplo vínculo de trabalho faltam mais ao trabalho por motivos de doença⁽²⁾, destacando que o duplo vínculo aumenta consideravelmente a carga horária de trabalho diária trazendo prejuízos, relacionados ao grande desgaste do profissional podendo influenciar diretamente na qualidade do serviço prestado.

O nível de estresse apresentou-se menor em profissionais que fazem turno de 8 horas diárias se comparado a outros regimes de trabalho, que apresentam maior grau de estresse, principalmente no turno da manhã, em consequência da sobrecarga por conta da quantidade de atividades à serem cumpridas⁽³⁾.

Esclarecendo que o regime de trabalho noturno também acarreta alterações nocivas ao

no bem-estar físico e mental dos enfermeiros, tendenciando o trabalhador à fadiga, queda do desempenho, insatisfação profissional e piora da qualidade do sono, contribuindo para o desgaste corpóreo e psíquico⁽⁴⁾.

Entende-se que a grande carga horária diária de trabalho, em uma ou mais instituições, e o horário no qual se realiza suas tarefas têm influência direta no desenvolvimento de estresse. Profissionais que trabalham no turno da manhã são responsáveis por mais funções devido à alta demanda de atividades do período, já os profissionais do turno noturno possuem alterações relacionadas ao sono e momentos de lazer visto que geralmente tem os horários opostos aos das pessoas de sua convivência.

Constatou-se que o cuidar de si para o enfermeiro depende do local de trabalho que deve ser favorável ao autocuidado, através de uma relação harmônica entre a equipe, gerando um ambiente cooperativo e de reconhecimento⁽⁷⁾. Do mesmo modo, deve-se salientar a necessidade de atividades rotineiras benéficas como intervalos no exercício laboral e momentos de relaxamento que propiciem bem-estar ao trabalhador⁽⁷⁾, reduzindo assim o desgaste físico e mental, para que, desta forma, se evite o esgotamento do profissional.

Evidenciou-se também a importância do apoio familiar e profissional, visto que inte-

ração mútua e trocas ocorridas nesses relacionamentos favorecem a proteção da saúde mental do profissional de enfermagem⁽⁷⁾.

De acordo com estudo⁽⁴⁾, a condição de trabalho próxima da ideal para que ocorra manutenção dos níveis de alerta, redução do absenteísmo, intercorrências, acidentes de trabalho e prevenção de agravos mentais é: regime médio de 38 horas semanais com somente um vínculo empregatício, garantia no emprego através de concursos e salários satisfatórios.

Fica claro que a qualidade de vida do enfermeiro e sua saúde mental estão entrelaçadas a condições pelas quais estão expostos no cumprimento de suas competências, sendo assim, a prevenção de agravos desse profissional se dá especialmente através de condições dignas de trabalho.

Dados de um estudo⁽²⁾ relatam que 36,5% dos atestados médicos apresentados a uma instituição hospitalar no período de um ano foram de profissionais de enfermagem, sendo 2,2 vezes maior que os demais servidores da instituição, sendo que os transtornos mentais/comportamentais equivalem a 9% dessas ocorrências.

Considerando dados de um estudo⁽³⁾ sobre o estresse dessa categoria, afirma-se que o enfermeiro mantido trabalhando por mais tempo em uma instituição possui maior controle e conhecimento das práticas locais, sa-

bendo executar mais facilmente as atividades conforme as exigências.

Sendo assim, além de ser uma maneira de resguardar o enfermeiro de agravos que prejudicam sua saúde mental o levando a afastamentos, é também uma forma de manter o bom funcionamento dos serviços de saúde, já que o estresse desse profissional se mostra reduzido.

CONCLUSÃO

A saúde mental do enfermeiro é um problema de grande importância atualmente devido ao aumento significativo nos casos de transtornos e doenças mentais desenvolvidos durante a vida profissional dessa categoria, como desfecho da exigência física e psicológica em um ambiente, muitas vezes, insatisfatório, desestruturado e altamente danoso ao trabalhador.

As evidências encontradas através da pesquisa científica demonstraram os contributos que influenciam diretamente nas condições de trabalho e afetam psiquicamente a enfermagem.

Diante do exposto, ficou evidente que se faz necessário rever questões organizacionais, de forma a gerar maior compreensão e interesse sobre a temática por parte das instituições de saúde visando garantir a prática profissional e reduzir os danos à saúde mental dos enfermeiros. ■

REFERÊNCIAS

1. Silva DSD, Tavares NVS, Alexandre ARG, Freitas DA, Brêda MZ, Albuquerque MCS, Neto VLM. Depressão e risco de suicídio entre profissionais de Enfermagem: revisão integrativa. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2015 [acesso em 27 abr 2019]; 49(6):1027-1036. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n6/pt_0080-6234-reeusp-49-06-1027.pdf.
2. Lucca SR, Rodrigues MSD. Absenteísmo dos profissionais de enfermagem de um hospital universitário do estado de São Paulo, Brasil. *Rev Bras Med Trab* [Internet]. 2015 [acesso em 27 abr 2019]; 13(2):76-82. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-4435/2015/v13n2/a5233.pdf>.
3. Oliveira EM, Souza EA, Tonini NS, Maraschin MS. Nível de estresse em enfermeiros de uma instituição hospitalar. *Revista Nursing* [Internet]. 2018 [acesso em 27 abr 2019]; 21(244):2355-2359. Disponível em: http://www.revistanursing.com.br/revistas/244-Setembro2018/Nivel_estresse.pdf.
4. Scholze AR, Martins JT, Robazzi MLCC, Haddad MCFL, Galdino MIQ, Ribeiro RP. Estresse ocupacional e fatores associados entre

enfermeiros de hospitais públicos. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2017 [acesso em 27 abr 2019]; (22)3: e50238. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/11/875402/50238-212397-1-pb.pdf>.

5. Ramos FR, Barth PO, Schneider AMM, Cabral AS, Reinaldo JS. Consequências do sofrimento moral em enfermeiros: revisão integrativa. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2016 Abr/jun [acesso em 26 abr 2019]; 21(2): 1-13. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/07/686/45247-182430-1-pb.pdf>.

6. Souza MT, SILVA MD, Carvalho R. Revisão Integrativa: O que é e como fazer. *Einstein* [Internet]. 2010 [acesso em 26 abr 2019]; 8(1Pt1):102-6. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0102.pdf.

7. Ferreira ES, Souza MB, Souza NVDO, Tavares KFA, Pires. A relevância do cuidado de si para profissionais de enfermagem. *Cienc Cuid Saude* [Internet]. 2015 Jan/Mar [acesso em 26 abr 2019]; 14(1):978-985. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/23360/14206>.

artigo

Oliveira, K.M.; Koeppe, G.B.O.; Oliveira, P.P.; Marta, C.B.; Peregrino, A.A.F.; Cerqueira, L.C.N.;
Epidemiologia e complicação associada ao tratamento oncológico em Cabo Frio-RJ: conhecendo a realidade da região

Epidemiologia e complicação associada ao tratamento oncológico em Cabo Frio-RJ: conhecendo a realidade da região

RESUMO

O objetivo deste estudo foi levantar a epidemiologia e as complicações associadas à radioterapia e quimioterapia dos pacientes em tratamento no município de Cabo Frio. Estudo retrospectivo quantitativo. Predominância de idosos (55,1%), sexo feminino (53,4%), branco (46,5%). Maior câncer de mama (64,5%) e próstata (62,9%). O tratamento foi radioterapia 38,7% em mulheres e 36,6% em homens. Sendo feminino adjuvante (48%) e masculino curativa (80,5%). As principais complicações foram radiodermite (32%), náuseas (54,5%), disfunção urinária (27,7%) e mucosite (25%). O perfil dos pacientes oncológicos na região subsidia dados importantes para implantação de medidas assistenciais.

DESCRIÇÕES: Oncologia, Neoplasias; Epidemiologia; Enfermagem.

ABSTRACT

The aim of this study was to investigate the epidemiology and complications associated with radiotherapy and chemotherapy of patients under treatment in the municipality of Cabo Frio. Retrospective quantitative study. Prevalence of the elderly (55.1%), female (53.4%), white (46.5%). Greater breast cancer (64.5%) and prostate cancer (62.9%). The treatment was radiotherapy 38.7% in women and 36.6% in men. Adjuvant female (48%) and male curative (80.5%). The main complications were radiodermatitis (32%), nausea (54.5%), urinary dysfunction (27.7%) and mucositis (25%). The profile of cancer patients in the region subsidizes important data for the implementation of care measures.

DESCRIPTORS: Oncology, Neoplasms; Epidemiology; Nursing.

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue levantar la epidemiología y las complicaciones asociadas a la radioterapia y quimioterapia de los pacientes en tratamiento en el municipio de Cabo Frio. Estudio retrospectivo cuantitativo. Predominio de ancianos (55,1%), sexo femenino (53,4%), blanco (46,5%). Mayor cáncer de mama (64,5%) y próstata (62,9%). El tratamiento fue radioterapia 38,7% en mujeres y 36,6% en hombres. Siendo femenino adjuvante (48%) y masculino curativo (80,5%). Las principales complicaciones fueron radiodermatitis (32%), náuseas (54,5%), disfunción urinaria (27,7%) y mucositis (25%). El perfil de los pacientes oncológicos en la región subsidia datos importantes para la implantación de medidas asistenciales.

DESCRIPTORES: Oncología, Neoplasmas; Epidemiología; Enfermería.

Kerollyn Meirelles de Oliveira

Acadêmica de Enfermagem. Universidade Veiga de Almeida-Campus Cabo Frio. Rio de Janeiro. Brasil.

Giselle Barcellos Oliveira Koeppe

Enfermeira. Mestre e Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Anna Nery/Universidade Federal do Rio de Janeiro. Professora do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Veiga de Almeida-Campus Cabo Frio.

Priscila Pradonoff Oliveira

Enfermeira. Mestre em psicanálise saúde e sociedade pela Universidade Veiga de Almeida. Professora do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Veiga de Almeida-Campus Cabo Frio.

Cristiano Bertolossi Marta

Enfermeiro. Mestre em enfermagem pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ. Doutor em enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ. Professor adjunto do da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (DFEN/FENF/UERJ), Professor do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Veiga de Almeida-Campus Cabo Frio. Membro do Laboratório da Avaliação Econômica e de Tecnologias em Saúde (LAETS) da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO.

Antônio Augusto de Freitas Peregrino

Enfermeiro. Doutor em Saúde Coletiva. Professor Adjunto do Laboratório de Ciências Radiológicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Membro do Laboratório da Avaliação Econômica e de Tecnologias em Saúde (LAETS) da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO. Coordenador da pós-graduação de enfermagem oncológica da Universidade Veiga de Almeida.

Luciana da Costa Nogueira Cerqueira

Enfermeira. Orientadora da pesquisa. Mestre em biociência pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Professora do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Veiga de Almeida-Campus Cabo Frio.

INTRODUÇÃO

O câncer pode ser definido como o agrupamento de mais de 200 doenças que tem o crescimento celular desordenado com a normalidade. Quando ocorre a mutação genética na célula com normalidade, o DNA dos genes sofre alteração. Esta doença é apontada como um problema de saúde pública, visto que se encontra na classificação das principais causas de morte nos países desenvolvidos bem como nos em desenvolvimento e, em poucas décadas, se apresentará como a principal causa de morbidade e mortalidade em diversas regiões do mundo. A estimativa é que para o Brasil no biênio de 2018-2019, sua incidência gire em torno de 600 mil novos casos de câncer, para cada ano^(1,2). Estimase que em 2030 os casos de óbitos por câncer no mundo serão alusivos as transições socioeconômicas, principalmente nos países emergentes e subdesenvolvidos. Esse fator está relacionado ao grande crescimento populacional, queda da taxa de natalidade e a transição demográfica, potencializando o número de óbitos por câncer em países pobres economicamente ao que em países desenvolvidos⁽¹⁻³⁾.

O impacto do custo financeiro na administração pública aumenta sete vezes mais com os gastos quando o câncer é descoberto no estágio avançado do que se fosse diagnosticado na fase inicial⁽²⁾. Quando o paciente é diagnosticado precocemente, utiliza o tratamento eficiente, bem como desenvolve menos complicações associadas ao tratamento, aumentando a sobrevivência do mesmo⁽⁴⁾.

Existe uma grande expressão da utilização da radioterapia e quimio-

terapia no tratamento do câncer, em que pode ser utilizada isoladamente ou em terapias combinadas. Podendo ser utilizada antes ou após de algum procedimento cirúrgico, de forma paliativa ou curativa, este fator dependerá da característica histopatológica do câncer e do perfil clínico do paciente^(5,6).

A enfermagem é fundamental no manejo do paciente em tratamento oncológico, pois ela possui um importante papel como educador, bem como se destaca na avaliação e acompanhamento das complicações associadas ao mesmo⁽⁷⁾. Sendo assim, conhecer as realidades clínica e epidemiológica de cada região se torna de grande relevância, pois subsidiam dados relativos a doença e suas complicações, o que pode nortear assim a equipe de saúde no cuidado holístico aplicado aos pacientes submetidos a radioterapia e quimioterapia, além de gerar dados atuais para contribuição científica acerca do processo saúde-doença regional. Sendo assim, a questão de pesquisa foi: Qual o perfil dos pacientes oncológicos e as complicações associadas ao tratamento da radioterapia e quimioterapia no município de Cabo Frio? O objetivo foi levantar a epidemiologia e as complicações associadas à radioterapia e quimioterapia dos pacientes em tratamento no Centro de Referência do tratamento do câncer no município de Cabo Frio.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo, documental de abordagem

quantitativa. Realizado em um Centro de Referência de quimioterapia e radioterapia da baixada litorânea do Rio de Janeiro. Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Veiga de Almeida (UVA-RJ), tendo como parecer substanciado n.º 2.818.191.

Foram incluídos prontuários de pacientes maiores de 18, em que a data de registro no centro de referência está dentro do período de janeiro a julho de 2018. Excluídos aqueles menores de 18 anos e os que não possuíam os dados necessários para análise das variáveis propostas.

Foram identificados 190 prontuários, sendo 34 excluídos por se tratar de pacientes atendidos anteriormente ao período analisado e 40 prontuários de pacientes que iniciaram o tratamento após o período da pesquisa. Com isso, foram selecionados 119 prontuários. Os dados foram coletados na primeira quinzena de junho de 2019, através do instrumento de dados elaborado pela pesquisadora, no qual obteve dados relacionados aos aspectos clínico, epidemiológico e complicações do tratamento realizado através da quimioterapia e radioterapia. Foram coletados dados, como: idade, etnia, gênero, escolaridade, diagnóstico médico, tipos do tratamento utilizados e sua finalidade e complicações após iniciar o tratamento. Para análise quantitativa dos dados, as informações foram digitadas e tabuladas em um banco de dados, após foram construídas tabelas no software Microsoft Excel® 2010 para análise descritiva da pesquisa.

artigo

Oliveira, K.M.; Koeppel, G.B.O.; Oliveira, P.P.; Marta, C.B.; Peregrino, A.A.F.; Cerqueira, L.C.N.;

Epidemiologia e complicação associada ao tratamento oncológico em Cabo Frio-RJ: conhecendo a realidade da região

RESULTADOS

Ao avaliar o perfil sociodemográfico, observou-se que o maior registro do

tratamento ao câncer foi entre a idade de 60 a 80 anos, sendo eles 55,1%. A etnia dominante em tratamento foi a branca (46,5%). Ressalta-se que o maior número de casos ocorreu no sexo femi-

nino (53,4%) e, não muito distante, o sexo masculino se apresentou em 46,5%. Quanto à escolaridade, 66,3% estava sem registro e 25% possuía o ensino médio. Conforme demonstrado na Tabela 1.

Tabela 1. Distribuição das características socio-clínico epidemiológico dos pacientes atendidos em um centro de tratamento de radioterapia e quimioterapia. Cabo Frio, RJ, Brasil, 2019.

CARACTERÍSTICAS SÓCIO DEMOGRÁFICAS	N	%
Faixa etária		
31-59	42	36,2
60-80	64	55,1
>80	10	8,6
Total	116	100
Gênero		
Feminino	62	53,4
Masculino	54	46,5
Total	116	100
Etnia		
Branco	54	46,5
Negro	12	10,3
Pardo	45	38,7
Sem registro	5	4,3
Total	116	100
Escolaridade		
Analfabeto	2	1,7
Ensino fundamental	4	3,4
Ensino Médio	29	25
Ensino superior	4	3,4
Sem registro	77	66,3
Total	116	100

Na descrição dos dados clínicos, os resultados apontam que o câncer mais incidente em mulheres (64,5%) se tratava do câncer de mama, seguidos de cólon uterino (16,1%) e de cólon/reto (4,8%); e no gênero masculino, o mais incidente foi o câncer de próstata com (62,9%), dando continuidade a sequência a segunda maior foi o câncer de cavidade oral com (11,1%) e o câncer de cólon/reto com (9,2%).

Já no perfil de tratamento utilizado pode-se identificar que a radioterapia feminina (38,7%) e masculina (66,6%) foi mais presente quando comparada à quimioterapia feminina (35,4%) e masculina (9,2%). Importante salientar que também houve pacientes que realizam terapias combinadas femininas (25,8%) e masculinas (22,2%). No tratamento da radioterapia as finalidades mais encontradas nos pacientes

analisados foram as curativas masculinas (80,5%) e femininas, 48% foram adjuvantes seguidos de 36% curativas. Na finalidade da quimioterapia, a mais utilizada foi neoadjuvante (63,3%) feminina e adjuvante (80%) masculina. Na combinada houve paridade entre os resultados femininos e masculinos com mais utilização de finalidades neoadjuvantes e adjuvantes, conforme demonstrado na Tabela 2.

Tabela 2. Distribuição das características clínicas classificado por gênero dos pacientes em tratamento oncológico. Cabo Frio, RJ, Brasil, 2019 (N=166).

DIAGNÓSTICOS	Feminino N (%)	Masculino N (%)
Próstata	-	34 (62,9)
Mama	40 (64,5)	1 (1,8)
Cólon e Reto	3 (4,8)	5 (9,2)
Estômago	-	2 (3,7)
Cólon uterino	10 (16,1)	-
Cavidade Oral	1 (1,6)	6 (11,1)
Outros	7 (11,2)	6 (11,1)
Total	62 (100)	54 (100)
TIPO DE TRATAMENTO	FEMININO N (%)	MASCULINO N (%)
Radioterapia	24 (38,7)	36 (66,6)
Quimioterapia	22 (35,4)	5 (9,2)
Combinado (radioterapia + quimioterapia)	16 (25,8)	12 (22,2)
Não aderiu tratamento	-	1 (1,8)
Total	62	54
FINALIDADE DA RADIOTERPIA	FEMININO N (%)	MASCULINO N (%)
Paliativa	4 (16)	2 (5,7)
Curativa	9 (36)	29 (80,5)
Neoadjuvante	-	-
Adjuvante	12 (48)	4 (11,1)
Desistiu	-	1 (2,7)
Total	25 (100)	36 (100)
FINALIDADE DA QUIMIOTERAPIA	FEMININO N (%)	MASCULINO N (%)
Adjuvante	8 (36,3)	4 (80)
Neoadjuvante	14 (63,3)	-
Paliativa	-	1 (20)
Total	22 (100)	5 (100)
FINALIDADE DA COMBINADA	FEMININO N (%)	MASCULINO N (%)
Adjuvante	8 (31,2)	5 (41,6)

artigo

Oliveira, K.M.; Koepe, G.B.O.; Oliveira, P.P.; Marta, C.B.; Peregrino, A.A.F.; Cerqueira, L.C.N.;
Epidemiologia e complicação associada ao tratamento oncológico em Cabo Frio-RJ: conhecendo a realidade da região

Neoadjuvante	8 (31,2)	5 (42,6)
Paliativa	-	2 (16,6)
Total	16 (100)	12 (100)

Na análise das complicações associadas ao tratamento, pode-se identificar que no gênero feminino a principal complicação associada à radioterapia identificada nesta pesquisa foi a radiodermite (32%). Já na quimioterapia, as maiores complicações femininas fo-

ram: a náuseas com (54,5%) seguido da mucosite (22,7%). A combinada obteve 37,5% com mucosite, 31,5% apresentou diarreia e 25% radiodermite. Outros comprometimentos se tratavam de: cefaleia, alopecia, tosse, perda do paladar, fadiga, cólicas, perda de peso e

os sem queixas. Como cada pessoa está sujeita a sentir mais de umas complicações, sendo assim, houve extrapolação dos dados quantitativos. Conforme demonstrado na Tabela 3.

Nas complicações da radioterapia no gênero masculino pode-se perceber que

Tabela 3. Distribuição das complicações associada a radioterapia e quimioterapia classificadas por gênero dos pacientes em tratamento oncológico. Cabo Frio, RJ, Brasil, 2019 (N=166).

COMPLICAÇÕES DA RADIOTERAPIA	Feminino N (%)	Masculino N (%)
Disfunção do trato urinário	-	10 (27,7)
Radiodermite	8 (32)	3 (8,3)
Diarreia	3 (12)	3 (8,3)
Mucosite	1 (4)	4 (11,1)
Alopecia	2 (8)	2 (5,5)
Outros	7 (28)	1 (2,7)
Sem anotações	5 (20)	13 (36,1)
Total	25 (100)	36 (100)
COMPLICAÇÕES DA QUIMIOTERAPIA	FEMININO N (%)	MASCULINO N (%)
Náuseas	12 (54,5)	2 (40)
Mucosite	5 (22,7)	2 (40)
Diarreia	3 (13,6)	1 (20)
Outros	6 (27,2)	3 (60)
Sem anotações	5 (22,7)	3 (60)
Total	22 (100)	5 (100)
COMPLICAÇÕES DA COMBINADA	FEMININO N (%)	MASCULINO N (%)
Mucosite	6 (37,5)	3 (25)
Radiodermite	4 (25)	3 (25)
Diarreia	5 (31,5)	2 (16,6)
Náuseas	4 (25)	2 (16,6)
Sequelas no sistema urinário	1 (6,2)	3 (25)
Outros	2 (12,5)	2 (16,6)
Total	16 (100)	12 (100)

houve uma grande amostra de pacientes com disfunção do trato urinário (27,7), mucosite com (11,1%), radiodermite (8,3%), diarreia (8,2%), alopecia (5,5%) e em outras, como: perda do paladar, perda de peso, cefaleia e náuseas até mesmo sem queixas. Vale ressaltar que o número total sobrepõe a amostra, pois um paciente pode apresentar mais de uma complicação. Na quimioterapia, o sexo masculino apresentou náuseas em 40% das vezes, seguidos de mucosite (25%) e diarreia (25%).

DISCUSSÃO

A população idosa no Brasil chegará em 2050 a 2 milhões de pessoas, representando um quinto da população mundial. Os idosos correspondem a 70% da população mundial com câncer atualmente⁽⁸⁾. O câncer está ligado ao envelhecimento por motivos de exposição a carcinógenos por mais tempo, qualidade de vida, assistência à saúde e a outros fatores que fazem aumentar o número de câncer em idosos acima de 60 anos⁽⁹⁾. Quanto ao gênero feminino ter sido apresentado de maneira mais expressiva, pode estar relacionado a historicamente mulheres terem uma maior procura periódica aos serviços de cuidados, tendo assim um impacto importante no que tange ao processo saúde-doença⁽¹⁰⁾. A etnia branca, mais expressiva, pode ter relação com dados disponíveis, os quais mostram uma maior incidência de diagnóstico inicial recente em branca e maior incidência do diagnóstico tardio em pessoa afrodescendente⁽¹¹⁾. Vale ressaltar que a análise racial sofre diversas influências, pois ela é definida por auto declaração⁽¹²⁾.

O câncer de mama representa 20% de casos de todos os tipos de câncer mundiais. Mediante a isto, estratégias para diagnósticos e prevenção precoce são utilizadas para minimizar essa realidade⁽¹³⁾. Já o câncer de cólon uterino tem a segunda maior incidência de câncer em mulheres que está associada ao Papiloma vírus (HPV), sendo adquirido através

da relação sexual⁽¹⁴⁾. O câncer de cólon e reto, na população feminina, teve sua estimativa em 2018 de 18.980 novos casos, sendo os principais fatores: a idade acima de 50 anos, má alimentação e excesso de peso corporal⁽²⁾.

No que se refere à população masculina, no Brasil o câncer de próstata é mais comum em homens que residem nas regiões Sul e Sudeste do Brasil, corroborando assim com os dados apresentados na presente pesquisa, sendo a área pesquisada localizada na Região Sudeste. Vale ressaltar que há grande incidência de mortalidade masculina, pois a maioria dos homens tem dificuldades em relatar mudanças corporais por terem a cultura de supremacia de ser a figura masculina⁽¹⁵⁾. O câncer de cavidade oral foi o segundo maior número de casos masculinos desta pesquisa, que pode estar associado ao consumo excessivo de álcool e tabaco com alta frequência⁽¹⁶⁾. Já no câncer de cólon e reto no homem, em sua maioria, tem relação com o histórico familiar de antepassado com neoplasias, distúrbios genéticos e doenças inflamatórias e crônicas na região do cólon e reto. Estudos demonstram um destaque na incidência elevada deste tipo de câncer em idosos, masculinos⁽¹⁷⁾, o que contempla com dados identificados nesta pesquisa, porém este mesmo estudo aponta uma importante relação com a afro-descendência, o que diverge dos dados dispostos na presente pesquisa, demonstrando assim a importância da identificação da epidemiologia local de cada região para auxiliar a implantação de medidas de prevenção de saúde e promoção da doença.

Ao longo dos anos o tratamento do câncer sofreu diversas mudanças, com melhoria da tecnologia aplicada a esses pacientes. A escolha do tratamento dependerá da localização e do tipo histológico do tumor, bem como o grau de comprometimento do órgão em questão e as condições físicas do indivíduo⁽¹⁸⁾.

A radioterapia traz para o paciente a possibilidade de afastamento ou exclusão do tratamento cirúrgico, o que

em alguns casos torna-se fundamental, principalmente nos pacientes com alto risco de complicações associadas à cirurgia, como idosos, cardiopatas, imunodeprimidos, dentre outras⁽¹⁹⁾. O que contempla com dados desta pesquisa, em que o número de idosos masculinos a utilizar o tratamento da radioterapia de finalidade curativa se apresentou bem expressivo. No que se condiz a finalidade da radioterapia mais identificada, pode-se citar a finalidade curativa que tem como o objetivo a cura e/ou extinção da neoplasia, e é realizada na primeira fase de tentativa de exclusão da neoplasia. Já a finalidade adjuvante melhora o prognóstico e reduz micrometástases após uma cirurgia⁽²⁰⁾. Também se indica radioterapia adjuvante para os pacientes que estão em um estágio mais avançado da doença, que foram submetidos anteriormente a mastectomia⁽²¹⁾. O que pode justificar os dados encontrados na presente pesquisa, na qual mostrou que mulheres que obtiveram o diagnóstico do câncer de mama utilizaram a radioterapia de finalidade adjuvante.

Quanto à finalidade paliativa da radioterapia, esta possui o objetivo de aliviar ao em vez de curar. Melhora a sobrevivência e reduz sofrimento para a família e paciente⁽²²⁾. Porém, neste estudo não houve quantitativo impactante acerca desta finalidade, este fator pode ter relação pela região estudada não possuir um centro de tratamento paliativo.

Outro importante tratamento e de grande utilização é a quimioterapia que tem o objetivo de, através de fármacos, destruir ou controlar o crescimento das células malignas, bloqueando a formação de um novo⁽²³⁾.

O tratamento quimioterápico adjuvante tem por finalidade reduzir a incidência de pequenas metástases após a utilização do procedimento cirúrgico oncológico⁽²⁴⁾. Na quimioterapia neoadjuvante, utiliza-se antes de uma cirurgia, que tem por finalidade minimizar crescimento tumoral fazendo assim reduzir o tamanho do tumor, podendo melhorar o tempo de duração da cirurgia para reti-

artigo

Oliveira, K.M.; Koeppel, G.B.O.; Oliveira, P.P.; Marta, C.B.; Peregrino, A.A.F.; Cerqueira, L.C.N.;

Epidemiologia e complicação associada ao tratamento oncológico em Cabo Frio-RJ: conhecendo a realidade da região

rada do mesmo, esta finalidade é muito utilizada nos diagnósticos de câncer de mama para o tratamento⁽²⁵⁾. Sendo assim, sugere-se que haja uma correlação com o resultado disposto nesta pesquisa, em que se apresentou um expressivo público feminino que utilizou o tratamento neoadjuvante. Já a quimioterapia combinada (radioterapia e quimioterapia) tem sido utilizada para tratamento dos pacientes que não têm possibilidade de fazer uma cirurgia por motivos clínicos. A combinação dos tratamentos melhora o controle do tumor e encurtam a toxicidade tardia⁽²⁶⁾. Diante a isto, houve uma paridade no uso do tratamento com terapia combinada nas finalidades adjuvante e neoadjuvante.

As complicações associadas ao tratamento oncológico são diversas e possuem estreita relação com o gênero. Sendo assim, as complicações foram analisadas de acordo com o gênero encontrado. Na radioterapia em mulheres, as principais complicações encontradas foram a radiodermite, que está associada ao tratamento radioterápico de finalidade adjuvante, corroborando com o resultado em que mais mulheres sendo tratadas com radioterapia de finalidade adjuvante. Ao utilizar métodos radioterápicos adjuvantes podem-se apresentar toxicidades nas camadas epiteliais, como eritema, hiperpigmentação, desidratação, ulceração e necrose⁽²⁷⁾. Há pesquisas que relatam sobre o gênero feminino ser afetado por respostas imunes mais intensas aos fármacos, pois produzem mais anticorpos e auto anticorpos⁽²⁸⁾, corroborando com achado aqui presente, o qual identificou que as reações adversas da quimioterapia foram mais

frequentes nas mulheres. Ainda esta incidência pode estar relacionada com o potencial emético dos quimioterápicos utilizados, que por sua vez, têm os efeitos adversos, e isso é correlacionado a cada organismo exclusivamente⁽²⁹⁾. A quimioterapia interfere na síntese do DNA, RNA ou proteínas, levando as células, sem exceção, a morte. Este fator tem relação direta com o surgimento de alguns efeitos colaterais como: náuseas, alopecia, mucosite, diarreia e outros⁽³⁰⁾. Que também foram encontradas essas complicações nos pacientes analisados.

De tal maneira, o tratamento da radioterapia como a quimioterapia não caracteriza as células neoplásicas, que se dividem rapidamente das células naturais e, comumente, causam vários efeitos colaterais que se manifestam na cavidade oral⁽³¹⁾. Tendo através disto, esta pesquisa corrobora com os dados, nos quais o gênero masculino que se tratava com radioterapia e quimioterapia obteve a mucosite. Com o uso da radioterapia adjuvante aumentamos riscos de sequelas a longo prazo no sistema urinário, diminuição da sensibilidade da bexiga, capacidade vesical reduzida e incontinência urinária⁽³²⁾, esses achados têm concordância com as complicações de tratamento radioterápico com finalidade adjuvante no público masculino referente.

CONCLUSÃO

O presente estudo teve como objetivo levantar a epidemiologia e as complicações associadas à radioterapia e quimioterapia dos pacientes em tratamento no Centro de Referência do tratamento do

câncer no município de Cabo Frio. Tal objetivo foi alcançado, sendo obtidos importantes resultados para região. Foi encontrado um expressivo quantitativo de pacientes idosos, mulheres, de etnia branca e escolaridade média. Nos dados clínicos, entre o gênero feminino houve predominância do câncer mama e no gênero masculino o câncer de próstata. O tratamento mais utilizado foi a radioterapia curativa, seguido da quimioterapia neoadjuvante. As maiores complicações associadas ao tratamento da radioterapia no gênero feminino foi a radiodermite, e da quimioterapia foram as náuseas, seguidas de mucosite. No gênero masculino, na radioterapia foi a ardência ao urinar e mucosite; já na quimioterapia, mucosite e diarreia. As complicações associadas à terapia combinada foram diarreia e mucosite em ambos os sexos.

O perfil dos pacientes encontrados na região deve ser levado em consideração para a tomada de decisão por haver pouco investimento em pesquisas relacionadas ao câncer na região. Sendo assim, se torna relevante a realização de novas pesquisas sobre a temática, assim como investimentos para um tratamento paliativo e apoio a novos estudos que aperfeiçoem o atendimento aos pacientes oncológicos.

Tendo em vista que o câncer está estritamente relacionado a um tratamento potencialmente melhor e a uma possibilidade de cura ou melhor qualidade de vida, o papel do enfermeiro nesse processo torna-se essencial no desenvolvimento de ações educativas e intervenções que auxiliem o paciente oncológico no enfrentamento da doença, podendo assim, refletir positivamente na qualidade de vida do mesmo. ■

REFERÊNCIAS

1. David Forman, Jacques Ferlay. *Cancer worldwide*. In: Bernard W. Steward, Cristhopher P. Wild, *World Cancer Report*. Nicolas Gaudin. Lyon, France; International Agency for Research on Cancer; 2014. P 16-69.

2. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva/ Ministério da Saúde (BR). *Estimativa 2018: Incidência de Câncer no*

Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2018.

3. Isabelle Ribeiro Barbosa, *Tendências e Projeções da Mortalidade Pelos Cânceres Específicos ao Gênero no Brasil [Tese]*. Natal, RN: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2015.

4. Andrea Bezerra Rodrigues, Lelia Gonçalves Rocha Martin, Márcia Wanderley de Moraes. *Oncologia multiprofissional: Pa-*

REFERÊNCIAS

- tologias, Assistências e Gerenciamento. 1. Ed. São Paulo: Manole Ltda por meio de contrato com a Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein; 2016.
5. Andrea Bezerra Rodrigues, Lelia Gonçalves Rocha Martin, Márcia Wanderley de Moraes. Oncologia multiprofissional: Bases para assistência. 1. Ed. São Paulo: Manole Ltda por meio de contrato com a Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein; 2016.
6. Types of Cancer Treatment - National Cancer Institute. Official website of the National Institutes of Health (NIH).
7. Gozzo TO, Santos LAC, Cruz LAP. Conhecimento da Equipe de Enfermagem Acerca de Eventos Adversos do Tratamento Quimioterápico. Rev enferm UFPE on line. 2017 dec.; 11(12):4789-97.
8. World Health Organization. "Ageing well" must be a global priority, 2014.
9. Moll A, Silvestrini A, Ferreira CG, Herchenhorn D, Musacchio J, Perelson PS, Lima RA. Revista Onco&. 2017; 7 ano (31): 01-51.
10. Oliveira MM, Malta DC, Guaiche H, Moura HGL, Silva GA. Estimativa de pessoas com diagnóstico de câncer no Brasil: dados da Pesquisa Nacional de Saúde. Rev. bras. epidemiol. 2015 Dec.; 18(supl.2).
11. Tasca S. Avaliação da Qualidade de vida em Mulheres com Câncer de Mama: um estudo de caso-controle aninhado em uma coorte [Dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre-UFCSPA, 2018.
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BR). Indicadores sociais mínimos: conceitos. Brasil, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2019.
13. Júnior JGAS, Sampaio IAA, Nascimento PAC, Matos ABN, Coutinho STB, Silva ATS, et al. Câncer de mama: relato de caso e critérios de diagnóstico. R E C I. 2018 jan.; 8(1):101-3.
14. Marthins CAO, Análise da Relação Entre os Fatores de Risco para Infecção pelo Vírus do Papiloma Humano e o Desenvolvimento de Lesões Pré-Invasivas e Cancer do Trato Genital Inferior em Pacientes Transplnatadas [Tese]. Niterói: UFF, 2017.
15. Ramos FP, Sabino IZ, Nogueira JHBMA, Costa VBA, Ferreira RP. Câncer de Próstata: Revisão Geral da Literatura Acerca dos Diversos Aspectos da Doença. In: Anais do IV Seminário Científico da FACIG. 8 e 9 de novembro 2018.
16. Siakholak FR, Ghoncheh M, Pakzad R, Gandomani HS, Ghorat F, Salehiniya H. Epidemiology, incidence and mortality of oral cavity and lips cancer and their relationship with the human development index in the world. Biomedical Research and Therapy. 2016;3(10):872-88.
17. Coelho JM. Perfil e Desfecho de Pacientes com Câncer de Cólon [Monografia]. Passo Fundo: Universidade Federal Fronteira do Sul- UFFS, 2018.
18. Vallim LB, Souza JB, Alves RS, Iunes DH, Chaves ECL, Carvalho CC, et al. Análise correlacional durante e após os ciclos de quimioterapia com o perfil de ansiedade de pessoas com câncer. Comscientia e Saúde. 2017;16(1):124-130.
19. Junior VJ, Associação da Radioterapia Externa com Braquiterapia de Alta Dose no Tratamento do Câncer de Próstata [Dissertação]. Campina: PUC-2017.
20. Okuno E, Yoshimura EM. Física das Radiações. Oficina de Textos: São Paulo; 2016.
21. Cammarota MC, et al. Avaliação da influência da radioterapia nas reconstruções de mama com TRAMRev. Bras. Cir. Plást. 2018;33(2):161-165.
22. Organização Mundial da Saúde. Financiamento do Sistema de Saúde: Manual do câncer. 2010.
23. Vilar CMC, Martins IM. Princípios de Quimioterapia In: Sabas CV. Oncologia Básica. 1ª Edição. Teresina: Fundação Quixote; 2012. 120-121p.
24. Machado SM, Sawada NO. Avaliação da qualidade de vida de pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico adjuvante. Texto & Contexto Enfermagem. 2008;17(4):750-757.
25. Resende U. Fatores Prognósticos e Preditivos da Resposta Clínica e Patológica em Mulheres com Carcinoma de Mama Submetidas a Quimioterapia Neoadjuvante [Tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas- FCM, 2018.
26. Santos AMF. Câncer na Região de Cabeça e Pescoço: Epidemiologia, Características Clínicas, Fatores de Riscos e o Tipos de Tratamentos Adotados [Monografia]. Campina Grande: Universidade Estadual da Paraíba, 2018.
27. Cavalcante LG. Fatores de Risco para Desenvolvimento de Radiodermite em Mulheres com Câncer de Mama [Dissertação]. Botucatu: Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho-UNESP, 2019.
28. Heberle R, Sakae T, Soares A, Remor K. Influência do Gênero nos Efeitos Adversos Provocados por Antineoplásico em Pacientes Oncológicos Atendidos em um Hospital do Sul Catarinense. Arquivos Catarinenses de Medicina. 2018 Dez; 47(4): 93-103.
29. Moysés AMB, Durant LC, Almeida AM, Gozzo TO. Integrative review of factors related to the nursing diagnosis nausea during antineoplastic chemotherapy. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2016; 24:e2812.
30. Corrêa FE, Alves MK. Quimioterapia: Efeitos Colaterais e Influência no Estado Nutricional de Pacientes Oncológicos. Uniciências. 2018; 22(2):100-5.
31. Tonoli ML. Impacto da Prótese Dentária na Salivação e no Comportamento dos Músculos da Mastigação do Pacientes de Pós-Tratamento de Câncer Bucal [Dissertação]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 2018.
32. Corrêa CSL, Guerra MR, Andrade APS, Carvalho SM, Borges RM, Leite ICG. Qualidade de Vida e Fatores Associados em Mulheres Sobreviventes ao Câncer do Colo do Útero. HU Revista. 2017 out./dez.; 43(4):307-15.

Características de um grupo de ajuda mútua: doenças crônicas não transmissíveis em foco

RESUMO

Objetivo: Caracterizar aspectos sociodemográficos e de saúde de pessoas que vivem com Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e que participam de grupos de ajuda mútua. Método: pesquisa descritiva, exploratória, com abordagem qualitativa. Os dados foram coletados por meio de instrumento de caracterização com intuito de dar foco aos participantes do estudo. Resultados: o gênero mais prevalente na pesquisa no estudo é o feminino 88,89% (n=8) e 100% (n=9) dos participantes composto por idosos. Quanto a auto declaração de cor/raça a maioria se considera negra 55,56% (n=5). No que tange a renda familiar 66,67% (n=6) possui renda familiar de 1 a 2 salários mínimos. Quanto às DCNTs 77,78% (n=7) possuem diagnóstico médico de Hipertensão Arterial Sistêmica e 100% (n=9) utilizam tratamento medicamentoso. Conclusão: as variáveis sociodemográficas e de saúde apontam para necessidade de utilizar grupos de ajuda mútua como forma de estimular o autocuidado em saúde.

DESCRIPTORES: Doença Crônica Não transmissível; Estrutura de Grupo; Autocuidado.

ABSTRACT

Characterize sociodemographic and health aspects of people living with chronic noncommunicable diseases (CNCD) and participating in mutual aid groups. Method: descriptive, exploratory, qualitative approach. The data were collected through a characterization instrument with the aim of giving focus to the study participants. Results: the most prevalent gender in the study is the female 88.89% (n = 8) and 100% (n = 9) of the participants composed by the elderly. As for self-declaration of color/race the majority is considered black 55.56% (n = 5). Regarding family income, 66.67% (n = 6) had a family income of 1 to 2 minimum wages. Regarding NCDs, 77.78% (n = 7) had a medical diagnosis of Systemic Hypertension and 100% (n = 9) used medication. Conclusion: sociodemographic and health variables point to the need to use mutual aid groups to stimulate self-care in health.

DESCRIPTORS: Chronic Disease Non-transmissible; Group Structure; Self-care.

RESUMEN

Objetivo: Caracterizar aspectos sociodemográficos y de salud de personas que viven con Enfermedades crónicas no transmisibles (DCNT) y que participan en grupos de ayuda mutua. Método: investigación descriptiva, exploratoria, con abordaje cualitativo. Los datos fueron recolectados por medio de un instrumento de caracterización con el propósito de centrarse en los participantes del estudio. Resultados: el género más prevalente en la investigación en el estudio es el femenino 88,89% (n = 8) e 100% (n = 9) de los participantes compuesto por ancianos. En cuanto a la auto declaración de color/raza la mayoría se considera negra 55,56% (n = 5). En lo que se refiere a la renta familiar 66,67% (n = 6) posee renta familiar de 1 a 2 salarios mínimos. En cuanto a las DCNTs 77,78% (n = 7) poseen diagnóstico médico de Hipertensión Arterial Sistémica y 100% (n = 9) utilizan tratamiento medicamentoso. Conclusión: las variables sociodemográficas y de salud apuntan a la necesidad de utilizar grupos de ayuda mutua como forma de estimular el autocuidado en salud.

DESCRIPTORES: Enfermedad Crónica o Transmisible; Estructura de Grupo; Autocuidado.

Érika Monteiro da Silva

Enfermeira, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal Fluminense, Especialista em Saúde Coletiva.

Vera Maria Sabóia

Enfermeira, Pós-Doutora em Enfermagem, professora Titular da Disciplina de Fundamentos de Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal Fluminense.

Lina Márcia Miguéis Berardinelli

Enfermeira, Pós-Doutora em Enfermagem, professora Associada do Departamento Enfermagem Médico Cirúrgico da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Geilsa Soraia Cavalcante Valente

Enfermeira, Pós-Doutora em Enfermagem, professora Adjunta do Departamento de Fundamentos de Enfermagem e Administração da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense.

Fernanda Tosta de Alcântara Portugal

Enfermeira, Especialista em Saúde Coletiva, Enfermeira na Clínica de Família Víctor Valla, Mangueiras, Rio de Janeiro, Brasil.

Joaquim Lucas Monard Pereira

Médico de Família e Comunidade, Mestrando do Mestrado profissional em Atenção Primária à Saúde-UFRJ, Médico preceptor na Clínica de Família Víctor Valla, Mangueiras, Rio de Janeiro Brasil.

INTRODUÇÃO

Na primeira metade do século passado, devido aos avanços da Medicina e valorização da cultura curativa, a educação em saúde não era vista como responsabilidade dos profissionais de saúde nem como forma de prevenção. Nessa época, pensava-se que esta prática educativa deveria pertencer aos educadores, pois esses eram considerados os únicos responsáveis pela reorientação de comportamentos individuais e coletivos^(1,2).

A partir da década de 90, mudanças na estrutura do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil marcaram o início de um novo tempo na Saúde Pública. Nessa ocasião, houve a criação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), um novo paradigma de assistência em saúde, colocando o indivíduo e seu contexto social no centro das ações de saúde⁽³⁾.

Assim, os grupos de educação em saúde, visando melhorias na qualidade e aumento da expectativa de vida das pessoas que vivem com DCNT, passaram a ter maior destaque no modelo de atenção voltada para a família. Entendendo o diálogo como forma de transformação da realidade, fornecendo instrumentos para conquista de autonomia e tomada de decisão sobre aspectos da vida^(4,5).

Os grupos de ajuda mútua são estratégias utilizadas para a aproximação e fortalecimento do vínculo entre profissionais de saúde e participantes, com objetivo de promoção e prevenção de agravos a saúde desses usuários⁽⁶⁾. Faz-se necessário a articulação dessa prática educativa como forma de estimular o convívio social, com vistas à promoção

da saúde e estímulo ao autocuidado.

É inegável a necessidade da implementação de grupos de ajuda mútua como forma de reorientação das pessoas que vivem com DCNT. A valorização do grupo se dá pelas orientações recebidas, pela ampliação do conhecimento e relevância do saber popular⁽⁵⁾.

O panorama das situações crônicas de saúde tem sido apontado como uma preocupação mundial para a ciência, para a vida cotidiana das pessoas, para as políticas públicas sociais, bem como para a produção do cuidado e a necessidade de cuidados permanentes.

O impacto socioeconômico das DCNT está afetando o progresso das Metas de Desenvolvimento do Milênio (MDM), que abrangem temas como saúde e determinantes sociais (educação e pobreza). Essas metas têm sido afetadas, na maioria dos países, pelo crescimento da epidemia de DCNT e de seus fatores de risco⁽⁷⁾.

Nessa perspectiva, a questão de pesquisa que se aplicou para o desenvolvimento deste estudo foi: Quais são as características sociodemográficas e de saúde das pessoas que vivem com DCNT e que participam de grupos de ajuda mútua? Sendo assim, o objetivo dessa pesquisa foi caracterizar aspectos sociodemográficos e de saúde de pessoas que vivem com DCNT e que participam de grupos de ajuda mútua de uma Clínica Comunitária de Família de Niterói/RJ.

METODOLOGIA

Estudo do tipo descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa. A pesquisa foi realizada em uma Clínica Comunitária de Família de Niterói/RJ que oferta consultas de pré-natal, puericultura, clínica

médica, visitas domiciliares, coleta de exames laboratoriais, teste rápido, dispensação de medicamentos e ações de promoção e prevenção em saúde. São realizados grupos intitulados de “Grupo de Hipertensos e Diabéticos” e “Grupo de ajuda mútua com geração de renda” como estratégia de educação em saúde.

O “Grupo de Hipertensos e Diabéticos”, que é um grupo de ajuda mútua, aborda temas livres e sugeridos pelos participantes, porém sempre voltados para prevenção de doenças, promoção à saúde e melhoria da qualidade de vida. Essa prática educativa é realizada de forma participativa.

O “Grupo de Ajuda Mútua e Geração de Renda” foi idealizado a partir dos encontros do “Grupo de Hipertensos e Diabéticos”, pois as mulheres idosas participantes sentiram necessidade de utilizar suas aptidões com costura e artesanato como forma de contribuir com a renda familiar, trabalhando a autoestima, o autocuidado e o convívio social.

Os participantes deste estudo foram: usuários cadastrados na Clínica de Família do Badú, adultos de ambos gêneros, que participam dos grupos anteriormente citados, por no mínimo 3 vezes. Foram excluídos os usuários que não eram cadastrados na Clínica Comunitária de Família e pessoas que participaram dos grupos uma só vez.

Os dados foram produzidos por meio de um questionário aplicado após os encontros com os participantes dos grupos. As variáveis aplicadas foram: gênero; idade; auto declaração cor/raça; renda familiar; Doença Crônica Não Transmissível associada e tratamento utilizado. Em seguida, foi realizada uma análise descritiva simples dos dados e discussão dos resultados encontrados.

Tal estudo trata-se de parte da análise

artigo

Silva, E.M.; Sabóia, V.M.; Berardinelli, L.M.M.; Valente, G.S.C.; Portugal, F.T.A.; Pereira, J.L.M.; Características de um grupo de ajuda mútua: doenças crônicas não transmissíveis em foco

de dados de uma dissertação de mestrado acadêmico, que faz parte de um projeto internacional, multicêntrico desenvolvido entre Brasil e Portugal. A pesquisa multicêntrica intitulada “Interdisciplinaridade na Produção de Cuidado no Contexto da Promoção da Saúde”, foi proposta pela Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (ENF/UERJ), com a Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, da Universidade Federal Fluminense (EEAAC/UFF) e a Escola Superior de Enfermagem de Coimbra em Portugal (ESEC).

Esta pesquisa foi submetida com Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário (HU) da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), sendo provado sob o n.º 455.393 no CAAE: 16413013100005259 de 2015.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com relação à caracterização dos participantes da pesquisa, num universo de dezoito (n=18) pessoas presentes nos encontros com o “Grupo de Hipertensos e Diabéticos” e “Grupo de Ajuda Mútua

e Geração de Renda”, 9 pessoas aceitaram participar da entrevista e responder ao questionário, 11,1% (n=1) era do gênero masculino e 88,9% (n=8) do gênero feminino. O que configura maior participação feminina nos grupos.

Observa-se uma baixa adesão masculina no grupo educativo. O não envolvimento dos homens com as questões de saúde, principalmente em relação à prevenção de doenças crônicas, faz pensar que a questão cultural está intimamente ligada à busca de conhecimento sobre sua condição biológica^(8,9).

Assim, as instituições de saúde devem mover esforços para mudança desse olhar a fim de promover saúde com esta população vulnerável, que apresenta taxas de morbimortalidade impactantes, objetivando a divulgação e construção de práticas de promoção e prevenção em saúde adequadas para o público masculino.

Em relação à idade dos participantes observou-se que todos encontravam-se na faixa etária de 60 a 76 anos. Desse modo, verificou-se que todos eram idosos, o que afirma que está é a parcela da população que mais faz usos dos serviços de saúde⁽¹⁰⁾

Esse grupo populacional específico valoriza atividades educativas grupais, que favorecem a ampliação do conhecimento, a reorientação de hábitos, colocando em prática o que aprenderam e reconhecendo as repercussões para sua saúde⁽⁵⁾.

Nos grupos de convivência de idosos, encontra-se a possibilidade de difusão de saberes, especialmente em assuntos relativos à saúde, sendo essa uma temática atraente para essa faixa etária, devido ao interesse desses indivíduos em ter um envelhecimento saudável e ativo.⁽⁶⁾

A respeito da autodeclaração étnico-racial dos participantes do estudo esquematizou-se o quadro a seguir.

No Brasil, em 2015, mais da metade da população (53,95%) se declarava cor ou raça preta ou parda, mesmo com variações nas Grandes Regiões do país. Nesse estudo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE⁽¹⁰⁾ foi comparado a auto-declaração com idade dos participantes e foi constatado que conforme o aumento do grupo etário menor o percentual de declaração de cor negra ou parda.

No estudo em tela não observamos tal fato, porém vale ressaltar que parte dos participantes sentiu dificuldade em como

Tabela 1 – Caracterização dos participantes que responderam às entrevistas e questionário em relação ao gênero. Niterói, RJ, Brasil, 2016

SEXO	Nº TOTAL PARTICIPANTES	% TOTAL DE PARTICIPANTES
Gênero Masculino	1	11,1%
Gênero Feminino	8	88,9%
Total	9	100%

Tabela 2 – Caracterização seguindo auto declaração cor/raça. Niterói, RJ, Brasil, 2016

COR/RAÇA	Nº PARTICIPANTES	% PARTICIPANTES
Parda	3	33,33%
Branco	1	11,11%
Negro	5	55,56%
Amarelo	0	0 %
TOTAL	9	100%

classificar a sua cor da pele. O que revela assim, que há pouca informação sobre a auto declaração de cor/raça na sociedade, principalmente quando referimos a idosos com baixa escolaridade.

Quando analisada a renda familiar, obtivemos os dados a seguir:

Da amostra de participantes da pesquisa, a maioria (66,67%) possui uma renda familiar de 1 a 2 salários mínimos. Todos os participantes possuem renda provinda de aposentadoria ou pensão, tal rendimento na maioria das vezes é a única forma de sustento para este idoso e para sua família, contrapondo o estudo do IBGE que evidencia a relação entre dependência financeira dos grupos mais jovens e mostra que esta diminuiu nos últimos anos em decorrência da diminuição da fecundidade e aumento da longevidade, enquanto a ra-

ção de dependência financeira dos idosos aumentou⁽¹⁰⁾.

As Doenças Crônicas Não transmissíveis associadas aos participantes da pesquisa foram:

O número de pacientes com HAS (77,78%) demonstra o quanto os grupos de ajuda mútua como ações educativas são necessários no controle da pressão arterial. O manejo da HAS é complicado e necessita de estratégias de suporte para que o tratamento e a adesão do usuário sejam efetivos.

Dentre as doenças cardiovasculares, a HAS é mais frequente, sendo considerada o fator de risco mais relevante para complicações, como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio. Conforme a faixa etária aumenta, também aumenta a proporção de pessoas que referem diag-

nóstico de HAS, chegando a índices de 44% entre 60 a 64 anos, entre pessoas de 65 a 74 anos de 52,7% e de 55% entre pessoas de 75 anos ou mais⁽¹³⁾.

Numa projeção do senso demográfico em realizado pelo IBGE diz que “do total de casos de doenças crônicas diagnosticadas no ano, 14% eram hipertensão arterial, bronquite ou asma 5%, DM 2 3,6%”⁽¹⁰⁾.

Em relação ao tratamento, os dados obtidos foram os seguintes:

No quadro acima é explicitada a forma de tratamento dos pacientes participantes. Percebe-se que 100% (9 participantes) faz uso correto das medicações e as utiliza como forma principal para controle de sua patologia. Somente 44,44% (4 participantes) utilizou outras formas de tratamento auxiliar além da medicamentosa e destes, 22,22% (2

Tabela 3 – Caracterização em relação à renda familiar. Niterói, RJ, Brasil, 2016

SEXO	Nº TOTAL PARTICIPANTES	% TOTAL DE PARTICIPANTES
1 a 2 Salários Mínimos	6	66,67%
3 a 4 Salários Mínimos	3	33,33%
Mais de 4 Salários Mínimos	0	0
TOTAL	9	100%

Tabela 4 – Caracterização em relação às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Niterói, RJ, Brasil, 2016

DCNT	Nº PARTICIPANTES	% PARTICIPANTES
HAS	7	77,78%
DM	1	11,1%
Asma	1	11,1%
TOTAL	9	100%

Tabela 5 – Caracterização em relação ao tratamento utilizado. Niterói, RJ, Brasil, 2016

TRATAMENTO	Nº PARTICIPANTES	% PARTICIPANTES
Medicamentoso	9	100%
Atividade Física	2	22,22%
Reorientação alimentar	2	22,22%

artigo

Silva, E.M.; Sabóia, V.M.; Berardinelli, L.M.M.; Valente, G.S.C.; Portugal, F.T.A.; Pereira, J.L.M.; Características de um grupo de ajuda mútua: doenças crônicas não transmissíveis em foco

participantes) utilizou a atividade física e 22,22% (2 participantes) utilizou a reorientação alimentar.

A utilização de medicamentos como forma de controle de DCNT faz-se necessário para a prevenção de agravos associados, diminuindo o risco a complicações, sobretudo os cardiovasculares. A identificação destes medicamentos e a real forma que estão sendo tomados por estes idosos são de fundamental importância, para que tratamento seja eficaz⁽¹⁴⁾.

A utilização de outros métodos não medicamentosos para o controle das DCNT é de suma importância. A realização de atividade física e a reorientação de hábitos alimentares aumentam a qualidade de vida e diminuem riscos para saúde. Grupos de caminhadas e grupos de auxílio nutricional

são algumas das inúmeras estratégias de incentivo e adesão ao tratamento⁽¹⁵⁾.

CONCLUSÃO

Apesar da limitação do estudo pelo tamanho da amostra, o objetivo do estudo foi atingido uma vez que os aspectos sociodemográficos e de saúde de pessoas que vivem com DCNT e participam de grupos de ajuda mútua em unidade de atenção primária de saúde foram caracterizados. Constatou-se que todos os participantes são idosos, com predominância do gênero feminino, negros, com renda familiar de 1 a 2 salários mínimos e com HAS mais referida. Como principal medida de controle, destacou-se o

uso de medicamentos anti-hipertensivos, há necessidade da reorientação de hábitos de vida e práticas saudáveis entre os participantes.

Esta pesquisa demonstra quanto os grupos de ajuda mútua podem ser eficazes no processo de reorientação para estilo de vida mais saudável e auxílio no autocuidado. Aponta para a necessidade de fomento destas estratégias de incentivo e adesão ao tratamento como forma de educação em saúde.

*Manuscrito baseado na Dissertação intitulada: “PROMOÇÃO DA SAÚDE: o autocuidado no contexto de grupos de pessoas que vivem com doenças crônicas não transmissíveis”, da Universidade Federal Fluminense, no ano de 2018. Mestranda: Érika Monteiro da Silva. Orientação: Prof^{ta} Dr^a Vera Maria Sabóia. ■

REFERÊNCIAS

1. Reis TC, Figueiredo MFS, Souza LPS, Silva JR, Amaral AKM, Messias RB, et al. Educação em saúde: aspectos históricos no Brasil. *J Health Sci Inst.* 2013, 31 (2): 219-23.
2. Alves GG, Aerts D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia de Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2011; 16 Supl 1. 319-325
3. Maia CCA, Rogrigues FG, Maia LA. Pelos Caminhos do SUS: Avanços e Perspectivas de uma Política. In: Souza MCMR, Horta NC, organizadoras. *Enfermagem em Saúde Coletiva. Teoria e Prática.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2012. p. 4-14.
4. Almeida FA, Souza MCMR. Educação em saúde: Concepção e Prática no Cuidado de Enfermagem. In: Souza MCMR, Horta NC. *Enfermagem em Saúde Coletiva. Teoria e Prática.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2012. p. 25-35
5. Reticena KO, Piolli KC, Carreira L, Maion SS, Sales CA. Percepção de idosos acerca das atividades desenvolvidas no hiperdia. *Revista Mineira de Enfermagem.* 2015; 19 (2): 107-113.
6. Dalmolin IS, Leite MT, Hildebrandt LM, Sassi MM, Perdonssini LGB. A importância dos grupos de convivência como instrumento para a inserção social de idosos. *Revista Contexto & Saúde.* 2011; 10 (20): 595-598.
7. Organização Pan-Americana da Saúde, Organização Mundial de Saúde. Plano de ação para prevenção e controle de doenças não transmissíveis. 52º Conselho Diretor e 65ª Sessão do Comitê Regional, Washington, D.C., EUA, set-out de 2013.
8. Espinola, BC, Sabóia, VM, Valente, GSC. Programa educativo em saúde qualidade de vida de indivíduos com diabetes tipo 2: estudo comparativo. *Revista Produção Online.* 2015.
9. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas (BR). Política Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes/Ministério da Saúde.
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BR). Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. IBGE: Rio de Janeiro; 2016.
11. Azevedo PRA, Sousa MM, Sousa NF, et al. Ações de educação em saúde no contexto das doenças crônicas: revisão integrativa. *Revista Fundamento Care.* 2018 Jan/Mar; 10(Supl.1): 260-267.
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BR). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: síntese de indicadores 2012. IBGE: Rio de Janeiro; 2013.
13. Vieira CPB, Nascimento JJ, Barros SS, Luz MHBA, Valle ARMC. Prevalência referida, fatores de risco e controle da hipertensão arterial em idosos. *Revista Ciencia, Cuidado e Saúde.* 2018; 15(3): 413-420. Disponível em: DOI: 10.4025/ciencuccuidsaude.v15i3.28792
14. Filha FSSC, Nogueira LT, Viana LMM. Hiperdia: adesão e percepção de usuários acompanhados pela estratégia saúde da família. *Revista Rene.* 2011; 12 (n esp): 930-936.

Assistência de enfermagem à criança vítima de violência sexual: relato de experiência

RESUMO

Objetiva-se relatar a experiência do uso da simulação voltada para a assistência de enfermagem à criança vítima de violência sexual, assistida na Estratégia Saúde da Família. Trata-se de um relato de experiência, vivenciado a partir de uma atividade de simulação durante uma aula ministrada para os alunos do quinto período do curso de graduação em Enfermagem de uma faculdade privada de uma cidade do interior do Estado de São Paulo. A simulação do caso de violência sexual infantil proporcionou a discussão de questões relacionadas ao cuidado de enfermagem e aspectos sociais que influenciaram a ocorrência do abuso sexual. Assim, a criança em situação de vulnerabilidade deve ser acolhida na perspectiva da integralidade e da assistência humanizada. Conclui-se que a simulação permite a construção do conhecimento pautado em uma aprendizagem significativa e discussões de ações de saúde para um cuidado de enfermagem holístico à criança assistida em suas dimensões biopsicossociais.

DESCRIPTORIOS: Abuso Sexual na Infância; Enfermagem; Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

The aim is to report the experience of the use of simulation focused on nursing care to the child victim of sexual violence, assisted in the Family Health Strategy. This is an experience report, based on a simulation activity during a lecture given to students of the fifth period of the Nursing undergraduate course at a private college in a city in the interior of the State of São Paulo. The simulation of the case of child sexual violence provided the discussion of issues related to nursing care and social aspects that influenced the occurrence of sexual abuse. Thus, children in situations of vulnerability must be welcomed in the perspective of integrality and humanized assistance. It is concluded that the simulation allows the construction of knowledge based on a meaningful learning and discussions of health actions for a holistic nursing care to the child assisted in its biopsychosocial dimensions.

DESCRIPTORS: Sexual Abuse in Childhood; Nursing; Family Health Strategy.

RESUMEN

Se pretende relatar la experiencia del uso de la simulación orientada a la asistencia de enfermería al niño víctima de violencia sexual, asistida en la Estrategia Salud de la Familia. Se trata de un relato de experiencia, vivido a partir de una actividad de simulación durante una clase ministrada para alumnos del quinto período del curso de graduación en Enfermería de una facultad privada de una ciudad del interior del Estado de São Paulo. La simulación del caso de violencia sexual infantil proporcionó la discusión de cuestiones relacionadas al cuidado de enfermería y aspectos sociales que influenciaron la ocurrencia del abuso sexual. Así, el niño en situación de vulnerabilidad debe ser acogida en la perspectiva de la integralidad y de la asistencia humanizada. Se concluye que la simulación permite la construcción del conocimiento pautado en un aprendizaje significativo y discusiones de acciones de salud para un cuidado de enfermería holístico al niño asistida en sus dimensiones biopsicosociales.

DESCRIPTORIOS: Abuso Sexual en la Infancia; Enfermería; Estrategia Salud de la Familia.

Fabrine Aguilar Jardim

Enfermeira pela Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM). Mestre em Ciências pelo Programa de Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/ USP), Especialista em Enfermagem Oncológica pelo Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Sul de Minas (IFSULDEMINAS). Professora de Enfermagem na Faculdade Doutor Francisco Maeda e Faculdade Barretos.

Fernanda Priscila Sezefredo

Enfermeira pela Universidade Estadual do Norte do Paraná (UENP). Pós-graduação em Docência do Ensino Médio, Técnico e Superior pela Faculdade do Vale do Itajaí Mirim - FAVIM. Mestranda em Ciências pelo Programa de Enfermagem em Saúde Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/ USP).

artigo

Jardim, F.A.; Sezefredo, F.P.; Rodriguez, C.A.H.; Peres, L.S.; Santos, M.L.R.; Ignacio, D.S.;
Assistência de enfermagem à criança vítima de violência sexual: relato de experiência

Carlos Alberto Hernandez Rodriguez

Licenciado em Enfermagem pela Universidad Medica "Serafin Ruiz de Zarate Ruiz" de Villa Clara, Cuba (UM-VC). Especialista em Bioquímica pela Universidad Medica "Serafin Ruiz de Zarate Ruiz" de Villa Clara, Cuba (UM-VC). Mestre em Ciências da Educação pela Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas, Cuba (UCLV), doutor em Ciências Pedagógicas pela Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas, Cuba (UCLV).

Letícia de Souza Peres

Graduanda em Enfermagem pela Faculdade Doutor Francisco Maeda.

Maria Laura Rodrigues dos Santos

Graduanda em Enfermagem pela Faculdade Doutor Francisco Maeda.

Daniela Sarreta Ignacio

Enfermeira. Doutoranda em Ciências pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP). Mestre em Enfermagem Fundamental pela USP. Especialista em Gestão de Serviços e Programas de Saúde pela Universidade de Uberaba, Enfermagem do Trabalho pelo Centro Universitário Barão de Mauá. Enfermagem em Clínica médica e cirúrgica de queimados, cardiologia, hematologia e moléstias contagiosas pela EERP-USP. Graduada em Enfermagem pela EERP-USP. Professora e Coordenadora de Enfermagem na Faculdade Doutor Francisco Maeda.

INTRODUÇÃO

A violência na infância e adolescência é reconhecida em âmbito mundial como um grave problema de Saúde Pública, representando toda forma de maus tratos que ocorra em uma relação de responsabilidade ou poder e que resulte em dano à dignidade, impacto na saúde física e mental e no desenvolvimento infantojuvenil. A Organização Mundial de Saúde (OMS) classifica a violência infantil em quatro tipos, abuso físico, sexual, emocional ou psicológico e negligência, os quais podem ocasionar prejuízos físicos, psicológicos, alterações no crescimento e desenvolvimento da criança^(1,2).

Violência sexual refere-se ao contato ou atos sexuais não consentidos, efetivados ou tentados, cometidos contra alguém incapaz de recusar ou consentir e exploração via online⁽³⁾. Reflete em impactos na saúde física, psíquica e na vida produtiva das vítimas e demais membros da família, que podem experimentar situações de medo, pânico, fragilidades emocionais e privação da autonomia⁽⁴⁾. Na avaliação dos eventos violentos, é possível perceber que os mesmos provocam diversas consequências, capazes de destruir, a vida de quem a sofre⁽⁵⁾.

Ao falar sobre a Atenção Primária à Saúde, logo percebe-se o seu papel primordial na identificação das vítimas de violência, visto que os profissionais podem estabelecer um contato próximo as famílias e um maior en-

volvimento com as ações de saúde individual e coletiva. É possível identificar situações potenciais e/ou reais de violências em crianças e adolescentes, por meio do acolhimento efetivo, bem como no atendimento, diagnóstico, tratamento e encaminhamento para rede de cuidados e de proteção social⁽²⁾.

Partido desta perspectiva, a Estratégia Saúde da Família (ESF) pode representar um cenário ideal para o manejo de casos de violências, devido à proximidade entre as equipes multiprofissionais e os usuários, o que possibilita o conhecimento da história e dinâmica das famílias, bem como a percepção das interrelações, tipos de comunicação e de resolução de problemas. É comum o relato dos profissionais de saúde no que diz respeito ao escasso conhecimento sobre o tema, a ausência de estrutura para lidar com os casos, ao desconhecimento do fluxo para notificação e às dificuldades de uma abordagem integral e intersetorial⁽⁶⁾.

A identificação precoce de comportamentos de risco e a análise dos casos de violência são medidas a serem adotadas pelos enfermeiros para impedir a continuação da agressão, e produzir dados que subsidiem a criação de medidas preventivas e de reabilitação das vítimas, além da denúncia dos agressores. Para tanto, faz-se indispensável a produção de informações científicas fundamentais para a elaboração de políticas assistenciais efetivas que contribuam para a diminuição dos eventos de violência infantojuvenil⁽⁷⁾.

Além do desenvolvimento de pesquisas sobre violência sexual na infância, é primordial o preparo dos estudantes de enfermagem no que diz respeito a resolutividade e identificação de problemas reais da comunidade. Neste âmbito, novas tendências pedagógicas, como as metodologias ativas, estão sendo incorporadas gradativamente para substituir o modelo tradicional de ensino, visando a formação de um profissional crítico-reflexivo, capaz de construir o conhecimento e desenvolver habilidades para transformar a realidade social. Especificamente na enfermagem, o ensino por meio de simulação e/ou problematização de casos torna-se relevante para adoção de estratégias que contribuam para práticas clínicas inovadoras⁽⁸⁻¹⁰⁾.

É indispensável a inserção de atividades de simulação clínica na graduação que envolvam o manejo de situações de violência sexual infantil, com intuito de contribuir para o aumento do conhecimento e preparo do discente. Frente ao exposto, o objetivo deste trabalho foi relatar a experiência do uso da simulação voltada para a assistência de enfermagem à criança vítima de violência sexual assistida na Estratégia Saúde da Família. A questão norteadora deste relato fundamenta-se em: Como preparar o estudante de graduação para uma assistência de enfermagem à criança vítima de violência sexual por meio de simulação?

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência, vivenciado a partir de uma atividade de simulação durante uma aula da disciplina de Enfermagem na Saúde da Criança e do Adolescente I, realizada em março de 2018 e ministrada no quinto período do curso de graduação em Enfermagem de uma faculdade privada de uma cidade do interior do Estado de São Paulo. O relato de experiência caracteriza-se como um instrumento da pesquisa descritiva, que favorece uma reflexão sobre uma ação ou um conjunto de ações que abordam uma situação vivenciada no âmbito profissional de interesse da comunidade científica⁽¹¹⁾.

O conteúdo problematizado na experiência emergiu durante o desenvolvimento do plano de ensino pelos docentes da disciplina, que enfatizaram habilidades e competências necessárias para a formação do enfermeiro. Ressalta-se que as atividades propostas pela disciplina transitam entre ações de gerenciamento de enfermagem e ações assistenciais, sendo uma interface dessas, as práticas educativas cujo presente relato descreve.

Para fins didáticos, a simulação foi desenvolvida em quatro etapas distintas, sequenciais e complementares: apresentação e simulação do caso clínico; exercício de observação do contexto; realização da consulta de enfermagem e avaliação da atividade pelos discentes, que foram estimulados a refletir sobre pontos de aprofundamento no desenvolvimento de habilidades e competências sobre as ações necessárias para a resolutividade do caso, como: aspectos essenciais para comunicação com a criança, criação do vínculo entre o enfermeiro-criança e família, discussão do caso com a equipe da ESF e referência a rede de apoio.

Foi necessário construir previamente o caso clínico, determinando todas as variáveis para possíveis intervenções dos estudantes, como: a organização e identificação do contexto, condições semelhantes da situação potencial de ser vivenciada na ESF, a caracterização da criança, as funções e papéis dos familiares envolvidos, particularidades físicas e sociais e comportamentais próximas a realidade da vítima.

O caso clínico refere-se a uma criança de quatro anos de idade, que deu entrada na ESF por meio de demanda espontânea, acompanhada pela avó paterna, ambas residiam em um distrito de uma cidade do interior do Estado de São Paulo. A avó relatou que a neta referia dores na região genital, e evitava a higiene íntima durante o banho, bem como apresentava olhar triste e acanhada. O caso foi comunicado à enfermeira responsável da ESF por uma agente comunitária de saúde que relatou a aflição da avó em relação a suspeita de que a neta havia sido abusada sexualmente pelo padrasto. A criança morava com os avós paternos e pai, além disso a cada 15 dias passava o final de semana com sua mãe e padrasto.

Por se tratar de um relato de experiência, não houve a aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), entretanto, foi obtida a anuência da Instituição de Ensino Superior onde o trabalho foi realizado. Além disso, não será divulgado nenhum dado que possibilite identificação dos envolvidos, respeitando o preconizado pela Resolução n.º 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde - CNS⁽¹²⁾.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

A simulação do caso de violência sexual proporcionou a discussão de questões relacionadas ao cuidado de enfermagem e aspectos sociais que influenciaram a ocorrência do abuso sexual, com troca de vivências entre os alunos que identificaram o profissional de enfermagem como peça fundamental no estabelecimento de vínculo com a criança e família e na referência do caso a uma equipe interdisciplinar.

Durante a consulta de enfermagem, os alunos pontuaram a necessidade de coleta de dados, por meio da anamnese, com intuito de compreender o contexto em que a criança estava inserida, bem como o papel e relacionamento interpessoal desempenhado por cada membro da família e provável agressor. Referiram a importância de entender a relação de aspectos relacionados com a organização familiar, contextos e vínculos, mediante a utilização de instrumentos de abordagem familiar, ecomapa e genograma.

Ainda na consulta de enfermagem foi pontuada a necessidade de uma visão holística na prestação de cuidados à criança, criação de vínculo e confiança, realização do exame físico com enfoque na região genital, na presença da avó ou outro profissional da unidade. Além do acompanhamento de todas as etapas do atendimento pelo enfermeiro, enfatizando a investigação da saúde da criança por meio de exames laboratoriais, conferência da situação vacinal, notificação e registro em prontuário. Foi pontuada a importância da discussão do caso com outros membros da equipe de saúde, e possível assistência multi e interdisciplinar da criança e da família em conjunto com outros profissionais, principalmente o acompanhamento contínuo com o psicólogo.

Os aspectos mais pontuados e relacionados à prática clínica de enfermagem foram as possíveis ameaças do agressor, imaturidade e sofrimento da criança, despreparo dos profissionais, ausência de comunicação efetiva entre os envolvidos e das redes de apoio, sendo citado também, a importância do acolhimento, desenvolvimento de empatia com a criança e familiares, linguagem apropriada, falta de tempo para o manejo do caso, ausência de conhecimento do fluxo de atendimento, tipo de violência e a dificuldade de fornecer assistência de enfermagem humanizada. Vale lembrar da ESF, percebida nesta atividade pelos alunos como um meio propício para a criação do vínculo com a criança, avó e demais familiares.

Foi proposto o desenvolvimento de um plano de ação, bem como um fluxograma de atendimento intersetorial, envolvendo os serviços de saúde, segurança, educação, judiciário e enfatizaram o encaminhamento do caso ao Conselho Tutelar, pontuando também a relevância de sensibilizar e realizar ações educativas com a comunidade e escolas para a identificação de situações de violência, bem como a confecção de materiais educativos com linguagem acessível a criança.

Na avaliação da simulação, verificou-se um maior interesse dos discentes por estratégias que facilitassem o manejo de questões envolvendo a assistência de enfermagem a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual e a discussão do tema em sala de aula com o intuito de garantir uma formação crítico-reflexiva sobre o cuidado de enfermagem.

DISCUSSÃO

A simulação do caso de violência proposto possibilitou a vivência e assimilação com a prática clínica, bem como a identificação e adoção de ferramentas para a implementação do cuidado de enfermagem. Torna-se evidente que a mesma pode contribuir para a formação profissional, proporcionando a identificação, atitudes, habilidades e competências clínicas necessárias para resolver situações profissionais complexas presentes no ambiente de trabalho, como o caso de violência sexual relatado⁽¹³⁾.

A partir da menção do enfermeiro como peça fundamental na assistência à criança, faz-se importante compreender que o futuro profissional deve aprender a realizar uma escuta qualificada e sensível, capaz de identificar sinais, sintomas e outros mecanismos de defesa que a criança possa apresentar e que podem estar relacionados ao abuso sexual. O profissional carece de tempo e habilidades para oportunizar momentos de contato com a criança e identificar detalhes imprescindíveis para associação com abuso sexual⁽¹⁴⁾.

A complexidade destas situações demanda a participação e comunicação de diversos profissionais, com seus respectivos papéis, intervenção, linguagem e metodologia própria⁽¹⁵⁾. Por meio da constatação de fatores intrínsecos e extrínsecos é possível reduzir o impacto causado pelo abuso sexual e gerar comunicação e confiança com criança e a família⁽¹⁶⁾. A necessidade de articulação entre os profissionais envolvidos e a busca por conhecimento do contexto familiar pode ser relevante para compreender a existência de lacunas decorrentes de um atendimento fragmentado, sempre tendo como base o acolhimento integral perante as dimensões biopsicossociais da criança.

Conforme os resultados deste relato e mediante o estudo de caso apresentado pelos docentes, surgiu a necessidade da realização da consulta de enfermagem e todas as suas etapas fundamentadas nos princípios de resolatividade e integralidade, conforme as necessidades da criança e da família. Acresce a este ponto o oportuno embasamento científico para a identificação de situações de

saúde/doença, prescrição e implementação de medidas de enfermagem que contribuam para a promoção, prevenção, proteção a saúde, recuperação e reabilitação do indivíduo, família e comunidade⁽¹⁷⁾.

Considerando a Atenção Básica como uma porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS), há de se perceber e ressaltar o importante papel das equipes de ESF no acolhimento e na atenção integral aos menores em situação de violência sexual. Contudo, salienta-se o uso de uma abordagem integral nas intervenções profissionais, considerando o indivíduo em sua totalidade e a multicausalidade do fenômeno^(18,19).

Para o desenvolvimento de uma visão holística do contexto e entendimento das ligações familiares da criança em risco de abuso sexual, faz-se necessário a utilização de instrumentos de abordagem familiar, como ecomapa, que potencialmente retrate a presença ou ausência de recursos sociais, econômicos e culturais da organização familiar e o genograma que pode traduzir por meio de representações simbólicas as relações entre os membros da família. A escolha de tais ferramentas pelos discentes para o manejo do caso proposto foi relevante para a detecção das configurações familiares, seus arranjos, contextos, suas relações, seu processo de trabalho e vivência de maneira clara e realista, permitindo induzir a resolução de problemas eminentes a partir da análise de cada membro, propondo uma reorganização familiar e melhor definição dos papéis de cada um⁽²⁰⁾.

Por intermédio de capacitações, os enfermeiros podem detectar suspeita ou casos confirmados de abuso sexual na infância, o que contribui para tratamento clínico em tempo hábil e a comunicação ao Conselho Tutelar, órgão que objetiva atender e aplicar medidas que zelem pela proteção dos direitos da criança e do adolescente, além de aconselhar pais e/ou responsáveis. Nesta perspectiva, o Conselho Tutelar foi referido pelos discentes como o primeiro a ser acionado em situações de abusos e violências contra a criança⁽²¹⁾.

Diante do contexto apresentado, surge a necessidade de implementação de ações que aumentem o nível de conhecimento dos profissionais, tornando-os capacitados para a

identificação de casos de violência e atuação de forma resolutiva, por meio de notificação, ações de referência e contrarreferência e procedimentos e protocolos que devem ser seguidos para, que de fato, seja efetiva a assistência de enfermagem⁽¹³⁾. Não apenas a veiculação de informações para os profissionais, mas também é imprescindível a adoção de outros meios de envolver a família e a criança no cuidado, considerando a necessidade da procura por atendimento e/ou divulgação de informações em saúde em linguagem apropriadas nos diversos cenários e setores responsáveis pela assistência.

Autores⁽²²⁾ pontuam a relevância do conhecimento adquirido e a participação responsável durante o desenvolvimento de práticas de simulação clínica, reforçando o diferencial do uso da metodologia ativa para qualidade do ensino e aprendizagem. Apesar da existência de possíveis fragilidades do método e simulação de um caso fictício, vale destacar as potencialidades do uso da mesma como metodologia de ensino, capaz de contribuir para o trabalho em equipe, aquisição de embasamento teórico e habilidades práticas pelos estudantes, culminando com uma assistência de enfermagem segura, humanizada e uma avaliação satisfatória dos estudantes.

CONCLUSÃO

Com este relato foi possível compreender que a criança em situação de vulnerabilidade ao abuso sexual deve ser acolhida na perspectiva da integralidade e da assistência humanizada. Torna-se essencial que o futuro enfermeiro esteja capacitado para o manejo de situações de violência, tendo um papel fundamental na articulação com outros profissionais e setores, no que diz respeito a notificação, desenvolvimento de ações educativas, de promoção e prevenção de atos violentos contra a criança.

A simulação permite a construção do conhecimento pautado em uma aprendizagem significativa, permitindo a vivência do planejamento estratégico, execução e discussões sobre ações de saúde para um cuidado de enfermagem holístico à criança assistida em suas dimensões biopsicossociais. ■

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde (OMS). Prevenção de maus-tratos infantis: um guia para agir e gerar evidências. Genebra: OMS; 2006.
2. Yoshikawa EE, Rosa AM, Morais TCP. Notificação da violência infantil, fluxos de atenção e processo de trabalho dos profissionais da Atenção Primária em Saúde. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2018 Jan [cited 2019 Mar 24]; 23(1):83-92. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000100083&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018231.22062017>.
3. Organização Mundial da Saúde (OMS). INSPIRE: sete estratégias para pôr fim à violência contra crianças [Internet]. Núcleo de Estudos da Violência, 2016 [acesso em 24 mar 2019]. Disponível em: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/33852/9789275719411-por.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
4. Secretaria da Saúde (BR). Protocolo para o atendimento às pessoas em situação de violência sexual. Paraná: Secretaria da Saúde; 2015. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2015 out./dez. [cited 2019 Mar 24]; 17(4). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i4.33042>.
5. Melo RA, et al. Assistência de enfermagem a criança e ao adolescente em situação de violência doméstica. *Rev. Psic.* [Internet] 2016 [cited 2018 Sep 10]; 10(32):245-259. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/577/809>.
6. Lobato GL, Moraes CL, Nascimento MC. Desafios da atenção à violência contra crianças e adolescentes no Programa de Saúde da Família em cidade de médio porte do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* [Internet]. 2012 [cited 2018 Sep 10]; 28(3):749-58. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2012000900013&lng=en&nrm=iso.
7. Valera IMA, Almeida EC, Baldissera VDA, Jaques AE, Bueno SMV. Atuação da equipe de enfermagem diante da violência infantojuvenil. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde/Brazilian Journal of Health Research* [Internet]. 2016 [cited 2018 Sep 03]; 17(3):103-111. Disponível em: <http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/viewFile/14142/9971>.
8. Freire P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 37. ed. São Paulo: Paz e Terra; 2011. 144p.
9. Aparicio AF, Morales-Botello ML, Rubiob M, et al. Perceptions of the use of intelligent information access systems in university level active learning activities among teachers of biomedical subjects. *Int J Med Inform*, 2018;113: 63-71.
10. Tweedlie J, Vincent S. Adult student nurses' experiences of encountering perceived child abuse or neglect during their community placement: Implications for nurse education. *Nurse Education Today*. 2018.
11. Cavalcante BLL, Lima UTS. Relato de experiência de uma estudante de Enfermagem em um consultório especializado em tratamento de feridas. *J Nurs Health*. 2012; 1(2):94-103.
12. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução n.º 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União, 2013.
13. Teixeira IL, Amorim LF. A Violência Doméstica na Adolescência, sob o olhar da Enfermagem e da Psicologia. *Revista de Psicologia*. 2018; 12(40):292-314.
14. Lira MODSC, Rodrigues VP, Rodrigues AD, Couto TM, Gomes NP, Diniz NMF. Sexual abuse in childhood and its repercussions in adult life. *Texto & Contexto-Enfermagem*. 2017; 26(3).
15. Sociedade de Pediatria de São Paulo. Sociedade Brasileira de Pediatria. Manual de atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência. Coordenação: Renata Dejtiar Waksman, Mário Roberto Hirschheimer, Luci Pfeiffer. – 2.ed. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, 2018.
16. Gutiérrez-López C, Lefèvre F. Descubrimiento del abuso sexual del niño: revelación o silencio. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2019; 45(1).
17. Brasil. Resolução n.º 159/93, de 19 de abril de 1993. Dispõe sobre a Consulta de Enfermagem. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) [Internet]. 1993 [acesso em 04 set 2011]. Disponível em: <http://site.portalcofen.gov.br/node/4241>
18. Ministério da Saúde (BR). Portaria n.º 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017 [acesso em 2017 nov 30]. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017>
19. Revorêdo SL, Dantas MMC, Maia RS, Torres GV, Maia EMC. Validação de conteúdo de um instrumento para identificação de violência contra criança. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2016; 29(2).
20. Tonelli SQ, Reis APDR, Tonelli BQ, Santos P, Veloso DCMD, Gonçalves DP, Leão CDA. Ferramentas de abordagem familiar: um estudo de caso no contexto da estratégia saúde da família. *Unimontes Científica*. 2019; 20(1):23-39.
21. Brasil. Lei n.º 13.046 de 1º dezembro de 2014. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_Ato2011-2014/2014/Lei/L13046.htm
22. Souza EFD, Silva AG, Silva AILF. Active methodologies for graduation in nursing: focus on the health care of older adults. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018 [cited Sep 30]; 71(suppl 2):920-4. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0150>

A experiência da microcefalia relacionada ao Zika Vírus: redes de relações sociais

RESUMO

Em outubro de 2015, propagou-se por todo país um aumento de casos notificados de recém-nascidos apresentando microcefalia associada ao Zika Vírus, ocasionando uma emergência em saúde pública. Essa condição crônica infantil repercute nos aspectos emocionais, físicos e financeiros. Este estudo teve como objetivo compreender as redes de relações sociais tecidas na experiência de uma família de criança com microcefalia causada pelo Zika Vírus. Trata-se de uma pesquisa qualitativa realizada no serviço de referência, utilizando entrevistas semiestruturadas e análise de conteúdo. Os resultados encontrados permitiram conhecer as redes de apoio e sustentação de uma família que vivencia tal experiência ainda pouco visibilizada e que possui grande vulnerabilidade social.

DESCRIPTORES: Microcefalia; Zika Vírus; Relações Familiares.

ABSTRACT

In October 2015, an increase in reported cases of newborns with microcephaly related to the Zika virus spread throughout the world, leading to an emergency in public health. This chronic syndrome can have an impact on emotional, physical, and financial patients. This study had as problem the networks of social classes. We seek a qualitative research carried out without reference, using semi-structured interviews and analyzed content. The results obtained allow us to know how the networks of support and support of a family that experience the experience still not very visible and that have great social vulnerability.

DESCRIPTORS: Microcephaly; Zika Virus; Family Relations.

RESUMEN

En octubre de 2015 se propagó por todo el país un aumento de casos notificados de recién nacidos presentando microcefalia asociada al Zika Virus, ocasionando una emergencia en salud pública. Esta condición crónica infantil repercute en los aspectos emocionales, físicos y financieros. Este estudio tuvo como objetivo comprender las redes de relaciones sociales tejidas en la experiencia de una familia de niños con microcefalia causada por Zika Virus. Se trata de una investigación cualitativa realizada en el servicio de referencia, utilizando entrevistas semiestruturadas y análisis de contenido. Los resultados encontrados permitieron conocer las redes de apoyo y sustentación de una familia que vive tal experiencia todavía poco visibilizada y que posee gran vulnerabilidad social.

DESCRIPTORES: Microcefalia; Virus Zika; Relaciones Familiares.

Gênesis Vivianne Soares Ferreira Cruz

Mestre em Enfermagem, Docente da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso.

Amanda Aparecida Neres Moreira

Enfermeira Preceptora do Curso de Enfermagem da Universidade de Cuiabá.

Thuany Meira Giraldo

Enfermeira do Hospital Municipal São Benedito-MT.

Francielem Mara Cardoso Rodrigues

Especialista em Pediatria e Cuidados Intensivos Neonatais, Enfermeira da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Pediatria do Hospital Santa Casa de Mogi Guaçu-SP.

Reni Barsaglini

Doutora em Saúde Coletiva, docente do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso.

Introdução

Nos últimos anos, a mídia tem divulgado diversas informações sobre a microcefalia e a infecção pelo Zika Vírus (ZIKV). Essa associação foi verificada devido ao grande aumento de casos notificados de crianças com alterações do Perímetro Cefálico (PC) e/ ou outras malformações congênitas⁽¹⁾. A microcefalia é uma das manifestações clínicas da Síndrome Congênita do Zika Vírus (SCZV) e se apresenta por um sinal de destruição ou déficit do crescimento

cerebral identificada pelo PC menor que dois desvios-padrão da média para idade e sexo dos recém nascidos⁽²⁾.

O ZIKV é transmitido pelo mosquito de gênero *Aedes*, encontrado predominantemente nas regiões tropicais⁽¹⁾. Além da transmissão pelo mosquito, tem sido comprovada a transmissão sexual e por transfusão sanguínea⁽³⁾. No Brasil, os primeiros casos de ZIKV ocorreram em maio de 2015, inicialmente na Região Nordeste. A partir de então, houve uma rápida propagação para outras regiões brasileiras, seguido pelo aumento significativo de notificações de recém-nascidos com microcefalia⁽⁴⁾. Em 2016, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) informou por meio de nota uma atualização epidemiológica da circulação do vírus em 18 países e territórios. No mesmo ano, a Organização Mundial da Saúde (OMS) convocou o Comitê Internacional de Regulação de Emergências em Saúde por se tratar de uma situação de urgência em saúde pública^(5,6).

Diante desse cenário, estudos⁽⁷⁻⁹⁾ têm se debruçado sobre como esse agravo tem afetado as famílias, bem como compreendendo seu impacto no planejamento familiar, pois o nascimento de uma criança com uma condição crônica traz uma nova realidade para a família, com a necessidade de se reorganizar para as demandas que implicam em vários aspectos da vida^(1,10). Porém, a extensão e a profundidade do impacto desses nascimentos são indeterminadas, depende da dinâmica interna de cada família e do significado que este evento tem para cada um. Geralmente, a família procura meios de se adaptar à nova realidade⁽¹¹⁾. Frente às vivências singulares há a necessidade de um olhar mais sensível e qualificado por parte dos profissionais de saúde para promover um cuidado à saúde integralizado, abarcando os aspectos psicológicos e sociais. Nesse caso, a família é a unidade do cuidado e suas diversas necessidades precisam ser consideradas^(2,12).

Pelo exposto, surgiram as seguintes perguntas de pesquisa: Quais as redes de relações sociais para o suporte e apoio de uma família com criança diagnosticada

com microcefalia associada ao ZIKV? O presente estudo teve por objetivo compreender as redes de relações sociais tecidas na experiência de uma família que vivencia os desafios da condição crônica de uma criança diagnosticada com microcefalia causada pelo ZIKV.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de natureza descritiva. Para Minayo⁽¹³⁾, na pesquisa qualitativa almeja-se compreender um problema da perspectiva dos sujeitos que o vivenciam, afirmando que essa abordagem de pesquisa se aplica ao estudo das relações e das percepções, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos, sentem e pensam.

Foi realizado convite pessoal aos pais que acompanhavam as crianças em consulta médica no serviço de referência para o tratamento de crianças diagnosticadas com microcefalia do Estado de Mato Grosso e, dos que voluntariamente aceitaram participar dessa pesquisa, foi selecionada uma participante, maior de 18 anos, para realização de estudo de caso, por critério de inclusão da pesquisa, a qual assinou o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE).

Para a produção dos dados, foi utilizada entrevista semiestruturada acerca da vivência do participante frente à condição crônica infantil. Houve no total três encontros no mês de fevereiro de 2017, com duração média de 45 minutos. Para a análise dos dados foi utilizada a técnica da análise de conteúdo na modalidade de análise temática, segundo Minayo⁽¹³⁾. Esse estudo possui aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Hospital Universitário Júlio Muller (CEP/HUJM), sob parecer n.º 1.447.852/2016. Optou-se pela garantia do anonimato o utilizando letras iniciais do nome da participante e de seus familiares, atendendo às exigências da Resolução n.º 466/2012⁽¹⁴⁾.

Estudo de Caso

L.M.C., 32 anos, reside numa cidade a 400 km da capital, casada há 10 anos com P.M., 50 anos, que trabalha como caminhoneiro. L.M.C. tem duas filhas: Y.V.M., 16 anos, do seu primeiro casamento e C.M.M., 3 meses, diagnosticada com Síndrome Congênita do Zika Vírus. L.M.C. trabalhava como doméstica e encontra-se atualmente desempregada devido ao nascimento de C.M.M., que demanda muitos cuidados e a necessidade de acompanhamento em constantes consultas no serviço de saúde da capital. É a cuidadora principal da criança demonstrando um forte laço afetivo entre ambas. Y.V.M. também auxilia nos cuidados com a irmã. A única fonte de renda da família é do pai. A mãe mora com a sogra, o esposo e as duas filhas, todas as vezes que vai para as consultas na capital fica hospedada na casa de uma prima, que a ajuda no seu deslocamento. Y.V.M., quando pode, acompanha a mãe, auxiliando nos cuidados com a criança. L.M.C. teve 04 gestações, sendo dois abortos espontâneos, que culminaram no tratamento de três meses e planejamento da gestação:

(...) A C.M.M. foi muito esperada! Por mim pelo pai, pela família, nossa! Muito esperada (...)

Durante a gestação, L.M.C. realizou 10 consultas de pré-natal, bem como todos os exames solicitados, inclusive ultrassonografias, sendo estes considerados sem alteração. No segundo trimestre de gestação, ela sentiu fortes dores no corpo e perda sanguínea, procurando atendimento médico na própria cidade. Chegou ao final da gestação com 38 semanas, parto cesáreo em um hospital particular do interior sem intercorrências. No momento após o parto, a equipe médica constatou que o perímetro cefálico era menor do que o preconizado. L.M.C. foi comunicada que sua filha iria passar por uma investigação:

(...) me chamaram, explicaram: oh sua bebê nasceu com a cabeça, 1 cm a menos, então o normal era pra ter nascido com 32 cm, ela

nasceu com 31, a gente vai entrar com a investigação de microcefalia (...)”

A criança foi encaminhada a um hospital de referência de grande porte na capital, onde foi iniciada a investigação clínica e laboratorial, confirmando diagnóstico de microcefalia associada ao ZIKV. A mãe informou que está recebendo apoio psicológico e social no serviço de saúde da sua cidade. O ambiente da entrevista proporcionou um diálogo cheio de trocas, pois boa parte do conhecimento é adquirido através da experiência, de algum evento, de algum fato esporádico ou cotidiano⁽¹⁵⁾.

“As redes de relações sociais, de reconhecimento mútuo e de entreajuda baseadas em laços de parentesco e de vizinhança, postas como relações onde se trocam bens e serviços numa base não mercantil” são fontes importantes para o processo de enfrentamento, promovendo um maior vínculo entre os membros desse grupo (16:408). Contudo, existe uma diferenciação qualitativa dessas redes de relações sociais, definidas por Mufato^(17:25), a saber: rede de apoio - “considerada aquela constituída por relações de menor densidade afetiva, com pessoas que colaboram em momentos específicos e mais pontuais da experiência de adoecimento”; e rede de sustentação - “considerada aquela constituída por relações mais próximas e íntimas, construídas com base na afetividade e vinculada à família de forma mais constante”, que vem a ser o caso estudado.

A abordagem da condição crônica na infância como experiência tem ganhado centralidade em parte substantiva da produção às ciências sociais em saúde. Assume-se que tal experiência não se resume à patologia definida pela perspectiva biomédica, mas a todo conjunto que tangem os aspectos da vida desse sujeito - seu cotidiano, sua história, suas expectativas, suas vivências, seu modo de viver, de pensar, de agir⁽¹⁸⁾. Crianças que apresentam condições crônicas e seus pais acumulam e mobilizam o conhecimento pela sua experiência com o sistema de cuidados e a necessidade de gerenciamento contí-

nuo, além disso, nota-se que as variáveis sociodemográficas devem ser incluídas nessa consideração, pois influenciam a percepção do estado de saúde e proporcionam qualidade de vida⁽¹⁹⁾. Nesse sentido, privilegiam-se os aspectos subjetivos dos sujeitos para compreender questões que tangenciam a experiência e o cotidiano de vida. A seguir, para melhor discussão dos dados, elencaram-se as categorias temáticas: redes de apoio e redes de sustentação da família.

DISCUSSÃO

Redes de Apoio – busca pelo cuidado, relações entre os serviços e as necessidades da família

As relações sociais, num contexto de condição crônica, podem se dar pela interação entre a família, os profissionais de saúde, a sociedade em geral, os dispositivos sociais e governamentais, por meio de ações sócio assistenciais, atuando para sua proteção integral. Em termos de legislação, dispositivos legais como a Constituição Federal, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e a Política Nacional de Assistência Social (PNAS) priorizam a criança e a instituição familiar. Consequentemente, o Estado passou a apresentar maior responsabilidade e deveres com relação à provisão do bem-estar e da assistência à crianças, adolescentes e suas famílias, compondo uma importante parte numa complexa rede de apoio⁽²⁰⁻²³⁾.

Segundo as PNAS⁽²¹⁾, a família vem adquirindo na sociedade um espaço privilegiado e insubstituível, de proteção e socialização primárias, e provedora de cuidados aos seus membros, mas que também precisa ser cuidada e protegida. Considera-se importante a posição social da família nas políticas públicas ampliando a rede de apoio, que se faz necessária no contexto da condição crônica infantil devido a limitação da função ou atividade, pela dependência de medicamentos, de dieta especial, de tecnologias de saúde, de aparelhos específicos, de assistência pessoal e ainda de cuidados multiprofissionais e

multidisciplinares, uma vez que pode ser submetida a constantes internações hospitalares^(11,20).

Na rede de apoio da família, encontramos a rede de serviços de saúde e os profissionais de saúde que fazem o acompanhamento regular e ambulatorial, que acabam sendo comparados a outras realidades mais estruturadas, mesmo que sejam baseadas apenas pelas trocas de informações entre os usuários:

“Porque só Brasília tem mais especialidades, mais equipamentos, mais tudo, entendeu? (...) falta muitos equipamentos, muita coisa ainda (...)”

Nesse sentido, vimos que a crítica feita por L.M.C. ao serviço pode ser compreendida pelo movimento que vem acontecendo ao longo dos anos: a família como sujeito político, uma instituição importante que deve ter centralidade nas políticas públicas de atenção à criança e ao adolescente⁽²⁰⁾. Pois a família que vivencia uma condição crônica com criança ocupa uma posição social que pode fazer crítica, reflexão e reivindicação de direitos, em busca por melhorias e qualidade de atendimento. De modo que, a posição ocupada por enfermeiros, médicos, assistentes sociais, fisioterapeutas dentre outros profissionais que atuam na assistência à saúde podem favorecer e/ou dificultar essa interação no interior dos serviços⁽²⁴⁾.

Para Bellato⁽²⁵⁾, o cuidado a ser prestado deve ser considerado em suas múltiplas dimensões e sempre de acordo com cada situação, contando com serviços dos diferentes profissionais de saúde que ocupam um papel de apoiar a rede de esforços para o cuidado contínuo e integral. No caso da família estudada, estes contam com os cuidados multiprofissionais: pediatria, infectologia, fisioterapia, enfermagem, serviço social e psicologia, garantindo uma assistência de maior qualidade.

Quanto ao Estado, fica a responsabilidade em desenvolver meios de apoio, na assistência às famílias, embora ainda seja apontado pelos profissionais e pe-

las famílias grande ausência e omissão e, por vezes, não proporcionando boas condições de assistência às famílias que vivenciam a condição crônica na infância, contribuindo para o agravamento de sua vulnerabilidade social e à sobrecarga do trabalho Judiciário, devido a judicialização em saúde⁽²⁰⁾.

Assim, ampliar o circuito das redes de apoio em saúde é contribuir para a corresponsabilidade, a autonomia e o protagonismo de todos os sujeitos envolvidos, a fim de que não sejam apenas recursos a serem acessados, mas, acima de tudo, meios para a ampliação dos cuidados na trajetória das crianças, dos familiares e dos profissionais⁽²⁴⁾.

“(...) eu acho que depende muito deles [dos governantes] né, fazer melhorias para os profissionais exercer a profissão e passar um tratamento melhor pra essas crianças (...)”

A busca pelos serviços de saúde, pelo atendimento especializado e cuidado adequado é capaz de produzir trajetórias singulares e coletivas que provocam a reflexão e a crítica necessária para questionar e reivindicar melhores condições de assistência, seja no próprio serviço de saúde, seja por parte da gestão pública:

“Pra gente poder também ir atrás do direito deles [das crianças], pedir (...) ter a quem recorrer, pra gente ir atrás e lutar pra falar: Não! Eu quero melhoria pro meu filho! (...) muito verdadeiramente a gente precisa muito do olhar deles, do poderosos, de quem está no comando. E eles, assim, deixam a desejar (...)”

Para a família que vive a experiência da condição crônica na infância se faz necessário extrema dedicação nos cuidados dessa criança, o que exige, além de tempo disponível integralmente, o aprendizado de novos conhecimentos, a mudança na rotina e dinâmica familiar, que, consequente-

mente, produzem alterações significativas que podem afetar o trabalho, as fontes de renda e as necessidades econômicas:

“Porque é muito os gastos, tipo, com 06 meses a minha bebê vai ter que fazer uma ressonância (...) como ela é bebê, tem que dar uma sedação. Só a ressonância e a sedação: mil [reais]! Não dá! (...) então pra gente que é pobre é muito difícil, é muito difícil porque é caro (...)”

Segundo Silva⁽¹¹⁾, famílias como a de L.M.C., que dependem de recursos para o deslocamento e para realizar acompanhamento de saúde, exigem, sobretudo, ajuste financeiro, provocando mudanças no orçamento e na rotina familiar, tendo em vista que a cidade em que a família reside não oferece recursos para o tratamento⁽¹¹⁾.

“O acompanhamento vai ter que ser aqui em Cuiabá, então pra gente está muito difícil, se adaptar por que tem vir de lá pra cá, na saúde [Secretaria de Saúde] eles disponibilizam sempre um micro ônibus, só que só pode vir eu, minha filha não pode vir junto (...) Então está sempre tendo gasto porque tem que pagar outra passagem (...)”

Esses custos poderiam ser minimizados se a família estivesse recebendo um auxílio socioassistencial - o Benefício de Prestação Continuada (BPC), no valor de um salário mínimo, destinado às famílias de crianças nascidas com microcefalia em decorrência de sequelas neurológicas causada pela doença transmitida pelo *Aedes Aegypti*, mediante comprovação de laudo médico e baixa renda. Trata-se de uma política social nacional de transferência de renda mensal individual, cujo objetivo, a princípio, é promover a proteção social e reduzir a vulnerabilidade social⁽²⁶⁾.

L.M.C. informou ter dado entrada no pedido de auxílio e que o mesmo aguarda resposta.

As condições crônicas na infância, muitas vezes, também potencializam as redes sociais de apoio às famílias e aos usuários, o que leva a reflexão sobre os processos de associação e interesses que movem os indivíduos e as coletividades⁽²⁴⁾.

“(...) o grupo [no qual a mãe participa] é daqui, das mãezinhas daqui de Cuiabá, e elas estão planejando em fazer camisetas, fazer uma página e divulgar, ir atrás e se for possível ir pra TV (...)”

Portanto, as redes de apoio se destacam por apresentar grande potencial no campo de cuidado a crianças de condicionamento crônico, onde se reconhecem os sujeitos e suas necessidades, e, por meio deste, produz subjetividades que nasçam de interações mais dialogadas entre profissionais e usuários. Também se apresenta como um fator preocupante para usuários e gestores as fragilidades da rede, seja na pouca interlocução entre as instituições hospitalares, seja pela escassez de serviços e ações de apoio, seja pela dificuldade de acessá-los⁽²⁴⁾.

Diante dos fatos, da realidade vivida por muitas famílias, cabe ao poder público promover o funcionamento efetivo de uma rede socioassistencial, romper com as práticas de ajudas parciais, mínimas e fragmentadas e assegurar os direitos de forma integral e qualificada, conforme é preconizado. Isto é, a efetivação da proposta de proteção integral às famílias exige uma transformação social para uma vida de melhor qualidade de pessoas com condição crônica⁽²⁰⁾.

Rede de sustentação – laços de solidariedade, afeto e trocas de experiência

Trajetórias de busca pelo cuidado se entrecruzam, agregam pessoas e valores, promovem a mútua ajuda e podem produzir laços de solidariedade, afeto e trocas de experiências, tecendo verdadeiras redes de sustentação^(7,24). O contato com a família permitiu perceber quão fortes são vínculos

afetivos que a mesma possui. No momento da entrevista, a irmã mais velha estava em todo tempo oferecendo suporte para que a L.M.C. tivesse condições de participar, oferecendo colo e acalentando a criança.

Percebeu-se que a busca pelo cuidado da criança em condição crônica produz importantes mudanças nos relacionamentos entre os membros da própria família, fortalecendo os vínculos. L.M.C. fala muito sobre o marido e a filha mais velha, como principais fontes na sua rede de sustentação.

“(...) ela [a filha mais velha] tem um cuidado com essa irmã que, na vida dela a prioridade agora é a irmã. (...) é um gesto de amor né, muito bonito (...) eu e meu esposo, e minha filha que somos os que mais convive [com a criança] (...)”.

Porém, não deixa de citar o apoio familiar que recebe ao tratamento da criança.

“(...) a gente não está em casa de apoio, por que eu tenho uma prima que mora aqui [em Cuiabá]”.

Considerando que o tratamento da doença crônica requer internações periódicas e acompanhamento contínuo, o seu enfrentamento exige da família mais do que disponibilidade de tempo, pois exige dedicação, reorientação das finanças, reorganização de tarefas e todo o empenho dispensado a um de seus membros na tentativa de reorganizar a vida, a partir dessa nova circunstância.

As famílias podem não suportar por muito tempo o enfrentamento das condições impostas pela doença e seu tratamento. As dificuldades enfrentadas tornam a experiência de vivenciar a doença crônica na infância ainda mais dolorosa e o sofrimento de um se torna o sofrimento de todos⁽¹¹⁾.

“Nós estamos muito sobrecarregadas e olha que ainda estamos em duas, mas eu ainda canso bastante (...) Então eu choro (...) todo mun-

do chora, a família inteira chora junto (...)”.

Diz-se 'famílias' porque no atual contexto de cuidados à criança e ao adolescente, se faz necessária a presença de um responsável adulto, assumida em sua grande maioria pelos pais e/ou familiares diretos, sendo comum a presença de uma mãe, avó, mulher, uma presença feminina, capaz de suportar os longos períodos de internação, reinternações e terapias restritivas⁽²⁷⁾. Esse apoio familiar ocorre notadamente no sentido vertical descendente, no qual os pais, essencialmente as mães, são os 'nós' mais ativos na prestação de cuidados⁽²⁸⁾ nessa rede de apoio.

Percebe-se, então, uma importante participação das famílias nesse processo: laços de solidariedades que persistem, são contínuos e desempenham um papel fundamental na provisão das necessidades individuais e na prestação de diversos cuidados ao longo do ciclo de vida. Pois, em geral, a família de origem é a principal cuidadora e “seu papel é crucial para as trajetórias pessoais e sociais dos indivíduos e na manutenção da vida cotidiana”⁽²⁸⁾. As redes de relações sociais podem ser entendidas como um sistema composto por vários objetos sociais: pessoas, funções e situações, que oferecem apoio emocional às famílias em suas diferentes necessidades. O apoio emocional refere-se à afeição, empatia, aceitação e preocupação com o outro, que levam a um sentimento de mutualidade de um determinado grupo⁽²⁹⁾.

As relações sociais nas redes de sustentação não compreendem apenas a família, mas também amigos, vizinhos, pessoas relacionadas ao trabalho, que auxiliam de alguma forma ou de outra com apoio emocional, financeiro, doméstico, entre outros, em que se promovam acolhimento e segurança frente à adversidades⁽²⁹⁾. Nas falas de L.M.C. observa-se a tamanha importância que ela dá ao grupo de mães que ela participa. Nesse grupo são compartilhadas as experiências que elas vivem, ao mesmo tempo em que são construídos laços de afeto, solidariedade e mútua ajuda

“(...) uma mãe falou bem assim [no grupo de WhatsApp]: “Gente o que vocês fariam no meu lugar?”

Assim, os grupos sociais e a rede de vínculos gerados por eles, em geral, funcionam como uma teia de amparo e de compartilhamento da experiência do adoecer e do processo de tratamento e reabilitação⁽²⁴⁾, geram o sentimento de pertencimento e segurança.

“(...) eu falo nesse grupo, ajuda bastante, troca de experiência, uma ajuda a outra”.

O sentimento de pertencer e compartilhar entre as pessoas pode ser equiparado à ambiência familiar, tornando-se acolhedor e configurando um novo status de família-vínculo. Estes são/formam os componentes essenciais da rede de sustentação da família, engendrando vínculos e nós que são tecidos na experiência da condição crônica da microcefalia associada ao ZIKV.

CONCLUSÃO

Compreender a dinâmica das redes de relações sociais da família pode ampliar o olhar sobre essa realidade e o alcance de potenciais para o cuidado, pois, certamente, os quadros crônicos não exigem somente dos familiares a capacidade para enfrentamento desses outros/novos modos de vida, nota-se que aos profissionais de saúde se faz necessário reinventar as práticas de cuidado e reelaborar modos de agir perante ela, dada a obviedade de que cada família tem seu próprio funcionamento e ritmo no processo de enfrentamento dessa condição de vida e não há como enquadrar situações que demandam um olhar mais minucioso às nuances e aos detalhes que são tão íntimos e, ao mesmo tempo, tão expostos.

Consideram-se potenciais de cuidado tanto aqueles presentes e disponíveis concretamente, quanto os que sejam mobilizáveis pelo acionamento das redes

de sustentação (amigos, vizinhos, profissionais e outros) e apoio da família; a atitude de cuidar, reflete dimensões subjetivas que envolvem, diferentemente, cada membro familiar no cuidado, evidenciando modos diversos de prontos

ção e disposição, saberes construídos ao longo da experiência e amadurecimento emocional.

Existe a clareza de que esse estudo não esgota os questionamentos relacionados ao tema, pois se trata de uma experiência

singular e que de nenhum modo pode ser generalizado. Almeja-se que sirva como base para a compreensão das necessidades de um grupo que precisa ser melhor visibilizado e que possui grande vulnerabilidade social. ■

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis (BR). Protocolo de vigilância e resposta à ocorrência de microcefalia e/ou alterações do sistema nervoso central (SNC). Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2016.
2. Eickmann SH, et al. Síndrome da infecção congênita pelo vírus Zika. *Cad. Saúde Pública*. 2016 Jul; 32(7).
3. Menezes HLS, et al. Zika Vírus Associado à Microcefalia. *Revista Pato Tocantins*. 2016; 3(02).
4. Falcão M, et al. Guia de manejo da infecção pelo vírus Zika. São Paulo: Sociedade Brasileira de Infectologia; 2016.
5. Organização Mundial Da Saúde (OMS). Microcefalia, São Paulo 2016. 2016.
6. Henriquess CMP, Duarte E, Garcia LP. Desafios para o enfrentamento da epidemia de microcefalia. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2016 Jan-Mar; 25(1): 7-10.
7. Alves LV, et al. Crises epilépticas em crianças com síndrome congênita do Zika vírus. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. 2016; 16: 33-37.
8. Sá FE, et al. Produção de sentidos parentais no cuidado de crianças com Microcefalia por vírus zika. *Revista Brasileira de Promoção à Saúde*, 2017 Out-Dez; 30(4): 1-10.
9. Oliveira MC, Sá SM. A experiência parental após o diagnóstico da microcefalia por zika vírus: um estudo de caso. *Revista Pesquisa em Fisioterapia*. 2017 Nov; 7(4): 64-70.
10. Carvalho BR, et al. Reproductive planning in times of Zika: getting pregnant or delaying plans? The opinion of the Brazilian Society of Assisted Reproduction Committee – a basis for a bioethical discussion. *JBRA Assisted Reproduction* 2016; 20(3): 159-64.
11. Silva MAS, et al. Cotidiano da família no enfrentamento da condição crônica na infância. *Acta Paul Enferm*. 2010; 3:359-65.
12. Dupas G. Câncer na infância: conhecendo a experiência do pai. *REME*. 2012 Jul-Dez; 16(3): 348-54.
13. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9ª ed. São Paulo: Hucitec; 2006.
14. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução CNS n.º 466 de 12 de dezembro de 2012. Brasília (DF), 2012.
15. Moser PK, Muder DH, Trout JD. A teoria do conhecimento. 2 ed. São Paulo: WMF Martins Fontes; 2009.
16. Mufato LF, et al. Mediação nas redes para o cuidado de pessoa e família que vivencia o câncer colorretal. *Texto Contexto Enferm*. 2013 Abr-Jun; 22(2): 407-15.
17. Mufato LF. Mediação nas redes para o cuidado à saúde na experiência de adoecimento por condição crônica decorrente do câncer colorretal [Dissertação]. [Cuiabá]: Universidade Federal de Mato Grosso; 2011.
18. Castellanos MEP, et al. Cronicidade: Experiência de adoecimento sob a ótica das ciências sociais. Fortaleza: EdUECE; 2015.
19. Weis MC. A experiência de uma família que vivencia a condição crônica por anemia falciforme em dois adolescentes. *Saúde Debate*. 2013 Out-Dez; 37(99): 597-609.
20. Belfort PB, et al. Representações sociais de família no contexto do acolhimento institucional. *Revista Psicologia: Teoria e Prática*. 2015 Set-Dez; 17(3): 42-51.
21. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (BR). Política Nacional de Assistência Social. Brasília; 2004.
22. Congresso Nacional (BR). Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do adolescente.
23. Presidência da República (BR). Casa Civil. Constituição Da República Federativa HYPERLINK "<https://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/viwTodos/509f2321d-97cd2d203256b280052245a?OpenDocument&am-p;Highlight=1%2Cconstitui%C3%A7%C3%A3o&AutoFramed>" Do Brasil de 1988. Brasília; 1988.
24. Alves CA, Moreira MCN. As condições crônicas de saúde na infância e adolescência e as redes de atenção à saúde. *Diversitates International Journal*. 2015 Jul; 7(1).
25. Bellato R. Experiência familiar de cuidado na situação crônica. *Rev Esc Enferm USP*. 2016; 50(especial): 81-88.
26. Ministério de Desenvolvimento Social e Agrário (BR). Portaria n.º 58, de 03 de junho de 2016. Dispõe sobre ações articuladas das redes de Assistência Social e Previdência Social na atenção às crianças com microcefalia para o acesso ao Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social - BPC. *Diário Oficial da União*, 2016.
27. Sousa SPS. A repercussão da febre reumática e da cardiopatia reumática na vida de crianças e adolescentes: o movimento entre sentir-se saudável e sentir-se doente. [Tese]. Ribeirão Preto: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2006. 238p.
28. Portugal S, Nogueira C, Hespanha P. As Teias que a Doença Tece. *DADOS Revista de Ciências Sociais*. 2014, 57(4).
29. Hayakawa LY, et al. Rede social de apoio à família de crianças internadas em uma unidade de terapia intensiva pediátrica. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2010 Mai-Jun; 63(3): 440-45.

Análise de óbitos residuais por causas externas em Cuiabá-MT

RESUMO

Óbitos residuais entre as mortes por causas externas são aqueles em que não se permite distinguir de acidente, lesão autoinfligida ou agressão, ou quando a Declaração de Óbito (DO) não especifica a sua causa. Objetivou-se analisar óbitos residuais por causas externas na população de 0-24 anos em Cuiabá-MT. Estudo transversal com 36 óbitos por causas externas em 2013: três de intenção indeterminada (8,3%), cinco classificados como outras causas externas (13,9%) e 28 cuja causa de óbito estava em branco na DO (77,8%). Entre as vítimas, predominou o sexo masculino (72,2%), cor parda (72,2%), ensino fundamental II completo (30,5%) e idade de 20 a 24 anos (30,6%). Os óbitos ocorreram mais no hospital (58,3%). Em 80,5% das DO a fonte de informação não foi preenchida, assim como a descrição sumária do evento (75%). Conclui-se que há necessidade de maior conscientização da importância do preenchimento correto da DO a fim de diminuir os óbitos residuais entre causas externas.

DESCRIPTORIOS: Registros de Mortalidade; Causas Externas; Óbito.

ABSTRACT

Residual deaths among deaths from external causes are those that are not allowed to be distinguished from accidents, self-injury or aggression, or when the Death Certificate does not specify its cause. The aim was to analyze residual deaths due to external causes in the population aged 0-24 years in Cuiabá-MT. A cross-sectional study with 36 deaths from external causes in 2013: three of undetermined intention (8,3%), five classified as external causes (13,9%), and 28 patients whose cause of death was blank in OD (77,8%). Among the victims, male (72,2%), brown (72,2%), complete primary education (30,5%) and age 20 to 24 (30,6%) predominated. Deaths occurred more in the hospital (58,3%). In 80,5% of the OD, the information source was not filled in, as was the summary description of the event (75%). It is concluded that there is a need for greater awareness of the importance of correct completion of OD to reduce residual deaths among external causes.

DESCRIPTORS: Mortality Registries; External Causes; Death.

RESUMEN

Las muertes por causas externas son aquellas en que no se permite distinguir de accidente, lesión autoinfligida o agresión, o cuando la Declaración de Óbito (DO) no especifica su causa. Se objetivó analizar muertes por causas externas en la población de 0 a 24 años, en Cuiabá-MT. El estudio transversal con 36 muertes por causas externas en 2013: tres de intención indeterminada (8,3%), cinco clasificados como otras causas externas (13,9%) y 28 cuya causa de muerte estaba en blanco en la DO (77,8%). Entre las víctimas, predominó el sexo masculino (72,2%), color parda (72,2%), enseñanza fundamental II completa (30,5%) y edad de 20 a 24 años (30,6%). Las muertes ocurrieron más en el hospital (58,3%). En el 80,5% de las DO la fuente de información no se cumplió, así como la descripción sumaria del evento (75%). Se concluye que hay necesidad de mayor concientización de la importancia del llenado correcto de la DO a fin de disminuir las muertes residuales entre causas externas.

DESCRIPTORIOS: Registros de Mortalidad; Causas Externas; Muerte.

Margani Cadore Weis Maia

Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora assistente da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), Cuiabá, MT, Brasil.

Christine Baccarat de Godoy

Enfermeira. Doutora em Saúde Pública. Professora associada da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), Cuiabá, MT, Brasil.

Calvino Camargo

Psicólogo. Doutor em Psicologia Social. Professor associado ao Curso de Medicina da Universidade Federal de Roraima (UFRR), Boa Vista, RR, Brasil.

Solange Pires Salomé de Souza

Enfermeira. Doutora em Enfermagem em Saúde Pública. Professora adjunta da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT). Cuiabá, MT, Brasil.

João Lucas Campos de Oliveira

Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Professor adjunto da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre, RS, Brasil.

INTRODUÇÃO

As causas externas constituem um conjunto de agravos à saúde que compreendem as causas acidentais (devido ao trânsito, trabalho, quedas, envenenamentos, afogamentos e outros tipos de acidentes) e as causas intencionais - agressões e lesões autoprovocadas⁽¹⁾. São responsáveis por mais de cinco milhões de mortes em todo o mundo, anualmente, representando cerca de 9% da mortalidade total e apresentando um comportamento de constante crescimento⁽²⁾. Ademais, incidem com maior magnitude na população masculina, nas idades mais jovens e entre moradores de capitais e/ou grandes cidades^(3,4).

No Brasil, as causas externas representam a terceira causa mais frequente de morte, passando a ocupar a primeira posição quando se restringem ao grupo de até 39 anos⁽⁵⁾. Já foi descrita como a principal causa de morte em crianças a partir de um ano de idade e responsável por 73,2% das mortes entre os jovens - população de 15 a 24 anos⁽⁶⁾.

Um importante instrumento de registro das causas externas fatais é a Declaração de Óbito (DO), que alimenta o Sistema de Informação de Mortalidade - SIM⁽⁷⁾. Nos casos de morte por causa externa, inclusive, a necessidade de dados fidedignos é inquestionável, pois o preenchimento adequado da DO possibilita informações sobre a vítima, tanto físicas quando sociodemográficas, o local do evento, o tipo de causa e a intencionalidade⁽⁸⁾. Entretanto, muitas vezes, os dados são de baixa qualidade da informação disponível sobre esse evento⁽⁹⁾.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) orienta que quando a causa da morte for uma lesão ou outra consequên-

cia decorrente de uma causa externa, as circunstâncias que originaram o evento deverão ser selecionadas como sendo a causa básica do óbito, portanto codificadas entre os códigos V01 e Y89 da Classificação Internacional de Doenças - CID10⁽¹⁾, ou seja, as causas básicas de morte precisam corresponder aos tipos de causas externas que originaram as lesões (por exemplo: atropelamento por ônibus, homicídio por arma de fogo, queda acidental de janela, entre outras), e não às lesões - traumatismo, ferimento, hemorragia, etc^(7,10).

Frequentemente, as verdadeiras causas dos óbitos não são conhecidas, gerando grande quantidade de mortes registradas como causas mal definidas⁽¹¹⁾, denominadas, ainda, de diagnósticos incompleto⁽¹⁰⁾, códigos lixo⁽¹²⁾ ou causas residuais⁽¹³⁾, seja porque a vítima não teve assistência médica adequada para identificar a causa do óbito ou porque já chegou em óbito à unidade de saúde, ou, ainda, devido à omissão de informação por quem atestou a morte. Nesses casos, se desconhece o tipo de causa externa que levou à morte, a não tratar-se de óbito decorrente de uma lesão, e não de causa natural⁽¹⁰⁾, constituindo assim as causas residuais, que estão inseridas no montante das causas externas.

No Brasil, a frequência de mortes por causas externas residuais (em que não se sabe se são decorrentes de homicídio, suicídio ou acidente) foi estimada ao redor de 10% no final da década de 1990, embora chegasse a mais de 26,7% em alguns municípios brasileiros, como no Rio de Janeiro⁽¹⁰⁾. Em todas as regiões do país, os óbitos residuais por causa externa apresentaram declínio, de 1980 para 2003, passando de 20,7% para 8,8% no período. Já as regiões Nordeste e Sudeste apresentaram as maiores proporções desses eventos (10,0%) e as Norte e Centro-Oeste são as

que tiveram menores valores, 2,3% e 3,1%, respectivamente⁽¹⁴⁾.

Os óbitos por causas residuais não naturais encontram-se em um agrupamento pertencente ao capítulo XX da CID-10, que incluem os eventos cuja intenção é indeterminada (Y10-Y34), somados, neste estudo, aos óbitos de outras causas externas (W00-X59) - em que igualmente o tipo de causa externa não está definida, e aos óbitos "em branco", que resultam do não preenchimento do tipo de óbito no campo 48 do bloco VII da DO, que contempla os acidentes sem especificação (código X59), já que a orientação da OMS é de codificar como acidentes sem outra especificação, antes da investigação, quando as declarações de óbito não informam o tipo de causa externa^(15,16). Essa classificação contempla eventos ou fatos sobre os quais a informação disponível não é suficiente para permitir que as autoridades médicas ou legais possam fazer a distinção entre tratar-se de um acidente, de uma lesão autoinfligida ou de uma agressão, ou quando a DO não foi preenchida corretamente, deixando esses campos em branco^(1,16).

É importante conhecer o perfil das vítimas e as circunstâncias acerca dos eventos, já que o percentual de óbitos na categoria em pauta em relação ao total de óbitos por causas externas é um indicador de qualidade das informações, ou seja, quanto maior o número de óbitos por lesão sobre a qual se ignora se foi acidental ou intencional, pior a qualidade das informações e, por consequência, o planejamento de ações⁽¹⁷⁾.

Justificada a importância dos óbitos residuais decorrentes de causas externas no Brasil, bem como seu impacto na faixa etária jovem, objetivou-se analisar óbitos residuais por causas externas na população de 0-24 anos, em Cuiabá-MT.

METODOLOGIA

Estudo transversal, retrospectivo e de fonte documental. A população foi composta por todas as crianças, adolescentes e jovens (0 a 24 anos) que foram a óbito registrado em DO por causas externas, no município de Cuiabá, Mato Grosso. O recorte temporal foi o período de 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2013.

A coleta de dados foi realizada na Gerência de Nascimentos e Óbitos (GEVINO) da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Cuiabá-MT, no período de dezembro de 2014 a janeiro de 2015. Para a coleta manual, utilizou-se um formulário fechado, com perfil da vítima, circunstâncias do óbito e dados da investigação, construído com base na DO, seus blocos e campo de preenchimento. As variáveis extraídas foram: em relação ao perfil da vítima: sexo, cor, escolaridade, faixa etária

e procedência; e, sobre o perfil do evento: local do óbito, fonte de informação sobre o óbito e descrição sumária do evento.

Foram verificadas todas as DO de 2013, que ocorreram na cidade de Cuiabá-MT, na faixa etária de 0 a 24 anos, devido ao fato de que não eram separadas por categorias de causa de morte. Após isso, foram selecionadas as DO classificadas como de causas externas, totalizando 161. Obedecendo aos critérios da pesquisa, selecionou-se dentre as 161 DO por causas externas, na faixa etária de 0 a 24 anos, as de causas residuais, ou seja, os óbitos de intenção indeterminada (códigos Y10 a Y34 da CID-10), outras causas externas - W00-X59⁽¹⁾ e os óbitos sem preenchimento do tipo causa externa de morte na DO (campo 48 da DO em branco), totalizando a amostra 36 óbitos residuais.

Os dados coletados manualmente fo-

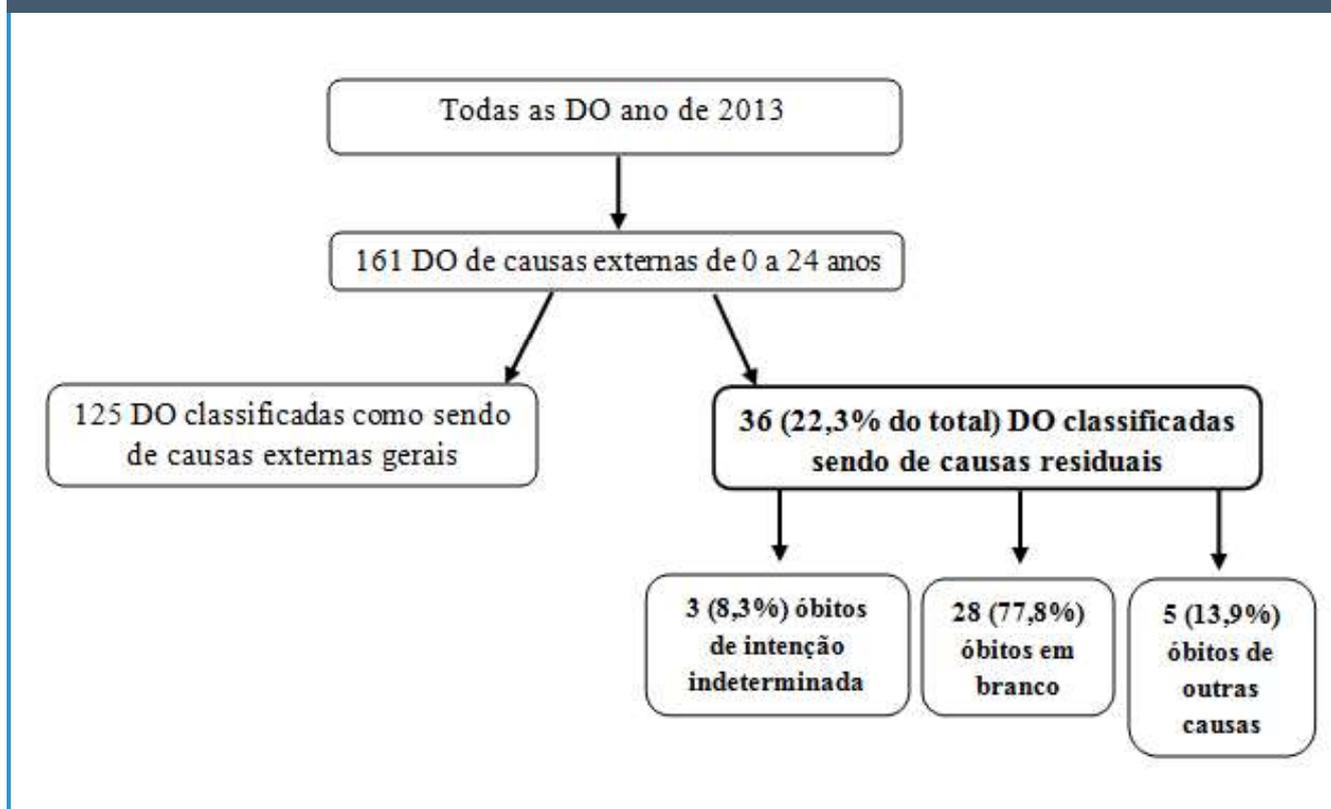
ram processados eletronicamente pelo programa Epi Info® - versão 6.04d17. A análise foi realizada por medidas de frequência e de significância estatística entre categorias das variáveis (considerando p-valor menor ou igual a 0,05), por teste Qui-Quadrado.

Em atendimento à Resolução n.º 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), a pesquisa foi autorizada pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Cuiabá-MT e aprovada por Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Müller da Universidade Federal de Mato Grosso, sob o parecer n.º 829.672/2014.

RESULTADOS

A Figura 1 apresenta o fluxograma de estabelecimento da amostra (n=36) de óbitos residuais por causas externa.

Figura 1 – Fluxograma da seleção das declarações de óbito por causas residuais entre as declarações de óbito por causa externa, na população de 0 a 24 anos. Cuiabá, MT, Brasil, 2014-2015.



A Tabela 1 apresenta o perfil das vítimas em relação ao sexo, faixa etária, cor, escolaridade e procedência. Ainda, segregando os óbitos entre a intenção indeterminada, DO em branco e outras causas externas.

Tabela 1 – Distribuição dos óbitos residuais, entre as declarações de óbito por causa externa, na população de 0 a 24 anos, segundo perfil das vítimas. Cuiabá, MT, Brasil, 2014-2015.

PERFIL DAS VÍTIMAS	ÓBITOS RESIDUAIS POR CAUSAS EXTERNAS							
	INTENÇÃO INDETERMINADA		DO EM BRANCO		OUTRAS CAUSAS EXTERNAS		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
SEXO (P= 0,0738)								
Masculino	2	66,7	20	71,4	4	80,0	26	72,2
Feminino	1	33,3	8	28,6	1	20,0	10	27,8
Total	3	100	28	100	5	100,0	36	100
COR (P=0,0115)								
Branca	1	33,3	3	10,7	1	20,0	5	13,9
Preta	-	-	3	10,7	2	40,0	5	13,9
Parda	2	66,7	22	78,6	2	40,0	26	72,2
Total	3	100	28	100	5	100	36	100
ESCOLARIDADE (P=0,1291)								
Sem escolaridade	1	33,3	7	25,0	2	40,0	10	27,8
Fundamental I	-	-	4	14,3	1	20,0	5	13,9
Fundamental II	1	33,3	8	32,0	2	40,0	11	30,5
Médio	-	-	7	25,0	-	-	7	19,4
Superior incompleto	1	33,3	1	3,6	-	-	2	5,6
Superior completo	-	-	-	-	-	-	-	-
Ignorado	-	-	1	3,6	-	-	1	2,8
Total	3	100	28	100	5	100	36	100
FAIXA ETÁRIA (P=0,0014)								
< 1 ano	-	-	2	7,1	-	-	2	5,5
1 a 4	1	33,3	5	17,9	1	20	7	19,4
5 a 9	-	-	3	10,7	2	40	5	13,9
10 a 14	-	-	1	3,6	-	-	1	2,8
15 a 19	-	-	8	28,6	2	40	10	27,8
20 a 24	2	66,7	9	32,1	-	-	11	30,6
Total	3	100	28	100	5	100	36	100
PROCEDÊNCIA (P=0,9427)								
Rio Verde	-	-	-	64,3	1	20	1	2,8
Cuiabá	3	100	18	7,1	4	80	25	69,4
Poconé	-	-	2	3,6	-	-	2	5,6

artigo

Maia, M.C.W.; Godoy, C.B.; Camargo, C.; Souza, S.P.S.; Oliveira, J.L.C.;
Análise de óbitos residuais por causas externas em Cuiabá-MT

Colíder	-	-	1	3,6	-	-	1	2,8
Água Boa	-	-	1	3,6	-	-	1	2,8
São J. dos 4 Marcos	-	-	1	10,7	-	-	1	2,8
Várzea Grande	-	-	3	7,1	-	-	3	8,3
Santo A. Leverger	-	-	2	64,3	-	-	2	5,6
TOTAL	3	100	28	100	5	100	36	100

Por fim, a Tabela 2 sumariza os dados atinentes ao local de ocorrência do óbito, a fonte de informação sobre o evento e a descrição sumária do evento. Também segregando os óbitos entre a intenção indeterminada, DO em branco e outras causas externas.

Tabela 2 – Distribuição dos óbitos residuais, entre as declarações de óbito por causa externa, na população de 0 a 24 anos, segundo local de ocorrência do óbito, a fonte de informação sobre o evento e a descrição sumária. Cuiabá, MT, Brasil, 2014-2015.

PERFIL DO EVENTO	ÓBITOS RESIDUAIS POR CAUSAS EXTERNAS							
	INTENÇÃO INDETERMINADA		DO EM BRANCO		OUTRAS CAUSAS EXTERNAS		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
LOCAL DO ÓBITO (P=0,0001)								
Hospital	-	-	18	64,3	3	60	21	58,3
Outros serviços	1	33,3	1	3,6	-	-	2	5,6
Domicílio	1	33,3	1	3,6	1	20	3	8,3
VIA PÚBLICA	-	-	4	14,3	-	-	4	11,1
Outro local	1	33,3	2	7,1	1	20	4	11,1
Sem preenchimento	-	-	2	7,1	-	-	2	5,6
Total	3	100	28	100	5	100	36	100
FONTE DE INFORMAÇÃO DO EVENTO (P=0,000)								
Boletim de Ocorrência	1	33,3	-	-	4	80,0	5	13,9
Hospital	-	-	-	-	1	20,0	1	2,8
Família	-	-	-	-	-	-	-	-
Ignorado	1	33,3	-	-	-	-	1	2,8
Não preenchido	1	33,3	28	100	-	-	29	80,5
Total	3	100	28	100	5	100	36	100
DESCRIÇÃO SUMÁRIA DO EVENTO (P=0,0020)								
Sim	1	33,3	6	21,4	2	40,0	9	25
Não	2	66,7	22	78,6	3	60,0	27	75
TOTAL	3	100	28	100	5	100	36	100

DISCUSSÃO

A relevância de investigar óbitos residuais por causas externas se dá, naturalmente, pelo impacto desse conjunto de causas na mortalidade geral. Isso porque, estudo⁽¹⁸⁾ sobre a mortalidade em três cidades latino-americanas, para os anos de 2003 a 2005, trouxe que a proporção de causas externas de intenção indeterminada chegou a 40,3% em Córdoba, na Argentina; 15,8% em Campinas, Brasil; e 1,6% em Medellín, na Colômbia. Sobre os óbitos por demais causas externas, foi encontrado 21,9%, 11,9% e 9,2%, nas mesmas cidades e períodos, respectivamente. A alta porcentagem de mortes por eventos de intenção indeterminada e outras causas externas distorcem os resultados reais das causas de mortes, sendo que os de intenção indeterminada tiveram aumento no seu total desde 1990, ou seja, óbitos residuais.

Para os óbitos “em branco”, o estudo⁽¹⁹⁾ “Como morrem os brasileiros” que utilizou dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) para 2000, 2005 e 2009 e o Censo Demográfico 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) trouxeram que no ano de 2009, em todas as faixas etárias, o tipo de causa não foi preenchido em 13,9% das DO. Chama atenção que o não preenchimento dessa variável é encontrado em maior proporção nos municípios com 500 mil ou mais habitantes⁽²²⁾. Essa alusão ancora-se nos dados desta pesquisa, pois a proporção da causa de morte em branco na DO foi muito superior (77,8%) àquelas de intenção indeterminada (8,3%) ou de classificação por outras causas externas (13,9%).

Destacam-se, ainda, outras pesquisas, como a realizada em Viçosa (MG), para o ano de 2000 a 2009, em que 21% dos óbitos por causa externa registrados no SIM foram classificados como eventos com intenção indeterminada, excedendo o valor máximo aceitável de 10%; e apenas 0,5% foram de outras

causas externas⁽²⁰⁾. O mesmo estudo ainda traz um acréscimo de 19 óbitos indeterminados que não havia sido informado ao SIM⁽²⁰⁾. Segundo DATASUS, para o ano de 2011, na faixa etária de 0 a 24 anos, houve mais de 40 mil óbitos referentes a causas externas, destes 6.014 (15%) foram declarados como sendo de outras causas externas e 1.819 (4,5%) de intenção indeterminada⁽²¹⁾, logo, com proporções que se assemelham à investigação ora descrita, principalmente sobre a categoria de outras causas externas. Os óbitos em branco não apresentam dados no DATASUS, pois necessitam de investigação e reclassificação antes de serem informatizados.

Quanto ao perfil das vítimas por causas residuais, em Cuiabá, 2013, este coincide com o perfil dos óbitos por causas externas descrito por outras casuísticas⁽²⁾, no qual há um predomínio do sexo masculino. Em 2010, 82,6% das mortes notificadas no SIM decorrentes de causas externas ocorreram entre homens, sendo que o risco de morte foi cinco vezes maior do que em mulheres, sobretudo entre adolescentes e adultos-jovens de 15 a 29 anos⁽²⁾. Mais especificamente em Cuiabá, um estudo⁽²²⁾ encontrou que a participação do gênero masculino nos óbitos de causas externas, independente da classificação, foi de 88,7% no ano de 2009, mantendo a proporção elevada desse grupo de vítimas. Recentemente, estudo⁽³⁾ conduzido com dados do Sul do Brasil ratificam a prevalência da mortalidade por causas externas entre o sexo masculino, descrevendo-a em 56,94%.

Torna-se importante aludir que apesar do sexo masculino ser o que apresenta maior número de vítimas, as mulheres apresentam sua especificidade, dentro dos casos violentos, no que tange à violência doméstica e o feminicídio. Neste escopo, estudo⁽²³⁾ recente que investigou 991 usuárias de saúde em Vitória (ES) constatou ocorrência de violência psicológica (25,3%); física (9,9%) e sexual (5,7%).

Pesquisa⁽²⁴⁾ com objetivo de descrever o perfil dos atendimentos por violência em serviços de urgência e emergência de capitais brasileiras constatou, entre 4.406 atendimentos por agressões, que a maior prevalência ocorreu entre jovens de 20 a 39 anos (50,2%), do sexo masculino, negros/pardos (67,6%) e de baixa escolaridade. Considerando as alusões expostas e os dados desta pesquisa, incluindo a cor parda e preta como mais frequentes (somando 86,1%) nos casos de óbitos residuais por causas externas, considera-se evidente a necessidade e relevância de políticas públicas de proteção aos grupos de maior vulnerabilidade.

Sobre a escolaridade, ressalta-se que esta pode se relacionar com a idade, desse modo, de acordo com a idade da vítima poderá ser o grau de instrução. Estudo⁽²⁵⁾ realizado na Bahia mostra que a menor escolaridade está relacionada a uma maior chance das vítimas de sofrer acidentes com mais danos graves, como: ser pedestre ou motociclista ou ainda possuir veículos em condições precárias, estando mais suscetíveis aos acidentes de transporte. No que tange às causas violentas, a escolaridade está relacionada ao nível de ocupação e renda salarial, refletindo diretamente na incidência de violência em jovens, já que a pouca educação passa a ser uma condição na medida em que diminui o acesso das pessoas a uma melhor qualificação profissional e, consequentemente, a uma renda melhor, gerando marginalização social⁽²⁶⁾. Há de se ressaltar que houve grande proporção de vítimas sem escolaridade, porém, ao relacionar com a idade das vítimas, verifica-se alta proporção (37,8%) de mortes nas faixas etárias de até 9 anos de idade.

Em relação a faixa etária, estudo⁽²⁷⁾ aponta que a ocorrência e o tipo de causa externa se diferenciam com a idade, com predomínio dos acidentes entre as menores idades e da violência entre as maiores. Entre os óbitos de intenção indeterminada e em branco (em que não se conhece a causa do óbito), maior

proporção neste estudo, há predomínio de adolescentes e jovens, e aquela causa figura entre a quinta e sexta mais frequente, dentre todas as causas externas de óbito nessas faixas etárias⁽³⁾. Já com relação ao município de procedência da vítima, a verificação de vítimas de outros municípios justifica-se pelo fato de Cuiabá ser um polo de atendimento em saúde da região.

Apesar de a maioria dos óbitos residuais por causas terem ocorrido no hospital, os óbitos de intenção indeterminada ocorreram fora do ambiente hospitalar, o que coincide com a grande ocorrência de causas externas no espaço extradomiciliar e via pública⁽²⁸⁾. Em se tratando de óbitos, há que se considerar a gravidade do evento, em que muitas vezes o atendimento de urgência não chega a tempo hábil, o que pode ter contribuído para as mortes fora do ambiente hospitalar, chegando neste já em óbito, o que, aliado à deficiência de informações sobre o evento, talvez justifique a elevada proporção de causas de óbito em branco nas DO analisadas.

O não preenchimento da fonte de informação coincide com dados nacionais, em que esta variável, fundamental para investigação da morte não natural, apresentou a proporção de não preenchimento entre os óbitos por causa externa no país de 32,3%, alcançando 41,6% nos municípios com 500 mil ou mais habitantes. Já para a descrição

sumária do evento, dados nacionais trazem 0,3% de não preenchimento⁽⁸⁾. O não preenchimento da fonte de informação e descrição sumária do evento pode estar relacionado com o fato de que essas variáveis são consideradas de importância secundária⁽²⁹⁾. Essa definição pode ter consolidado a ideia de variáveis mais importantes, trazendo a falsa impressão da pouca importância das demais, contribuindo com a cultura do não preenchimento⁽³⁰⁾.

Destaca-se que a qualidade da informação do SIM também compete às Secretarias Estadual e Municipal de Saúde, de acordo com a Portaria GM/MS n.º 116, de 11 de fevereiro de 2009⁽¹⁴⁾, em que cabem a estas desenvolverem ações para o aprimoramento da qualidade da informação, bem como estabelecer diretrizes, normas técnicas, rotinas e procedimentos para gerenciamento do sistema de informação. Neste escopo, reforça-se a proporção (22,3%) de óbitos residuais do total (n=161) de mortes por causas externas no município de inquérito, fato que, por si só, direciona possível espaço de melhoria na qualidade das informações atinentes à mortalidade por estas circunstâncias na capital investigada.

CONCLUSÃO

Conclui-se que as vítimas de óbitos residuais por causas externas concentram-se no sexo masculino, de cor par-

da, com escolaridade fundamental II (6º a 9º ano), na faixa etária de 20-24 anos, residentes em Cuiabá. Estes óbitos apresentaram maior ocorrência no hospital e tiveram sua causa de óbito omitida (em branco) na DO, sem preenchimento das fontes de informações e descrição do evento.

Destaca-se que a importante proporção de causas residuais no montante de causas externas pode distorcer as reais causas de morte dessa população, fato que evidencia a necessidade e importância da investigação para que essas causas sejam elucidadas, o que entorna o treinamento de recursos humanos voltados para o desenvolvimento dessas investigações. Ademais, evidencia-se a necessidade de conscientização da importância do preenchimento correto da DO, que é o documento base do SIM e de evidente importância epidemiológica.

Acredita-se que a principal limitação desta pesquisa se relaciona à sua restrição geográfica. Apesar disso, o estudo contribui para o conhecimento no sentido de reforçar a necessidade de militar pela qualidade da informação como ponte para o planejamento racional de ações de proteção à saúde, com ênfase na prevenção da mortalidade por causas externas. Por fim, pondera-se que investigar motivos para o não preenchimento de DO entre óbitos por causas externas parece ser um vislumbre para pesquisas futuras. ■

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde. **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. Décima reunião (CID 10)**. São Paulo: Centro Brasileiro de Classificação de Doenças. Genebra. OMS, 2000.
2. Mascarenhas MDM, Monteiro RA, Bandeira de Sá NN, Gonzaga LAA, Neves ACM, Roza DL, et al. **Epidemiologia das causas externas no Brasil: morbidade por acidentes e violências**, p.203-223. *Saúde Brasil 2010: uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas*

de impacto de ações de vigilância em saúde. Brasília, 2011a. 1ª Ed. 366 p.

3. Preis LC, Lessa G, Tourinho FSV, Santos JLG. **Epidemiologia da mortalidade por causas externas no período de 2004 a 2013**. *Rev. Enferm. UPFE Online*. 2018;12(3):716-28.

4. Melo AUC, Sá MC, Sobrinho JRO. **Perfil epidemiológico da mortalidade por causas externas: uma análise da literatura no Brasil**. *Revista de Saúde UniAGES*.

REFERÊNCIAS

2016;1(1):9-32.

5. Morais Neto OL, Malta DC, Silva, MMA. Promoção à saúde e vigilância de violências: efetividade e perspectivas. *Rev. Ciênc. Saúde Colet.* 2009;14(5):1638.

6. Ministério da Saúde (BR). Políticas de Segurança e Direitos Humanos: Enfocando a Primeira infância, Infância e Adolescência. 1a. ed. 75p; 2014.

7. Silva JAC, Yamaki VN, Oliveira JPS, Teixeira RKC, Santos FAF, Hosoume VSN. Declaração de óbito, compromisso no preenchimento. *Avaliação em Belém – Pará*, em 2010. *Rev assoc med bras.* 2013; 59(4):335-40.

8. Melo CM, Bevilacqua PD, Barletto M. Produção da informação sobre mortalidade por causas externas: sentidos e significados no preenchimento da declaração de óbito. *Ciência & Saúde Coletiva* 2013;18(3):1225-34.

9. Messias KL, Bispo Júnior JP, Pegado MFQ, Oliveira LC, Peixoto TG, Sales MAC, et al. Qualidade da informação dos óbitos por causas externas em Fortaleza, Ceará, Brasil. *Ciênc. Saúde Colet.* 2016;21(4):1255-67.

10. Mello Jorge MHP, Gotlieb SLD, Laurenti R. O Sistema de informações sobre mortalidade: problemas e propostas para o seu enfrentamento. II causas externas. *Revista Brasileira de Epidemiologia* 2002;5(2):197-211.

11. Laurenti R, Mello Jorge MHP, Gotlieb SLD. A confiabilidade dos dados de mortalidade e morbidade por doenças crônicas não-transmissíveis. *Ciênc. Saúde Colet.* 2004; 9(4):909-20.

12. Naghavi M, Makela S, Foreman K, O'brien J, Pourmalek F, Lozano R. Algorithms for enhancing public health utility of national causes-of-death data. *Population Health Metrics* 2010; 8(9).

13. Borges CCS. Análise da recuperação das informações sobre causas em óbitos por causas mal definidas e diagnósticos incompletos investigados no município de Niterói, RJ, de junho a setembro de 2008 [Dissertação]. Rio de Janeiro: Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro. 89p; 2012.

14. Ministério da Saúde (BR). A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2009. 148p.

15. Brasil. Ministério da Saúde, Manual de Instruções para o preenchimento da Declaração de Óbito. Brasília; 2011.

16. Drumond Jr M, Lira MMTA, Freitas MD, Nitrini TM, Shibao K. Avaliação da qualidade das informações de mortalidade por acidentes não especificados e eventos com intenção indeterminada. *Rev Saúde Pública.* 1999; 33(3):273-80.

17. Mello Jorge MHP, Cascão AM, Carvalho-Silva R. Acidentes e violências: um guia para a melhoria da qualida-

de da informação. São Paulo: CBCD; 2005.

18. Cardona D, Peláez E, Aidar T, Ribotta B, Alvarez MF. Mortality from external causes in three Latin American cities: Córdoba (Argentina), Campinas (Brazil) and Medellín (Colombia), 1980-2005. *Revista Brasileira de Estudos de População* 2008; 25(2):335-52.

19. Maranhão AGK, Vasconcelos AMN, Castex Aly CM, Rabello Neto DL, Porto DL, Oliveira H, et al. Como morrer os brasileiros: caracterização e distribuição geográfica dos óbitos no Brasil, 2000, 2005 e 2009. p51-78. *Saúde Brasil 2010: uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde.* Brasília; 2011.

20. Melo CM, Bevilacqua PD, Barletto M, França EB. Qualidade da informação sobre óbitos por causas externas em município de médio porte em Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2014; 30(9):1999-2004.

21. Datasus. Informações de Saúde. Mortalidade. TME p/event.intenção indeterminada, por Faixa etária segundo Unidade da Federação, 2011.

22. Martins CBG, Mello Jorge MHP. Óbitos por causas externas em Cuiabá, 0 a 24 anos, *Rev. Bras. de Epidemiologia* 2013; 16(2):454-68.

23. Leite FMC, Amorim MHC, Wehrmeister FC, Petrucci DG. Violência contra a mulher em Vitória, Espírito Santo, Brasil. *Rev. Saúde Pública.* 2017; 51:33.

24. Souto RMCV, Barufaldi LA, Nico LS, Freitas MG. Perfil epidemiológico do atendimento por violência nos serviços públicos de urgência e emergência em capitais brasileiras, Viva 2014. *Cad. Saúde Pública.* 2017; 22(9).

25. Rios PAA, Mota ELA. Traffic deaths: recent evolution and regional differences in Bahia State, Brazil. *Cad. Saúde Pública.* 2013 ;29(1):131-44.

26. Francisco Filho LL. Análise da relação da criminalidade e baixo nível escolar. *Revista Intellectus.* 2012; Ano VIII:103-18.

27. Martins CBG. Acidentes e violências na infância e adolescência: fatores de risco e de proteção. *Rev Bras Enferm.* 2013; 66(4):578-84.

28. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Brasília; 2002.

29. Carvalho GS, Albuquerque ES. Avaliação do preenchimento das Declarações de Óbito por acidentes de trânsito, Goiânia, 2002. *Rev. Estudos.* 2008; 35(6):1129-49.

30. Costa JMBDS, Frias PG. Avaliação da completude das variáveis da declaração de óbitos de menores de um ano residentes em Pernambuco, 1997-2005. *Rev.Ciênc. Saúde Colet.* 2011; 16(1):1267-74.

Cultura de segurança do paciente num centro de terapia intensiva segundo percepção da equipe multiprofissional

RESUMO

Estudo descritivo, transversal, abordagem quantitativa, com objetivo de avaliar a percepção da equipe multiprofissional acerca da cultura de segurança do paciente no centro de terapia intensiva adulto de um Hospital Universitário Federal. A coleta de dados foi realizada a partir da aplicação de dois instrumentos: o questionário de caracterização e a versão brasileira do "Hospital Survey on Patient Safety Culture". Participaram 45 pessoas correspondendo 73% da amostra. As dimensões de maiores médias de respostas positivas foram: Expectativas e ações da supervisão/chefia para a promoção da segurança do paciente; Abertura para comunicação e Trabalho em Equipe. Quatro dimensões receberam avaliação negativa com porcentagem acima de 50%: Resposta não punitiva ao erro; Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente; Quadro de funcionários e Percepção Geral da Segurança do Paciente. A cultura de segurança do paciente não se encontra adequadamente implantada neste cenário, no entanto, constatou-se dimensões com potencialidades de transformação.

DESCRIPTORIOS: Segurança do Paciente; Unidades de Terapia Intensiva; Pessoal de Saúde.

ABSTRACT

This descriptive, cross-sectional, quantitative approach aims to evaluate the perception of the multiprofessional team about the safety culture of the patient in the adult intensive care center of a Federal University Hospital. Data collection was done through the application of two instruments: the characterization questionnaire and the Brazilian version of the "Hospital Survey on Patient Safety Culture". Thirty-five people participated, corresponding to 73% of the sample. The dimensions of higher averages of positive responses were: Expectations and actions of supervision/leadership to promote patient safety; Opening for communication and Teamwork. Four dimensions received negative evaluation with percentage above 50%: Non-punitive response to error; Hospital management support for patient safety; Staff and General Perception of Patient Safety. The safety culture of the patient is not adequately implanted in this scenario; however, it was verified dimensions with potential transformations.

DESCRIPTORS: Patient Safety; Intensive Care Units; Health Personnel.

RESUMEN

Estudio descriptivo, transversal, abordaje cuantitativo, con el objetivo de evaluar la percepción del equipo multiprofesional acerca de la cultura de seguridad del paciente en el centro de terapia intensiva adulto de un Hospital Universitario Federal. La recolección de datos fue realizada a partir de la aplicación de dos instrumentos: el cuestionario de caracterización y la versión brasileña del "Hospital Survey on Patient Safety Culture". Participaron 45 personas, correspondiendo el 73% de la muestra. Las dimensiones de mayores promedios de respuestas positivas fueron: Expectativas y acciones de la supervisión/jefatura para la promoción de la seguridad del paciente; Apertura para comunicación y trabajo en equipo. Cuatro dimensiones recibieron una evaluación negativa con un porcentaje superior al 50%: Respuesta no punitiva al error; Apoyo de la gestión hospitalaria para la seguridad del paciente; Quadro de funcionarios y Percepción General de la Seguridad del Paciente. La cultura de seguridad del paciente no se encuentra adecuadamente implantada en este escenario, sin embargo, se constató dimensiones con potencialidades de transformación.

DESCRIPTORIOS: Seguridad del Paciente; Unidades de Cuidados Intensivos; Personal de Salud.

Juliana Barros Siman

Enfermeira, Especialista em Enfermagem em Terapia Intensiva. Enfermeira no setor de Auditoria da Unimed de Governador Valadares – MG.

Joyce Martins Arimatéa Branco Tavares

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Enfermeira no setor de hemodiálise do Hospital Universitário Antônio Pedro- HUAP/UFF. Professora do Departamento de Fundamentos de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

Silvia Maria de Sá Basílio Lins

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Enfermeira no setor de hemodiálise do Hospital Universitário Antônio Pedro- HUAP/UFRJ. Professora do Departamento de Fundamentos de Enfermagem da UERJ.

Ronilson Gonçalves Rocha

Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Professor do Departamento de Fundamentos de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

Priscilla Valladares Broca

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora da Escola da Enfermagem Anna Nery da UFRJ.

Tatiane da Silva Campos

Enfermeira. Mestre em Saúde. Professora do Departamento de Fundamentos de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

INTRODUÇÃO

O estabelecimento da segurança do paciente dentro de uma instituição de saúde depende de comportamentos e percepções dos profissionais diante da prevenção de danos, responsabilização de falhas ativas e condições latentes, bem como de propostas de melhorias mediante eventos adversos. No entanto, discutir sobre o erro e de como lidar com ele ainda consiste em um desafio organizacional⁽¹⁾.

Paralelamente, com a criação da rede sentinela e a instauração da gestão de risco, foi estipulado a notificação dos eventos adversos, objetivando tornar o erro algo comunicável a fim de desenvolver planos de ação de prevenção, monitoramento e avaliação do cuidado⁽²⁾.

Entende-se por eventos adversos os “eventos indesejáveis, não intencionais, de natureza danosa ou prejudicial ao paciente, comprometendo sua segurança, consequente ou não de falha do profissional envolvido”⁽³⁾. Dentre as ações estabelecidas para a prestação de uma assistência segura ao paciente, a notificação de eventos adversos é uma medida essencial, uma vez que possibilita identificar a natureza e frequência dos eventos adversos, permitindo o desenvolvimento de planos de ação direcionados à resolução dos problemas, bem como à prevenção de problemas potenciais⁽⁴⁾.

Enfermeiros que trabalham em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) relataram que a notificação de eventos adversos ocorre de forma predominantemente impressa, anônima e sob responsabilidade

do enfermeiro. Reconheceram a subnotificação, tendo como os principais motivos: a sobrecarga de trabalho, o esquecimento, a não valorização dos eventos adversos e o sentimento de medo e de vergonha. Além disso, 74,3% dos entrevistados relatou ocorrer punição “às vezes” e “sempre”, sendo elas na forma de advertência verbal (maioria dos casos) e escrita, suspensão, demissão e assédio moral⁽⁴⁾.

De acordo com a equipe de enfermagem do Centro de Terapia Intensiva de um hospital da Rede Brasileira de Hospitais Sentinela foi identificado como sendo os erros mais frequentes nesta unidade: preparo e administração de medicações, comunicação ineficaz entre a equipe, uso incorreto dos equipamentos de proteção individual, grades do leito mantidas abaixadas, extubação acidental, recursos materiais inadequados, higienização incorreta das mãos⁽⁵⁾.

Segundo a teoria do erro humano, os lapsos na defesa para se evitar o erro ocorrem devido a falhas ativas e condições latentes. O primeiro está relacionado a comportamentos inseguros, falta de conhecimento e deslizos daqueles que estão no cuidado direto. O segundo associa-se a questões estruturais e gerenciais, tais como recursos humanos e materiais, que podem, indiretamente, ocasionar ou não o erro⁽⁶⁾.

O cuidado em saúde caracteriza-se por um processo complexo que exige o estabelecimento de práticas que sejam planejadas, inspecionadas e avaliadas constantemente a fim de implementar condutas pautadas para a redução de danos ao paciente. Para tanto, desenvolver uma cultura de segurança base-

ada na confiança, numa gestão efetiva, no provimento de protocolos padronizados, na valorização de ações preventivas, entre outros, é essencial para a redução da morbimortalidade dos pacientes nas organizações de saúde⁽⁷⁾.

Em um estudo⁽⁸⁾ realizado com 355 pacientes internados em uma UTI de um hospital no Rio de Janeiro, identificou a ocorrência de eventos adversos em 32,4% dos pacientes, tendo uma média de 2,8 eventos adversos por paciente e uma taxa de incidência de 9,4 eventos adversos por 100 pacientes-dia. Verificou-se que a ocorrência de eventos adversos levou a um aumento no tempo médio de internação na UTI e dos 115 pacientes que sofreram eventos adversos, 35,6% faleceram. Além disso, foi constatado que pacientes em uso de cinco ou mais medicamentos concentrou cerca de 98,3% dos eventos adversos ocorridos, estando também associado ao uso de aminas vasoativas e sedativos. Em relação à associação dos eventos adversos, destaca-se os relacionados a úlcera por pressão (48,2%), dano por manejo de cateteres vasculares (5,3%), e dano por manejo ventilatório (4,6%).

Dessa forma, considera-se que o CTI-A seja um ambiente propício para a ocorrência de eventos adversos por ser um setor de alta complexidade com atendimento a pacientes graves, o que exige da equipe tomadas de decisões rápidas e seguras, bem como o manejo de tecnologias avançadas e procedimentos de alto risco, necessitando, portanto, uma intensa vigilância da segurança do paciente⁽⁹⁾.

Diante disso, questiona-se: Qual a per-

cepção da equipe do CTI-A sobre a segurança do paciente? O objetivo desta pesquisa consiste em avaliar a percepção da equipe multiprofissional acerca da cultura de segurança do paciente no Centro de Terapia Intensiva Adulto de um Hospital Universitário Federal Fluminense.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, com abordagem quantitativa. Este estudo seguiu os preceitos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos e está em conformidade com a Resolução n.º 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), sendo aprovado na Plataforma Brasil mediante CAAE: 59602616.5.0000.524, com número do parecer consubstanciado do Conselho de Ética em Pesquisa (CEP): n.º 1.850.433.

Os participantes da pesquisa foram os membros da equipe multiprofissional do CTI-A que é composta por: quinze médicos, um residente de medicina, nove enfermeiros assistenciais, um residente de enfermagem, vinte e dois técnicos de enfermagem, seis auxiliares de enfermagem, quatro fisioterapeutas, três nutricionistas, um residente de nutrição, uma assistente social e possui uma coordenadora de enfermagem e um coordenador médico, totalizando 65 profissionais. Desta equipe, 61 foram potenciais participantes, uma vez que dois médicos estavam afastados do serviço e uma enfermeira e um auxiliar de enfermagem estavam de licença médica. No entanto, pela dificuldade de contactar todos os profissionais (substituição de plantão) participaram efetivamente dessa pesquisa 45 profissionais. De acordo com a Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), considera-se um percentual de contemplação de ao menos 50% do total da amostra como adequado para avaliação da cultura de segurança do paciente⁽¹⁰⁾.

Os critérios de inclusão para estes participantes foram os profissionais que estiveram trabalhando no CTI-A durante o período da coleta de dados e que possuíam tempo de atuação no CTI-A de no mínimo seis meses. Foram excluídos da amostra os profissionais que estiveram de férias, licença

saúde, licença maternidade ou afastado por qualquer motivo no período da coleta dos dados, bem como os potenciais participantes que apresentaram dificuldades relacionado ao contato. Ambos os critérios seguem recomendações dos autores do instrumento que será utilizado para a coleta dos dados⁽¹⁰⁾.

A coleta de dados ocorreu no período de dezembro de 2016 a janeiro de 2017, sendo realizada a partir da aplicação de dois questionários. O primeiro consistiu num questionário de caracterização dos participantes da pesquisa com o intuito de obter informações mais específicas sobre o perfil do participante enquanto trabalhador e suas ações desenvolvidas no CTI-A. O segundo tratou-se da versão brasileira do questionário "Hospital Survey on Patient Safety Culture" (HSOPSC), intitulada "Pesquisa sobre Segurança do Paciente em Hospitais". No instrumento utilizado para a produção dos dados, foi excluída da primeira pergunta da seção "A" devido ao fato da pesquisa se realizar em um setor já pré-determinado. A utilização deste instrumento ocorreu mediante as recomendações da AHRQ⁽¹⁰⁾.

O HSOPSC é um instrumento mundialmente utilizado, podendo ser aplicado a profissionais que trabalham direta ou indiretamente para o cuidado ao paciente no contexto hospitalar. O instrumento é dividido em 9 seções representadas por letras de A a I. As perguntas mensuram o grau de concordância do profissional acerca do tema por meio de uma escala Likert. A seção I é composta por um espaço para considerações que o participante deseje fazer acerca da segurança do paciente. Segundo recomendações da AHRQ, tais perguntas abordam 12 dimensões relacionadas à cultura de segurança do paciente, totalizando 42 itens.

Além disso, há também oito itens desse questionário que abordam a caracterização dos participantes, um item para atribuição à nota de segurança do paciente da instituição, e um item que consta o número de eventos adversos comunicados. Algumas das perguntas contidas no questionário são formuladas de forma negativa, dessa forma, nesses casos, quando o participante concorda com tal afirmativa é indicativo de que

ele possui uma opinião negativa a respeito do conteúdo exposto na pergunta.

Os dados coletados foram tabulados e analisados descritivamente em um banco de dados utilizando o programa Microsoft Excel® 2013, sendo realizado o cálculo da frequência em termos absolutos e percentuais das respostas obtidas a cada pergunta de ambos os questionários. Ressalta-se que alguns itens não foram respondidos pelos participantes, o que é permitido pelo instrumento, havendo, portanto, diferença no total calculado em cada dimensão.

Conforme orientação da AHRQ, procedeu-se à distribuição das perguntas em suas respectivas dimensões e feito o agrupamento das respostas em três categorias: respostas positivas (concordo totalmente, concordo, quase sempre e sempre), respostas negativas (discordo totalmente, discordo, nunca e raramente) e respostas neutras (não concordo e nem discordo), logo após, foi realizado o cálculo da média das respostas positivas, a média das respostas negativas e a média das respostas neutras de cada uma das 12 dimensões.

Para se considerar uma dimensão de força para a segurança do paciente, 75% dos participantes devem ter que responder positivamente às perguntas formuladas de forma positiva, e negativamente às perguntas formuladas de forma negativa. São consideradas como áreas críticas aquelas em que os participantes atribuem 50% ou mais de respostas negativas para perguntas formuladas positivamente ou respostas positivas para perguntas formuladas negativamente⁽¹¹⁾.

RESULTADOS

Participaram desta pesquisa 45 pessoas correspondendo a 73% da população.

Verificou-se no instrumento de caracterização dos sujeitos que a maioria dos participantes são do sexo masculino (60%), possuem idade entre 20-40 anos (66,6%), ingressaram por concurso (91,1%) e possuem dois vínculos empregatícios (51,1%). Através do instrumento HSOPSC, constatou-se que participaram da pesquisa: oito médicos (17,7%), um residente de medicina (2,2%), oito enfermeiros (17,7%),

um residente de enfermagem (2,2%), dezessete técnicos de enfermagem (37,7%) e três auxiliares de enfermagem (6,6%), três fisioterapeutas (6,6%) e três nutricionistas (6,6%). Com relação ao tempo de trabalho no CTI-A, 40% trabalham neste local num período entre 1 a 5 anos e 68,8% cumprem uma carga horária entre 20 a 39 horas semanais.

Tabela 1. Caracterização da amostra. Niterói, RJ, Brasil, 2016-2017

CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS	N	%
SEXO (N= 45)		
Masculino	27	60
Feminino	18	40
IDADE (N= 45)		
Entre 20- 40 anos	30	66,6
Acima de 40 anos	15	33,3
TIPO DE INGRESSO/ INSERÇÃO NO HOSPITAL (N= 45)		
Estatutário	41	91,1
Contrato temporário	4	8,8
VÍNCULOS EMPREGATÍCIOS (N= 45)		
Um vínculo	20	44,4
Dois vínculos	23	51,1
Três ou mais vínculos	2	4,4
TEMPO DE TRABALHO NO CTI-A (N= 45)		
Menos de um ano	5	11,1
1 a 5 anos	18	40
6 a 10 anos	8	17,7
11 a 15 anos	4	8,8
16 a 20 anos	3	6,6
21 anos ou mais	7	15,5
CARGA HORÁRIA SEMANAL (N= 45)		
20 a 39 horas	31	68,8
40 a 59 horas	11	24,4
60 a 79 horas	2	4,4
100 horas ou mais	1	2,2
FUNÇÃO (N= 45)		
Médico	8	17,7
Médico residente	1	2,2
Enfermeiro	8	17,7
Técnico de enfermagem	17	37,7
Auxiliar de enfermagem	3	6,6
Nutricionista	3	6,6
Fisioterapeuta	3	6,6
Assistente social	1	2,2
Outro: residente de enfermagem	1	2,2

Em relação ao quantitativo total de respostas dos participantes sobre as 12 dimensões de segurança do paciente do instrumento HSOPC, obteve-se 639 (34%) respostas consideradas positivas, 804 (42,8%) de respostas negativas e de 433 (23%) respostas neutras. As médias relacionadas às respostas de cada uma das 12 dimensões está representada no Gráfico 01.

A partir da análise do gráfico, verifica-se que nenhuma dimensão apresentou média igual ou superior a 75%, o que corresponde ao valor de significância de mensuração da força para a segurança do paciente, segundo a AHRQ⁽¹¹⁾.

A dimensão que apresentou maior média de respostas positivas foi a intitulada “Expectativas e ações da supervisão/chefia para a promoção da segurança do paciente”, a qual aborda se supervisão/chefia possui condutas favoráveis e estabelece prioridades para a segurança do paciente no setor⁽¹¹⁾. Tal dimensão é composta por quatro itens do instrumento, e obteve um total de 126 (69,9%) de respostas positivas. Dois itens

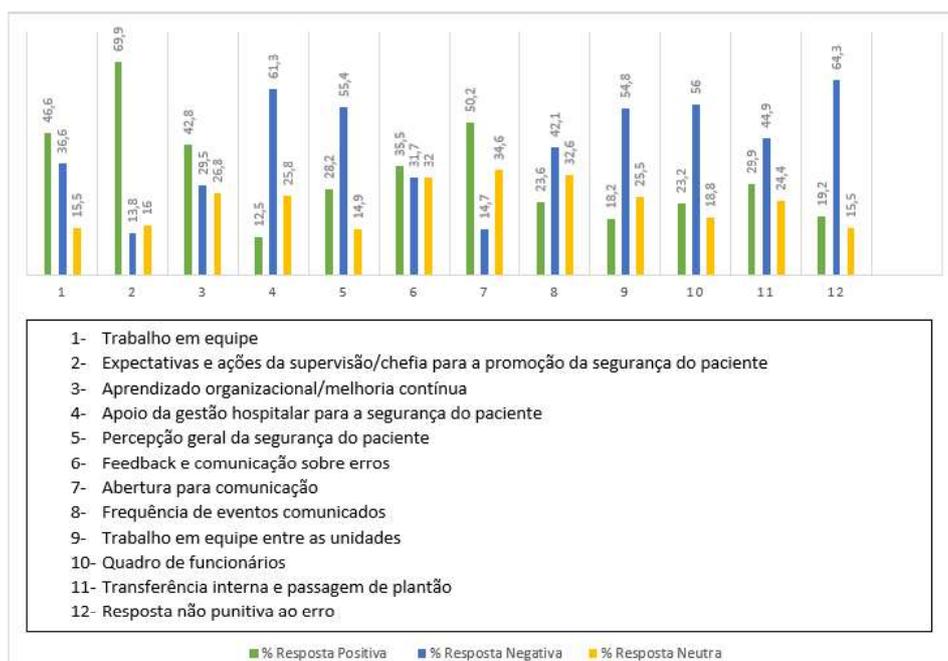
dessa dimensão apresentaram maior positividade, obtendo a mesma pontuação, são eles: “O meu supervisor/chefe realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais para a melhoria da segurança do paciente” e o item “O meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente”, ambos com 33 (73,3%) de respostas positivas. Ressalta-se que, como a pergunta do segundo item é elaborada de forma negativa, um resultado positivo indica a discordância dos participantes em relação à pergunta.

A dimensão “Abertura para comunicação” foi a segunda que obteve maior média de respostas positivas, totalizando 68 (50,2%). Esta dimensão verifica o grau de liberdade que os participantes sentem ter na unidade para relatar e discutir com a equipe sobre situações que prejudicam o paciente, bem como questionar seus superiores quando necessário e é composta por um total de três itens⁽¹¹⁾. O item que apresentou maior relevância foi: “Os profissionais (independente do vínculo empregatício) se preocu-

dente do vínculo empregatício) têm liberdade para dizer ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente”, com 32 (71%) de respostas positivas.

Importante destacar que quatro dimensões receberam nota negativa com porcentagem acima de 50%, o que indica área crítica para a segurança do paciente. A dimensão que obteve maior porcentagem de respostas negativas foi: “Resposta não punitiva ao erro” com 89 (64,3%) de respostas negativas. Essa dimensão discorre sobre a percepção que os participantes têm sobre a existência de uma cultura punitiva relacionada ao erro⁽⁹⁾ e compõe-se de três itens. Ressalta-se que todos os itens dessa dimensão obtiveram respostas negativas com percentual acima de 50%, sendo eles: “Os profissionais consideram que seus erros, enganos ou falhas podem ser usados contra eles”, com 34 (75,4%); “Quando um evento é relatado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema”, com 29 (64,4%); “Os profissionais (independente do vínculo empregatício) se preocu-

Gráfico 1. Percentual de respostas positivas, neutras e negativas das doze dimensões da cultura de segurança do paciente segundo o instrumento HSOPSC. Niterói, RJ, Brasil, 2016–2017



pam que seus erros, enganos ou falhas sejam registrados em suas fichas funcionais”, com 26 (53,2%).

A outra dimensão que foi avaliada negativamente consiste no “Apoio na gestão hospitalar para a segurança do paciente” obtendo 83 (61,3%) das respostas negativas. Esta dimensão reflete se as condições proporcionadas pela instituição são favoráveis à segurança do paciente e contém três itens. Todos os itens dessa dimensão obtiveram respostas negativas com percentual acima de 50%, sendo eles: “A direção do hospital só parece interessada na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso”, com 29 (64,3%); “A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente”, com 28 (62,1%); “As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é a principal prioridade”, com 26 (57,7%).

A terceira dimensão que obteve avaliação negativa pelos participantes foi

“Quadro de funcionário”, que aborda aspectos sobre as condições da equipe que atua no setor, tais como dimensionamento e carga horária⁽¹¹⁾. Possui quatro itens, sendo que dois foram avaliados com respostas negativas acima de 50%, sendo eles: “Temos profissionais (independente do vínculo empregatício) suficientes para dar conta da carga de trabalho”, com 41 (91%); “Nós trabalhamos em ‘situação de crise’, tentando fazer muito e muito rápido”, com 23 (51%).

A quarta avaliação negativa que obteve destaque consiste na intitulada “Percepção Geral da Segurança do Paciente” obtendo 100 (55,4%) de respostas respondidas negativamente. Dos quatro itens que compõem essa dimensão, dois obtiveram percentual de respostas negativas acima de 50%, sendo eles: “Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente”, com 35 (77,6%); “A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída”, com 34 (75,4%).

Apesar da dimensão “Trabalho em equipe” não ter obtido uma avaliação acima de 50% cabe destacar que foi obtido uma nota próxima aos 50%, sendo 66 (36,6%) de respostas negativas. Essa dimensão retrata o relacionamento entre os membros da equipe e de aspectos que reforçam ou que dificultam a realização do trabalho em equipe. É composta por quatro itens, sendo que destes, o item “Quando uma área/unidade de trabalho fica sobrecarregada, as outras ajudam” foi o que pontuou com maior número de respostas negativas, sendo 29 (64,3%).

Conforme abordado no questionário HSOPC, os participantes atribuíram uma nota à segurança do paciente no setor, que está representada no gráfico abaixo (Gráfico 2).

Constatou-se que 21 (46,6%) pessoas avaliam a segurança do paciente como regular. Já em relação ao número de eventos adversos que foram relatados nos últimos 12 meses pelos participantes, verificou-se que 40 (88,8%) não preencheram nenhum relatório (Gráfico 3).

Gráfico 2. Média percentual da nota atribuída à segurança do paciente. Niterói, RJ, Brasil, 2016–2017

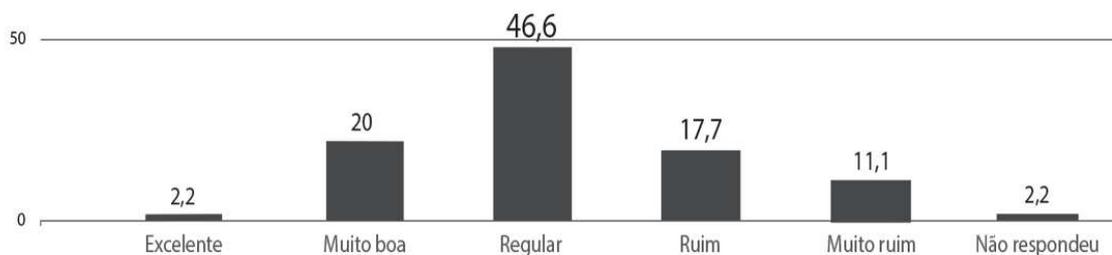
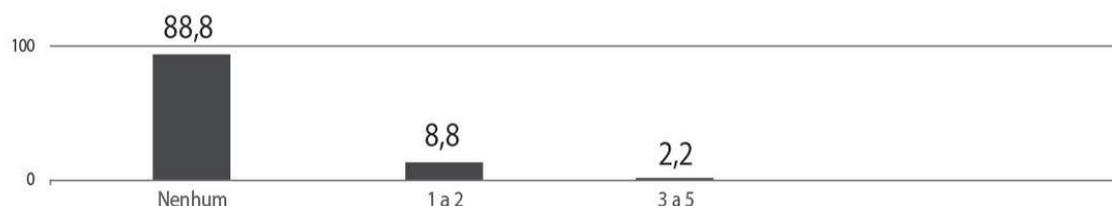


Gráfico 3. Média percentual do número de eventos adversos que foram relatados nos últimos 12 meses pela equipe multiprofissional. Niterói, RJ, Brasil, 2016–2017



DISCUSSÃO

A inexistência de indicadores de força para a segurança do paciente e o fato de quase metade (42,8%) do total das respostas ao questionário HSPOC ser negativa, indica que a equipe multiprofissional do CTI-A possui uma percepção de fragilidade da cultura de segurança do paciente neste setor. Todavia, ressalta-se que foram encontrados resultados com dimensões que indicam um potencial de força para a segurança do paciente, e que mostram uma percepção favorável dos participantes ao contexto desses seguimentos para a segurança do paciente.

Os resultados dos estudos realizados com a aplicação do questionário HSOPC em UTIs adulto, neonatal e em emergências pediátricas⁽¹²⁻¹⁴⁾ estão em concordância com esta pesquisa uma vez que também obtiveram a dimensão “Expectativas e ações da supervisão/chefia para a promoção da segurança do paciente” como a melhor avaliada pelos participantes. A obtenção de uma média elevada de positividade para essa dimensão permite refletir que os participantes desta pesquisa consideram possuir uma supervisão/chefia comprometida com a segurança do paciente e que desenvolve atitudes que priorizam o estabelecimento de uma equipe participativa em ações de promoção da segurança do paciente, conforme evidenciados nos dois itens que obtiverem maior número de respostas positivas: “O meu supervisor/chefe realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais para a melhoria da segurança do paciente” e o item “O meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente”.

Este resultado é considerado favorável à segurança do paciente já que uma supervisão/chefia que leva em consideração as sugestões dos profis-

sionais, permite que eles sejam ativos no processo de implementação da segurança do paciente, permitindo-os identificar as causas e consequências das situações de risco para o paciente, propor melhorias e medidas preventivas que favorecem a prestação de uma assistência mais segura⁽¹⁵⁾.

Já a dimensão “Abertura para a comunicação” que foi a segunda melhor avaliada, obteve concordância de positividade com estudos⁽¹⁴⁻¹⁶⁾ realizados em demais UTIs. Este resultado revela que uma das metas internacionais para a segurança do paciente, “Melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde”, está sendo cumprida no CTI-A segundo os participantes desta pesquisa. A comunicação ineficaz constitui-se um elemento de causa-raiz de eventos adversos em serviços de saúde. Sua ineficiência favorece a ocorrência e repetição de eventos adversos, afetando diretamente o paciente provocando inadequações no tratamento e prolongamento do tempo de internação⁽¹⁶⁾. Pesquisa⁽¹⁶⁾ discorre sobre a importância de se estabelecer uma comunicação aberta entre os membros da equipe, de forma que eles sintam liberdade para relatar e discutir a ocorrência de erros, a fim de prevenir novos eventos adversos e implementar o aprendizado organizacional. Esta situação se mostra favorável segundo a percepção da equipe do CTI-A deste presente estudo, uma vez que a grande maioria das respostas positivas aborda o tema que envolve a afirmativa do seguinte item: “Os profissionais (independente do vínculo empregatício) têm liberdade para dizer ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente”.

Os resultados da dimensão “Trabalho em equipe”, terceira melhor avaliada, foi também considerada como positiva nos estudos realizados em UTIs⁽¹²⁻¹⁴⁾. A equipe multiprofissional caracteriza-se por ser heterogênea, dinâmica e, soma-se a esse fato a diversidade de conduta e opiniões

que, quando bem aplicada, gera um trabalho em equipe bem estruturado⁽⁵⁾. Estudo⁽¹⁷⁾ mostrou que equipe multiprofissional de um CTI considera o trabalho em equipe como algo positivo, que estabelece a prestação de um cuidado humanizado, a troca de informações, de conhecimentos diversos e o apoio mútuo entre os profissionais. A elevada positividade no item “Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito” reforça um bom relacionamento interpessoal entre a equipe, o que favorece um trabalho integrado e mais seguro⁽¹⁷⁾. Verificou-se que os profissionais consideram a existência de uma cultura punitiva em relação aos erros que ocorrem no CTI-A, uma vez que a dimensão que obteve maior número de respostas negativas foi “Resposta não punitiva ao erro”. Observa-se que há uma cultura entre os profissionais de saúde de relacionar o erro à incompetência e ao medo de punições, conforme evidenciado no item “Os profissionais consideram que seus erros, enganos ou falhas podem ser usados contra eles”. Todavia, sabe-se que as falhas decorrentes do cuidado em saúde são multifatoriais, complexas, e envolvem a responsabilização coletiva de processos gerenciais, financeiros, educativos e assistências e não apenas de um sujeito individualmente⁽³⁾.

Foi possível constatar que os profissionais consideram que a instituição não estabelece uma cultura de apoio ao aprendizado mediante a ocorrência de erros, não acreditam possuírem uma relação de confiança, em que a finalidade de um relato de evento adverso seja a melhoria contínua para a segurança do paciente, tendo em vista a elevada negatividade do item “Quando um evento é relatado”, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema. Além disso, demonstraram acreditar que o relato de seus erros não seja realmente confidencial e se preocupam em relação às consequências que poderão so-

frer com a exposição de suas falhas, o que corrobora a percepção de que não possuem respaldo adequado para que suas falhas sejam analisadas e corrigidas frente a um processo educativo, não punitivo, conforme o item “Os profissionais (independente do vínculo empregatício) se preocupam que seus erros, enganos ou falhas sejam registrados em suas fichas funcionais”, que obteve elevado porcentagem de respostas negativas. Pode-se relacionar a essa percepção punitiva o baixo índice de eventos adversos notificados, já que 88,8% dos participantes disse nunca tere notificado eventos adversos.

A segurança do paciente não é percebida pelos participantes como prioridade da gestão hospitalar uma vez que “Apoio na gestão hospitalar para a segurança do paciente” foi considerada uma dimensão crítica. Esta opinião pode estar relacionada com a percepção negativa que os participantes possuem de suas condições de trabalho, pois consideram não possuir um quantitativo adequado de profissionais e se sentem sobrecarregados em suas atividades, o que foi evidenciado pela negatividade dos itens: “Temos profissionais (independente do vínculo empregatício) suficientes para dar conta da carga de trabalho” e “A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída”, correspondentes às dimensões “Quadro de funcionários” e “Percepção geral da segurança do paciente”, respectivamente.

Verificou-se que os profissionais consideram a existência de uma cultura punitiva em relação aos erros que ocorrem no CTI-A, uma vez que a dimensão que obteve maior número de respostas negativas foi “Resposta não punitiva ao erro”. Observa-se que há uma cultura entre os profissionais de saúde de relacionar o erro à incompetência e ao medo de punições, conforme evidenciado no item “Os

profissionais consideram que seus erros, enganos ou falhas podem ser usados contra eles”. Todavia, sabe-se que as falhas decorrentes do cuidado em saúde são multifatoriais, complexas, e envolvem a responsabilização coletiva de processos gerenciais, financeiros, educativos e assistências e não apenas de um sujeito individualmente⁽³⁾.

Foi possível constatar que os profissionais consideram que a instituição não estabelece uma cultura de apoio ao aprendizado mediante a ocorrência de erros, não acreditam possuírem uma relação de confiança, em que a finalidade de um relato de evento adverso seja a melhoria contínua para a segurança do paciente, tendo em vista a elevada negatividade do item “Quando um evento é relatado”, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema. Além disso, demonstraram acreditar que o relato de seus erros não seja realmente confidencial e se preocupam em relação às consequências que poderão sofrer com a exposição de suas falhas, o que corrobora a percepção de que não possuem respaldo adequado para que suas falhas sejam analisadas e corrigidas frente a um processo educativo, não punitivo, conforme o item “Os profissionais (independente do vínculo empregatício) se preocupam que seus erros, enganos ou falhas sejam registrados em suas fichas funcionais”, que obteve elevado porcentagem de respostas negativas. Pode-se relacionar a essa percepção punitiva o baixo índice de eventos adversos notificados, já que 88,8% dos participantes disse nunca tere notificado eventos adversos.

A segurança do paciente não é percebida pelos participantes como prioridade da gestão hospitalar uma vez que “Apoio na gestão hospitalar para a segurança do paciente” foi considerada uma dimensão crítica. Esta opinião pode estar relacionada com a percepção negativa que os participantes possuem de suas condições de tra-

balho, pois consideram não possuir um quantitativo adequado de profissionais e se sentem sobrecarregados em suas atividades, o que foi evidenciado pela negatividade dos itens: “Temos profissionais (independente do vínculo empregatício) suficientes para dar conta da carga de trabalho” e “A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída”, correspondentes às dimensões “Quadro de funcionários” e “Percepção geral da segurança do paciente”, respectivamente.

A obtenção de uma nota regular para a segurança do paciente, mostra que existem pontos positivos que devem ser reforçados e negativos a serem melhorados. Ter uma supervisão/ chefia que apoia a equipe, busca melhorias e prioriza o estabelecimento de um cuidado seguro, bem como ter espaço para comunicação e um trabalho em equipe efetivo com respeito mútuo, podem ser considerados comportamentos que são favoráveis à segurança do paciente e são valorizados pelos participantes, e que devem, portanto, ser reproduzidos e ressaltados.

Porém, verifica-se a necessidade de um fortalecimento de ações da gestão hospitalar para a modificação do paradigma atual de forma a realizar um mapeamento de risco para a segurança do paciente frente à situação de trabalho vivenciada pela equipe, uma vez que constatou-se insatisfação por parte destes com relação as condições de trabalho e não percebem comprometimento adequado da gestão hospitalar para os problemas existentes de segurança do paciente.

CONCLUSÃO

Este estudo evidenciou que a cultura de segurança do paciente não se encontra adequadamente implantada no cenário da pesquisa, no entanto, contatou-se dimensões com poten-

cialidades para a transformação desse quadro. Verifica-se que medidas de fortalecimento para a segurança do paciente precisam ser implantadas permitindo o desenvolvimento de planos de ação direcionados à resolução dos problemas, bem como à prevenção de problemas potenciais.

O estudo permitiu concluir que:

- A instituição não estabelece uma cultura de apoio ao aprendizado mediante a ocorrência de erros, inexistindo uma relação de confiança cuja finalidade seja o apoio ao registro dos erros;
- Os participantes acreditam que os relatos dos erros não são mantidos sob sigilo, levando-os a uma preocupação

adicional quanto ao desgaste e exposição de uma imagem;

- Existe a necessidade de fortalecer ações de gestão hospitalar para modificar o cenário atual com vistas ao mapeamento de risco para aumentar a segurança do paciente no CTI-A;
- Prevalece uma insatisfação dos profissionais com relação às condições de trabalho por perceberem um não comprometimento da gestão hospitalar com os problemas relacionados a segurança do paciente.

Sabe-se que entre as ações estabelecidas para a prestação de uma assistência segura ao paciente, a notificação de eventos adversos é uma medida essencial, uma vez que possibilita

identificar a natureza e frequência dos eventos adversos. Dessa forma, sugere-se ações educativas mediadas por profissionais especializados em gestão de pessoas, envolvendo a equipe de profissionais do CTI-A, a supervisão/chefia e os gestores da instituição para desconstrução da cultura punitiva frente aos erros.

Portanto, verificou-se a necessidade de maior apoio da gestão hospitalar à equipe multiprofissional, de forma a demonstrar atitudes mais efetivas para a segurança do paciente, levando em consideração também as necessidades dos profissionais, para, assim, estabelecer uma cultura de segurança do paciente resolutive no cenário desta pesquisa. ■

REFERÊNCIAS

1. Santiago TH, Turrini RNT. Cultura e clima organizacional para segurança do paciente em Unidades de Terapia Intensiva. *Rev. esc. enferm.* 2015; 49: 123-130.
2. Ministério da Saúde (BR). Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente / Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. –Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
3. Beccaria LM, et al. Eventos adversos na assistência de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva. *Rev. bras. ter. intensiva.* 2009; 21: 276-282.
4. Claro CM, et al. Eventos adversos em Unidade de Terapia Intensiva: percepção dos enfermeiros sobre a cultura não punitiva. *Rev. esc. enferm.* 2011; 45: 167-172.
5. Duarte SCM, et al. O erro humano no cotidiano da assistência de enfermagem em terapia intensiva. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2015; 23(6):1074-81.
6. Reason J. Human error: models and management. 2000; 320:768- 70.
7. Reis CT, Laguardia J, Martins M. Adaptação transcultural da versão brasileira do Hospital Survey on Patient Safety Culture: etapa inicial. *Cad. Saúde Pública.* 2012; 28: 2199-2210.
8. Assad ECP. Epidemiologia dos eventos adversos não infecciosos e infecciosos relacionados à assistência em unidade de terapia intensiva de adulto [Tese]. Belo Horizonte: UFMG; 2011.
9. Minuzzi AP, et al. Contribuições da equipe de saúde visando à promoção da segurança do paciente no cuidado intensivo. *Esc. Anna Nery.* 2016; 20: 121-129.
10. Sorra J, et al. AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture: User's Guide. 2016.
11. Famolaro T, et al. Hospital Survey on Patient Safety Culture 2016: user comparative database report. 2016.
12. Macedo TR, et al. Cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe de enfermagem de emergências pediátricas. *Rev. esc. enferm.* 2016; 50: 756-762.
13. Mello JF, Barbosa SFF. Cultura de segurança do paciente em terapia intensiva: recomendações da enfermagem. *Texto contexto – enferm.* 2013; 22: 1124-1133.
14. Tomazoni A, et al. Avaliação da cultura de segurança do paciente em terapia intensiva neonatal. *Texto Contexto Enferm.* 2015; 24(1): 161-9.
15. Oliveira RM, et al. Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. *Esc. Anna Nery.* 2014; 18: 122-129.
16. Fermo VC, et al. Cultura de segurança do paciente em unidade de Transplante de Medula Óssea. *Rev. Bras. Enferm.* 2015; 68: 1139-1146.
17. Evangelista VC, et al. Equipe multiprofissional de terapia intensiva: humanização e fragmentação do processo de trabalho. *Rev. Bras. Enferm.* 2016; 69: 1099-1107.

Estilo de vida dos trabalhadores de uma unidade de pronto atendimento do sul do Brasil

RESUMO

Objetivou-se analisar o estilo de vida dos trabalhadores de uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) do Sul do Brasil. Trata-se de um estudo epidemiológico, exploratório e descritivo realizado com 70 trabalhadores da UPA, na qual foi aplicado um questionário sobre o perfil do estilo de vida e o pentáculo do bem-estar, cujos componentes avaliados são: nutrição, atividade física, comportamento preventivo, relacionamento social e controle do estresse, com o escore variando de 0 a 3 pontos, calculado por meio da média de cada componente. Os resultados demonstraram inatividade física como o principal quesito a ser melhorado, indicando que é necessário programas de incentivo para a realização de atividades laborais associadas a estratégias de reeducação alimentar, que, além de promoverem saúde e bem-estar, estimulam o relacionamento interpessoal entre os trabalhadores.

DESCRIPTORES: Estilo de Vida; Saúde do Trabalhador; Atenção Secundária à Saúde.

ABSTRACT

The aim of this study was to analyze the lifestyle of the workers in a Health Care Unit (UPA) in the South of Brazil. This is an exploratory and descriptive epidemiological study with 70 workers from the UPA, in which a questionnaire was applied on the lifestyle profile and the pentacle of well-being, whose components are: nutrition, physical activity, behavior preventive, social relationship and stress control, with the score varying from 0 to 3 points, calculated by means of the average of each component. The results showed physical inactivity as the main issue to be improved, indicating that incentive programs are needed to carry out work activities associated with strategies of food reeducation, which, besides promoting health and well-being, stimulate the interpersonal relationship between the workers.

DESCRIPTORS: Lifestyle; Worker's Health; Secondary Health Care.

RESUMEN

Se objetivó analizar el estilo de vida de los trabajadores de una Unidad de Pronta Atención (UPA) del Sur de Brasil. Se trata de un estudio epidemiológico, exploratorio y descriptivo realizado con 70 trabajadores de la UPA, en la cual se aplicó un cuestionario sobre el perfil del estilo de vida y el pentáculo del bienestar, cuyos componentes evaluados son: nutrición, actividad física, comportamiento de acuerdo con los resultados obtenidos en el presente estudio. Los resultados demostraron la inactividad física como el principal objetivo a ser mejorado, indicando que es necesario programas de incentivo para la realización de actividades laborales asociadas a estrategias de reeducación alimentaria, que, además de promover salud y bienestar, estimulan la relación interpersonal entre los países trabajadores.

DESCRIPTORES: Estilo de Vida; Salud del Trabajador; Atención Secundaria a la Salud.

Laís Caroline Ferreira Vicentini de Sá

Acadêmica do curso de medicina do Centro Universitário de Maringá (UNICESUMAR), Maringá, Paraná, Brasil.

Lorena Ribeiro da Silva

Acadêmica do curso de medicina do Centro Universitário de Maringá (UNICESUMAR), Maringá, Paraná, Brasil.

Susana Maria Tourinho Rigal

Especialista em docência no ensino superior no Centro Universitário de Maringá (UNICESUMAR). Docente do curso de medicina do Centro Universitário de Maringá (UNICESUMAR), Maringá, Paraná, Brasil.

Patrícia Bossolani Charlo

Mestre em Promoção da Saúde pelo Centro Universitário de Maringá (UNICESUMAR). Docente do curso de medicina do Centro Universitário de Maringá (UNICESUMAR), Maringá, Paraná, Brasil.

Ludmila Lopes Maciel Bolsoni

Mestre em Promoção da Saúde pelo Centro Universitário de Maringá (UNICESUMAR). Docente do curso de medicina do Centro Universitário de Maringá (UNICESUMAR), Maringá, Paraná, Brasil.

Marcos Benatti Antunes

Enfermeiro. Doutor em Enfermagem pela Universidade Estadual de Maringá (UEM). Docente do curso de medicina do Centro Universitário de Maringá (UNICESUMAR), Maringá, Paraná, Brasil.

INTRODUÇÃO

O estilo de vida é um conjunto de situações, hábitos e costumes que são influenciados por diversos fatores pelo processo de socialização dos indivíduos⁽¹⁾, sendo assim, podem ser indicadores essenciais para verificar as condições de saúde de um determinado grupo e/ou população, pois refletem na atitude das pessoas apontando uma melhor ou pior qualidade de vida⁽²⁾. Além disso, o estilo de vida é importante para a longevidade das pessoas e representa um conjunto de ações realizadas no cotidiano que podem ser modificadas, incluídas e/ou excluídas ao longo dos anos⁽²⁾.

Dentre os fatores que podem interferir no estilo e qualidade de vida das pessoas destacamos a jornada e ambiente de trabalho, pois é um fator que está presente no cotidiano das pessoas além de afetar algumas condições fisiológicas, como: déficit de atenção e concentração, fadiga, alteração do humor e até o desenvolvimento de doenças ocupacionais. Estudos realizados com profissionais da saúde apontam que duplas jornadas de trabalho, jornadas elevadas, alimentação inadequada, vida social e familiar prejudicada, folgas insuficientes, entre outros problemas, prejudicam o estilo e a qualidade de vida⁽³⁾.

Sendo assim, é importante compreender o estilo de vida dos profissionais da área da saúde, isso porque um estilo de vida insatisfatório contribui para o absenteísmo na profissão. Caso o trabalhador esteja desanimado e descontente com o trabalho, consequências podem ser percebidas, a exemplo o aparecimento ou aumento do número de acidentes de trabalho, apatia em relação ao usuário, tensão muscular, depressão, entre outros problemas no trabalho^(4,5).

Em virtude disto, este trabalho torna-se extremamente importante, visto a necessidade constante de levantamentos identificando em quais componentes de estilo de vida o profissional da área da saúde tem dificuldades de melhorar no seu cotidiano, com o intuito de elaborar planejamentos e ações preventivas ou de melhorias no seu estilo de vida.

Sendo assim, o objetivo desse estudo foi analisar o estilo de vida individual de trabalhadores de uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) do Sul do Brasil, visando propor aos gestores e trabalhadores ações para melhorar o estilo de vida no trabalho e no dia a dia e respondendo a seguinte pergunta norteadora: Qual o perfil de estilo de vida dos trabalhadores de uma UPA?

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo com abordagem quantitativa, definida como o uso da quantificação, tanto na coleta quanto no tratamento dos dados, que se apropria de técnicas estatísticas, com intenção de garantir segurança nas análises e interpretações, evitando distorções⁽⁶⁾.

O estudo foi desenvolvido em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) do Sul do Brasil, que é uma instituição de caráter público, vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS), com um total de 12 leitos de observação, com média de aproximadamente 250 atendimentos por dia e com 102 servidores públicos no estabelecimento, entre médicos, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, farmacêuticos, auxiliares de farmácia, assistente social, auxiliares administrativos, auxiliares de serviços gerais, vigias e telefonista. A unidade localiza-se no município de Sarandi, Região Noroeste

do Paraná. A cidade possui área total de 103.226 km² e tem população de 90.376 habitantes⁽⁷⁾.

A amostra foi constituída por 70 trabalhadores da UPA24h com os seguintes critérios de inclusão: acima de 18 anos de idade, com vínculo estatutário ou cargo comissionado e com tempo de trabalho na unidade de pelo menos 6 meses. Como critério de exclusão adotou-se o não cumprimento dos critérios de inclusão.

A coleta de dados foi em novembro de 2018. Os dados foram adquiridos por meio do preenchimento de um questionário semiestruturado e o pentáculo do bem-estar do estilo de vida elaborado por Nahas e seus colaboradores⁽⁸⁾ e validado por Hernandez e seus colaboradores⁽⁹⁾, com os seguintes componentes para autoavaliação: nutrição, atividade física, comportamento preventivo, relacionamentos e controle do estresse. O questionário para elaboração do pentáculo possui 15 itens (questões fechadas), sendo 3 em cada um dos componentes. Para responder as questões haviam quatro alternativas: absolutamente não faz parte do seu estilo de vida (0); às vezes corresponde ao seu comportamento (1); quase sempre verdadeiro no seu comportamento (2); a afirmação é sempre verdadeira no seu dia a dia (3). Foram considerados com o estilo de vida negativo o conjunto de indivíduos que apresentaram escores médios menor que 1 (um) ponto em cada componente do pentáculo do bem-estar, estilo de vida regular para os que apresentarem de 1 à 1,99 e estilo de vida positivo para aqueles que apresentarem escores acima de 2 (dois) pontos⁽²⁾.

Os dados foram transcritos para uma planilha eletrônica do Microsoft Excel 2010[®] e para a análise descritiva utilizou-se distribuição de frequência e média e inseridas no pentáculo de Nahas⁽⁸⁾.

A pesquisa respeitou as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos do Conselho Nacional de Saúde (Resolução CNS n.º 466/2012) e foi aprovada conforme parecer n.º 2.996.756 do Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (COPEP). Além disso, cada um dos participantes, ao aceitar fazer parte da pesquisa, assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

Entre os 70 participantes do estudo que responderam o questionário, dois foram excluídos por não atenderem o critério de inclusão tempo de serviço e serem estagiários remunerados. Sendo assim, 68 trabalhadores da unidade foram elegíveis para a pesquisa, sendo a maioria na faixa etária de 41 a 50 anos (30,9%) e do sexo feminino (70,6%). A maioria dos participantes vive com o(a) companheiro(a) (79,4%). Em relação a função desempe-

nhada na unidade, 48,5% são auxiliares e/ou técnicos de enfermagem e 50% tem até quatro anos de tempo de serviço na UPA24h, além disso, 35,3% possuem pluri-jornada de trabalho (Tabela 1).

No Quadro 1 mostra os resultados divididos por componentes e a respectiva média dos pontos de acordo com as respostas dos entrevistados: comportamento preventivo (=2,4) e relacionamento social (=2,1) classificados como componentes positivos ao estilo de vida, nutrição (=1,3) e controle do estresse (=1,5)

Tabela 1. Características sociodemográficas de trabalhadores de uma unidade de pronto atendimento. Sarandi, PR, Brasil, 2018

VARIÁVEIS	N (68)	%
IDADE		
18 - 30	06	8,8
31 - 40	20	29,4
41 - 50	21	30,9
51 - 60	18	26,5
≥ 61	03	4,4
SEXO		
Feminino	48	70,6
Masculino	20	29,4
SITUAÇÃO CONJUGAL		
Vive com o(a) companheiro(a)	54	79,4
Não vive com o(a) companheiro(a)	14	20,6
CARGO/FUNÇÃO		
Auxiliar de Farmácia	02	3,0
Auxiliar/Técnico de enfermagem	33	48,5
Enfermeiro(a)/Médico(a)/ Farmacêutico(a)/ Assistente Social	13	19,1
Auxiliar administrativo/Recepcionista	06	8,8
Serviços gerais	08	11,8
Vigias	06	8,8
TEMPO DE SERVIÇO NA UNIDADE		
Até 4 anos	34	50,0
De 5 a 10 anos	25	36,8
Acima de 10 anos	09	13,2
POSSUI OUTRO EMPREGO		
Sim	24	35,3
Não	44	64,7

artigo

Sá, L.C.F.V.; Silva, L.R.; Rigal, S.M.T.; Charlo, P.B.; Bolsoni, L.L.M.; Antunes, M.B.;
Estilo de vida dos trabalhadores de uma unidade de pronto atendimento do sul do Brasil

classificada como estilo de vida regular e atividade física (=0,9) classifica como componente negativo ao estilo de vida dos trabalhadores da UPA. Esses dados também estão representados pelo pentágulo do bem-estar de Nahas na Figura 1.

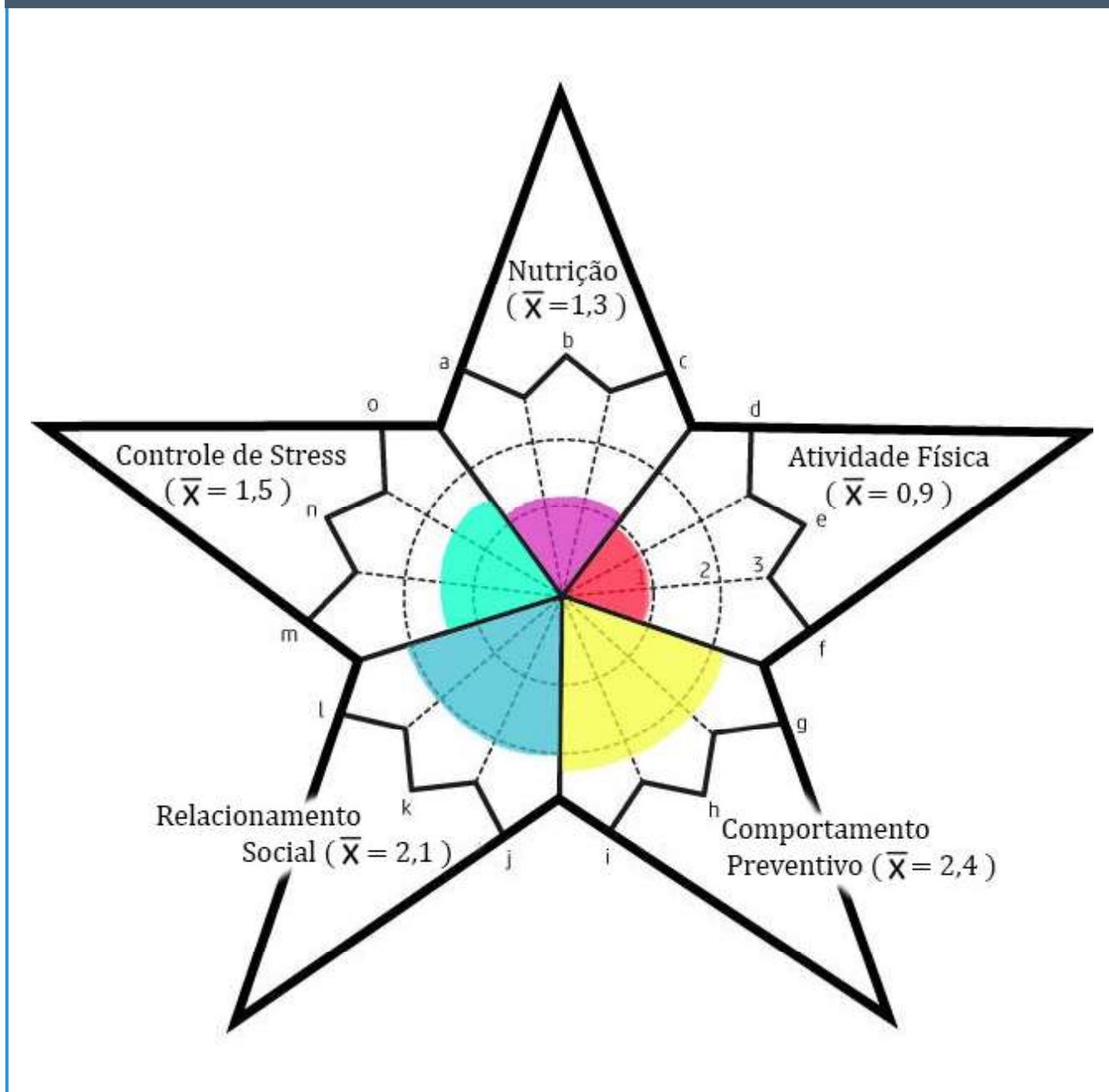
Quadro 1- Escores médios do estilo de vida dos trabalhadores da unidade de pronto atendimento. Sarandi, PR, Brasil, 2018

Componentes		Nunca	Às vezes	Quase sempre	Sempre	Média
		fi (%)	fi (%)	fi (%)	fi (%)	\bar{X}
Nutrição	a. Sua alimentação diária inclui pelo menos 5 porções de frutas e hortaliças.	18 (26,5)	28 (41,2)	17 (25,0)	05 (7,3)	1,3
	b. Você evita ingerir alimentos gordurosos (carnes gordas, frituras) e doces.	08 (11,8)	31 (45,6)	16 (23,5)	13 (19,1)	
	c. Você faz 4 a 5 refeições variadas ao dia, incluindo café da manhã completo.	22 (32,3)	15 (22,1)	15 (22,1)	16 (23,5)	
Atividade Física	d. Você realiza ao menos 30 minutos de atividades físicas moderadas/ intensas, de forma contínua ou acumulada, 5 ou mais dias na semana.	31 (45,6)	16 (23,5)	11 (16,2)	10 (14,7)	0,9
	e. Ao menos duas vezes por semana você realiza exercícios que envolvam força e alongamento muscular.	35 (51,5)	16 (23,5)	04 (5,9)	13 (19,1)	
	f. No seu dia-a-dia, você caminha ou pedala como meio de transporte e, preferencialmente, usa as escadas ao invés do elevador.	36 (53,0)	12 (17,6)	11 (16,2)	09 (13,2)	
Comportamento Preventivo	g. Você conhece sua pressão arterial, seus níveis de colesterol e procura controlá-los.	06 (8,8)	17 (25,0)	14 (20,6)	31 (45,6)	2,4
	h. Você não fuma e não ingere álcool (ou ingere com moderação).	03 (4,4)	09 (13,2)	16 (23,5)	40 (58,9)	
	i. Você respeita as normas de trânsito (como pedestre, ciclista ou motorista); se dirige usa sempre cinto de segurança e nunca ingere álcool.	03 (4,4)	01 (1,5)	11 (16,2)	53 (77,9)	
Relacionamento Social	j. Você procura cultivar amigos e está satisfeito com seus relacionamentos.	02 (3,0)	04 (5,9)	19 (27,9)	43 (63,2)	2,1
	k. Seu lazer inclui encontros com amigos, atividades esportivas em grupo, participação em associações ou entidades sociais.	09 (13,2)	16 (23,5)	15 (22,1)	28 (41,2)	
	l. Você procura ser ativo em sua comunidade, sentindo-se útil no seu ambiente social.	10 (14,7)	15 (22,1)	17 (25,0)	26 (38,2)	
Controle do Estresse	m. Você reserva tempo (ao menos 5 minutos) todos os dias para relaxar.	17 (25,0)	20 (29,4)	15 (22,1)	16 (23,5)	1,5
	n. Você mantém uma discussão sem alterar-se, mesmo quando contrariado.	06 (8,8)	30 (44,2)	23 (33,8)	09 (13,2)	
	o. Você equilibra o tempo dedicado ao trabalho como tempo dedicado ao lazer.	15 (22,1)	17 (25,0)	24 (35,3)	12 (17,6)	

fi= frequência

Fonte: Dados de pesquisa, 2018

Figura 1. Pentáculo do bem-estar dos trabalhadores da unidade de pronto atendimento. Sarandi, PR, Brasil, 2018



DISCUSSÃO

A constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS) descreve saúde como “estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente

ausência de afecções e enfermidades”⁽¹⁰⁾, desta forma a análise sobre a qualidade de vida dos trabalhadores, em questão, é de extrema importância, pois sabe-se que o bem-estar individual influencia diretamente nas relações interpessoais e

para que haja um bom vínculo para com os pacientes é imprescindível que estes trabalhadores estejam em equilíbrio entre os cinco componentes avaliados no Pentáculo de Nahas⁽⁸⁾.

Como demonstrado na pesquisa, a

atividade física é um componente negativo ao estilo de vida dos trabalhadores da UPA (=0,9). Nesse contexto, Nahas e seus colaboradores, relatam que a prática regular de atividade física é importante na prevenção de diversas doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como as cardiovasculares, e aumenta a disposição corporal para as atividades diárias⁽⁸⁾, sendo assim, é fundamental que haja mudança dos hábitos de vida dos profissionais da UPA. Para tal intento, propõem-se as chamadas práticas laborais que visam, de maneira lúdica e criativa, estimular os trabalhadores a se exercitar, movimentar e alongar, além de proporcionar momentos de distração do estresse, tornando a atividade um momento de lazer dentro do ambiente de trabalho. Ainda, dentro de tais práticas podem ser associadas a outras atividades físicas, fora do ambiente de trabalho, a exemplo, em academias e áreas livres como parques, conferindo ao indivíduo maior flexibilidade e tonificação muscular, além de proporcionar a socialização com outras pessoas e minimizar o estresse. Como consequência dessas práticas, pode-se melhorar o relacionamento entre os trabalhadores no que se refere ao trabalho em equipe, característica muito importante no contexto da saúde pública.

O segundo componente avaliado foi o controle do estresse, classificado como estilo de vida regular (=1,5), que está relacionado diretamente com o rendimento dos funcionários da área da saúde. Isso porque, segundo Portero de la Cruz e Vaquero Abellán, eles lidam diariamente com dor, morte, conflitos interpessoais e falta de autonomia e autoridade na tomada de decisões gerando um estado de estresse crônico⁽¹¹⁾. Dessa forma, a consequência desse estado patológico reflete em impactos negativos na segurança do paciente e na qualidade dos cuidados prestados. Para minimizar os efeitos deletérios do estresse, indica-se a realização de meditações diárias com duração variando entre cinco a quinze minutos, embora haja esta estipulação de tempo os indivíduos podem aprimorar tal atividade

[...]Dentre as medidas de intervenção global seria a criação de políticas públicas que visam a diminuição de sal e açúcar nos alimentos, assim promoveria a diminuição dos índices de hipertensão arterial e diabetes⁽¹⁴⁾. Porém, se faz necessário também a conscientização da população sobre a importância da mudança dos hábitos alimentares, não apenas objetivando a melhora da saúde, mas também a promoção desta. [...]

de e realizar por um período maior. Foi constatado em diversos estudos os benefícios da meditação como: a diminuição do nível de estresse; diminuição da fragilidade a doenças; melhora dos sintomas do estresse, ansiedade e depressão tornando o indivíduo menos reativo fisiologicamente ao agente estressor. Este tipo de intervenção pode ser realizado em grupo ou individual, não havendo resultados diferentes expressivos entre as variedades de meditação⁽¹²⁾.

No componente nutrição, que está classificado como estilo de vida regular (=1,3), é notória a sua influência na produtividade do funcionário. De acordo com Barros e seus colaboradores, a subnutrição causa nos trabalhadores perda da eficiência e atenção, altas taxas de absenteísmo e acidentes de trabalho⁽¹³⁾. Posto isso, como a população ativa constitui uma grande porcentagem da população de risco, principalmente por conta de as atividades profissionais serem cada vez mais sedentárias, é indispensável a promoção de saúde nesses locais. A má alimentação está associada à referida “falta de tempo” do mundo moderno e se relaciona de forma direta com as DCNT^(8,14), pois com o objetivo de aumentar o tempo de vida dos alimentos, a indústria alimentícia faz uso indiscriminado de sódio e gorduras saturadas, favorecendo o aumento da pressão arterial e demais problemas cardiovasculares; tais alimentos processados apresentam baixíssimo teor de fibras solúveis e insolúveis; além do baixo consumo de vegetais, estas ainda são submetidas a usos de agrotóxicos de forma intensa durante o plantio, contribuindo para o baixo teor nutricional⁽¹⁵⁾. Dentre as medidas de intervenção global seria a criação de políticas públicas que visam a diminuição de sal e açúcar nos alimentos, assim promoveria a diminuição dos índices de hipertensão arterial e diabetes⁽¹⁴⁾. Porém, se faz necessário também a conscientização da população sobre a importância da mudança dos hábitos alimentares, não apenas objetivando a melhora da saúde, mas também a promoção desta. Para

os trabalhadores da UPA, propõe-se a criação de um programa de reeducação alimentar com auxílio de uma nutricionista, na qual faria avaliação e criaria um cardápio personalizado dentro da realidade econômica de cada trabalhador. A proposta é modificar positivamente os hábitos alimentares e não apenas tornar o indivíduo magro e ativo.

Os demais componentes avaliados, relacionamento social e comportamento preventivo, foram classificados como positivos apresentando média superior a 2, não carecendo de intervenções pronunciadas, bastando mantê-los.

No presente estudo há algumas limitações relevantes, embora o resultado seja alarmante dentro do contexto de saúde pública, há uma considerável escassez no que se refere a políticas e estratégias destinadas aos trabalhadores e esse obstáculo

dificulta a realização de muitas intervenções propostas. Ademais, a pesquisa foi realizada em apenas um estabelecimento, a UPA de um município do Sul do Brasil. Sendo assim, os resultados obtidos demonstram a realidade daquela população local, podendo divergir de uma região para outra.

Além disso, há também uma dificuldade expressiva na aplicação dessas propostas aos indivíduos que não apresentam o desejo de mudar seus hábitos e estilo de vida, preferindo manter velhos costumes e não se sensibilizando com as possíveis consequências nocivas desta escolha.

CONCLUSÃO

O desenvolvimento do presente estudo possibilitou uma análise sobre a saúde e bem-estar dos funcionários de uma

UPA. Além disso, viabilizou um aprofundamento sobre os principais aspectos deficitários, falta de atividade física, controle do estresse e má alimentação, e como é possível reverter a situação, permitindo assim que os objetivos propostos fossem alcançados.

Dada a importância do assunto, torna-se necessária a realização de políticas públicas e estratégias voltadas aos trabalhadores da UPA, além de que os próprios trabalhadores sejam protagonistas dessa mudança, colocando em prática as propostas de intervenção, para aumentar sua produtividade no trabalho e promover a satisfação dos usuários da UPA, pois a saúde e o bem-estar geral levam a uma melhor qualidade de vida, refletindo também no bom comportamento para com o próximo. ■

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. A glossary of terms for community health care and services for older persons. WHO Centre for Health Development, Ageing and Health Technical Report, volume 5, 2004.
2. Nahas MV. Atividade física, saúde e qualidade de vida. 4. ed. Londrina, PR: Midiograf. 2006; 1:282.
3. Cordeiro EL, Silva TM da, Silva EC da et al. Estilo de vida e saúde do enfermeiro que trabalha no período noturno. *Rev enferm UFPE on line*. 2017; 11(9):3369-75.
4. Santana VS, Feitosa AG, Guedes LBA et al. Qualidade de vida dos profissionais de saúde em ambiente hospitalar. *Revista Pesquisa em Fisioterapia*. 2014; 4(1):35-46.
5. Andrade KO, Andrade PO, Leite LF. Qualidade de vida dos trabalhadores da área de saúde: revisão de literatura. *Revista Científica do ITPAC*. 2015; 8(1)Pub.1.
6. Diehl AA. Pesquisa em ciências sociais aplicadas: métodos e técnicas. São Paulo: Prentice Hall; 2004.
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo demográfico 2010.
8. Nahas MV, Barros MVG, Françalacci V. Pentáculo do bem-estar base conceitual para a avaliação do estilo de vida de indivíduos ou grupos. *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde*. 2000; 5(Supl. 2), 48- 59.
9. Hernandez JAE, Neto FXXV, Oliveira TC et al. Validação de construto do instrumento perfil do estilo de vida individual. *Arquivos em Movimento*. 2007; 3(Supl. 1).
10. Organização Mundial de Saúde (OMS). Constituição [Internet]. 1946 [acesso em 30 mar 2019]. Disponível em [http://www.onuportugal.pt/"oms.doc](http://www.onuportugal.pt/).
11. Portero de la Cruz S, Vaquero Abellán, M. Desgaste profissional, stress e satisfação no trabalho do pessoal de enfermagem em um hospital universitário. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2015; 23(3).
12. Carpena MX, Menezes CB. Efeito da Meditação Focada no Estresse e Mindfulness Disposicional em Universitários. *Psic.: Teor. e Pesq.* [online]. 2018; 34:e3441.
13. Barros FMO, Zilveti FA, Isabella G et al. 40 anos do PAT – Programa de Alimentação do Trabalhador: conquistas e desafios da política nutricional com foco em desenvolvimento econômico e social. Ed. Edgard Blücher Ltda. 2006.
14. Duncan BB, Chorll D, Aquino EML et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. *Revista de Saúde Pública*. 2012; 46(Supl1):126-34.
15. Neumann AILCP, Shirassu MM, Fisberg RM. Consumo de alimentos de risco e proteção para doenças cardiovasculares entre funcionários públicos. *Rev. Nutr.* 2006; 19(1):19-28.

Exposição acidental a material biológico entre trabalhadores de Enfermagem de uma emergência

RESUMO

OBJETIVO: conhecer a percepção dos trabalhadores de Enfermagem da emergência pediátrica sobre exposição acidental a material biológico e possibilidades de prevenção. **METODOLOGIA:** estudo qualitativo, descritivo, exploratório, com realização de entrevista semiestruturada no período de março/junho de 2016, com participação de seis sujeitos que atuam na emergência pediátrica de um Hospital Público Universitário. Para análise de dados, empregou-se a técnica da Análise Temática. **RESULTADOS:** Análise dos dados coletados permitiu observação de quatro categorias: percepção sobre a exposição a materiais biológicos, acidentes com material biológico, ações após a exposição, estratégias de prevenção dos acidentes e medidas protetivas e preventivas dos acidentes com material biológico. **CONCLUSÕES:** Após exposição das categorias, apontam necessidades de maior informação e treinamentos quanto aos riscos de exposição aos agentes biológicos no ambiente laboral de emergência pediátrica, bem como a implementação de protocolos, notificações de acidentes e prevenção que promova a conscientização do uso de equipamentos de proteção coletiva e individual.

DESCRIPTORES: Exposição Ocupacional; Enfermagem Pediátrica; Serviços Médicos de Emergência.

ABSTRACT

PURPOSE: Knowing the perception of nursing workers of the pediatric emergency on accidental exposure to biological material and possibilities of prevention. **METHODOLOGY:** a qualitative, descriptive, exploratory study with a semi structured interview in the period of March/June 2016, with the participation of six subjects who work in the pediatric emergency of a Public University Hospital. For the analysis of data, the technique of thematic analysis was used. **RESULTS:** Analysis of the data collected allowed the observation of four categories: perception on exposure to biological materials, accidents with biological material, actions after exposure, strategies for the prevention of accidents, and preventive measures for accidents with biological material. **CONCLUSIONS:** After exposure of the categories, they point to the need for more information and training regarding the risks of exposure to biological agents in the pediatric emergency work environment, as well as the implementation of protocols, accident reports and prevention through awareness of the use of collective protection equipment and individual.

DESCRIPTORS: Occupational Exposure; Pediatric Nursing; Emergency Medical Services.

RESUMEN

OBJETIVO: Conocer la percepción de los trabajadores de Enfermería de la emergencia pediátrica sobre exposición accidental a material biológico y posibilidades de prevención. **METODOLOGÍA:** Estudio cualitativo, descriptivo, exploratorio, con realización de entrevista semiestructurada en el período de marzo/junio de 2016, con participación de seis sujetos que actúan en la emergencia pediátrica de un Hospital Público Universitário. Para el análisis de datos, se empleó la técnica del Análisis Temático. **RESULTADOS:** Análisis de los datos recolectados permitió observar cuatro categorías: percepción sobre la exposición a materiales biológicos, accidentes con material biológico, acciones después de la exposición, estrategias de prevención de los accidentes y medidas protectivas y preventivas de los accidentes con material biológico. **CONCLUSIONES:** Después de la exposición de las categorías, apuntan necesidades de más información y entrenamientos en cuanto a los riesgos de exposición a los agentes biológicos en el ambiente laboral de emergencia pediátrica, así como la implementación de protocolos, notificaciones de accidentes y prevención que promueva la concientización del uso de equipos de protección colectiva y individual.

DESCRIPTORS: heart failure; health education; teaching.

**Isabella da Costa Malheiro**

Enfermeira, Graduada pela Universidade Federal Fluminense de Niterói, Residente, Hospital Geral de Bonsucesso, Rio de Janeiro, RJ-Brasil.

Taiza Florêncio Costa

Enfermeira, Doutora em Ciências da Saúde, Professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal Fluminense de Niterói, Rio de Janeiro, RJ-Brasil. (in memoriam).

Maritza Consuelo Ortiz Sánchez

Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal Fluminense de Niterói, Rio de Janeiro, RJ-Brasil.

Maria Lelita Xavier

Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Professora da Faculdade de Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ-Brasil.

Mônica Aparecida de Oliveira Pinto Porto

Enfermeira, Especializanda da Escola de Enfermagem da Universidade Federal Fluminense de Niterói, Rio de Janeiro, RJ-Brasil.

Tatiane da Silva Campos

Enfermeira, Mestre em Saúde, Professora da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ-Brasil.

INTRODUÇÃO

No hospital são realizados procedimentos invasivos expondo os profissionais ao contato direto com sangue e outros fluidos orgânicos contaminados, tornando-o um local de trabalho complexo, insalubre e com alto risco de exposição a agente biológico, por admitir pacientes portadores de doenças infecto-contagiosas⁽¹⁾.

Pode-se compreender por acidente de trabalho um evento que ocorre com o profissional de saúde no momento em que realiza suas atribuições diárias a serviço de uma instituição. Este acidente pode configurar-se por lesão corporal direta ou indiretamente, danos que comprometam permanentemente ou temporariamente a capacidade funcional do indivíduo de exercer seu trabalho ou até mesmo alguma exposição que cause morte⁽²⁾.

Os acidentes ocupacionais sofridos pela equipe de saúde com exposição a materiais biológicos ocorrem por meio de ferimentos causados por objetos cortantes, picadas de agulhas, por via percutânea ou pelo contato direto com mucosas e pele, podendo expor o trabalhador à contaminação por vírus de grande importância epidemiológica, dos quais se citam: o vírus da hepatite B (HBV), o vírus da hepatite C (HCV) e o vírus da imunodeficiência humana - HIV⁽¹⁾.

Para a efetivação do cuidado aos pacientes, os trabalhadores de Enfermagem das emergências e, especialmente, em pediatria, estão expostos a alto risco de acidente ocupacional⁽¹⁾, visto que, não raro, deparam-se com crianças agitadas ou em estado crítico, o que dificulta a realização dos procedimentos com segurança. Além disso, o trabalho de Enfermagem, nessa unidade, caracteriza-se pelo ritmo acelerado, realizado em pé, com muitas caminhadas e sob a supervisão estrita. É um trabalho normatizado, rotinizado e fragmentado⁽³⁻⁵⁾.

Representantes da Organização Mundial de Saúde (OMS), desde 1981, dispunham de estatísticas nacionais e internacionais sobre acidentes e lesões que afetam os profissionais de saúde e, dentre eles, os trabalhadores de Enfermagem⁽⁶⁾, ressaltando que a exposição acidental a material biológico entre os profissionais de saúde é um fator preocupante e prejudicial não só para as instituições, como também para os próprios trabalhadores⁽¹⁾. A OMS estima que mais de três milhões de profissionais da saúde podem sofrer exposição ocupacional percutânea anualmente e, desses acidentes, dois milhões envolvem exposição ao HBV, 900 mil, ao HCV e 170 mil, ao HIV⁽⁷⁾.

Segundo a Organização Internacional de Trabalho (OIT), os acidentes de trabalho levam cerca de 2,3 milhões de pessoas a óbitos anualmente e em torno de 860 mil pessoas são expostas em consequências a algum tipo

de acidente no trabalho diariamente. O Brasil ocupa o quarto lugar do ranking mundial de acidente de trabalho, contribuindo de forma significativa com essa estatística, tendo mais de 700 mil acidentes e adoecimentos relacionados ao trabalho com óbito anualmente⁽⁸⁾ e o número de mortes causadas por acidentes e doenças relacionados ao trabalho entre os profissionais de saúde ultrapassa aquele causado por epidemias como a AIDS, tendo sido registrados, pelo Ministério da Saúde (MS), entre 2007 e 2017, mais de 698 mil acidentes graves de trabalho⁽⁹⁾.

Diante desse fato, o Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) criou, em 2005, a Norma Regulamentadora NR-32 – Segurança e Saúde no Trabalho nos Estabelecimentos de Saúde, objetivando estabelecer as diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral⁽¹⁰⁾. Fica clara a importância de prevenção de exposição a agravos.

As ocorrências desses acidentes são consideradas agravos de notificação compulsória e necessitam de registro no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN-NET) para acompanhamento, pois podem trazer sérias consequências ao bem-estar físico e psicossocial do trabalhador⁽¹¹⁾. No entanto, a subnotificação é frequente, e diversos são os motivos: julgar que o acidente era de baixo

risco; paciente-fonte HIV negativo; desconhecimento sobre os procedimentos a serem realizados após um acidente ocupacional com material biológico e excesso de burocracia⁽¹²⁾.

A equipe de enfermagem brasileira, de níveis técnico e auxiliar, são os que mantêm maior contato com o paciente e faz parte da maior corporação hospitalar e, decorrente a isto, faz com que sejam os que mais sofrem a exposição a material biológico⁽¹³⁾.

Diante da frequente ocorrência de acidentes envolvendo profissionais da equipe de Enfermagem, julgou-se oportuna a realização desta pesquisa, que justifica a realização de uma reflexão sobre a importância de uma assistência segura e notificações por parte dos profissionais acidentados; estimula a educação continuada sobre a temática e capacitação dos profissionais que atuam nesses cenários; estimula o ensino de disciplinas na formação de profissionais de saúde que reforcem a temática em todos os serviços, em especial nas emergências e pediatria, que são temas desse trabalho; e ainda contribui para compor a literatura nacional e internacional sobre um tema atual e relevante.

O estudo foi conduzido pela questão norteadora: Como os trabalhadores de enfermagem da emergência pediátrica percebem a exposição a material biológico e as possibilidades de prevenção? Teve-se como objetivo conhecer a percepção dos trabalhadores de Enfermagem da unidade de emergência pediátrica sobre a exposição acidental a material biológico e as possibilidades de prevenção.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo e exploratório, realizado na Unidade de Emergência Pediátrica do Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP), situado na cidade de Niterói, no Estado do Rio de Janeiro, que dispõe de seis leitos para o atendimento das crianças de zero até 15 anos 11 meses e 29 dias. Os participantes foram dois enfermeiros e quatro técnicos de Enfermagem. A coleta de dados foi realizada através de entrevista com roteiro semiestruturado, cuja finalidade foi obter a percepção dos trabalhadores de Enfermagem da unidade de emergência pediátrica sobre a exposição

acidental a material biológico e as possibilidades de prevenção.

A coleta foi realizada no período de março a junho de 2016, a partir da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Todas as entrevistas foram gravadas em aparelho eletrônico celular e os áudios, arquivados no computador para evitar a perda. Na sequência, as falas foram transcritas na íntegra. Com a finalidade de preservar o anonimato, os participantes foram identificados pela letra T (refere-se ao trabalhador) seguida do numeral ordinal na sequência em que eles foram entrevistados, resultando assim em: T1, T2, T3, T4, T5 e T6.

Este trabalho se origina do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica-(PIBIC) cujo título é: “Exposição acidental a material biológico entre trabalhadores de Enfermagem da emergência de um Hospital Público Universitário”. Foi desenvolvido por um aluno bolsista que foi responsável pela coleta, transcrição e análise dos dados. O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense/FM/UFF/HU, sob o parecer n.º 1210.101 e o protocolo CAAE: 46533415.70000.5243, e foram consideradas as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos preservando-se o anonimato e o sigilo das informações obtidas.

Os critérios de inclusão foram funcionários efetivos do serviço de Enfermagem, que exercem suas atividades efetivamente na emergência pediátrica e que desejaram participar da pesquisa. Foram excluídos os profissionais que, no momento da coleta de dados, estavam de férias, licença médica e integravam efetivamente outras unidades e eventualmente fazem plantões na emergência.

Para a análise dos dados, foi utilizada a Análise Temática, que consiste em três etapas: a pré-análise; a exploração do material e, por último, a etapa de tratamento dos resultados⁽¹¹⁾. Seguindo a metodologia proposta e a peculiaridade do campo, que necessita de profissionais capacitados e preparados para trabalhar com crianças em emergência, ressaltamos que a participação de seis trabalhadores de Enfermagem foi satisfatória para

alcançar o objetivo da pesquisa.

RESULTADOS

A análise dos dados coletados permitiu a observação de quatro categorias: Percepção sobre a exposição a materiais biológicos, Acidentes com material biológico, Ações após a exposição, Estratégias de prevenção dos acidentes e medidas protetivas e preventivas dos acidentes com material biológico.

Percepção sobre exposição a materiais biológicos

Todos os trabalhadores de Enfermagem entrevistados demonstram conhecimento sobre a exposição a material biológico. Os profissionais reconhecem que esta exposição ocorre acidentalmente quando entram em contato com secreções, sangue e urina por meio de perfurocortantes com algum risco de contaminação. Seguem, abaixo, os fragmentos dos discursos que demonstram esse conhecimento.

“[...] a exposição acidental seria um evento que você não espera, mas, por mais que você tente evitar, o inesperado pode acontecer [...]” (T1).

“[...] quando é vítima de um acidente ou um perfurocortante ou uma secreção que caía em alguma solução de continuidade do seu corpo ou mesmo nas mucosas [...]” (T2).

“[...] é eu ficar exposta a qualquer tipo de material hospitalar, secreção, sangue [...]” (T3).

“[...] a partir do momento em que você se perfura com algum perfurocortante com algum risco de contaminação [...]” (T4).

“[...] qualquer contato que a gente tenha acidentalmente com algum material ou secreção corpórea, sangue, [...]” (T5).

“[...] é o contato com material biológico através de um acidente, perfuração, corte, até mesmo urina, quando você vai desprezar, às vezes, pode respingar [...]” (T6).

Acidentes com material biológico

De acordo com as falas, observa-se que existem experiências distintas: se, por um lado, os profissionais percebem o risco de ocorrência de acidentes com material biológico, na sua prática, os trabalhadores ainda sofrem acidente devido aos hábitos de comportamento inadequados e à característica do ambiente de trabalho, em especial, da emergência pediátrica. Esta constatação pode ser verificada nas falas seguintes.

“[...] eu já tive um acidente. Eu não sei se você já viu quando o scalp fica todo enroladinho na hora que você punciona e, quando você retira, ele volta de novo a se enrolar, foi nesse movimento giratório que ele me perfurou; é mais fácil acontecer quando você está puncionando uma criança do que um adulto porque a criança se mexe muito [...], o adulto, só se ele estiver desorientado ou em crise convulsiva [...]” (T1).

“[...] eu nunca sofri nenhum acidente. Mas, há uns dois meses atrás, nós tivemos um acidente com uma médica residente, que foi uma agulha que perfurou o pé dela, ela estava de sandália e aí perfurou o pé[...]” (T2).

“[...] foi no preparo da medicação, na hora que eu fui reencapar a agulha e eu me furei [...]” (T4).

Por outro lado, duas participantes referem que nunca sofreram acidente e, por isso, infere-se que a prática adequada e preventiva está sendo cumprida. As falas a seguir elucidam esta questão.

“[...] nunca sofri e nunca ouvi falar [...]” (T3).

“[...] não, não sofri e nem sei de nenhum colega que tenha sofrido [...]” (T5).

Ações após a exposição a material biológico

As ações após a exposição acidental a material biológico que deverão ser adotadas pelos profissionais estão relacionadas com o conhecimento que estes têm sobre quais condutas

serão realizadas como relatadas a seguir.

“[...] primeiro, me informaram que eu teria que colher o sangue da fonte que, no caso, foi uma criança; pedi a autorização dos pais ..., uma colega colheu o meu sangue, encaminhei esse sangue para o DIP, lá, a médica que me atendeu fez os pedidos, fez uma entrevista. E, logo depois, me foi disponibilizado o kit, o coquetel. Segui o protocolo, não tive nenhuma alteração que geralmente as pessoas têm [...]” (T1).

“[...] a primeira providência é lavar as mãos exaustivamente com água e sabão na área acidentada; em segundo, você deve procurar o serviço de emergência, você vai abrir um boletim e você vai ser encaminhada, no nosso hospital, na unidade do DIP, que, lá, eles vão fazer todo um preenchimento do CAT. Que é um documento que você preenche sobre as questões do acidente, do tipo de acidente e aí, então [...], você vai colocar seu material e o material do paciente por quem você foi acidentado. E aí o material também vai depender daquilo que você já tem coletado desse paciente [...]” (T2).

“[...] tem um protocolo [...] a pessoa tem que abrir o CAT. E se você souber de que paciente você se contaminou, caso se fure. Se esse paciente não tiver hepatite, HIV, nada disso, você não precisa de nenhum retroviral, agora, se for uma caixa geral, aí você faz [...]” (T3).

“[...] tem o protocolo, fica exposto do lado de fora, mas como eu não passei pela situação de ter que notificar o passo a passo, eu não sei te informar” (T4).

“[...] primeiro, o que é orientado é a gente comunicar ao médico de plantão e à supervisão e eles começam a fazer o procedimento, que é colher o sangue, colher o sangue do paciente, se permitido, e iniciar a medicação [...]” (T6).

Medidas protetivas e preventivas dos acidentes com material biológico

As medidas de proteção e prevenção devem ser empregadas pelos profissionais de saúde na assistência aos pacientes, durante a manipulação de sangue, secreções e fluidos de modo geral quando em contato com a pele não íntegra e mucosa, independentemente da patologia do paciente.

No que diz respeito às medidas de proteção às precauções universais, denominadas precauções-padrão, compreendem-se: a utilização de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs); a lavagem das mãos; a imunização contra a hepatite B; os cuidados com o ambiente e o descarte correto de materiais perfurocortantes contaminados com material biológico.

Ao considerar as precauções-padrão, os depoimentos abordaram dois aspectos: EPI e descarte correto de materiais perfurocortantes.

“[...] eu acho que o que evita um acidente com material biológico é utilizar o EPI porque isso já é uma coisa que deveria estar na íntegra, usar em todos nós” (T2).

“[...] poderia sugerir não deixar de usar as luvas, isso é importantíssimo para realizar os procedimentos [...]” (T4).

“[...] aqui é tudo direitinho, tem as caixas, o lixo é separado, só se não quiser usar mesmo [...]” (T3).

EPI é todo dispositivo ou produto, de uso individual, utilizado pelo trabalhador, destinado à proteção de riscos suscetíveis de ameaçar a segurança e a saúde no trabalho. A NR-6 descreve a responsabilidade do empregador no fornecimento aos empregados, o EPI adequado ao risco, em perfeito estado de conservação e funcionamento⁽¹⁴⁾. Uma das entrevistadas afirma que isso não acontece.

“[...] aqui, a instituição não fornece para todos os trabalhadores, quase ninguém usa, eu quase não uso, então, eu sei que, nesse ponto, estamos errados [...]” (T2).

Observa-se, nas falas, a necessidade de ações educativas voltadas para as medidas que devem ser tomadas em caso de acidentes com

material biológico.

“[...] acho que, de vez em quando, eles deveriam fazer uma reciclagem, orientar o pessoal sobre qual é o caminho se acontecer alguma coisa, quem procurar porque, às vezes, nem o próprio médico sabe para onde vai encaminhar, qual é o formulário que ele tem que preencher, se for, principalmente, um final de semana, a gente tem de acionar a supervisão [...]” (T5).

“[...] orientação deles para evitar o acidente [...]. é como ensinar filho, tem que estar sempre falando porque a Enfermagem tem a sua rotina de anos de vícios, principalmente pediatria, você quer sentir a veia para poder puncionar, então, estar sempre macerando isso para poder evitar o acidente [...]” (T6).

DISCUSSÃO

Diante das categorias de resultados, percebemos que as assertivas corroboram com a literatura, uma vez que a exposição ocupacional por material biológico é entendida como a possibilidade de contato com sangue e fluidos orgânicos no ambiente de trabalho e as formas de exposição incluem a inoculação percutânea, por intermédio de agulhas ou objetos cortantes, e o contato direto com pele e/ou mucosas⁽¹¹⁾.

Ressaltamos que os serviços de emergência necessitam de atendimentos ágeis e que o profissional precisa ter equilíbrio emocional, pois a equipe de enfermagem é a responsável, muitas vezes, pelo primeiro contato com as crianças e seus familiares, além do cuidado direto e imediato⁽⁵⁾, o que expõe a um maior risco.

Diante das falas, reforçamos que o uso de dispositivos de segurança e medidas de proteção para desenvolvimento do trabalho em saúde são fundamentais, em especial nas emergências, onde todas as atividades são desempenhadas em ambiente de imprevisibilidade e incertezas. Reforçamos que esse trabalho demanda conhecimento, rapidez de raciocínio e prontidão nas ações independentemente da condição sorológica do paciente⁽⁵⁾.

Conforme se observa em uma das falas, os membros inferiores são, muitas vezes, atingidos, o que poderia ser evitado com a utilização correta de EPIs, dentre eles, o calçado fechado, impermeável e aderente à superfície. Convém ressaltar que a NR 32 preconiza a proteção e a promoção a saúde dos trabalhadores de saúde. Dentre outras medidas, o trabalhador não deve utilizar calçado aberto, bem como adornos, fumar ou alimentar-se nos postos de trabalho⁽¹⁰⁾. Muitos acidentes poderiam ser evitados se as normas básicas de proteção fossem cumpridas e se os equipamentos de segurança fossem utilizados corretamente.

O MS salienta que, dentre as diversas categorias, é a equipe de Enfermagem que possui a maior incidência de acidentes com perfurocortantes, registrando 276,6 mil ocorrências, entre 2010 e 2015, envolvendo enfermeiros, técnicos e auxiliares de Enfermagem representando, assim, 65% desses acidentes⁽¹⁵⁾.

A proporção de acidentes nessa categoria está em conformidade com um estudo⁽¹⁶⁾ realizado referente a um hospital do Estado do Mato Grosso em que também foi constatado que 46,6% dos profissionais da Enfermagem se acidentaram com exposição a material biológico potencialmente contaminado (MBPC) e 35,1% destes foram durante a manipulação de perfurocortantes. Essa proporcionalidade é decorrente das atividades laborais da equipe de Enfermagem, que manipula diariamente agulhas, cateteres intravenosos, lâminas e outros materiais utilizados na execução dos procedimentos técnicos para a assistência em saúde⁽¹⁶⁾.

Quando comparadas às condutas recomendadas pelo MS nos casos de acidentes com material biológico, verificou-se que as condutas tomadas pela maioria dos acidentados foram adequadas incluindo desde os cuidados locais da região afetada, até a realização da notificação e do acompanhamento médico-laboratorial após o acidente.

Em relação ao acidentado, verifica-se o seu cartão vacinal em busca da comprovação da vacinação contra a hepatite B. Por meio do anti-HBS, é realizada a sorologia para HIV, HBV e HCV. Caso seja indicada a quimioprofilaxia pós-exposição, esta deverá ser iniciada o mais rápido possível, nas primeiras duas horas após o acidente.

Recomenda-se que o prazo máximo para o início seja de até 72h após o acidente e devam ser adotadas as condutas de orientação e seguimento dos acidentados⁽¹⁷⁾.

Os profissionais entrevistados não seguiram rigorosamente, passo a passo, as recomendações indicadas pelo MS, entretanto, conseguiram identificar, em parte, as ações protocolares necessárias para atender o acidentado. Nenhum profissional faz menção ao acompanhamento laboratorial-clínico.

Em relação à notificação, apenas dois entrevistados mencionaram a necessidade de realizá-la e os demais não fizeram referência à mesma. Após a ocorrência de um acidente, a notificação deve ser realizada, pois permite ao profissional ter um registro da doença ou do acidente decorrente do trabalho com a finalidade de obter o auxílio-doença acidentário incluindo desde o atendimento médico, exames laboratoriais do acidentado e paciente-fonte, até o registro na Comunicação do Acidente de Trabalho (CAT) que deverá ocorrer oficialmente no prazo máximo de até 24 horas⁽¹⁷⁾.

Salienta-se que no cenário desta pesquisa, o departamento de Doenças Infetoparasitárias (DIP) do HUAP é responsável pela notificação dos casos de acidente com material biológico institucional⁽¹⁸⁾.

Entretanto, não basta o fornecimento, ao empregado, do EPI por parte do empregador. A não adesão ao mesmo pode resultar em prejuízos para o trabalhador e contribuirá para que os acidentes de trabalho continuem ocorrendo. Logo, a adoção de medidas básicas como a higienização das mãos, o uso adequado de EPI, a imunização dos profissionais, a manipulação e o descarte adequados de materiais perfurocortantes são fundamentais para minimizar a exposição do profissional a esses instrumentos.

Entre as responsabilidades do empregador, destacam-se a capacitação dos trabalhadores quanto aos riscos, as medidas de prevenção e aquelas a serem adotadas em casos de acidentes.

Desse modo, evidencia-se a importância de investir em educação e treinamento da equipe de Enfermagem do setor da emergência pediátrica no que diz respeito à adoção de medidas de proteção e prevenção no

exercício de suas atividades. Mediante isso, valoriza-se a segurança, previnem-se agravos à saúde e contribui-se para que haja mudanças na prática profissional.

CONCLUSÃO

Concluímos que foi possível conhecer a percepção dos trabalhadores de Enfermagem da unidade de emergência pediátrica sobre a exposição acidental a material biológico e as possibilidades de prevenção através da imersão às categorias demonstradas no resultado, o que potencializa a equipe de Enfermagem para o desenvolvimento do trabalho seguro. Nesse sentido, é evidenciada a importância do uso do EPI, assim como a educação e o

treinamento da equipe de Enfermagem do setor de emergência pediátrica.

O estudo proporciona um olhar crítico para a exposição aos agentes biológicos em emergência pediátrica e como os trabalhadores se comportam para evitar esse tipo de contato, seus conhecimentos a respeito e o que já vivenciaram com a exposição a materiais biológicos.

Ressalta-se que este estudo trouxe a realidade de um hospital universitário conhecido por ser referência na formação de profissionais da Área da Saúde, porém, mostra fragilidades no que se refere à educação e ao treinamento, o que reforça o papel dos gestores das instituições de saúde quanto à responsabilidade com a segurança na realização das atividades dos profissionais. Em consequência, pode-se ter

profissionais mais qualificados.

Destacam-se, como limitações deste estudo, o desenho e a metodologia utilizados, uma vez que a escolha dos participantes foi intencional, com um grupo específico de profissionais, e os resultados obtidos corresponderam a uma determinada realidade local, o que pode comprometer a generalização dos achados. Por isso, recomenda-se o desenvolvimento de outros estudos sobre a temática.

Teve-se o cuidado de retornar os resultados para os profissionais de Enfermagem do setor da Emergência Pediátrica do Hospital Universitário Antônio Pedro, possibilitando reflexões sobre a assistência segura e a motivação para que eles se tornem mais participativos na segurança do trabalhador. ■

REFERÊNCIAS

1. Negrinho NBS, Toffanol, SEM, Reis K, Pereira FMV, Gir E. Factors associated with occupational exposure to biological material among nursing professionals, *Rev Bras Enferm*, 2017; 70(1):133-8.
2. Brasil. Lei n.º 8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre o seguro de acidentes do trabalho a cargo do INPS e de outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília: Senado Federal; 1991.
3. Sarquis LMN, Miranda FMD, Amaral PM. Biossegurança e exposição a fluídos biológicos. In: Felli VEA, Baptista PCP. *Saúde do trabalhador de enfermagem*. São Paulo: Manole; 2015.
4. Ribeiro CB, Toledo PCD, Silva RF. Resíduos Hospitalares: Acidentes com perfurocortantes em profissionais de enfermagem. Goiânia: Faculdade Fan Padrão; 2014.
5. Loro MM, Zeitoune RCG, Guido LA, Silveira CR, Silva RM. Revealing risk situations in the context of nursing work at urgency and emergency services. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2016 Aug; 20(4):e20160086.
6. Felli VEA, Baptista PCP. *Saúde do trabalhador de enfermagem*. São Paulo: Manole; 2015.
7. Auta A, Adewuyi EO, Tor-Anyiin A, Aziz D, Ogbola E, Ogbonna BO, Adeloje D. Health-care workers' occupational exposures to body fluids in 21 countries in Africa: systematic review and meta-analysis. *Bull World Health Organ*. 2017 Dec; 95(12):831-41F.
8. Pinto M. Trend in the incidence of accidents and work-related diseases in Brazil: application of the Hodrick-Prescott filter. *Rev Bras Saúde Ocup*. 2017 Oct; 42:e10.
9. Sieminkoski T. *Acidentes de trabalho no Brasil de 2007 a 2015: indicadores e previsão de acidentes [Dissertação]*. Pato Branco: Universidade Tecnológica Federal do Paraná; 2017.
10. Ministério do Trabalho e Emprego (BR). Portaria n.º 485, de 11 de novembro de 2005. Aprova a norma regulamentadora n.º 32 (Segurança e saúde no trabalho em estabelecimentos de saúde). Brasília: Ministério de Trabalho e Emprego; 2005.
11. Valim MD, Marziale MHP, Hayashida M, Richaret-Martinez M. Occurrence of occupational accidents involving potentially contaminated biological material among nurses. *Acta Paul Enferm*. 2014;27(3):280-6.
12. Barbosa ASAA, Diogo GA, Salottil SRA, Silva SMUR. Underreporting of occupational accidents with biological materials involving nursing professionals in a public hospital. *Rev Bras Med Trab*. 2017;15(1):12-7.
13. Marziale MHP, Santos HEC, Cenzi CM, Rocha FLR, Trovó MEM. Consequences of occupational exposure to biological material among workers from a university hospital. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2014;18(1):11-6.
14. Ministério do Trabalho e Emprego (BR). Portaria n.º 870, de 06 de julho de 2017. Aprova a Norma Regulamentadora n.º 6 (EPI – Equipamento de Proteção Individual). Brasília: Ministério do Trabalho e Emprego; 2017.
15. Ministério do Trabalho e Previdência Social (BR). *Anuário da Saúde do Trabalhador*. São Paulo: Ministério do Trabalho e Previdência Social; 2016.
16. Carvalho DC, Rocha JC, Gimenes MC, Santos EC, Valim MD. Work incidents with biological material in the nursing team of a hospital in Mid-Western Brazil. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2018 Dec; 22(1):e20170140.
17. Ministério da Saúde (BR). *Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para profilaxia pós-exposição de risco a infecção pelo HIV, IST e hepatites virais. Relatório de Recomendação*. Brasília: Ministério da Saúde; 2018.
18. Melo CMSS. *Saúde do trabalhador em ambiente com exposição a material biológico: Uma produção tecnológica [Dissertação]*. Niterói: Universidade Federal Fluminense; 2017.

artigo

Júnior, J.N.B.S.; Guedes, H.C.S.; Januário, D.C.; Silva, C.R.R.; Silva, R.V.R.; Macedo, D.B.G.; Pereira, V.C.L.S.; Madruga, M.D.D.;
Conhecimento de enfermeiros que atuam na atenção básica à saúde acerca dos fitoterápicos da Rename

Conhecimento de enfermeiros que atuam na atenção básica à saúde acerca dos fitoterápicos da Rename

RESUMO

Objetiva-se investigar o conhecimento de enfermeiros que atuam na Atenção Básica à Saúde sobre os fitoterápicos da RENAME. Estudo exploratório descritivo de abordagem quantitativa realizado em Unidades Básicas de Saúde do município de Santa Rita-PB. A população foi composta por 41 enfermeiros com amostragem de 25 enfermeiros. A coleta foi realizada em setembro de 2017 através de um formulário estruturado. Os dados foram agrupados em tabelas, separados em categorias e analisados com estatística descritiva. Os resultados apontaram que 100% (25) dos participantes possui conhecimentos sobre chás; dois fitoterápicos apresentaram resultado significativo quanto ao efeito farmacológico: aroeira 56% (14) e a babosa com 40% (10); dos enfermeiros, 84% (21) não demonstrou conhecimento a respeito de prescrição de fitoterápicos da RENAME. Ficou demonstrado déficit de conhecimento e insegurança na prescrição dos fitoterápicos. Espera-se que esta pesquisa estimule a reflexão quanto aos benefícios da aplicação dos fitoterápicos e na possibilidade de futuras pesquisas.

DESCRIPTORES: Enfermagem; Atenção Primária à Saúde; Plantas Medicinais.

ABSTRACT

The aim of this study is to investigate the knowledge of nurses who work in Primary Health Care on the herbal medicines of RENAME. Descriptive exploratory study of a quantitative approach performed in Basic Health Units of the municipality of Santa Rita-PB. The population was composed of 41 nurses with a sample of 25 nurses. The collection was carried out in September 2017 through a structured form. The data were grouped into tables, separated into categories and analyzed with descriptive statistics. The results showed that 100% (25) of the participants had knowledge about teas; two phytotherapies presented significant results regarding the pharmacological effect: aroeira 56% (14) and slug with 40% (10); 84% (21) of the nurses did not demonstrate knowledge regarding the prescription of herbal medicines of RENAME. There was a lack of knowledge and insecurity in the prescription of herbal medicines. It is hoped that this research will stimulate the reflection on the benefits of the application of herbal medicines and the possibility of future research.

DESCRIPTORS: Nursing; Primary Health Care; Plants, Medicinal.

RESUMEN

Se pretende investigar el conocimiento de enfermeros que actúan en la Atención Básica a la Salud sobre los fitoterápicos de RENAME. Estudio exploratorio descriptivo de abordaje cuantitativo realizado en Unidades Básicas de Salud del municipio de Santa Rita-PB. La población fue compuesta por 41 enfermeros con muestreo de 25 enfermeros. La recolección se realizó en septiembre de 2017 a través de un formulario estructurado. Los datos fueron agrupados en tablas, separados en categorías y analizados con estadística descriptiva. Los resultados apuntaron que 100% (25) de los participantes poseen conocimientos sobre tés; dos fitoterápicos presentaron un resultado significativo en cuanto al efecto farmacológico: aroeira 56% (14) y la babosa con 40% (10); de los enfermeros 84% (21) no demostraron conocimiento acerca de prescripción de fitoterápicos de RENAME. Se ha demostrado un déficit de conocimiento e inseguridad en la prescripción de los fitoterápicos. Se espera que esta investigación estimule la reflexión en cuanto a los beneficios de la aplicación de los fitoterápicos y en la posibilidad de futuras investigaciones.

DESCRIPTORES: Enfermería; Atención Primaria de Salud; Plantas Medicinales.

José Nildo de Barros Silva Júnior

Enfermeiro. Mestrando em Enfermagem do Programa de Pós-graduação em Enfermagem - PPGENF/UFPB. João Pessoa/PB, Brasil.

Haline Costa dos Santos Guedes

Enfermeira. Especialista em Urgência, emergência e UTI- FESVIP. João Pessoa/PB, Brasil.

Dilyane Cabral Januário

Enfermeira. Especialista em Bloco Cirúrgico. 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.

Roberto Vagner Rodrigues da Silva

Enfermeiro. Pós-graduando em Saúde da Família. João Pessoa/PB, Brasil.

Diego Bruno Gonçalves Macedo

Enfermeiro. Especialista em auditoria em Serviços de Saúde- FIP e em qualidade e Segurança no Cuidado ao Paciente - Sírio Libanês, João Pessoa/PB, Brasil.

Vagna Cristina Leite da Silva Pereira

Enfermeira. Doutora em Enfermagem do Programa de Pós-graduação em Enfermagem - PPGENF/UFPB, João Pessoa/PB, Brasil.

Mikaela Dantas Dias Madruga

Enfermeira, Mestre em Saúde da Família- FACENE, João Pessoa/PB, Brasil.

INTRODUÇÃO

A fitoterapia se configura como uma prática complementar em saúde caracterizada pela utilização de plantas medicinais em suas diversas apresentações farmacêuticas para a prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde. Nessa modalidade de tratamento não são utilizadas substâncias ativas isoladas, mesmo as de origem vegetal, sendo os medicamentos obtidos a partir dos constituintes das plantas medicinais^(1,2).

Na atualidade, o Sistema Único de Saúde (SUS) dispõe de 12 medicamentos fitoterápicos catalogados, os quais fazem parte da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) com o propósito de atender às necessidades de saúde prioritárias da população brasileira⁽³⁾.

Dentre as 71 plantas medicinais da Relação Nacional de Plantas Medicinais de Interesse ao SUS (RENISUS), 12 já são integradas ao SUS, junto ao RENAME, são elas: Alcachofra, Aroeira, Babosa, Cáscara-sagrada, Espinheira-santa, Guaco, Garra-do-diabo, Hortelã, Isoflavona-de-soja, Plantago, Salgueiro e Unha-de-gato. As outras 59 plantas ainda carecem de estudos para sua liberação na saúde.

Os produtos fitoterápicos são essenciais para o sistema de saúde objetivando promover o acesso, o uso seguro e racional

para a população, sendo produtos em que sua eficácia e segurança já foram comprovadas, além de ampla disponibilidade e preços acessíveis^(4,5).

A introdução da Fitoterapia e das plantas medicinais no SUS foi incentivada por organizações populares, diretorias de conferências nacionais e internacionais de saúde, além do estímulo da Organização Mundial da Saúde (OMS), com o intuito de expandir a cobertura de medicamentos, por ser um recurso abundante e econômico⁽⁶⁾. Sua utilização é de fundamental importância, pois, além de aumentar os recursos terapêuticos, preserva a biodiversidade e resgata o conhecimento popular. Todavia, é uma área com poucas revisões sobre estudos no campo da saúde coletiva⁽⁷⁾.

É sabido que, embora sejam métodos aceitos entre os profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF), o conhecimento sobre tais métodos e as políticas propostas ainda estão escassos⁽⁸⁾. Dessa forma, considera-se a importância da atuação do profissional de enfermagem considerando as multiplicidades de papéis assumidos por tal profissional nesse nível de atenção. Normalmente é o enfermeiro que assume o papel de educador em saúde, orientando e assistindo a população em referência às plantas medicinais, embora ainda seja visto a necessidade de aprimorar tais co-

nhecimentos considerando ainda que tal deficiência ocorre como resposta à falta de interesse pela temática, fragilidade e superficialidade dos conhecimentos na formação profissional, fazendo-se necessário incitar um processo de capacitação continuada mais efetivo⁽⁹⁾.

Diante do contexto quanto à negligência e deficiência na utilização dos fitoterápicos da RENAME e da lacuna de conhecimento científico sobre essa temática, torna-se relevante realizar esta investigação a fim de contribuir com informações sobre conhecimentos a respeito dos fitoterápicos, seus efeitos como forma de incentivar discussões e promover o uso dessa modalidade de tratamento na ABS como forma de favorecer a rentabilidade e promover a garantia de uma alternativa terapêutica leve, não convencional e de baixo custo.

Nesse interim, este estudo emerge a partir da seguinte questão norteadora: Os profissionais de enfermagem da Atenção Básica à Saúde possuem conhecimento quanto aos fitoterápicos da RENAME? Para responder a tal indagação, traçou-se como objetivo investigar o conhecimento de enfermeiros que atuam na Atenção Básica à Saúde sobre os fitoterápicos da RENAME.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório descritivo de abordagem quantitativa realizado nas Unidades Básicas de Saúde do município de Santa Rita, Paraíba, Brasil. A escolha desse local é justificada por essa cidade compor uma das três principais cidades de maior economia da Paraíba, entretanto ainda há uma escassez de estudos no âmbito da atenção básica no local.

A população do estudo foi composta pela totalidade de profissionais de enfermagem que atuam na atenção básica do município, perfazendo um total de 41 profissionais. Sendo investigada uma amostra de 25 enfermeiros que atenderam aos critérios de inclusão adotados para realização da pesquisa. Foram excluídos os enfermeiros que por algum motivo estavam afastados da ESF no período de coleta de dados.

O instrumento de coleta de dados coleta foi um formulário estruturado dividido em duas etapas, a primeira para apresentar dados de caracterização social da amostra e a segunda para atender os objetivos da pesquisa.

A coleta de dados foi realizada em dias úteis nos turnos manhã e tarde, durante o mês de setembro de 2017. Os dados foram armazenados e agrupados em um banco de dados no Microsoft Office Excel 2016.

Para análise dos dados utilizou-se a estatística descritiva simples e os resultados foram apresentados em tabelas e discutidos de acordo com a literatura.

O estudo foi conduzido conforme a Resolução n.º 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (CEP/FACENE) sob protocolo n.º 99/2017 de 16 de dezembro de 2017, CAAE n.º 7110064176.0000.5179.

RESULTADOS

Em referência aos indivíduos pesquisados, a maioria é do sexo feminino 92% (23), na faixa de 30 a 39 anos 48% (12), possuem tempo de atividade laboral na unidade acima de 4 anos 64% (16), a maioria referiu possuir outro vínculo empregatício 52% (13). Verificou-se ainda que 80% (20) dos pesquisados possui pós-graduação compreendendo as áreas de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), saúde da família, saúde do trabalhador, obstetrícia e neonatologia, urgência e emergência além de enfermagem em auditoria. Quanto à origem do conhecimento das plantas medicinais, 76% (19) dos entrevistados assinalou ser advindo de familiares e apenas 4% (01) marcou a especialização

como fonte do seu conhecimento.

Quando indagados sobre o conhecimento acerca da prescrição dos fitoterápicos da RENAME, 84% (21) dos entrevistados negou tal habilidade, apenas 16% (04) afirmou deter o saber para a prática correta.

A Tabela 1 apresenta um comparativo de informações sobre as formas terapêuticas mais conhecidas pelos profissionais investigados. Segundo os resultados, os chás são as formas mais conhecidas com 100% (25), em seguida foram citados os sabonetes 88% (22) e na sequência com 80% (20) a alimentação e o suco fresco, sendo estas as principais formas terapêuticas assinaladas pelos pesquisados. Entre as formas não conhecidas as mais citadas foram cremes vaginais 48% (12) e extratos e comprimidos 44% (11).

O chá também foi a principal forma de preparo das plantas medicinais em outros estudos^(12,13), tratando-se de uma das formas mais populares pela facilidade de realização. As partes vegetais manipuladas para a produção de chás possuem diversos compostos químicos associados, como: glicídios, alcaloides, flavonoides, cúmarinas, naftoquinônicos e iridóides. Utilizar estes compostos de forma contínua e indiscriminada, pode gerar perturbações no organismo⁽¹⁴⁾.

Tabela 1. Quantitativo dos participantes que conhecem e desconhecem as formas terapêuticas das plantas medicinais. Santa Rita, PB, Brasil, 2017. (n=25).

FORMAS TERAPÊUTICAS DAS PLANTAS MEDICINAIS	CONHECEM		DESCONHECEM	
	N	%	N	%
Infusão	19	76	06	24
Suco fresco	20	80	05	20
Solução oral	17	68	08	32
Sabonetes	22	88	03	12
Comprimido	14	56	11	44
Cápsula	16	64	09	36
Tintura	16	64	09	36
Extratos	14	56	11	44
Alimentação	20	80	05	20
Chás	25	100	00	00
Cremes vaginais	12	48	13	52

Tabela 2. Quantitativo dos participantes que conhecem e desconhecem a correta relação entre os fitoterápicos da RENAME e seus respectivos efeitos farmacológicos. Santa Rita, PB, Brasil, 2017. (n=25).

FITOTERÁPICOS DA RENAME	CONHECEM		DESCONHECEM	
	N	%	N	%
Alcachofra (<i>Cynara scolymus</i> L.)	01	04	24	96
Aroeira (<i>Schinus terebinthifolia</i> Raddi)	14	56	11	44
Babosa [<i>Aloe vera</i> (L.) Burm. f.]	10	40	15	60
Câscara-sagrada (<i>Rhamnus purshiana</i> DC.)	01	04	24	96
Espinheira-santa (<i>Maytenus ilicifolia</i> Mart. ex Reissek)	01	04	24	96
Guaco (<i>Mikania glomerata</i> Spreng.)	00	00	25	100
Garra-do-diabo (<i>Harpagophytum procumbens</i> DC. ex Meissn.)	01	04	24	96
Hortelã (<i>Mentha x piperita</i> L.)	01	04	24	96
Isoflavona-de-soja [<i>Glycine max</i> (L.) Merr.]	04	16	21	84
Plantago (<i>Plantago ovata</i> Forssk.)	00	00	25	100
Salgueiro (<i>Salix alba</i> L.)	01	04	24	96
Unha-de-gato [<i>Uncaria tomentosa</i> (Willd. ex Roem. & Schult.)]	02	08	23	92

Verifica-se na literatura estudos^(15,16) que fazem alusão ao conhecimento dos profissionais da saúde acerca de algumas plantas medicinais como o boldo, camomila, cidreira, capim santo, entre outras, porém essas plantas estão contidas no RENISUS e não na RENAME, carecendo de estudos que viabilizem sua utilização no SUS.

Alguns fitoterápicos da RENAME não são conhecidos por parte da população, essa afirmativa é validada por meio da pesquisa⁽¹²⁾, em que os participantes do estudo descreveram 26 fitoterápicos que possuem conhecimento, entretanto, apenas uma planta da RENAME foi citada, a hortelã.

A hortelã é uma das plantas medicinais mais estudadas dentre a literatura^(17,18). Porém, na presente pesquisa, a maioria dos participantes da pesquisa confundiu seu efeito farmacológico com a do guaco e da espinheira-santa, demonstrando a carência de conhecimento científico dos enfermeiros.

A babosa e a aroeira são plantas populares no território nacional por tratarem-se de plantas que possuem propriedades

curativas já consagradas dentre as pessoas. O primeiro registro da utilização da aroeira no Brasil foi realizado por volta do ano de 1926, já a babosa a partir do ano de 1932 foi difundida no mundo todo após ser reconhecida como droga oficial pela Farmacopeia Britânica, justificando o resultado obtido^(19,20).

É comum os profissionais da saúde deixarem de prescrever os fitoterápicos por não conhecerem os efeitos e as propriedades das plantas medicinais⁽¹⁵⁾. Estes devem buscar atualização constante para oferecer a melhor terapêutica ao paciente de forma segura, sem oferecer riscos.

Para que o aumento da assiduidade da prática fitoterápica inclua na RENAME seja mais aceita pela população e manipulada pelos enfermeiros como consta no MS, devem-se realizar ações de educação permanente com esses profissionais da atenção básica, para que possuam discernimento para conscientizar a população e difundir o emprego das plantas medicinais dentre todo o território nacional.

CONCLUSÃO

O uso da fitoterapia na atenção básica é extremamente pertinente, promove o sinergismo entre a cultura popular e o conhecimento científico contribuindo para a diminuição de gastos e ampliando as possibilidades terapêuticas. De acordo com a proposta do Ministério da Saúde para efetivação da prescrição de plantas medicinais na atenção básica, faz-se necessário conhecimento e segurança por parte dos profissionais para o emprego das plantas propostas pela RENAME.

A realização desse estudo foi importante para o aprofundamento dos saberes acerca do emprego dos fitoterápicos pelos enfermeiros no âmbito da atenção básica. Constatou-se que as plantas medicinais vêm sendo utilizadas por profissionais em seu cotidiano, embora eles tenham demonstrado não estarem preparados para prescrevê-las. Espera-se que a realização dessa pesquisa incite profissionais da atenção básica a reflexões a respeito da prescrição da fitoterapia e os benefícios que podem acarretar sua atividade laboral, como forma de induzir a busca e aprofundamento de conhecimentos científicos. ■

artigo

Júnior, J.N.B.S.; Guedes, H.C.S.; Januário, D.C.; Silva, C.R.R.; Silva, R.V.R.; Macedo, D.B.G.; Pereira, V.C.L.S.; Madruga, M.D.D.; Conhecimento de enfermeiros que atuam na atenção básica à saúde acerca dos fitoterápicos da Rename

REFERÊNCIAS

1. Moreira FR, Oliveira FQ. Levantamento De Plantas Medicinais E Fitoterápicos Utilizados Na Comunidade Quilombola-Pontinha De Paraopeba, Minas Gerais, Brasil. *Revista Brasileira de Ciências da Vida*. [Internet]. 2017 [citado em 22 dez 2018]; 5(5):1-24. Disponível em: <http://jornal.faculdadecienciasdavida.com.br/index.php/RBCV/article/view/356/244>.
2. Silva CG, Marinho MG, Lucena MFA, Costa JGM. Levantamento etnobotânico de plantas medicinais em área de Caatinga na comunidade do Sítio Nazaré, município de Milagres, Ceará, Brasil. *Rev. bras. plantas med.* [Internet]. 2015 [citado em 24 dez 2018]; 17(1): 133-42. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/1983-084X/12_055.
3. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (BR). *Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: RENAME 2018* [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2018. [citado em 24 dez 2018]. Disponível em: <http://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2018/11/RENAME-2018.pdf>.
4. Fernandes COM, Félix SR, Nobre MO. Toxicidade dos fitoterápicos de interesse do SUS: uma revisão. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde* [Internet]. 2016 [citado em 28 dez 2018]; 37(1): 91-104. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5433/1679-0367.2016v37n1p91>.
5. Pinheiro HS, Giacomini LL, Reis IMS, Baratto LC. Avaliação do desenvolvimento e da produção de flavonoides de *Kalanchoe pinnata* (Lam.) Pers. (Crassulaceae) em diferentes condições de luz e nutrição. *Revista Fitos Eletrônica* [Internet]. 2017 [citado em 04 jan 2019]; 10(4): 404-16. Disponível em: <http://revistafitos.far.fiocruz.br/index.php/revista-fitos/article/view/360>.
6. Lima CA, Vieira MA, Costa FM, Rocha JCD, Dias OV. Correlação entre perfil sociodemográfico e acadêmico e formas de ingresso na graduação em enfermagem. *Rev enferm UFPE on line* [Internet]. 2015 [citado em 04 jan 2019]; 9(4): 7986-94. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10551/11469>.
7. Antonio GD, Tesser CD, Moretti-Pires RO. Fitoterapia na atenção primária à saúde. *Revista de Saúde Pública* [Internet]. 2014 [citado em 06 jan 2019]; 48(3):541-553. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/84403>.
8. Borcard GG, Conde BE, Alves MJM, Chedier LM, Pimenta D S. Estudo etnofarmacológico em entorno de floresta urbana como subsídio para a implantação da Fitoterapia no Sistema Único de Saúde. *Rev. bras. plantas med.* [Internet]. 2015 [citado em 06 jan 2019]; 17(4): supl. 2, 928-36. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Bruno_Conde2/publication/291689019_Estudo_etnofarmacologico_em_entorno_de_floresta_urbana_como_subsidio_para_a_implantacao_da_Fitoterapia_no_Sistema_Unico_de_Saude/links/577dbd6b08aeae3b27e47af.pdf.
9. Embree JL, Wagnes L, Hendrick S, LaMothe J, Halstead J, Wright L, et al. Empowering Nurses to Lead Interprofessional Collaborative Practice Environments Through a Nurse Leadership Institute. *J Contin Educ Nurs*. [Internet]. 2018 [citado em 07 jan 2019]; 49(2):61-71. Disponível em: <https://doi.org/10.3928/00220124-20180116-05>.
10. Silva Júnior JNB, Guedes HCS, Silva VCL, Ferreira MGN, Santos AF, Madruga MDD. A enfermagem e a utilização de plantas medicinais no âmbito da atenção básica. *Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança* [Internet]. 2017 [citado em 08 jan 2019]; 15(3): 61-8. Disponível em: <http://www.facene.com.br/wp-content/uploads/2010/11/Artigo-09.pdf>.
11. Bellaguarda MLR, Nelson S, Padilha MI, Caravaca-Morera JA. Autoridade Prescritiva e Enfermagem: uma análise comparativa no Brasil e no Canadá. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [Internet]. 2015 [citado em 10 jan 2019]; 23(6):1065-73. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n6/pt_0104-1169-rlae-23-06-01065.pdf.
12. Zeni ALB, Parisotto AV, Mattos G, Santa Helena ET. Use of medicinal plants as home remedies in Primary Health Care in Blumenau-State of Santa Catarina, Brazil. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2017 [citado em 11 jan 2019]; 22(8):2703-12. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n8/1413-8123-csc-22-08-2703.pdf>.
13. Santana SR, Neto GG. Plantas medicinais usadas na medicina tradicional em DOM Aquino, Mato Grosso, Brasil. *FLOVET-Boletim do Grupo de Pesquisa da Flora, Vegetação e Etnobotânica* [Internet]. 2017 [citado em 13 jan 2019]; 1(9):102-11. Disponível em: <http://periodicoscientificos.ufmt.br/ojs/index.php/flovet/article/view/5489>.
14. Oliveira DMS, Lucena EMP. O uso de plantas medicinais por moradores de Quixadá-Ceará. *Rev. bras. plantas med.* [Internet]. 2015 [citado em 14 jan 2019]; 17(3):407-12. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-05722015000300407.
15. Nascimento Júnior BJ, Tinel LO, Silva ES, Rodrigues LA, Freitas TON, Nunes XP et al. Avaliação do conhecimento e percepção dos profissionais da estratégia de saúde da família sobre o uso de plantas medicinais e fitoterapia em Petrolina-PE, PE. *Rev. bras. plantas med.* [Internet]. 2016 [citado em 17 jan 2019]; 18(1):57-66. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbpm/v18n1/1516-0572-rbpm-18-1-0057.pdf>.
16. Souza ADZ, Heinen HM, Amestoy SC, Mendieta MC, Piriz MA, Heck RM. O Processo de trabalho dos enfermeiros da atenção primária e a Política Nacional de Plantas Medicinais/Fitoterápicos. *Rev. bras. plantas med.* [Internet]. 2016 [citado em 19 jan 2019]; v. 18, n. 2, p. 480-487, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-05722016000200480&script=sci_abstract&tlng=pt.
17. Lopes MA, Nogueira IS, Obici S, Albiero ALM. Estudo das plantas medicinais, utilizadas pelos pacientes atendidos no programa "Estratégia saúde da família" em Maringá/PR/Brasil. *Rev. bras. plantas med.* [Internet]. 2015 [citado em 22 jan 2019]; 17(4):702-6. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-05722015000500702.
18. Szerwieski LLD, Cortez DAG, Bennemann RM, Silva ES, Cortez LER. Uso de plantas medicinais por idosos da atenção primária. *Revista Eletrônica de Enfermagem* [Internet]. 2017 [citado em 23 jan 2019]; 19. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/42009/22840>.
19. Zago LMS, Moura MEP. Vinte e dois anos de pesquisa sobre plantas medicinais: uma análise cienciométrica. *Tecnia* [Internet]. 2018 [citado em 23 jan 2019]; 3(1):157-73. Disponível em: <http://revistas.ifg.edu.br/tecnica/article/download/157/76>.
20. Araújo AKL, Araujo Filho ACA, Ibiapina LG, Nery IS, Rocha SS. Dificuldades enfrentadas por enfermeiros na aplicabilidade da fitoterapia na atenção básica: uma revisão integrativa. *J. res.: fundam. care. Online* [Internet]. 2015 [citado em 25 jan 2019]; 7(3):2826-34. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4039/pdf_163.

Percepção de trabalhadores da saúde sobre a integralidade do cuidado em um ambulatório multiprofissional

RESUMO

Objetivo: analisar a percepção de trabalhadores da saúde sobre a integralidade do cuidado em um Ambulatório Multiprofissional Vascular. Método: estudo descritivo, de abordagem qualitativa, realizado com 17 trabalhadores. Os dados foram coletados por meio de um questionário com perguntas abertas. Resultados: 29% dos trabalhadores não realizam encaminhamentos aos usuários após a alta hospitalar, 76% nunca encaminharam para o referido ambulatório e 59% desconheciam o trabalho realizado no ambulatório. Os trabalhadores consideram importante para o cuidado integral, relacionaram o cuidado multiprofissional ao sucesso do tratamento, na promoção da saúde, prevenção de doenças, complicações e melhora da qualidade de vida. Conclusão: Acredita-se que o conhecimento produzido provocará reflexões de trabalhadores e gestores da saúde; auxiliará no desenvolvimento de ações que reorientem as suas práticas profissionais, visando qualificar os serviços de saúde, em busca da integralidade da assistência, o que poderá contribuir para a construção do conhecimento sobre a temática.

DESCRIPTORES: Equipe de Assistência ao Paciente; Assistência Integral à Saúde; Serviços de Saúde.

ABSTRACT

Objective: to analyze the perception of health workers about the integral care in a Multiprofessional Vascular Outpatient Clinic. Method: a descriptive, qualitative study with 17 workers. Data were collected through a questionnaire with open questions. Results: 29% of the workers did not send referrals to patients after hospital discharge, 76% never referred to the outpatient clinic, and 59% were unaware of the work performed at the outpatient clinic. Workers consider it important for comprehensive care, related multiprofessional care to treatment success, health promotion, disease prevention, complications and improved quality of life. Conclusion: It is believed that the knowledge produced will provoke reflections of workers and health managers; Will assist in the development of actions that reorient their professional practices, aiming to qualify the health services, in search of integral care, which may contribute to the construction of knowledge on the subject.

DESCRIPTORS: Patient Care Team; Comprehensive Health Care; Health Services.

RESUMEN

Objetivo: analizar la percepción de trabajadores de la salud sobre la integralidad del cuidado en un Ambulatorio Multiprofesional Vascular. Método: estudio descriptivo, de abordaje cualitativo, realizado con 17 trabajadores. Los datos fueron recolectados a través de un cuestionario con preguntas abiertas. Resultados: 29% de los trabajadores no realizan encaminamientos a los usuarios después del alta hospitalaria, el 76% nunca encaminó para el referido ambulatorio y el 59% desconocía el trabajo realizado en el ambulatorio. Los trabajadores consideran importante para el cuidado integral, relacionaron el cuidado multiprofesional al éxito del tratamiento, en la promoción de la salud, prevención de enfermedades, complicaciones y mejora de la calidad de vida. Conclusión: Se cree que el conocimiento producido provocará reflexiones de trabajadores y gestores de la salud; En el desarrollo de acciones que reorienten sus prácticas profesionales, buscando calificar los servicios de salud, en busca de la integralidad de la asistencia, lo que podrá contribuir a la construcción del conocimiento sobre la temática.

DESCRIPTORES: Grupo de Atención al Paciente; Atención Integral de Salud; Servicios de Salud.

Bruna Hirano Imbriani

Fisioterapeuta. Especialista em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde – Universidade Federal de Santa Maria - UFSM.

Fabianne Banderó Hoffling

Assistente Social. Especialista em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde – UFSM.

Pâmela Guimarães Siqueira

Enfermeira. Especialista em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde – UFSM.

Sofia Hardman Côrtes Quintela

Fonoaudióloga. Especialista em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde – UFSM.

Aline Balbinot

Fisioterapeuta. Hospital Universitário de Santa Maria/EBSERH.

Rosângela Marion da Silva

Enfermeira. Professora Doutora em Ciências, Tutora de Campo da Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde do Centro de Ciências da Saúde – UFSM, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria.

INTRODUÇÃO

No Brasil, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) se constituem como o problema de saúde de grande magnitude. São responsáveis por 72% das causas de mortes, com destaque para doenças do aparelho circulatório (31,3%), câncer (16,3%), diabetes mellitus (5,2%) e doença respiratória crônica (5,8%), e atingem indivíduos de todas as camadas socioeconômicas e, de forma mais intensa, aqueles pertencentes a grupos vulneráveis, como os idosos e os de baixa escolaridade e renda⁽¹⁾.

Apesar da magnitude das DCNT e do aumento de sua incidência com o avanço da idade, grande parte dessas doenças poderia ser evitada. As principais DCNT, como doença cardiovascular, diabetes e câncer, compartilham diversos fatores de risco, sendo recomendável uma abordagem integradora de prevenção e controle, para todas as idades e com foco na redução da hipertensão arterial sistêmica, tabagismo, uso de álcool, inatividade física, dieta inadequada, obesidade e hipercolesterolemia⁽²⁾. Entretanto, apesar da prevenção ser possível, o controle das DCNT é um dos desafios enfrentados pelos sistemas de saúde atualmente e que, se não forem adequadamente gerenciadas, poderão constituir a primeira causa de incapacidade em todo o mundo até o ano 2020 e se tornarão o problema mais oneroso para os nossos sistemas de saúde⁽³⁾.

Dentre os fatores de risco da população brasileira, pode-se apontar que os níveis de atividade física no lazer na população adulta são relativamente baixos, em torno

de 15%. Cerca de 18,2% consomem cinco porções de frutas e hortaliças em cinco ou mais dias por semana, 34% consomem alimentos com elevado teor de gordura e 28% consomem refrigerantes cinco ou mais dias por semana, o que contribui para o aumento da prevalência de excesso de peso e obesidade, que atingem, respectivamente, 48% e 14% dos adultos⁽¹⁾. Nessa perspectiva, para aperfeiçoar os sistemas de saúde, faz-se necessária a reorientação dos modelos, que antes eram voltados para problemas agudos no atendimento das condições crônicas, com ações que integram a promoção da saúde e a prevenção primária dos fatores de risco⁽⁴⁾.

A partir disso, justifica-se a realização deste estudo tendo como referência dados epidemiológicos do município, contidos no Plano Municipal de Saúde 2012-2016, que apontam as Doenças do Aparelho Circulatório como a maior causa de óbitos por doenças cerebrovasculares em ambos os sexos e na faixa etária de 80 anos e mais no período de 2007 a 2010⁽⁵⁾. Somam-se a isso os dados do setor de estatística da instituição hospitalar localizada no município cenário desta investigação, que mostram que de janeiro a novembro de 2016 foram realizadas 280 cirurgias vasculares, sendo que no mesmo período mencionado, foram registrados 119 atendimentos no Ambulatório Multiprofissional Vascular (AMV).

Esse ambulatório traz como proposta a integralidade do cuidado por meio de ações de prevenção de agravos e promoção da saúde. Tem como objetivo atender usuários que realizaram algum procedimento cirúrgico na instituição ou que estejam

vinculados ao ambulatório médico de Angiologia e Cirurgia Vascular, que trata doenças das veias, artérias e de vasos linfáticos, podendo ser um tratamento clínico ambulatorial ou cirúrgico. A equipe que realiza o atendimento é multiprofissional, entendida por um grupo composto por diferentes núcleos profissionais, cada qual com sua especificidade. As distintas áreas e saberes estão “organizados em função dos objetivos/missão de cada serviço de saúde, estabelecendo-se como referência para os usuários desse serviço”^(6,60).

Sob o entendimento de que os profissionais da saúde e as instituições devem encontrar maneiras criativas para atender a complexidade das demandas de saúde na perspectiva das diferentes especialidades e áreas do saber e de acordo o princípio da integralidade⁽⁷⁾, foi evidenciado por um grupo de residentes multiprofissionais, durante a vivência em campo prático hospitalar, que havia desconhecimento da equipe de saúde que presta assistência aos usuários com alterações vasculares sobre o trabalho desenvolvido no referido ambulatório. Diante disso, questionou-se: Qual o conhecimento dos trabalhadores da saúde sobre o atendimento realizado no Ambulatório Multiprofissional Vascular vinculado à instituição hospitalar?

O trabalho em equipe é uma ferramenta que pode promover aproximações entre os atores envolvidos no processo saúde e doença, facilitar a realização da tarefa profissional e contribuir para a satisfação no ambiente de trabalho⁽⁸⁾. É bom para médicos, por diminuir a sobrecarga de atenção e redirecionar algumas demandas que sejam de competência de outros pro-

fissionais; para a equipe multiprofissional, porque os incluem no cuidado ao usuário, com distribuição das demandas; e para os próprios usuários, porque mantém uma atenção contínua, com integração de ações preventivas, curativas e incentivando o autocuidado⁽⁹⁾.

Essas ações constituem práticas educativas. Favorecem o diálogo e proporcionam o encontro e trocas de experiência entre as pessoas e, em consequência disso, a compreensão de elementos que promovem a saúde e previnem complicações⁽¹⁰⁾.

A partir do exposto, delineou-se como objetivo analisar a percepção de trabalhadores da saúde sobre a integralidade do cuidado em um Ambulatório Multiprofissional Vascular.

METODOLOGIA

A presente pesquisa é um estudo descritivo, de abordagem qualitativa. O cenário do estudo foi o Ambulatório Multiprofissional Vascular de uma instituição hospitalar localizada no estado do Rio Grande do Sul (RS). O AMV é um dos 100 ambulatórios da instituição.

O encaminhamento dos usuários para este ambulatório pode ser realizado pelos profissionais de nível superior atuantes na instituição. O atendimento acontece nas terças-feiras, no turno da tarde com agendamento de marcação de até cinco atendimentos por dia. Esse quantitativo está relacionado ao tempo médio de atendimento interdisciplinar, que é de aproximadamente 50 minutos. Atuam no AMV residentes do primeiro e segundo anos da Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar (assistente social, enfermeira, farmacêutica, fisioterapeuta, fonoaudióloga, nutricionista e psicóloga). A dinâmica de funcionamento é desenvolvida em dois momentos: avaliação do prontuário, com o objetivo de conhecer a história clínica prévia, motivo de encaminhamento do usuário ao ambulatório e possíveis demandas para a equipe, e acolhimento ao usuário e acompanhante, com o objetivo de planejar conjuntamente a continuidade do cuidado no domicílio.

Foi optado por esta abordagem uma vez que o acolhimento é uma diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH), que diz que essa ação não tem local nem hora certa para acontecer, nem um profissional específico para fazê-lo e que deve fazer parte de todos os encontros do serviço de saúde. É uma postura ética que implica na escuta do usuário em suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento, e na responsabilização pela resolução, com ativação de redes de compartilhamento de saberes. Acolher é um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde⁽⁶⁾.

Concomitante, realizava-se um levantamento de demandas do usuário e avaliações pertinentes às principais necessidades apresentadas por ele. A dinâmica do atendimento contempla uma avaliação inicial, com: aferição de pressão arterial sistêmica, verificação da glicemia capilar (em usuários com diagnóstico de Diabetes Mellitus), antropometria nutricional (peso, altura e Índice de Massa Corporal), identificação de queixas álgicas, alterações anatômicas e na pele decorrentes de procedimentos cirúrgicos. São realizadas também avaliação psicossocial, nutricional, farmacêutica, fisioterapêutica e fonoaudiológica, de acordo com a demanda apresentada. São realizados curativos quando necessário, orientações para o cuidado e higiene, sobre alimentação, uso de medicamentos e dicas de exercícios que estimulam a mobilidade.

Como recurso de auxílio nesse processo de autonomia e autocuidado, após orientações, são entregues cartilhas educativas com conteúdo sobre cuidados alimentares e com pé diabético, além de uma tabela em que os usuários podem registrar os valores de glicemia capilar e de pressão arterial. Salienta-se que na identificação da necessidade de acompanhamento mais frequente de algum profissional da saúde, o usuário é contrarreferenciado para os profissionais da rede de atenção à saúde do município de origem. Além disso, todos os usuários são incentivados a acessarem a Unidade Básica de Saúde (UBS) ou Estratégia de

Saúde da Família (ESF) de referência para acompanhamento e continuidade de cuidado.

Destaca-se que os usuários com alterações vasculares internados na instituição hospitalar têm a possibilidade de alta diretamente das unidades de Pronto Socorro (PS), Recuperação Pós-Anestésica (RPA), Clínica Cirúrgica, Clínica Médica I e II, Unidade Cardiológica Intensiva (UCI) e no ambulatório médico de Angiologia e Cirurgia Vascular, sendo esses os locais escolhidos para a realização da pesquisa, sendo importante a continuidade do cuidado, especialmente o referenciamento ao AMV.

Participaram do estudo trabalhadores da saúde segundo os seguintes critérios de inclusão: atuar na instituição independente do vínculo profissional e prestar assistência aos usuários com alterações vasculares. Foram excluídos os trabalhadores em licença de qualquer natureza. Para a seleção dos trabalhadores, optou-se por realizar uma amostra não probabilística por conveniência, para que todos os núcleos profissionais envolvidos no cuidado do usuário participassem da pesquisa. Adotou-se como critério de finalização da coleta de dados a saturação amostral.

A amostra foi constituída por 17 trabalhadores, sendo 2 assistentes sociais, 7 enfermeiros, 2 fisioterapeutas, 1 fonoaudiólogo, 3 médicos, 2 nutricionistas e 1 psicólogo.

O instrumento para coleta de dados foi um questionário com perguntas abertas, que foi entregue aos participantes durante o turno de trabalho e acordado um dia e horário conveniente para a devolução. Foi realizada nos meses de setembro a dezembro de 2016.

A fim de verificar possíveis dúvidas quanto ao preenchimento do questionário, foi realizado um pré-teste com três trabalhadores, que se dispuseram voluntariamente a colaborar com a pesquisa, objetivando adequar as perguntas do questionário. Após a realização do pré-teste, cujos dados não foram incluídos na análise, o questionário ficou composto, em sua primeira parte, de questões de ca-

racterização sociolaboral dos participantes com informações referentes a sexo, idade, núcleo profissional, tempo de formado, tempo de trabalho na instituição, unidade de trabalho e se o profissional é preceptor (a) de núcleo e/ou campo dos programas de residência multiprofissional e médica. A segunda parte foi composta por cinco questões: 1) Você trabalha com pacientes com alterações vasculares? 2) Que encaminhamento (s) você faz ao usuário com alteração vascular? 3) Você conhece o trabalho realizado no Ambulatório Multiprofissional Vascular? 4) Você já encaminhou algum paciente para o Ambulatório Multiprofissional Vascular? 5) Como você avalia o encaminhamento do usuário com alteração vascular para o Ambulatório Multiprofissional Vascular?

Para garantir o sigilo dos participantes, os dados dos questionários foram organizados de acordo com o código alfanumérico de acordo com a entrega: Trabalhador 1 (T1), Trabalhador 2 (T2), e assim sucessivamente.

Para organização e análise dos dados, a partir deste questionário adotou-se como referencial metodológico a Análise de Conteúdo Temática⁽¹¹⁾, que considera, essencialmente, as falas dos sujeitos. Esta técnica é composta de três fases: pré-análise (organização dos dados, leitura inicial de todo o conteúdo, escolha dos documentos ou registros e determinação de critérios); exploração do material (codificação em temas, que permite atingir a representação temática do conteúdo, compondo as categorias), e interpretação (os dados são tratados de maneira a serem significativos e válidos).

Todos os dados foram coletados após a autorização da instituição e aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob Parecer n.º 1.663.461, CAAE 57048216.8.0000.53.46, com assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos participantes do estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram 17 trabalhadores, sen-

do 82% do sexo feminino. 30% possuía faixa etária entre 25 e 30 anos, 12% com idade acima de 40 anos, 12% com tempo de atuação profissional acima de 14 anos; 53% eram preceptores de núcleo e 12% preceptores de campo da residência multiprofissional.

Identificou-se que 29% dos trabalhadores não realizavam nenhum tipo de encaminhamento e que 76% nunca realizaram encaminhamento para o AMV. Esses dados sugerem a inexistência, ineficiência ou desconhecimento do sistema de referência e contrarreferência por parte destes trabalhadores de saúde. Este sistema consiste no encaminhamento de usuários conforme o nível de complexidade requerido para resolver seus problemas de saúde⁽¹²⁾.

A referência é um ato formal de encaminhamento de um paciente atendido em um determinado estabelecimento de saúde a outro de maior complexidade; a contrarreferência é também um ato formal de encaminhamento de paciente ao estabelecimento de origem (que o referiu) após resolução da causa responsável pela referência⁽¹³⁾. Estudo⁽¹⁴⁾ refere que investir na atenção multiprofissional é uma das formas de qualificar os processos de referência e contrarreferência, o que desencadeará uma ação integrada, resolutive e humanizada para a continuidade da assistência em saúde.

Os vínculos estabelecidos entre os serviços e usuários do SUS devem permanecer mesmo na ocorrência de encaminhamentos, com a preservação da integralidade, garantia dos registros e incentivo a comunicação entre profissionais de diferentes níveis de complexidade⁽¹⁵⁾. Porém, sabe-se que ainda persistem importantes problemas organizacionais para acesso, como fluxos pouco ordenados e a integração da Atenção Primária à Saúde (APS) com a rede, que ainda é incipiente, com várias fragilidades entre elas, como a troca de informações entre profissionais e serviços de saúde^(15,16), o que repercute na satisfação dos usuários.

Pesquisa⁽¹⁷⁾ identificou que usuários hospitalizados percebem que o atendimento nos serviços de saúde anterior à

internação é precário, pois há falta de estrutura nos serviços, comunicação deficiente ou inexistente e à falta de humanização na assistência. Assim, para que uma rede coordenada seja estabelecida, é de fundamental importância uma ação comunicativa, o que implica em relações interpessoais de interdependência, com acesso e continuidade do cuidado, evitando procedimentos desnecessários ou até mesmo em duplicidade e agilidade no atendimento⁽¹⁵⁾.

Em relação ao conhecimento dos trabalhadores sobre o trabalho realizado no AMV, 59% dos participantes desconheciam, percentual preocupante, uma vez que o serviço é ofertado na instituição de trabalho dos participantes. Assim, considerando que houve o ingresso de inúmeros trabalhadores nos últimos três anos devido a adesão da instituição à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, entende-se que esses deveriam ter sido sensibilizados para a transferência do cuidado pós alta hospitalar, como o encaminhamento do usuário para o AMV por exemplo.

Importante nesse processo de sensibilização é a educação permanente em saúde, ferramenta necessária para divulgação do trabalho realizado no ambulatório em questão. A educação permanente parte da hipótese da aprendizagem significativa, que promove e produz sentidos, e propõe que a transformação das práticas profissionais esteja fundamentada na reflexão crítica sobre práticas reais, de profissionais reais, em ação na rede de serviços, sendo realizada no encontro entre o universo de formação e do trabalho, em que o aprender e o ensinar se integram ao cotidiano das instituições e ao trabalho⁽¹⁸⁾.

Assim, planejar a alta hospitalar juntamente com os usuários é buscar a integralidade do cuidado. Entendendo que o cuidado não se encerra com a alta do usuário da instituição, é primordial que o encaminhamento para o AMV seja realizado e, assim, quanto mais pessoas estiverem esclarecidas sobre processo de trabalho neste setor, maior será o quantitativo de usuários com garantia da continuidade do cuidado.

Ao analisar as respostas da questão -

Como você avalia o encaminhamento do usuário com alteração vascular para o Ambulatório Multiprofissional Vascular? Emergiram as seguintes categorias temáticas: Integralidade do cuidado como eixo norteador da prática profissional e Ações multiprofissionais e interdisciplinares em saúde.

Pensar integralmente no usuário requer trabalhadores envolvidos, motivados e exige mudança de atitude para atuar de forma sistematizada e em equipe multiprofissional⁽¹⁴⁾.

Analisando as respostas dos trabalhadores, observa-se a importância atribuída por eles ao cuidado integral:

“Considero de extrema importância o acompanhamento pelo Ambulatório Multiprofissional Vascular, pois, durante a internação, muitas vezes não é possível equacionar todas as questões relacionadas ao usuário e a seu tratamento. Dependendo do encaminhamento e da demanda apresentada, é necessário um tempo maior para que as questões sejam resolvidas, tempo que excede ao período da internação. Também acredito que seja fundamental que o usuário seja atendido e acompanhado por profissionais de áreas diversas e não apenas pelo médico. O médico é apenas um dos integrantes da equipe de saúde e para que o usuário seja atendido em sua integralidade, como previsto nas diretrizes do SUS, é fundamental que outros profissionais possam ter um olhar sobre o mesmo e contribuir com seus saberes para as internações necessárias.” (T6)

“Muito importante, pois o paciente com doença vascular precisa de atenção integral. A equipe médica só consegue realizar o tratamento parcial e o paciente precisa de orientação de reabilitação, nutrição, curativos, além de orientações gerais, que muitas vezes a equipe médica não tem condições de fornecer.” (T8)

Para os usuários portadores de doença crônica ou alterações vasculares que internam e reinternam nos serviços hospitalares, a integralidade assume um papel integrador dos fluxos assistenciais, organizados entre as instituições e RAS do SUS. São casos em que a doença progride por meio de alterações estruturais e funcionais, cujas disfunções ou sequelas traduzem um caráter de dependência nos cuidados e que não deixam de existir após a alta hospitalar⁽¹⁹⁾.

Dessa forma, a integralidade do cuidado ao usuário com alteração vascular exige ações conjuntas da equipe multiprofissional e interdisciplinar, pois as DCNT, dentre elas as doenças vasculares, são as principais causas de morte no mundo, de perda de qualidade de vida com alto grau de limitação nas atividades de trabalho e de lazer, além de impactos econômicos para as famílias, comunidades e a sociedade em geral e, assim, aumentando a pobreza⁽²⁰⁾.

A atenção às pessoas com doenças crônicas envolve, indispensavelmente, a atenção multiprofissional e interdisciplinar, constituída por uma equipe, entendida como um grupo de profissionais que assiste uma determinada população e que se reúne regularmente e discute os problemas de saúde dos indivíduos⁽²⁰⁾. Nesta perspectiva, o trabalho se torna satisfatório na articulação de diferentes núcleos profissionais, com seus saberes e práticas específicos, no campo único de atuação para produção de estratégias conjuntas de intervenção. A atenção multiprofissional deve fornecer nova organização do cuidado, a partir de reorganizações do trabalho em equipe, como reuniões, discussões de caso, atendimentos comparilhados, entre outros, de acordo com as realidades locais⁽¹⁹⁾.

Assim, na categoria ações multiprofissionais e interdisciplinares em saúde, os participantes relacionaram o cuidado multiprofissional ao sucesso do tratamento:

“Acredito que o encaminhamento para o AMV é de grande importância, pois assim o paciente vai ser assistido por vários profissionais, o

que fará diferenças no sucesso do tratamento.” (T5)

“Todo ambulatório multiprofissional é benéfico para o andamento do serviço e principalmente pelo benefício do paciente.” (T3)

“Considero que seja importante, pois todo o paciente deve ter o seu caso acompanhado por equipe multidisciplinar a fim de aumentar a resolutividade e reduzir as complicações.” (T12)

“Acredito que seja importante, devido a especificidade das lesões, complexidade envolvida no cuidado, em que, envolvendo a equipe multiprofissional, há mais resolutividade, à medida que muitos casos envolvem além da fisiologia vascular, também sentimentos, medos, reorganização do cotidiano da vida (ex. amputação de membros inferiores).” (T14)

“Devido às limitações físicas que muitas vezes acontecem após a cirurgia vascular, essas alterações também provocam alterações no convívio social, afetam a vida laboral, então é essencial que o paciente receba uma assistência adequada para proporcionar uma melhor qualidade de vida e minimizar os efeitos de suas limitações.” (T16)

Houve destaque para o cuidado com o usuário pós cirurgia de amputação de membros inferiores, cirurgia definida como retirada total ou parcial de um membro, sendo este um método de tratamento para diversas doenças. É importante reforçar que a amputação deve ser sempre considerada dentro de um contexto geral de tratamento e não como a sua única parte, cujo intuito é prover uma melhora da qualidade de vida do paciente. Assim, o cirurgião deve ter em mente que, ao amputar um segmento corporal do paciente, estará criando um novo órgão de contato com o meio externo, o coto de amputação, e deverá planejar a estratégia cirúrgica considerando um determinado processo de reabilitação⁽²¹⁾.

Sobre isso, as Diretrizes de Atenção à Pessoa Amputada demonstra diversos estudos, em que se presume que as amputações de membros inferiores correspondam a 85% de todas as amputações de membros, apesar de não haver informações precisas sobre este assunto no Brasil. As indicações mais frequentes para amputação do membro inferior são decorrentes das complicações das doenças crônicas degenerativas e ocorrem mais frequentemente em idosos, sendo encontrado na literatura que aproximadamente 80% das amputações de membros inferiores são realizadas em usuários com doença vascular periférica e/ou diabetes⁽²¹⁾.

Essa diretriz também cita como fundamental o acompanhamento da equipe na reabilitação, que deverá contar com uma equipe multiprofissional que pode ser composta, por exemplo, por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e psicólogo. O projeto terapêutico deve ser estabelecido por uma equipe multiprofissional, sempre objetivando uma atenção integral e evitando a existência de condutas conflituosas⁽²¹⁾.

Dessa forma, com a elaboração de estratégias de continuidade do cuidado pautadas nas necessidades do usuário, pode-se favorecer a promoção da saúde e prevenção de doenças. A prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco são de extrema importância para conter um crescimento epidêmico dessas doenças e suas infelizes consequências para a qualidade de vida e para o SUS⁽²⁰⁾.

Sobre isso, os trabalhadores relataram a importância da orientação multiprofissional na promoção da saúde, prevenção de doenças e complicações e melhora na qualidade de vida.

“Sim (referindo-se a importância do encaminhamento), por diversos motivos, prevenir complicações, prevenir possíveis alterações, melhorar a qualidade de vida do paciente e até mesmo proporcionar maior entendimento da sua condição da sua saúde.” (T15)

“O ambulatório seria um recurso a mais para a promoção/recuperação das demandas específicas de saúde do paciente, uma vez que este contaria com acompanhamentos/monitoramento e suporte a equalização de suas demandas em relação aos diversos determinantes da saúde.” (T6)

“Este ambulatório complementa a assistência em saúde em relação ao tratamento e também é um local adequado para realizar a prevenção das doenças vasculares.” (T10)

Os fatores de risco para DCNT estão difundidos na sociedade, pois eles têm início precoce e se estendem ao longo da vida. Evidências de países onde ocorreram grandes quedas em certas DCNT, o que indica que as intervenções de prevenção e tratamento são necessárias⁽²²⁾. Por esse motivo, para reverter a epidemia dessas doenças, exige-se uma ampla abordagem da população, incluindo intervenções preventivas e assistenciais⁽¹⁾.

A abordagem integral das DCNT engloba todos os níveis de atenção (promoção, prevenção e cuidado integral), articulando ações em linha do cuidado no campo da macro e da micropolítica. No campo da macropolítica, a integralidade compõe ações regulatórias, articulações intersetoriais e organização da rede de serviços; na micropolítica, a integralidade tem atuação em linha do cuidado, vinculação e responsabilização do cuidador e produção da autonomia do usuário⁽²³⁾.

As ações de promoção da saúde são custo-efetivas na prevenção de DCNT. Portanto, constituem-se ações que reduzem o risco de DCNT a prevenção ao tabagismo e ao uso nocivo do álcool, além do incentivo aos hábitos saudáveis, como alimentação saudável e atividade física⁽¹⁾. Portanto, a partir da integralidade do cuidado, com ações de educação em saúde, promoção da saúde e prevenção de doenças, contando com uma equipe multiprofissional, o usuário se beneficiará, o que sugere qualidade de vida.

CONCLUSÃO

Considerando que o objetivo deste estudo foi analisar a compreensão de trabalhadores da saúde que prestam assistência aos usuários com alterações vasculares sobre o atendimento realizado em um Ambulatório Multiprofissional Vascular, percebe-se que ainda é um grande desafio a comunicação entre os serviços de saúde para a continuidade do cuidado.

A educação permanente em saúde é uma ferramenta necessária para divulgação do trabalho realizado no ambulatório na busca pelo cuidado integral a estes usuários, visto que existem trabalhadores na instituição que não realizam nenhum tipo de encaminhamento aos usuários, sugerindo a inexistência, ineficiência ou desconhecimento do sistema de referência e contrarreferência por parte destes trabalhadores de saúde.

Para uma rede coordenada, é fundamental a comunicação entre profissionais de saúde, para garantia o acesso e continuidade do cuidado. O planejamento da alta hospitalar juntamente com os usuários traz para a realidade da instituição as demandas dos mesmos na busca pelo cuidado integral.

O cuidado não se encerra com a alta do usuário da instituição, sendo importante o encaminhamento para o AMV e, assim, quanto mais pessoas estiverem esclarecidas sobre processo de trabalho neste setor, maior será a probabilidade de reinternações, tendo em vista ações conjuntas da equipe multiprofissional e interdisciplinar visando a integralidade do cuidado ao usuário. Menciona-se, como possível limitação, o fato de o estudo retratar uma realidade locorregional. Portanto, tal limitação remete à necessidade de se investigar a temática em outros cenários.

Assim, acredita-se que o conhecimento produzido poderá provocar reflexões de trabalhadores e gestores da saúde que atuam nos espaços das Redes de Atenção à Saúde e auxiliar no desenvolvimento

de ações que reorientem as suas práticas profissionais, visando sempre qualificar os serviços de saúde em busca da integralidade da assistência, além de contribuir para a construção do conhecimento sobre a temática. ■

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde (BR). Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [citado em 20 mar. 2017]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf
2. Pan American Health Organization. Estratégia e plano de ação regional para um enfoque integrado à prevenção e controle das doenças crônicas. [Internet]. Washington: PAHO; 2007 [citado em 20 de mar. 2017]. Disponível em: <http://www.bvsde.paho.org/textcom/nutricion/reg-strat-cnccdspt.pdf>
3. Organização Mundial da Saúde. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial. [Internet]. Organização Mundial da Saúde: Brasília; 2003 [citado em 20 mar. 2017]. Disponível em: <http://www.who.int/chp/knowledge/publications/icccportuguese.pdf>
4. Silva LS, Cotta RMM, Rosa COB. Estratégias de promoção da saúde e prevenção primária para enfrentamento das doenças crônicas: revisão sistemática. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2013 Nov [citado em 21 mar. 2017]; 34(5): 343-350. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892013001100007&lng=en.
5. Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria (BR). Plano Municipal de Saúde 2013- 2016. [Internet]. 2012 [citado em 20 mar. 2017] Disponível em: <http://sites.multiweb.ufsm.br/residencia/images/Disciplinas/PLANO%202013%20PRONTO.pdf>
6. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização (BR), HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 70p.
7. Feriotti ML. Equipe multiprofissional, transdisciplinaridade e saúde: desafios do nosso tempo. *Vínculo*, São Paulo, dez. 2009, 6(2):179-190.
8. Thofehn MB, et al. Trabalho em equipe: visão de enfermeiros de um hospital de Murcia/Espanha. *Enfermeria Global*. 2014 Oct; 36:238-252.
9. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Ciênc, saúde coletiva* [Internet]. Ago. 2010. [citado em 21 mar. 2017]; 15(5):2297-2305. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500005&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005>
10. Nery VAS. Contribuições das práticas educativas para a qualidade de vida de pessoas com hipertensão arterial [dissertação de mestrado]. Jequié: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Curso de Enfermagem e Saúde; 2012.
11. Bardin L. Análise de conteúdo - edição revista e ampliada. Lisboa: Edições 70; 2016.
12. Dias CF. O sistema de referência e contrarreferência na estratégia saúde da família no município de Bauru: perspectivas dos gestores [Dissertação mestrado] Botucatu: Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu, 2010.
13. Ministério da Saúde, Secretaria Nacional de Organização e Desenvolvimento de Serviços de Saúde (BR). Resolução CIPLAN n.º 3, de 25 de março de 1981. Normas e padrões de construções e instalações de serviços de Saúde. 2 ed. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1987. p 173-33
14. Brondani JE, et al. Desafios da referência e contrarreferência na atenção em saúde na perspectiva dos trabalhadores. *Cogitare Enferm*. 2016; 21(1):1-8.
15. Reichert APS. Coordenação do cuidado na Rede de Atenção à Saúde: um desafio a ser enfrentado. *Rev Enferm UFPI*. 2016; 5(1): 1-3.
16. Fausto MCR, Giovanella L, Mendonça MHM, Seidl H, Gagno J. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. *Saúde debate* [Internet]. Out. 2014 [citado em 21 mar. 2017]; 38(esp.): 13-33. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000600013&lng=en
17. Siqueira, PG, Silva RM, Beck CLC, Prestes FC, Vedotto DO, Pasa TS. Percepção de usuários hospitalizados sobre o atendimento nos serviços de saúde. *Revista de Enfermagem da UFSM* [Internet]. Dez. 2016 [citado em 20 mar. 2017] 6(4):471-81. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/22355>
18. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde (BR). Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009.
19. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica (BR). Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013, 28p.
20. Malta DC, Moura L, Prado RR, Escalante JC, Schmidt MI, Duncan BB. Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. Dez. 2014 [citado em 21 mar. 2017]; 23(4):599-608. Disponível em http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742014000400002&lng=pt
21. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (BR). Diretrizes de atenção à pessoa amputada. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 2. ed., Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014, 36 p.
22. World Health Organization (WHO). Global status report on non-communicable diseases 2014. Geneva, 2014.
23. Malta DC, Merhy E E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. *Interface (Botucatu)* [Internet]. Set. 2010 [citado 21 mar. 2017]; 14(34): 593-606. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000300010&lng=en.

Distribuição das internações por traumatismo intracraniano na região centro-oeste brasileira

RESUMO

Objetiva-se descrever a distribuição da taxa de internação por traumatismo intracraniano no Estado de Goiás de 2011 a 2016. Trata-se de um estudo descritivo com dados secundários do SIH/SUS de internações por traumatismo intracraniano. Foram identificados 12.584 casos de traumatismo intracraniano no período de 2011 a 2016. 77% dos registros relacionam-se ao sexo masculino. A faixa etária mais atingida é dos 20 a 49 anos de idade, e entre as causas externas relacionadas ao TI as quedas apresentaram 66,99% dos casos. O estudo identificou um aumento crescente no número de internações por TIC em indivíduos jovens e do sexo masculino.

DESCRIPTORES: Enfermagem; Traumatismos Encefálicos; Epidemiologia.

ABSTRACT

The aim is to describe the distribution of the hospitalization rate for intracranial trauma in the State of Goiás from 2011 to 2016. This is a descriptive study with secondary data from the SIH/SUS of hospitalizations due to intracranial trauma. 12,584 cases of intracranial trauma were identified in the period from 2011 to 2016. 77% of the records relate to the male gender. The most affected age group is 20 to 49 years of age, and among the external causes related to it, falls presented 66,99% of the cases. The study identified a growing increase in the number of hospitalizations for ICT in young and male individuals.

SCRIPTORS: Nursing Encephalic Injuries; Epidemiology.

RESUMEN

El objetivo es describir la distribución de la tasa de hospitalización por trauma intracraneal en el estado de Goiás de 2011 a 2016. Este es un estudio descriptivo con datos secundarios del SIH/SUS de hospitalizaciones debido al trauma intracraneal. Se identificaron 12.584 casos de trauma intracraneal en el período comprendido entre 2011 y 2016. 77% de los registros se refieren al sexo masculino. El grupo de edad más afectado es de 20 a 49 años de edad, y entre las causas externas relacionadas con ella, las caídas presentaron el 66,99% de los casos. El estudio identificó un aumento creciente en el número de hospitalizaciones para las TIC en individuos jóvenes y masculinos.

DESCRIPTORES: Enfermería; Lesiones Encefálicas; Epidemiología.

Silvio José de Queiroz

Enfermeiro. Doutor em Promoção de Saúde. Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO). GO, Brasil. Autor correspondente.

Maria Madalena Del Duqui Lemes

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO), GO, Brasil.

Hugo Vaz de Lima

Acadêmico de Enfermagem. Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO). GO, Brasil.

INTRODUÇÃO

A evolução da sociedade contemporânea não apenas abrange a evolução da ciência, da tecnologia e aumento populacional, mas também o surgimento de novos problemas de caráter populacional, público, privado e geográfico. Essa evolução global traz os benefícios de crescimento financeiro do país e, também o aumento de vítimas de traumas mecânicos, contribuindo para o crescimento das mortes consideradas violentas, tendo atualmente as principais causas de óbito e sequelas na população abaixo dos 45 anos de idade⁽¹⁾.

Entre os traumas mecânicos destacamos o Traumatismo Intracraniano (TI), descrito a partir de 1682 como fator importante de óbito, tornando uma das grandes causas de morte na atualidade, com uma estimativa de 10 milhões de pessoas afetadas anualmente, evidenciando como um problema de saúde pública⁽²⁾.

O TI ou Traumatismo Cranioencefálico (TCE) é classificado no Código Internacional de Doenças (CID 10:SO6) como uma lesão, trauma no couro cabeludo, crânio e no encéfalo, sendo ele um processo que pode ser duradouro, por dias a semanas⁽³⁾. A lesão se instala a partir do momento do impacto, sendo uma combinação de dano neural, insuficiência vascular e efeitos inflamatórios, bem como o comprometimento funcional das meninges, encéfalo ou seus vasos. Esse trauma pode ocorrer por lesões fechadas ou penetrantes às estruturas encefálicas e abrangendo as fraturas cranianas e danos no tecido encefálico⁽⁴⁾.

As lesões encefálicas no TCE são divididas em difusas e focais. As lesões difusas são aquelas que acometem o cérebro em toda a sua extensão, decorrendo de forças cinéticas que levam uma rotação do encéfalo dentro da calota craniana. As lesões focais são compostas por hematomas intra ou extra cerebrais ou áreas isquêmicas delimitadas que acometem apenas uma parte do cérebro⁽⁵⁾, incluindo as fraturas cranianas lineares e os afundamentos cranianos⁽⁶⁾.

O processo fisiopatológico do (TI) se instala a partir do início das lesões primárias e secundárias. As lesões primárias são aquelas que ocorrem em virtude do contato direto ao parênquima intracraniano^(7,8). O outro tipo de lesão é a secundária, que se inicia após o momento do acidente, em que se resulta por interações

de fatores intra e extra cerebrais, que se somam para inviabilizar a sobrevivência das células encefálicas que sobreviveram ao trauma inicial^(8,9).

A incidência global de casos de TI foi objeto de estudo⁽²⁾ na América Latina e África Subsaariana, em que se estimou um número elevado de casos por habitantes, entretanto, a distribuição espacial altera esse número. Estudo⁽¹⁰⁾ semelhante realizado na Inglaterra mostra números de TI parecidos às Doenças Cerebro Vasculares.

A Revista Americana Nature Reviews Neurology, publicou em abril de 2013, um estudo⁽¹¹⁾ da Centers for Disease Control and Prevention (CDC) o qual aponta que cerca de 5,3 milhões de pessoas vivem com deficiência relacionada ao TI, retratando as inúmeras vítimas acometidas por esse tipo de trauma no mundo.

Segundo as Unidades da Federação do Brasil, o TI soma um total de 527.166 casos registrados no período de 2011 a 2015, tendo os cinco maiores casos de internações nos Estados de: São Paulo com 126.884, Minas Gerais com 56.602, Paraná com 48.498, Bahia com 34.369, Ceará com 34.169 e em Goiás, com 12.584 internações, representando 2,38% do total de casos no Brasil⁽¹²⁾.

Na Região Centro-Oeste, no período de 2008 a 2012, o Estado de Goiás se apresenta com o maior número de internações por TI, totalizando 11.770, a frente, inclusive, do Distrito Federal⁽¹²⁾.

Diante dos exposto, surgiu a necessidade de ampliar os estudos sobre a epidemiologia das causas externas de TI com vistas a refletir sobre propostas de Políticas Públicas de Saúde voltadas para a redução da morbimortalidade na Região Centro-Oeste. Assim, o objetivo do presente estudo é descrever a distribuição da

taxa de TI no Estado de Goiás de 2011 a 2016.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo com dados secundários do número de internações por TI no Estado de Goiás obtidos através da base de dados online do Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) – Ministério de Saúde, no período de 2011 a 2016.

O Estado de Goiás está localizado na Região Centro Oeste do Brasil com uma população estimada de 6.610.681 habitantes com 246 municípios, fazendo divisa com os Estados de Minas Gerais, Bahia, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Tocantins.

Foram coletados os casos de internações por TI notificados no período de 2011 a 2016 no Estado de Goiás por macrorregiões. Os critérios de inclusão foram os casos de internação por TI residentes na Região do Centro-Oeste, e foram excluídos a duplicidade de dados e casos de não residentes no Brasil. As variáveis utilizadas no estudo foram o sexo e faixa etária, conforme categorias disponibilizadas na base de dados, e a análise foi feita por meio de estatística descritiva e, posteriormente, os resultados apresentados em forma de tabelas, que foram discutidos com a literatura especializada.

O estudo conta com possíveis vieses, por se tratar de dados secundários disponibilizados por meio eletrônico, de domínio público, este estudo dispensa a apreciação e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, como dispõe a Resolução n.º 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

RESULTADOS

Tabela 1. Distribuição da taxa de internação de traumatismo intracraniano por sexo segundo macrorregião de saúde no Estado de Goiás. Goiânia, GO, Brasil, 2011 – 2016.

MACRORREGIÃO DE SAÚDE	MASCULINO N(%)	FEMININO N(%)	TOTAL N(%)
Centro Oeste	6684 (43.93%)	1727 (11.35%)	8411 (55.28%)
Nordeste	260 (1.70%)	104 (0.68%)	364 (2.39%)
Centro Norte	1997 (13.12%)	566 (3.72%)	2563 (16.84%)
Sudoeste	874 (5.74%)	330 (2.16%)	1204 (7.91%)
Centro Sudeste	2021 (13.28%)	650 (4.27%)	2671 (17.55%)
TOTAL	11936 (78.45%)	3377 (22.19%)	15213 (100%)

Fonte: DATASUS/SINAN⁽¹²⁾.

artigo

Queiroz, S.J.; Lemes, M.M.D.D.; Lima, H.V.;

Distribuição das internações por traumatismo intracraniano na região centro-oeste brasileira

Tabela 2. Distribuição da taxa de internação de traumatismo intracraniano por faixa etária segundo macrorregião de saúde no Estado de Goiás. Goiânia, GO, Brasil, 2011 – 2016.

FAIXA ETÁRIA	CENTRO OESTE N(%)	NORDESTE N(%)	CENTRO NORTE N(%)	SUDOESTE N(%)	CENTRO SUDESTE N(%)	TOTAL
Menor 1 ano	158 (1,38%)	8 (0,05%)	73 (0,47%)	25 (0,16%)	14 (0,09%)	278 (1,82%)
1 a 4 anos	248 (1,63%)	14 (0,09%)	68 (0,44%)	85 (0,55%)	41 (0,26%)	456 (2,99%)
5 a 9 anos	251 (1,64%)	27 (0,18%)	74 (0,48%)	85 (0,55%)	33 (0,21%)	470 (3,08%)
10 a 14 anos	249 (1,63%)	19 (0,12%)	77 (0,50%)	49 (0,32%)	67 (0,44%)	461 (3,03%)
15 a 19 anos	676 (4,44%)	27 (0,18%)	173 (1,13%)	96 (0,63%)	133 (0,87%)	1105 (7,26%)
20 A 29 ANOS	1644 (10,80%)	74 (0,48%)	454 (2,98%)	213 (1,40%)	363 (2,38%)	2748 (18,06%)
30 A 39 ANOS	1446 (9,50%)	75 (0,49%)	395 (2,6%)	184 (1,20%)	353 (2,32%)	2453 (16,12%)
40 A 49 ANOS	1227 (8,06%)	39 (0,25%)	377 (2,5%)	145 (0,95%)	350 (2,30%)	2138 (14,05%)
50 A 59 ANOS	908 (5,96%)	29 (0,19%)	271 (1,8%)	111 (0,72%)	323 (2,12%)	1642 (10,79%)
60 A 69 ANOS	660 (4,33%)	19 (0,12%)	236 (1,55%)	89 (0,58%)	369 (2,42%)	1373 (9,02%)
70 A 79 ANOS	597 (3,92%)	21 (0,13%)	203 (1,33%)	81 (0,53%)	382 (2,51%)	1284 (8,44%)
80 ANOS E MAIS	347 (2,28%)	12 (0,08%)	162 (1,06%)	41 (0,26%)	243 (1,59%)	805 (5,29%)
TOTAL	8411 (55,28%)	364 (2,39%)	2563 (16,84%)	1204 (7,91%)	2671 (17,55%)	15213 (100%)

Fonte: DATASUS/SINAN¹²⁾.

Tabela 3. Distribuição da taxa de internação por causas externas segundo macrorregião de saúde no Estado de Goiás. Goiânia, GO, Brasil, 2011 – 2016

GRUPO DE CAUSAS	CENTRO OESTE N(%)	NORDESTE N(%)	CENTRO NORTE N(%)	SUDOESTE N(%)	CENTRO SUDESTE N(%)	TOTAL N(%)
Pedestre traumatizado por acidente de transporte	3942 (2,59%)	6 (0,003%)	84 (0,055%)	24 (0,016%)	122 (0,080%)	4178 (2,74%)
Ciclista traumatizado por acidente transporte	1124 (0,73%)	22 (0,014%)	315 (0,207%)	75 (0,049%)	79 (0,051%)	1613 (1,05%)
Motociclista traumatizado por acidente transporte	23009 (15,12%)	75 (0,049%)	1839 (1,20%)	687 (0,451%)	628 (0,412%)	26238 (17,24%)
Ocupante triciclo motor traumatizado por acidente de transporte	15 (0,098%)	11 (0,007%)	7 (0,004%)	16 (0,010%)	24 (0,015%)	73 (0,047%)
Ocupante automóvel traumatizado por acidente de transporte	2851 (1,86%)	11 (0,007%)	115 (0,075%)	33 (0,021%)	71 (0,046%)	3081 (2,02%)
Ocupante caminhonete traumatizado por acidente de transporte	13 (0,007%)	4 (0,002%)	8 (0,005%)	13 (0,007%)	12 (0,007%)	50 (0,032%)
Ocupante veículo transporte pesado traumatizado por acidente trânsito	12 (0,007%)	3 (0,001%)	5 (0,003%)	8 (0,005%)	13 (0,007%)	41 (0,026%)
Ocupante ônibus traumatizado por acidente de transporte	11 (0,006%)	6 (0,003%)	3 (0,001%)	6 (0,003%)	12 (0,007%)	38 (0,024%)
Outros acidentes transporte terrestres	686 (0,49%)	16 (0,010%)	396 (0,26%)	30 (0,019%)	35 (0,023%)	1163 (0,764%)

Acidentes de transporte por água	18 (0,014%)	2 (0,001%)	3 (0,001%)	2 (0,001%)	21 (0,013%)	46 (0,030%)
Acidentes de transporte aéreo e espacial	6 (0,003%)	- (%)	2 (0,001%)	- (%)	4 (0,002%)	12 (0,007%)
Outros acidentes transporte e os não específicos	13026 (7,79%)	69 (0,045%)	385 (0,253%)	599 (0,393%)	626 (0,411%)	14705 (9,66%)
Quedas	48201 (31,46%)	158 (0,103%)	35033 (23,02%)	5646 (3,71%)	11896 (7,81%)	100934 (66,32%)
Total	92914 (59,71%)	383 (0,251%)	38195 (25,09%)	7137 (4,69%)	13543 (8,89%)	152172 (100%)

Fonte: DATASUS/SINAN⁽¹²⁾.

DISCUSSÃO

Nessa pesquisa, 78% dos casos por TI foram no sexo masculino. Estudo⁽¹⁴⁾ realizado no Município de São Paulo no ano de 1997, com dados secundários do SIH/SUS, identificou que, dos 29.717 pacientes internados por TI, 76,6% eram do sexo masculino. Foi avaliado o quantitativo de pacientes internados que residia ou cuja ocorrência foi no Município de São Paulo, totalizando 29.717 pacientes internados, 12% com diagnóstico principal de TI, deste total, 76,6% foi do gênero masculino, evidenciando um predomínio deste gênero no número de casos por traumatismo intracraniano.

Observa-se o mesmo dado em outra pesquisa⁽¹⁵⁾ realizada com 93 pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do Hospital São José de Criciúma, localizada na região sul de Santa Catarina, no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2009, em que se constatou 88,2 % das internações foram do sexo masculino.

Alguns fatores podem contribuir para que o gênero masculino lidere as pesquisas de internação por TI. Um deles é a associação do uso de drogas, bebidas alcoólicas e a direção, vitimando 69,3% e 96,6%, respectivamente de dois hospitais do Rio de Janeiro⁽¹⁶⁾.

O fator cultural pode ser outro indicativo que interfere na probabilidade dos meninos estarem mais sujeitos a sofrerem um TI, uma vez que os mesmos adquirem liberdade mais precocemente em relação as meninas, e começam a desempenhar atividades com menor supervisão dos

adultos, levando a uma situação passível de maior ocorrência de acidentes⁽¹⁷⁾. Outro aspecto importante é que a violência no trânsito não se dá apenas pelas desigualdades sociais, econômicas e educacionais, mas também pela certeza da impunidade na sociedade e a condução de veículos por motoristas alcoolizados.

A Tabela 2 representa a taxa de internação por traumatismo intracraniano por idade, evidenciando que a faixa etária mais sujeita ao traumatismo intracraniano está entre os 20 aos 49 anos de idade, que representa 48% dos casos conforme descrito. Segundo estudo⁽¹⁴⁾ realizado no Município de São Paulo, obteve dados do SIH/SUS, um total de 29.717 pacientes foram internados e a faixa etária mais atingida foi de 12 a 23 anos, representando 32,39% dos casos.

Outro estudo⁽¹⁸⁾ realizado em um hospital de emergência com atendimento especializado ao politraumatizado da rede pública municipal da cidade de Fortaleza – Ceará, no período de janeiro a dezembro de 2006, analisou uma amostra de 1.205 formulários, apresentando que a prevalência do sexo masculino 80,2 %, faixa etária de 15 a 24 anos 23,2% e de 25 a 34 anos 20,1%, que foi a faixa etária mais atingida.

A mesma situação foi encontrada em um estudo⁽¹⁹⁾ realizado em Santa Catarina, com prontuários de 67 paciente na UTI, no período 01 de outubro de 2007 a 30 de setembro de 2009, envolvendo indivíduos de ambos os sexos, com diagnóstico clínico de TCE e idade igual ou superior a 16 anos, dentre eles, 73,1% apresentava idade de menor ou igual a 40 anos e 26,9% com

idade acima de 40 anos. Analisando os dados nos anos de 2011 a 2015 pela SIH/SUS em todo o território brasileiro que totalizaram 527.166 internações, destas, 96.386 foram registradas na faixa etária de 20 a 29 anos de idade, 79.927 na faixa etária de 30 a 39 anos de idade, 67.670 na faixa etária de 40 a 49 anos de idade, o que totalizou 243.983 casos de internações em torno da idade mais produtiva do ser humano, o que reforça os dados apresentados por esta pesquisa⁽¹²⁾. Reforçando os dados acima, um estudo⁽²⁰⁾ realizado pela University of Antwerp (Belgium) e o Department of Public Health, Centre for Medical Decision Making, Erasmus MC, Rotterdam (The Netherlands) descreveu a epidemiologia do TBI (Traumatic Brain Injury) nos países europeus, apresentando maior prevalência em pessoas com idade abaixo de 25 anos de idade e superior a 75 anos de idade. Outro estudo reportou que a faixa etária mais atingida está em média dos 22 anos de idade⁽²⁰⁾. Tal variação na média de idade para se mensurar a faixa etária mais atingida pelo traumatismo intracraniano pode ser explicada por formas de apuração ou inclusão de dados nas pesquisas, porém, em relação ao gênero, houve predominância do sexo masculino⁽²¹⁾. Os dados demonstram que a taxa de internação por traumatismo intracraniano aumenta conforme se aproxima da idade mais produtiva da população, conforme abordado na Tabela 2, o que evidencia maior número de homens em idade produtiva que se tornam susceptíveis ao traumatismo intracraniano, devido ao uso do álcool, a maior liberdade por fatores cul-

turais das famílias, a falta de impunidade para jovens que são flagrados ao volante após a ingestão de bebidas alcoólicas, falta de supervisão pelos adultos as crianças e jovens do sexo masculino que se sentem mais livres e imunes a quaisquer medidas de restrições a práticas de ações perigosas que os colocam em risco. Na Tabela 3 pode-se identificar as causas externas mais relacionadas aos casos de traumatismo intracraniano no Estado de Goiás, na qual observa-se que as quedas lideram com 66% dos casos de internação, seguido motociclistas traumatizados por acidentes de transporte 17%, apresentando dados preocupantes pela quantidade de acidentados por conta de quedas e nem todos por acidentes de trânsito ou qualquer outro evento que se tenha uma troca alta de energia cinética entre o possível objeto e a pessoa exposta. Segundo um estudo⁽²²⁾ realizado na Noruega, de 2009 a 2010, envolvendo hospitais de referência no atendimento de trauma localizados em diferentes pontos do país, que obteve os registros eletrônicos de pacientes admitidos nos anos de 2009 e 2010. Foram selecionados 278 pacientes, destes, 50% estava relacionado à queda, 40% a acidentes de transporte, 5% de assaltos e 5% de outras causas, sendo a faixa etária predominante relacionada às quedas foi 60 a 64 anos e superior ou igual a 75 anos de idade, já o de acidentes de trânsito apresentou o inverso, tendo como faixa etária mais atingida pessoas de 16 a 29 anos de idade.

Outros estudos^(23,24) realizados nos EUA, no Distrito de Columbia, apontam um dos possíveis motivos que possam estar influenciando este aumento de internação por queda, uma vez que a população vem se tornando cada vez mais adulta e, conseqüentemente, mais idosa, devido a um aumento na expectativa de vida destas pessoas, o que torna a frequência de queda maior, devido a sua idade, diminuição de equilíbrio, efeitos do consumo de álcool e etc.

A CDC apresentou um estudo⁽²³⁾ sobre a hospitalização e mortes causados por traumatismo intracraniano que apresentou uma estimativa de que 1.7 milhões de

pessoas sofrem com o TBI, 52.000 vão a óbito, 275.000 são hospitalizados e 1.365 milhões cerca de 80%, são tratados e liberados do departamento de emergência dos hospitais, além de que a TBI contribui para um terço (30,5%) de todas as mortes relacionadas a lesões nos EUA. Com todos os dados apresentados, foi detectado que o fator queda foi responsável pelo maior número de casos relacionados com o TBI nos departamentos de emergência visitados, somando 523.043 casos, além de liderar com 62,334 internações, a partir da inclusão do fator óbito, a causa queda se torna menos expressiva, passando para a terceira maior causa, contabilizando 9.718 casos.

O estudo citado acima apresentou os dados colhidos pelo The National Hospital Ambulatory Medical Care Survey (NHAMCS), caracterizando as lesões cerebrais traumáticas tratadas nos departamentos de emergência dos EUA. Os dados não só mostraram uma predominância de casos de queda relacionados com internação e de causas externas que relacionam com o TBI, mas apresentaram a faixa etária de 25 aos 64 anos de idade como a mais atingida, no entanto, apresenta relevância na faixa etária de 0 a 19 anos de idade, sendo que o gênero masculino liderou as causas de TBI. Entre esses grupos citados, a queda representou cerca de metade (50,2%) das causas de TBI em crianças de 0 a 14 anos, 60,7% entre os adultos com 65 anos ou mais, além de representar 35,2% dos casos de TBI entre todos os grupos etários, o que corrobora com os dados apresentados pelo estudo, de que a causa externa queda vem sendo o maior fator relacionado ao traumatismo intracraniano em caráter global.

O Brasil participa de encontros internacionais em que se discute a evolução dos acidentes e óbitos causados pelos acidentes de trânsito com o intuito de auxiliar as políticas já existentes para frear esta evolução de acidentes, como a 2ª Conferência Global de Alto Nível Sobre Segurança no Trânsito: Tempo de Resultados, realizada em Brasília – DF (2015), que discutiu o grande número de vítimas que os acidentes de trânsito arrematam a segurança de

pedestres, ciclistas e motociclistas, além o reforço da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, reduzir à metade até 2020, as mortes causadas por acidentes de trânsito⁽¹²⁾. Dentro desta conferência, foram discutidos também os manuais que auxiliam no processo de implementação de políticas que podem contribuir para a redução de acidentes de trânsito, um deles é a Prevenção de Lesões Causadas pelo Trânsito – Manual de Treinamento, que aborda intervenções que podem auxiliar na segurança de pedestre e motorista e, conseqüentemente, na redução deste aumento exacerbado de óbitos e acidentes, alguma dessas intervenções são: medidas para a redução das viagens, melhorar a segurança de vias com faixa única, medidas moderadoras de tráfego, promover projetos de veículos com proteção contra colisões, uso eficiente do solo, dentre outros⁽²⁵⁾. Outro manual exposto foi o de Segurança de Pedestres, que não só mantém uma ligação direta com os acidentes de trânsito, mas também com a maior causa detectada neste estudo, que foi quedas. Este manual trouxe algumas medidas e intervenções, como: reduzir a exposição de pedestres ao tráfego veicular, melhorar visibilidade entre pedestres e veículos motorizados, melhorar o atendimento a pedestres feridos; e alguns exemplos de intervenções: construir calçadas, instalar passarelas, construção de melhores faixas de pedestres, reduzir o limite de velocidade, dentre outros⁽²⁶⁾.

Dentre outras possibilidades para redução das mortes por traumatismo craniano, temos a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNaPS), que foi instituída pela Portaria MS/GM n.º 687, de 30 de março de 2006, a qual ratificou inúmeros compromissos de ampliação e qualificação, das medidas de promoção de saúde com o Estado brasileiro, dentre elas uma que se relaciona diretamente com o estudo, sendo um dos temas prioritários da PNaPS, se tratando da Promoção da Mobilidade Segura, que envolve uma ação conjunta da vigilância em saúde, atenção básica e as redes de urgência e emergência do território na produção de cuidado e redução da morbimortalidade no

trânsito, juntamente com as ações de saúde, educação, fiscalização, trânsito, a sociedade, para atribuir não só um planejamento integrado mas as atribuições e responsabilidades específicas de cada setor, com o intuito de garantir um trânsito seguro e, conseqüentemente, a redução da morbimortalidade e a paz no trânsito⁽²⁷⁾.

Em 2010, foram registrados no Brasil 143.256 óbitos por causas externas de TI. Notou-se na faixa etária entre 05 e 39 anos, que os acidentes de trânsito totalizaram 29.940 óbitos, aumentando para 41.538 se considerarmos até 59 anos. Outro importante dado notificado foi a causa queda para TI, compreendendo a 67.227 internações hospitalares no período de 2011 a 2014. Já o número de motociclistas traumatizados por acidentes de transporte foram de 18.168, demonstrando o grande número de acidentados e possíveis traumatizados por TCE⁽¹²⁾.

Nos anos de 2003 a 2007 os Estados do Centro-Oeste e o Distrito Federal somaram um total de 34.424 mil internações pelo TIC, em comparação com 2008 a 2012 que somaram 34.323 internações, mostrando leve queda do total geral, no entanto, em determinados Estados, houve um aumento no número de internações, sendo Goiás com 11.770 mil, representando 34,29%, seguido por Mato Grosso com 26,51% do total geral. Em todos os Estados e Distrito Federal, os homens somaram o maior número de traumatizados, sendo superior ao número de mulheres. Em Goiás, os homens representaram 78,74% enquanto as mulheres somaram 21,25% internações, já a faixa etária de 20 a 29 anos de idade representando 20,73%, de 30 a 39 anos de idade com 16,61%, e de 40 a 49 anos de idade representaram 14,15% das internações, demonstrando que quanto mais perto da idade produtiva do homem, mais susceptível ao trauma ele se encontra⁽¹²⁾.

Como forma de reduzir as internações

por TIC, bem como seus impactos, o Ministério da Saúde analisando essa grande demanda de internações pelo TIC e demais acidentes, violências e o grande aumento da morbimortalidade, criou em 2001, a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências através da Portaria Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro n.º 737 de 16/05/01, que norteia alguns princípios básicos que são: a saúde constitui um direito humano fundamental e essencial para o desenvolvimento social e econômico; o direito e o respeito à vida configuram valores éticos da cultura e da saúde; a promoção da saúde deve embasar todos os planos, programas, projetos e atividades de redução da violência e dos acidentes. Nesse sentido, essa Política prioriza as medidas preventivas, uma educação continuada para a sociedade, com o objetivo de evitar as ocorrências de violência e acidentes, assim como intensificar o tratamento para uma melhor recuperação e saúde da população⁽¹³⁾.

Para a consecução desses propósitos, foram descritas algumas diretrizes, que são: promoção da adoção de comportamentos e de ambientes seguros e saudáveis; monitorização da ocorrência de acidentes e de violências; sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar; assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas de acidentes e de violências; estruturação e consolidação do atendimento voltado à recuperação e à reabilitação; capacitação de recursos humanos; apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas. Tais diretrizes necessitam de um grande empenho da sociedade em geral e da mídia, para seguir as recomendações, participarem dos projetos, além de indicar aquilo que possivelmente não está funcionando como deveria⁽¹³⁾.

CONCLUSÃO

O estudo evidenciou aumento no quantitativo de casos de internação por TIC no Estado de Goiás, comparando com o primeiro e último ano de avaliação da pesquisa, se assemelhando com o aumento do TIC já registrado em outros estados e também em âmbito nacional e internacional, além de confirmar que o sexo masculino é o mais acometido. O aumento de casos de TIC está inteiramente relacionado com a causa externa quedas e, a mesma apresentou um crescimento e domínio dos casos de internação relacionando com o outro possível que é o acidente de motocicleta. Este dado apresenta não só um alerta pelo seu vasto crescimento, mas também pela faixa etária que apresentou maior número de casos foi dos 20 aos 49 anos de idade, que se trata de uma população jovem, o que contradiz estudos internacionais que abordam os idosos como maiores vítimas.

Vale ressaltar que existem inúmeros estudos e medidas já implantadas no Brasil e no Estado de Goiás que auxiliam na redução da taxa de TIC, além da participação de eventos, congressos e reuniões globais que estudam maneiras de aumentar e melhorar a segurança do trânsito e dos pedestres, no entanto, também é visível a dificuldade do próprio país e do Estado de aplicarem muitas dessas medidas, e a falta de investimento para a realização das medidas, a falta de conscientização da população com as leis e o cuidado das vias e construções públicas.

A falta de consciência da população em seguir aquilo que é determinado e das autoridades aliada a necessidade do fortalecimento de políticas públicas para diminuir a morbimortalidade do TIC precisam ser prioridades, e talvez o fortalecimento da Política Nacional de Promoção de Saúde, através da educação em saúde, seria uma das ferramentas ideais para mudar o cenário atual. ■

REFERÊNCIAS

- 1: Melo JRT, Silva RA, Moreira JR ED. Características dos pacientes com trauma crânioencefálico na cidade do Salvador, Bahia, Brasil. Arq. Neuro-Psiquiatr. 2004; 62(3-A):711-15.

REFERÊNCIAS

- 2: Hyder, AA, Wunderlich CA, Puvanachandra P, Gururaj G, Kobusingye OC. The impact of traumatic brain injuries: a global perspective. *NeuroRehabilitation*. 2007; 22(5):341-53.
- 3: Huddleston, SS; Ferguson, SG. *Emergências Clínicas: Abordagens, Intervenções e Autoavaliação*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.
- 4: Menon DK, Schwab K, Wrigth DW, Mass AI. Position statement: definition of traumatic brain injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2010; 91(11):1637-40.
- 5: Andrade AF, Paiva WS, Amorim RLO, Figueiredo EG, Neto ER, Teixeira MJ. Mecanismos de lesão cerebral no traumatismo cranioencefálico. *Rev. Assoc. Med. Bras*. 2009; 55(1):75-81.
- 6: Masters SJ, McClean PM, Arcaese JS, Brown RF, Campbell JA, Freed HA, et al. Skull x-ray examinations after head trauma. Recommendations by a multidisciplinary panel and validation study. ; 8(2):84-91.
- 7: Mendelow AD, Teasdale G, Jennett B, Bryden J, Hestett C, Murray G. Risks of intracranial haematoma in head injured adults. *Br.Med J (Clin Res Ed)*. 1983; 287(6400):1173-1176. 8: Meixensberger J, Kunze E, Barcsay E, Vaeth A, Roosen K. Clinical cerebral microdialysis: brain metabolism and brain tissue oxygenation after acute brain injury. *Neurological research*. 2001; 23(8):801-6.
- 9: Cochran A, Scaife ER, Hansen KW, Downey EC. Hyperglycemia and outcomes from pediatric traumatic brain injury. *J.Trauma*. 2003; 55(6):1035-8.
- 10: Tennant A. Admission to hospital following head injury in England: Incidence and socio-economic associations. *BioMed Central Ltd*. 2005; 5(21):01-08.
- 11: Langlois JA, Sattin RW. Traumatic brain injury in the United States: research and programs of the Centers for Disease Control and Prevention (CDC). *J Head Trauma Rehabil*. 2005; 20(3):187-88.
- 12: Ministério da Saúde (BR). *Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)*, 2015.
- 13: Ministério da Saúde (BR). *Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências: Portaria MS/GM n.º 737 de 16/5/01, publicada no DOU n.º 96 seção 1e, de 18/5/01; 2002.*
- 14: Koizumi, MS, Lebrão ML, Jorge MHPM, Primerano V. *Morbimortalidade por traumatismo cranioencefálico no município de São Paulo, 1997*. *Arq. Neuro-Psiquiatr*. 2000; 58(1):81-89.
- 15: Ruy EL, Rosa MI. Perfil epidemiológico de pacientes com traumatismo crânio encefálico. *Arquivos Catarinenses de Medicina*. 2011; 40(3):17-20.
- 16: Deslandes SF, Silvia CMFP. Análise da morbidade hospitalar por acidentes de trânsito em hospitais públicos do Rio de Janeiro, RJ, Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2000; 34(4):367-72.
- 17: Filho JAM, Silva AC, Machado MMT, Madureira RA, Carvalho FHA, Santiago LR, et al. Perfil clínico-epidemiológico das crianças e adolescentes hospitalizados por traumatismo crânio encefálico. *Rev.Brasileira em Promoção da Saúde*. 2010; 23(4).
- 18: Barbosa IL, Andrade LM, Caetano JA, Lima MA, Vieira LIES, Lira SVG. Fatores desencadeantes ao trauma cranioencefálico em um hospital de emergência municipal. *Rev.Baiana de Saúde Pública*. 2010; 34(2):240-53.
- 19: Liz NA, Arent A, Nazário NO. Características clínicas e análise dos fatores preditivos de letalidade em pacientes com traumatismo crânio encefálico (TCE) admitidos em unidade de tratamento intensivo. *Arquivos Catarinenses de Medicina (ACM)*. 2012; 41(1):10-15.
- 20: Styryke J, Stalnacke BM, Sojka P, Bjornstig U. Traumatic brain injuries in a well-defined population: epidemiological aspects and severity. *J.Neurotrauma*. 2007; 24(9):1425-36.
21. Peeters W, Brande RVD, Polinder S, Brazinova A, Steyerberg EW, Lingsma HF, et al. Epidemiology of traumatic brain injury in Europe. *Acta. Neurochirurgica*. 2015; 157(10):1683-96. 22: Andelic N, Anke A, Skandsen T, Sigurdardottir S, Sandhaug M, Ader T, et al. Incidence of hospital – admitted severe traumatic brain injury and in – hospital fatality in norway: a national cohort study. *KARGER, Neuro-epidemiology*. 2012; 38(4):259-67. 23: Faul M, Xu L, Wald MM, Coronado VG. *Traumatic Brain Injury in the United States: Emergency Department Visits, Hospitalizations and Deaths 2002–2006*. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control; 2010.
24. Coronado VG, Xu L, Basavaraju SV, McGuire LC, Wald MM, Faul MD, et al. *Surveillance for traumatic brain injury--related deaths --- United States, 1997—2007*. *Centers for Disease Control and Prevention. Surveillance Summaries*. 2011; 1(32).
25. Mohan D, Tiwari G, Nafukho FM. *Prevenção de lesões causadas pelo trânsito: Manual de Treinamento*. Organização Mundial da Saúde; 2011.
26. Bartolomeos K, Crof P, Job S, Khayesi M, Kobusingye O, Peden M, et al. *Segurança de pedestres: Manual de segurança viária para gestores e profissionais da área*. Organização Mundial da Saúde; 2013
27. Ministério da Saúde (BR). *Política Nacional de Promoção da Saúde – PnaPS. Revisão da Portaria MS/GM n.º 687 de 30 de março de 2006*. 2014.

Tecnologias disponíveis para o manejo de ostomia intestinal: revisão integrativa de literatura

RESUMO

Objetivo: identificar quais são as inovações tecnológicas disponíveis para o manejo da ostomia intestinal descritos na literatura. Método: revisão integrativa da literatura, utilizou-se as bases de dados LILACS, Scielo, CINAHL e COCHRANE, buscando artigos no período de 2013 a 2018 utilizando os descritores "equipment and supplies" e "ostomy". Dos artigos encontrados foram selecionados 6 que tratam de tecnologias diversas no contexto das ostomias. Resultados: as tecnologias apresentadas se modulam em torno do eixo flexibilidade versus segurança. A dicotomia apresentada em todos eles é a de que as barreiras cutâneas precisam ao mesmo tempo fornecer aderência à pele, liberdade de mobilidade e a sensação de segurança. Conclusão: foi possível observar que as inovações tecnológicas se detiveram, quase em sua totalidade, no formato e material utilizado em produtos anteriormente existentes.

DESCRIPTORIOS: Equipamentos e Suprimentos; Estomia; Tecnologias.

ABSTRACT

Objective: identify the technological innovations available for the management of intestinal ostomy described in literature. Method: an integrative literature review was carried out in the following databases: LILACS, Scielo, CINAHL and COCHRANE, searching for papers published in the period 2013-2018 using the descriptors "equipment and supplies" and "ostomy". Six articles dealing with different technologies in the context of ostomies were selected. Results: the technologies presented are modulated around the flexibility versus safety axis. The dichotomy presented in all of them is that skin barriers need - at the same time, to provide adherence to the skin - freedom of mobility and a sense of security. Conclusion: it was possible to observe that the technological innovations have limited themselves to, almost in their totality, the format and the material used in previously existing products.

SCRIPTORS: Equipment and Supplies; Ostomy; Technologies.

RESUMEN

Objetivo: identificar cuáles son las tecnologías disponibles para el manejo de la ostomía intestinal descritos en la literatura. Método: La revisión integrativa de la literatura, se utilizaron las bases de datos LILACS, Scielo, CINAHL y COCHRANE, buscando trabajos publicados en el período de 2013 hasta 2018 utilizando los descriptores "equipment and supplies" y "ostomy". Se seleccionaron 6 artículos que tratan de tecnologías diversas en el contexto de las ostomías. Resultados: las tecnologías presentadas se modulan en torno al eje flexibilidad frente a la seguridad. La dicotomía presentada en todos ellos es que las barreras cutáneas necesitan al mismo tiempo proporcionar adherencia a la piel, libertad de movilidad y la sensación de seguridad. Conclusión: fue posible observar que las innovaciones tecnológicas se detuvieron, casi en su totalidad, en el formato y material utilizado en productos anteriormente existentes.

DESCRIPTORIOS: Equipos y Suministros; Ostomía; Tecnologías.

Bianca Leal Reis

Mestranda do Programa de Mestrado Profissional em Enfermagem assistencial (MPEA) pela Universidade Federal Fluminense (UFF), Enfermeira do Hospital Gaffrêe e Guinle (HUGG) da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) e do Hospital Municipal Lourenço Jorge (HMLJ) pela Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro.

Euzeli da Silva Brandão

Doutora em Enfermagem, Professora Adjunto do Departamento de Fundamentos de Enfermagem e Administração. Docente Permanente do Mestrado Profissional Enfermagem Assistencial da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense. Especialista em Enfermagem em Dermatologia. Presidente da Associação Brasileira de Enfermagem em Dermatologia (SOBENDE) - Regional Rio de Janeiro.

Karina Rangel da Silva Garcia

Enfermeira. Especialista em Neonatologia, Mestranda do Programa de Mestrado Profissional em Enfermagem assistencial (MPEA) pela Universidade Federal Fluminense (UFF).

INTRODUÇÃO

De maneira geral, a finalidade do estoma é criar uma via de comunicação entre um órgão interno e o ambiente exterior, agindo como um substituto a quaisquer órgãos que estejam afetados em um dado sistema orgânico⁽¹⁾.

Desta forma, a pessoa que necessita de um ostoma exige tipos de cuidados específicos, que tocam em diferentes dimensões da enfermagem, seja no nível higiênico, emocional, psicossocial ou outros. Portanto, um planejamento deve ser feito, no período pré-operatório, para que a pessoa possa se adaptar ao estoma sem traumas profundos e sem gerar impactos negativos em sua saúde⁽¹⁾. Este planejamento, por sua vez, pode prever a utilização de produtos e tecnologias, cujo objetivo é facilitar todo o processo para que a pessoa tenha toda a rede de suporte necessária para a sua reabilitação.

A ostomização pode ser requerida durante um período específico ou pode ser permanente. Em ambos os casos, a pessoa deve ser orientada acerca dos cuidados necessários para a manutenção dos produtos a serem utilizados⁽¹⁾.

A cirurgia que confecciona o estoma é de natureza agressiva e modifica de maneira significativa a fisiologia corporal. A depender do período necessário para a permanência do estoma, a pessoa precisará adaptar a sua vida para conviver com uma bolsa coletora fixada no abdômen, para onde serão direcionadas suas fezes ou urina.

Os produtos disponíveis para o manejo da ostomia existem há mais de seis décadas - desde o final da década de 1950 e início da década de 1960⁽²⁾. Inicialmente, eles eram versões menos sofisticadas e mais grosseiras da tecnologia disponível atualmente. Os produtos Karaya, como o anel de Karaya (que facilitavam a aderência da bolsa à pele), o pó de Karaya e a pasta de Karaya, eram muito utiliza-

dos no tratamento do estoma⁽²⁾. Nos últimos 15 anos, no entanto, os produtos disponíveis no mercado cresceram em popularidade e atualmente são usados pela maioria das pessoas. Essas tecnologias podem ser encontradas sob diversas formas, como pós (utilizados para evitar macerações na pele ao redor do estoma), sprays (para proteção da pele), pastas (para favorecer a aderência da placa de base na pele), fitas adesivas (para dar suporte à placa de base), e cintos elásticos para dar mais suporte e conforto à pessoa ostomizada. Por se tratar de uma condição potencialmente vitalícia, a tecnologia é um componente importante que pode assegurar às pessoas ostomizadas maior qualidade de vida e facilidades na adaptação cotidiana com o estoma. Portanto, é importante salientar que a tecnologia na área da saúde consolida-se como um elemento essencial para o tratamento e reabilitação das pessoas, constituindo-se em exemplos, tais como: os próprios medicamentos desenvolvidos, os produtos oferecidos, procedimentos utilizados e os próprios sistemas organizacionais e educacionais que fazem parte do ambiente da saúde no país⁽³⁾.

Com a grande disponibilidade de produtos para o manejo da ostomia, a escolha pode ser difícil. A razão para a sua utilização pode resultar de diversas preocupações, mas além de solucionar problemas com o manejo da ostomia, os produtos podem também ser utilizados para prevenção de problemas posteriores.

A partir da questão norteadora da pesquisa: **Quais as tecnologias disponíveis para o manejo de ostomia intestinal descritas na literatura? Será possível identificar o que há de mais novo neste contexto.** Assim, a presente pesquisa tem por objetivo identificar quais são as tecnologias disponíveis para o manejo da ostomia descritas na literatura.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura que permite comparar vários tipos de estudos diferentes já publicados para elucidar uma questão de pesquisa bem estruturada baseada em evidências disponíveis, além de garantir sua reprodução⁽⁴⁾.

O processo de elaboração da revisão integrativa é apresentada por seis fases, a saber: elaboração da pergunta norteadora, busca ou amostragem na literatura, coleta de dados, análise crítica dos estudos incluídos, discussão dos resultados e apresentação da revisão integrativa⁽⁵⁾.

Respeitando as fases preconizadas, foi definida na primeira fase com a questão norteadora da pesquisa, seguida da busca realizada no mês de setembro de 2018, utilizando os descritores em ciências da saúde (Decs) “equipment and supplies” e “ostomy”, nas bases de dados Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), e os descritores Medical Subject Headings (Mesh) “equipment” e “ostomy” na base COCHRANE. Em ambos os casos foi utilizado o operador booleano “AND”. Para o refinamento da pesquisa, foram obedecidos os seguintes critérios de inclusão: artigos disponíveis na íntegra e online, publicados no período de 2013 a 2018; nos idiomas português (Brasil), inglês e espanhol; que respondam à questão norteadora da pesquisa; e que se referem especificamente à tecnologias duras, excluindo-se outras revisões e pareceres de especialistas.

Mediante uso dos descritores citados, foram encontrados 58 artigos na Medline, 03 artigos na LILACS, 0 artigos na SciELO, 1.147 artigos no CINAHL e 11 artigos na COCHRANE, totalizando 1219 artigos. Após exclusão dos artigos publicados, além do período temporal es-

tabelecido e em outros idiomas, restaram 294 artigos. Após leitura do título e resumo foram excluídos 267 artigos por não responderem à questão de pesquisa e 05 em duplicidade, restando 22 para leitura na íntegra. Após leitura dos artigos, 16 foram eliminados por não atenderem aos objetivos da pesquisa, restando apenas 06 para inclusão no estudo.

A partir da leitura de cada artigo selecionado na busca, foi possível organizá-los quanto a ordem, periódico/ano de publicação, título, autor(es), método, resposta à questão de pesquisa e nível de evidência do estudo. Para classificação dos artigos em relação ao nível de evidência, foi utilizada a seguinte classificação⁽⁵⁾ Nível 1: evidências resultantes da metanálise de múltiplos estudos clínicos controlados e randomizados; Nível 2: evidências obtidas em estudos individuais com delineamento experimental; Nível 3: evidências de estudos quase-experimentais; Nível 4: evidências de estudos descritivos (não-experimentais) ou com

abordagem qualitativa; Nível 5: evidências provenientes de relatos de caso ou de experiência; Nível 6: evidências baseadas em opiniões de especialistas.

RESULTADOS

Nas publicações selecionadas, 02 dos artigos abordaram aperfeiçoamento tecnológico referente a selos moldáveis para aumentar a aderência da placas adesivas da bolsa de ostomia, 02 artigos abordam a tecnologia de convexidade e maior flexibilidade na placa adesiva, 01 estudo aborda um conjunto de modificações na bolsa de ostomia e 01 artigo apresenta o uso do silicone na placa de aderência da bolsa de ostomia.

Cabe destacar que, durante a seleção dos artigos, a abordagem do “autocuidado” foi muito explorada, porém, não foram encontrados muitos estudos referindo-se ao tema específico das tecnologias que são instrumentais para este autocuidado.

Dos artigos selecionados é possível observar que 05 foram publicadas no idioma inglês, sendo que apenas 01 publicado originalmente em chinês.

Quanto ao país de realização do estudo, 02 artigos foram realizados com participantes do Reino Unido, 01 na Dinamarca, 01 na França, 01 na China e 01 com participantes de 04 países (Dinamarca, Alemanha, Japão e EUA).

De maneira complementar, dos 06 trabalhos selecionados, todos utilizaram-se de ensaios clínicos (02 randomizados e 04 não randomizados), procurando fundamentar quantitativamente os parâmetros de verificação da eficácia das tecnologias exploradas, apresentando resultados mais taxativos acerca da melhoria produzida na qualidade de vida dos indivíduos que compuseram a amostra⁽⁶⁻¹¹⁾. Quanto aos periódicos, 05 artigos foram publicados no British Journal of Nursing e 01 no Gastroenterology Nursing. O quadro a seguir demonstra as demais características dos trabalhos abordados.

Quadro 1. Características dos artigos selecionados. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2018

ID	TÍTULO	AUTOR	PERIÓDICO/ ANO	MÉTODO	TECNOLOGIA ABORDADA	NE
A	Comparing ostomates' perceptions of hydrocolloid and silicone seals: a survey ⁶	Cutting K	British Journal of Nursing, 2016	Ensaio clínico não randomizado	Selos de silicone	III
B	Considering the benefits of a new stoma appliance: a clinical Trial ⁷	Kruse TM Storling; ZM	British Journal of Nursing, 2015	Ensaio clínico randomizado	Aparelho convexo	II
C	Esteem Plus: a clinical evaluation ⁸	Day K	British journal of Nursing, 2013	Ensaio clínico não randomizado	Conjunto de modificações	III
D	Evaluation of a new ostomy mouldable seal: an international product evaluation ⁹	Tielemans C Probert R Forest-Lalande L Hansen AS Aggerholm S Ajslev TA	British Journal of Nursing, 2016	Ensaio clínico não randomizado	Selo moldável	III
E	Evaluation of a one-piece soft convex ostomy appliance: a prospective, multicentre, open-label pilot study ¹⁰	Rat P Robert N Fernandes I Edmond D Mauvais F	British Journal of Nursing, 2018	Ensaio clínico não randomizado	Aparelho convexo macio de peça única	III
F	The Application of a Moldable Skin Barrier in the Self-Care of Elderly Ostomy Patients ¹¹	Liu G Chen Y Luo J Liu A Tang X	Gastroenterology Nursing, 2017	Ensaio clínico randomizado	Barreira cutânea moldável	II

DISCUSSÃO

Pessoas ostomizadas enfrentam desafios que podem levar a diversos tipos de impedimentos físicos em seus cotidianos, impactando diretamente em sua qualidade de vida. Neste contexto, a escolha da tecnologia adequada a ser integrada no estilo de vida da pessoa é de crucial importância, uma vez que determinará a qualidade do autocuidado durante o resto do tempo que a pessoa permanecerá com a bolsa, que pode ser permanente⁽⁹⁾. Na escolha da tecnologia mais adequada, um dos fatores impeditivos seria o fato de que cada pessoa tem características corporais individuais, assim como o contorno do estoma e da pele periestomal⁽¹⁰⁾.

Esta tensão entre necessidades individualizadas ou personalizadas (afinal, cada pessoa se adapta com dispositivos e sistemas diferentes) e a disponibilização das tecnologias, também perpassa de maneira evidente a totalidade dos trabalhos mencionados. Por esta razão, 100% dos trabalhos abordados mencionam como diferencial em suas tecnologias a utilização de materiais flexíveis e moldáveis, além disso, é possível identificar que a maior preocupação do fabricante e usuário é a ocorrência de vazamento, por esses motivos as empresas investem em tecnologias que personalizem e levem em consideração a individualidade das preferências das pessoas ostomizadas⁽⁶⁻¹¹⁾.

Outro tema recorrente nos artigos selecionados é a preocupação com a facilidade do ponto de vista do usuário final, ou seja, da pessoa ostomizada. Embora apenas um trabalho⁽¹¹⁾ carregue no título o termo “self care”, que traduz-se como “autocuidado”, todas as tecnologias apresentadas levam em consideração o fato de que a ostomia, em grande parte das vezes, não é temporária e exige um cuidado contínuo e independente. Isto pode trazer dificuldades, porque envolve a educação das próprias pessoas ostomizadas, educação esta que modula a própria relação do usuário com o dispositivo de sua escolha.

Um dos estudos⁽⁶⁾ apresentados cita como inovação tecnológica o uso do silicone na placa adesiva trazendo grandes bene-

fícios à pessoa ostomizada comparado ao uso do hidrocolóide que apresenta desvantagens no sentido de absorver a umidade (como suor, exsudato ou fezes) o que pode causar maceração após saturação, além do risco de descolamento e, consequentemen-

[...] a escolha da tecnologia adequada a ser integrada no estilo de vida da pessoa é de crucial importância, uma vez que determinará a qualidade do autocuidado durante o resto do tempo que a pessoa permanecerá com a bolsa, que pode ser permanente⁽⁹⁾. Na escolha da tecnologia mais adequada, um dos fatores impeditivos seria o fato de que cada pessoa tem características corporais individuais [...]

te, vazamento. A lesão de pele pode ser provocada durante a remoção da placa e a permanência de resíduo de cola que pode ocorrer na área periestoma. Portanto, o uso do silicone na placa de aderência da bolsa de ostomia proporciona maior benefício ao usuário por apresentar maior sensação de segurança, melhora considerável das condições da pele, facilidade na aplicação e remoção da placa e redução dos vazamentos⁽⁶⁾.

O foco na utilização do silicone e a sua importância no cenário dos aparelhos para estomas, como colocado pela autora, o próprio termo “silicone” abarca uma variedade de polímeros sintéticos que podem ser instrumentalizados em diversas áreas de atividade humana - desde a odontologia até acessórios automotores⁽¹²⁾. No cenário do autocuidado para pessoas ostomizadas, o silicone é um componente importante no cuidado com a pele ao redor do estoma, que pode sofrer danos quando os dispositivos não são utilizados da maneira apropriada.

A convexidade da placa de aderência associada a maior flexibilidade no material utilizado foi apresentada como inovação tecnológica⁽⁷⁾. Um dos grandes benefícios da convexidade é a capacidade de projetar o estoma para o saco direcionando o afluente para longe da pele. No mercado já existem bolsas de ostomia no formato convexo, porém sua maior desvantagem é a rigidez da placa que causa desconforto e limita os movimentos do usuário, o que faz, muitas das vezes, o estomaterapeuta ou usuário optar pelo uso da placa plana. Este novo aparelho convexo e flexível pode proporcionar maior conforto ao usuário mantendo a segurança, a capacidade de acompanhar os movimentos do corpo, além de aumentar o tempo médio de uso comparado com a placa plana⁽⁷⁾.

A mesma proposta de convexidade e flexibilidade descrita anteriormente por outro autor, foi apresentada em outro estudo⁽¹⁰⁾, porém com o diferencial na indicação, ressaltando o uso por pessoas que apresentam estomas rentes ou ligeiramente retraídos. Os objetivos principais propostos pelo produto é a redução dos vazamentos e proteção da pele. Através deste estudo foi possível reafirmar que um dispositivo convexo macio

de uma peça oferece, em ostomias rentes ou ligeiramente retraídas, um equilíbrio entre a eficácia, segurança e conforto e é uma alternativa potencial comparado aos dispositivos planos⁽¹⁰⁾.

O desenvolvimento de barreiras convexas deu-se, em um primeiro momento, na década de 1980⁽¹⁵⁾, como maneira de melhorar a adesão das barreiras à pele da pessoa, entendendo que a utilização de aparelhos planos pudesse contribuir para lesões à pele e desgaste da região periestomal. As barreiras convexas também ajudam a corrigir o estoma ou planos periestômicos menos perfeitos, evitando que as fezes ou a urina penetrem sob a barreira. A convexidade também pode aplainar rugas e vincos, manter as dobras abertas, ou preencher uma superfície defeituosa da pele. O uso de um cinto de ostomia acentuará as propriedades da barreira convexa, aumentando a pressão exercida pela barreira diretamente contra a pele⁽¹⁴⁾.

Com a proposta de trazer discrição, reduzir ainda mais o mau cheiro e também proporcionar conforto, trouxe como inovação tecnológica uma bolsa de ostomia com saco composto por material suave, confortável de usar, design discreto, feita de material não-tecido, permeável e hidrofóbico, associado a um filtro de carbono coberto com uma membrana de espuma e localização mais alta da bolsa, reduzindo a chance de entupimento do filtro com fezes ou vazamento de saída. Além disso, possui um sistema de fechamento tipo “pince e empurre” para um fechamento simples, fácil e seguro⁽⁸⁾.

Os selos moldáveis para ostomia são frequentemente usados com o objetivo de preencher deformidades e vincos na pele periestomal, o que também é citado com benefício da placa adesiva convexa, em casos específicos, se torna necessário para evitar fuga de efluentes por baixo da placa da bolsa de ostomia. Um dos objetivos de desenvolvimento em selo foi projetar um produto que aborda os problemas enfrentados pelos pacientes com resíduo adesivo na pele periestomal e/ou nos dedos durante a reaplicação de vedações. Assim, um novo selo moldável traz essas facilidades⁽⁹⁾,

além de aumentar a durabilidade e facilidade na mudança da bolsa. A integridade da pele, limpeza fácil e tempo necessário foram classificados como importantes pelos profissionais de saúde e usuários, levando em consideração que a remoção de resíduos resistentes pode causar trauma na pele periestomal. A capacidade de absorção é semelhante ao adesivo hidrocólide tradicional, porém a nova estrutura polimérica fornece um adicional que torna o selo mais aderente e durável. Assim, durante o tempo de uso, o novo selo não deve dissolver e erodir tão facilmente, isso porque o aumento da força do gel impede que se quebre em pequenos pedaços⁽⁹⁾.

Corroborando esta ideia, outro autor⁽¹¹⁾ cita também como inovação tecnológica o selo moldável, porém com o diferencial de não precisar ser cortada, sendo moldada ao estoma apenas esticando-se o orifício central com os dedos até o ajuste no formato do estoma, pois usa uma tecnologia de memória de rebote que tem a capacidade de se contrair e expandir para encaixar bem o estoma mantendo a flexibilidade. Este estudo foi realizado com idosos entre 65 e 79 anos demonstrando que o produto pode reduzir incidência de dermatite irritativa, facilitar o autocuidado e reduzir o custo do uso de creme à prova de vazamentos em comparação ao produto tradicional. Em contrapartida, não houve diferenças significativas no custo do produto de ostomia e do intervalo de substituição da barreira.

A percepção acerca dos selos tradicionais em comparação com os selos moldáveis é abordada considerando que as danificações causadas na pele periestomal podem se dar em função de doenças de pele, como: psoríase e eczema, infecção, lesão mecânica e dermatite de contato. No entanto, um fator relevante é o contato com as enzimas proteolíticas na saída do estoma, que pode causar vermelhidão, irritação e ruptura da pele. Esses eventos adversos têm o potencial de aumentar a morbidade ou prejudicar a qualidade de vida e o bem-estar das pessoas ostomizadas⁽⁶⁾. Portanto, é de grande importância que a bolsa coletora esteja fixada de maneira correta, de maneira a não permitir vazamentos de efluentes, garantindo a

limpeza da pele por volta do estoma.

Pode-se salientar, portanto, que, à medida que a pele sofre o processo natural de envelhecimento, torna-se mais suscetível a danos e deteriorações, que podem ser traçadas diretamente às causas: perda da matriz dérmica e do tecido subcutâneo, desgaste epidérmico, redução da vascularidade, elasticidade e força tensora da pele⁽¹³⁾.

Outros fatores intrínsecos podem contribuir de maneira significativa para o risco de lesões dérmicas, sejam eles advindos de comorbidades (como diabetes, falência renal, hipertensão ou varizes periestomais), ou de outras condições como psoríase, eczema, má nutrição e desidratação⁽¹⁴⁾. Outros fatores extrínsecos também mencionados na literatura consultada, que podem apresentar riscos à presença de danos na pele periestomal, foram a constatação de pele ressequida, macerações, radioterapia, fricção com o dispositivo de ostomia ou com alguma peça de roupa^(13,14). Para administrar e atenuar esses problemas, diversas tecnologias podem ser utilizadas, como lenços, sprays, pastas, géis e selos conforme mencionado, protegendo a pele contra essas mazelas^(7,9).

Dos 06 trabalhos selecionados, todos mencionaram de maneira direta que os vazamentos de efluentes constituem um problema de grande peso, necessitando de tecnologias que possam solucionar este tipo específico de problema⁽⁶⁻¹¹⁾. O vazamento de efluentes é considerado, pelas pessoas ostomizadas, um fator central que impacta negativamente na qualidade de suas vidas, mencionando também os diversos problemas de saúde advindos desta situação⁽¹²⁾. O problema do vazamento é também abordado no trabalho de Cronin⁽¹²⁾, em que um dos sujeitos do estudo relatou um medo constante de vazamentos como uma fonte de ansiedade. Para a pessoa ostomizada o vazamento nos dispositivos é o maior desafio no cuidado da ostomia⁽⁷⁾.

As tecnologias apresentadas nesses trabalhos se modulam em torno do eixo flexibilidade versus segurança. A dicotomia apresentada em todos eles é a de que as barreiras cutâneas precisam ao mesmo tempo fornecer aderência à pele, liberdade de mo-

bilidade e a sensação de segurança.

Além desses parâmetros objetivos, é importante salientar, também, que a subjetividade das pessoas ostomizadas também representa um fator de grande importância na satisfação das pessoas com os seus dispositivos. Rat⁽¹⁰⁾ coloca que “the psychological effect of a stoma may differ between stoma patients, which may also impact on their response to a new product”, ou seja, “o efeito psicológico de um estoma pode diferir entre pacientes, o que também pode afetar sua resposta a um novo produto”, complementando que a experiência pode ser devastadora para pessoas com câncer⁽¹⁰⁾. Por esta mesma percepção, são estabelecidos como parâmetros de avaliação a sensação de autossatisfação e os custos envolvidos no autocuidado⁽¹¹⁾. Por isso, uma tecnologia é satisfatória na medida em que permite à pessoa desempenhar suas atividades cotidianas sem detrimento ou complicações. Nesse contexto, foi possível obser-

var que 100% das tecnologias estudadas demonstraram a capacidade de atender ao parâmetro da funcionalidade objetiva, trazendo inovações que de fato oferecem à pessoa benefícios objetivos no processo de manuseio e cuidado das suas ostomias.

CONCLUSÃO

Uma vez que o problema central do presente trabalho foi verificar as tecnologias disponíveis para o manejo da ostomia descritos na literatura, a percepção geral que percorre o trabalho foi a de que as inovações tecnológicas são resultado direto de problemas que pessoas ostomizadas possam encontrar na adaptação ao novo estilo de vida. De maneira geral, todos os artigos consultados partiram de dois pressupostos cruciais: 1. As tecnologias disponíveis no mercado para atenuar as dificuldades advindas dessas mudanças são melhoradas progressivamente desde o início das práticas de ostomização; 2. A inovação tecnoló-

gica se detém, prioritariamente a ocorrência de vazamentos por ser considerada a maior ocorrência na utilização do produto por pessoas ostomizadas.

Além disso, foi possível observar que as inovações tecnológicas se detiveram, quase em sua totalidade, no formato e material utilizado em produtos anteriormente existentes, mais especificamente placa de aderência e selo moldável, entretanto, um estudo apresentou um conjunto de mudanças estruturais significativas como o material do reservatório, fechamento da bolsa e localização e material do filtro de carvão ativado.

Pode-se constatar de maneira clara a existência de lacuna no meio científico que aborde inovações tecnológicas, principalmente no cenário acadêmico brasileiro.

Os artigos selecionados revelaram, em suas conclusões, que as inovações propostas trouxeram resultados positivos para as pessoas ostomizadas ao lidar com os diversos problemas característicos desta condição. ■

REFERÊNCIAS

1. Luz MHBA, Andrade DS, Amaral HO, Bezerra SMG, Benício CDAV, Leal ACA. Caracterização dos pacientes submetidos a estomas intestinais em um hospital público de Teresina-PI. *TextoContextoEnferm*. 2009 Jan-Mar; 18(1):140-6.
2. Burch J. Choosing the correct accessory for each stomatype: an update. *British Journal of Nursing*. 2013; 22(16):S10-13.
3. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde (BR). Entendendo a Incorporação de Tecnologias em Saúde no SUS: como se envolver [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 34 p.:il.
4. Bedaque HP, Bezerra ELM. Descomplicando MBE: uma abordagem prática da medicina baseada em evidências (Organizadores). Natal: Editora Caule de Papiro; 2018.
5. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*. 2010; 8(1 Pt 1):102-6
6. Cutting K. Comparing Ostomates' Perceptions of Hydrocolloid and Silicone Seals: a survey. *British Journal of Nursing*. 2016; 25(22):S24-9.
7. Kruse TM, Storling ZM. Considering the Benefits of a new Stoma Appliance: a clinical trial. *British Journal of Nursing*. 2015; 24(22):S24-9.
8. Day K. Esteem Plus: a clinical evaluation. *British Journal of Nursing*. 2013; 22(16):S32-6.
9. Tielemans C, Probert R, Forest-Lalande L, Hansen AS, Aggerholm S, Ajslev TA. Evaluation of a New Ostomy Mouldable Seal: an international product evaluation. *British Journal of Nursing*. 2016; 25(22):S16-22.
10. Rat P, Robert N, Fernandes I, Edmond D, Mauvais F. Evaluation of a One-Piece Soft Convex Ostomy Appliance: a prospective, multicentre, open-label pilot study. *British Journal of Nursing*. 2018; 27(16):S20-8.
11. Liu G, Chen Y, Luo J, Liu A, Tang X. The Application of a Moldable Skin Barrier in the Self-Care of Elderly Ostomy Patients. *Gastroenterology Nursing*. 2017; 40(2):117-20.
12. Cronin E. Silicone-Based Stoma Accessories in Clinical Practice. *British Journal of Nursing*. 2016; 25(5):S28-34.
13. Collet JA, Silva FP, Aymone JLF. Bolsas Coletoras Utilizadas por Estomizados: uma análise tridimensional. *Design & Tecnologia - UFRGS*, 11 (2016).
14. Boyles A, Hunt S. Care and management of a stoma: maintaining peristomal skin health. *British Journal of Nursing*. 2016; 25(17):S14-21.
15. Jo H, Paris P. Understanding the role of convex skin barriers in ostomy care. *Nursing*. 2017; 47(9):51-6.

Burnout entre profissionais de enfermagem em setores fechados

RESUMO

Objetivo: Pesquisa visou descrever a prevalência da síndrome de burnout entre trabalhadores de enfermagem de setores fechados. Métodos: Estudo descritivo seccional realizado com 75 profissionais de enfermagem atuantes em unidades de terapia intensiva de hospital universitário. Os dados coletados em junho de 2014, por meio de questionário autoaplicado. Foi utilizado o Maslach Burnout Inventory para a aferição das dimensões de burnout. Resultados: Os valores das dimensões evidenciaram-se entre médios para: esgotamento emocional 24,93; despersonalização 17,6; realização pessoal 31,24 pontos. A prevalência global de suspeição foi de 78,7% (59) e obteve-se dado significativo em relação ao sexo masculino onde 100% (16) dos homens eram suspeitos. Conclusão: Tais informações demonstram a necessidade de atenção qualificada ao trabalhador de setor fechado. Nesse sentido, pesquisas e ações de saúde em torno da síndrome devem ser elaboradas para melhorar a qualidade de vida e serviços prestados pelos profissionais.

DESCRIPTORIOS: Esgotamento Profissional; Unidades de Terapia Intensiva, Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica; Equipe de Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: Research aimed to describe the prevalence of burnout among nursing staff closed sectors. Method: A descriptive study of 75 active nurses in intensive care units of a university hospital. The data collected in June 2014, through self-administered questionnaire. Were used the Maslach Burnout Inventory to measure the dimensions of burnout. Results: The dimension values were evident between average for emotional exhaustion 24.93; depersonalization 17.6; personal achievement 31.24 points. The overall prevalence of suspicion was 78.7% (59) and since we obtained significant compared to males where 100% (16) of the men were suspected. Conclusion: Such information demonstrates the need for skilled attendance at closed sector worker. In this sense, research and health actions around the syndrome should be developed for better quality of life and services provided by professionals.

DESCRIPTORS: Burnout, Professional; Intensive Care Units, Intensive Care Units, Pediatric; Nursing, Team.

RESUMEN

Objetivo: La investigación tuvo como objetivo describir la prevalencia de burnout entre el personal de enfermería cerrado sectores. Métodos: Un estudio descriptivo de 75 enfermeras activos en unidades de cuidados intensivos de un hospital universitario. Los datos recogidos en junio de 2014, a través de cuestionario autoadministrado. Se utilizó el Maslach Burnout Inventory para medir las dimensiones del burnout. Resultados: Los valores de las dimensiones eran evidentes entre el promedio para el agotamiento emocional 24.93; despersonalización 17.6; logro personal 31.24 puntos. La prevalencia general de sospecha fue del 78,7% (59) y ya que obtuvimos significativa en comparación con los hombres, donde se sospecha el 100% (16) de los hombres. Conclusión: Dicha información demostrar la necesidad de la atención calificada del trabajador del sector cerrado. En este sentido, las acciones de investigación y de salud de todo el síndrome deben ser desarrolladas para una mejor calidad de vida y los servicios prestados por los profesionales.

DESCRIPTORES: Agotamiento Profesional; Unidades de Cuidados Intensivos, Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos; Grupo de Enfermería.

Jorge Luiz Lima da Silva

Doutor em Saúde pública. Docente. Departamento Materno Infantil e Psiquiatria - UFF.

Sabrina Pinto Ruback

Enfermeira especialista em nefrologia- UERJ.

Rafael da Silva Soares

Enfermeiro. Mestre em Ciências do Cuidado. Enfermeiro Casic- UFF.

Cristina Portela da Mota

Docente. Doutora em Saúde Pública. Departamento Materno Infantil e Psiquiatria - UFF.

Marisa Augusta Oliveira

Docente. Mestre em Saúde Pública. Departamento Materno Infantil e Psiquiatria - UFF.

Claudia Maria Messias

Docente. Doutora em Enfermagem. Departamento Materno Infantil e Psiquiatria - UFF.

INTRODUÇÃO

As formas de adoecer e morrer dos trabalhadores estão se remodelando e ganhando maior complexidade, o que exprime o crescimento de doenças como fadiga física e mental e outras manifestações de sofrimento relacionadas ao trabalho⁽¹⁾.

O bem-estar dos trabalhadores de saúde que atuam em instituições hospitalares está propenso a diferentes estressores laborais que o afetam diretamente. Dentre os quais, podem-se citar situações de grande impacto, como a dor, o sofrimento e por diversas vezes, a morte, além disso, também há os impasses do número insuficiente de pessoal, as longas jornadas de trabalho e a falta de reconhecimento. O controle emocional e mental desses profissionais é visivelmente maior do que em outras profissões, uma vez que estes desempenham várias atividades de risco ao mesmo tempo e a instituição hospitalar provoca, além disso, maior preocupação em torno das atribuições dos indivíduos que trabalham nesta instituição⁽²⁾.

Os setores fechados do hospital são unidades onde se encontram os pacientes internados que mais necessitam de cuidados diretos e intensivos, por exemplo, as Unidades de Terapia Intensiva (UTI) de Adultos e Neonatal e a Unidade Coronariana (UCO). A morte é fato intrínseco dos hospitais e requer rigoroso controle emocional da equipe com seus pacientes e familiares⁽¹⁾.

Portanto, há a exigência de habilidades e extrema atenção dos profissionais. A sobrecarga pode ocasionar relações interpessoais conflituosas e juntando todos esses fatores, temos o profissional exposto a fatores considerados estressores e que levam ao esgotamento emocional e físico, interferindo na saúde⁽³⁾.

O endocrinologista Hans Selye intro-

duziu a palavra estresse na área de saúde e a distinguiu em três fases: alarme, resistência e exaustão. Entende-se como estresse, um conjunto de reações que um organismo desenvolve ao ser submetido a circunstâncias que exigem esforço de adaptação⁽⁴⁾. Os impactos das novas tecnologias no âmbito da saúde mental e física apontam consequências como problemas musculoesqueléticos, visuais, doenças cardiovasculares e mentais correlacionadas com o trabalho. Conflitos interpessoais, grande demanda de atividades, monotonia, fadiga, entre outros são aspectos psicossociais relevantes, assim como os aspectos físicos e estes devem ser condizentes com as demandas físicas e mentais do profissional⁽²⁾.

Essas demandas impulsionam os trabalhadores para a produtividade ao estresse constante, o que diminui sua capacidade de adaptação e suporte social/emocional. Quando esse mecanismo de adaptação se encontra prejudicado, são adquiridas fragilidades que levam ao desenvolvimento de agravos de saúde, dentre estes, a síndrome de burnout (SB).

O burnout é uma síndrome psicológica, de esgotamento profissional, decorrente da sobrecarga emocional crônica no trabalho que envolve relacionamento interpessoal de grande responsabilidade. Está relacionado à prestação de serviços, e a vulnerabilidade ao seu desenvolvimento aumenta quando essa interação envolve uma carga significativa de responsabilidade, proteção e cuidado com o outro⁽⁵⁾.

É avaliada através da aferição de três dimensões: exaustão emocional, que se refere ao sentimento de fadiga e esgotamento energético, esvaziando os recursos emocionais do indivíduo. Despersonalização, componente interpessoal, engloba as atitudes negativas de dureza, indiferença e distanciamento excessivo manifestadas pelos profissionais no relaciona-

mento com os usuários dos seus serviços. A dimensão da ineficácia é o componente de autoavaliação, normalmente acompanhada de sentimentos de incompetência e baixa produtividade⁽⁵⁾.

Estudos indicam que a SB constitui enorme problema biopsicossocial nos tempos modernos, despertando interesse e preocupação por parte da comunidade científica internacional, e por organizações governamentais, empresariais e sindicais norte-americanas e europeias, em razão de suas consequências individuais e coletivas⁽⁶⁾.

A SB pode predispor enfermeiros a piores condições de saúde, favorecendo ao círculo vicioso, o que pode levar à má qualidade da assistência ao paciente e aumento dos gastos organizacionais. Tendo em vista a dinâmica vivenciada por esses profissionais, se desperta a necessidade de pesquisa da temática para estabelecer meios de intervenção e posterior prevenção.

Objetivou-se descrever a prevalência da SB entre profissionais de enfermagem de setores fechados.

METODOLOGIA

A pesquisa foi desenvolvida através do método quantitativo, o qual trabalha a partir de parâmetros que são variáveis populacionais, apresenta característica descritiva seccional em virtude da busca da associação estatística.

A coleta de dados foi realizada em junho de 2015, após aprovação do projeto pelo comitê de ética CAAE: 25483914.9.0000.5243. Os sujeitos foram 75 funcionários de três setores fechados (unidade coronariana, unidade de cuidados intensivos - adulto e neonatal) de hospital universitário da região metropolitana do Rio de Janeiro. No primeiro

contato, foram explicados os propósitos da pesquisa, e apresentado o Termo Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O instrumento utilizado foi questionário autoaplicado estruturado com perguntas fechadas. Com relação aos dados obtidos, houve a dupla digitação dos questionários com o intuito de evitar possíveis inconsistências.

A SB foi mensurada por meio do Maslach Burnout Inventory (MBI), instrumento composto por 22 questões⁽⁵⁾. O MBI é formado por escala de frequência com cinco pontos que vai de um (nunca) até cinco (diariamente), as quais avaliam três dimensões: exaustão emocional EE (9 afirmativas), despersonalização DP (5 afirmativas) e realização profissional RP (8 afirmativas), em sua versão adaptada e validada para o português com equipe de profissionais de enfermagem⁽⁷⁾.

A pontuação foi obtida por meio da soma dos valores em cada subescala. Foram utilizados pontos de corte, nos quais os autores consideram que, na subescala EE, pontuação igual ou maior que 27 é indicativa de alto nível de exaustão, o intervalo de 19 a 26 corresponde a valores médios, e valores menores que 19 indicam nível baixo. Na subescala DP, pontuação igual ou superior a 10 considera-se nível alto, entre 6 e 9 nível moderado e menor que 6 nível baixo de DP. A subescala RP apresenta medida inversa, nível alto corresponde a valores menores iguais 33, nível médio entre 34 a 39 e nível baixo valores acima de 40⁽⁵⁾.

Devido à ausência de consenso na literatura científica para o diagnóstico, foram utilizados 3 critérios suspeição de SB: 1º o grau elevado nas dimensões EE,

e DP e baixo em RP⁽⁸⁾, ou 2º apenas uma das dimensões em desequilíbrio⁽⁹⁾ e ainda 3º pelo critério que considera apenas a DP baixa como preditora da síndrome⁽¹⁰⁾. Neste estudo, para análise estatística foi utilizado o critério o de Grunfeld e cols. como parâmetro para suspeição de SB⁽⁹⁾.

A análise estatística descritiva contou com medidas de tendência central, de dispersão e análise de frequência. Realizou-se a pontuação de cada subescala de acordo com os padrões supracitados, acrescidos de seus respectivos desvios-padrão. Após isso, foram realizadas comparações entre o grupo estudado e outros grupos profissionais descritos na literatura.

Inicialmente, foi realizada análise univariada que permitiu descrever as características sociodemográficas e laborais da população estudada. Para a análise bivariada, o teste qui quadrado (χ^2) foi utilizado para verificar diferenças entre os grupos analisados, foi considerado, na avaliação da significância, o valor $p \leq 0,05$. Para análise dos dados, foi utilizado o Statistical Package for the Social Sciences® 21.

RESULTADOS

Participaram do estudo 75 profissionais de um total de 84 trabalhadores de enfermagem do Hospital Universitário da região metropolitana do Rio de Janeiro, deste grupo, 09 se recusaram a participar. Dentre os trabalhadores, 29 se declararam pardos, indígenas ou amarelos, e foram agrupados em mestiços (38,7%), 18 se declaram negros (24%) e 28 se declaram bran-

cos (37,3%); em relação ao sexo, 59 (78,7%) eram mulheres e 16 (21,3%) eram homens; a média da idade encontrada foi de 40,1 anos ($DP \pm 10,92$), com 40 abaixo (53,3%); no quesito escolaridade, 45 cursaram até ensino superior (60%); quanto ao estado civil, 38 (50,7%) viviam com companheiro (a); 48 possuíam filhos (64%); a renda média per capita foi de 6 salários mínimos, com 45 abaixo desta faixa (60%).

Os que desempenhavam suas funções na UTI correspondem a 46 (61,3%), na UCO 15 (20%) e 14 (18,7%) na UTI NEO; possuíam outro vínculo empregatício 39 (52%); faziam parte do quadro permanente da instituição 65 (86,7%) e trabalhavam em turno misto, aqueles sem plantão fixo, 29 (38,6%); o tempo na instituição obteve média de 10 anos ($DP \pm 8,88$), sendo 43 (57,3%) abaixo da média; carga horária semanal média encontrada foi de 51,8 horas ($DP \pm 19,09$), sendo 38 (50,7%) acima e 37 (49,3%) abaixo desta média. A maioria dos trabalhadores (66= 88%) relatou não pensar no trabalho durante as folgas. Sobre o estresse autorreferido, 57 profissionais (76%) relataram estar estressados. Em relação ao conhecimento da SB, 45 (60%) disseram conhecê-la. A prevalência global de SB encontrada foi de 59 (78,7%).

Neste estudo, evidenciaram-se os seguintes valores médios para cada dimensão: EE 24,93 pontos, DP 17,61 e RP 31,24 pontos. Os escores encontrados para o EE e DP ficaram entre os valores médios do MBI, enquanto a dimensão RP revelou pontuação superior à média padrão.

Tabela 1. Padrão de pontuação dos escores da SB entre trabalhadores de enfermagem de setores fechados de hospital federal universitário. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2015 (N=75)

DIMENSÕES INVESTIGADAS	NÚMERO DE QUESTÕES	NÍVEL			MEDIDAS DE TENDÊNCIA CENTRAL	
		Padrão	Alto-médio-baixo		Média encontrada	Desvio padrão
Esgotamento emocional	9	≥27	19-26	≤19	24,93	17,61
Despersonalização	8	≥10	06-09	≤06	08,44	06,81
Realização pessoal	5	≤33	34-39	≥40	31,24	09,89

artigo

Silva, J.L.L.; Ruback, S.P.; Soares, R.S.; Mota, C.P.; Oliveira, M.A.; Messias, C.M.;
Burnout entre profissionais de enfermagem em setores fechados

O resultado do MBI expõe a população com EE médio com 39 indivíduos nesse estrato (52,0%), com média de 24,93. A dimensão DP apresentou também resultado médio com 42 indivíduos (56%), com média de 8,44 pontos, e a RP apresentou nível alto, 31,24 pontos, com 57 (76%), valores estes que expõem a população a risco de desenvolvimento da SB.

Segundo critérios de Grunfeld e cols., a prevalência de SB observada foi de 40 casos, considerando uma das dimensões em risco - 78,7%⁽⁹⁾. Pelos critérios de Golembiewski, Munzenrider e Carter, foram constatados 29 casos - 38,7%⁽¹⁰⁾. Foi observado apenas 01 caso, segundo a mensuração de Ramirez e cols.⁽⁸⁾.

Quanto à prevalência da SB, de acordo com variáveis sociodemográficas e laborais foi encontrada associação estatística para o sexo masculino 16 (100%) ($p=0,019$).

Para efeito de descrição, as maiores porcentagens de suspeição para SB foram encontradas: em menores de 40 anos 34 (85,00%); com cor da pele autorreferida branca 24 (85,71%); com escolaridade até ensino superior 35 (77,70); que vivem com companheiro 30 (78,84%); sem filhos 27 (81,48%); com renda de até 6 salários mínimos 36 (80%); entre os técnicos e auxiliares de enfermagem 35 (77,70%); aqueles com até 10 anos na instituição 34 (79,06%); que possuem outro emprego 33 (84,61%); que trabalham em turno misto 24 (85,71%); com carga horária total acima 52h semanais 31 (83,70%); entre os atuantes no setor de UCO 13 (86,60%); com vínculo temporário 09 (90,00%); que desconhecem a SB 25 (83,33%); entre os que se declaravam não estressados 08 (88,88%), e que não pensavam no trabalho durante a folga 45 (78,94%).

DISCUSSÃO

Observa-se que a população estudada é composta em sua maioria por mulheres. Esta realidade corresponde ao processo histórico de constituição da enfermagem como profissão, realizada por mulheres. Pode-se dizer que, mesmo com o crescente ingresso do sexo masculino nesta profissão, o sexo feminino ainda se mantém, em relação ao contingente de profissionais. Além disso, vivenciam ainda o acúmulo de atividades domésticas e de educação dos filhos⁽¹¹⁾.

A média de idade encontrada corresponde a 40 anos, sendo que a maioria dos participantes se encontra abaixo desta, logo, caracteriza-se como um grupo de adultos jovens. Similar ao estudo⁽¹²⁾ de Schmidt e cols. no qual a média foi 42 anos.

Quanto ao estado civil, ficou equili-

Tabela 2. Prevalência da SB e dimensões, entre trabalhadores de enfermagem de setores fechado de um hospital federal universitário. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2015 (N=75)

DIMENSÕES SINDROME DE BURNOUT		N	%
Esgotamento emocional	Média 24,93 ± 17,61		
Baixo		36	48,0
Médio		08	10,7
Alto		31	41,3
Médio e alto		39	52,0
Despersonalização	Média 08,44 ± 6,81		
Baixo		33	44,0
Médio		13	17,3
Alto		29	38,7
Médio e alto		42	56,0
Realização pessoal	Média 31,24 ± 9,89		
Baixo		18	24,0
Médio		18	24,0
Alto		39	52,0
Baixo e médio		36	48,0
Critérios de mensuração			
Grunfeld e cols. (2000)		40	78,7
Golembiewski, Munzenrider, Carter (1983)		29	38,7
Ramirez e cols. (1996)		01	01,3

Legenda: N= total no estrato. % = frequência relativa. d.p. = desvio padrão

brado entre casados e solteiros, da mesma forma que no estudo de Panunto e Guirardello⁽¹³⁾. Além disso, a maioria possui filhos, diferente da pesquisa de Cohen e cols., no qual a maioria não possuía filhos⁽¹⁴⁾. Grande parte dos trabalhadores estudou até o ensino superior, o que se relaciona com a média de renda familiar encontrada. Porém, como a maioria dos profissionais era formada por técnicos, seguidos dos enfermeiros, a renda encontra-se, abaixo da média, assim como em outro estudo⁽¹²⁾.

Há particularidades e demandas ímpares relacionadas ao cuidado de enfermagem intensivo, e com isso o número de profissionais de nível superior é mais expressivo, pois existe a necessidade de assistência mais complexa. Quanto mais tempo o paciente fica internado, mais dependente do profissional fica e, conseqüentemente, aumenta-se a carga de trabalho. No sistema de saúde norte-americano, a falta de profissionais nos setores fechados tem sido relevante, e isso mostra que conforme a demanda aumentou, o incremento de recursos físicos, tecnológicos e de pessoal não a acompanhou⁽¹⁵⁾. No Brasil, há carência desse tipo de informação, tendo em vista a falta de registro das instituições responsáveis, em relação às condições de trabalho nas UTI, contudo estudos apontam esse déficit⁽¹⁶⁾.

O maior contingente de profissionais se encontra na UTI, quando comparado a UCO, e isso se deve a carga de trabalho e maior demanda de pacientes. Enquanto na UCO, se faz necessária maior especificidade de cuidados. A população, em sua maioria, tinha vínculo empregatício permanente, possuíam outros empregos, além de trabalhar em turno misto, o que justifica a elevada carga horária.

A carga horária semanal média foi de 51,8 horas o que pode ser explicada pelos plantões extras, cobertura de faltas e absenteísmo. No estudo Chiapetti⁽¹⁷⁾, foi encontrada carga de 53,2 horas por semana. Isso mostra que os profissionais de enfermagem passam tempo considerável no ambiente laboral⁽¹⁸⁾.

A amostra populacional de 75 profissionais obteve a prevalência global de suspeição de SB de 78,7%. Porcentagem similar quando comparada a outras pesquisas. Em estudo⁽¹⁹⁾ seccional realizado com 58 enfermeiros bombeiros de UPA, houve suspeição apareceu de 84,5%. E em outro com 110 profissionais de enfermagem da rede de urgência e emergência da Paraíba obteve-se a prevalência de 82,73% indivíduos apresentando algum nível da síndrome⁽²⁰⁾.

Em relação ao perfil sociodemográfico, obteve-se dado significativo, onde 100%⁽¹⁶⁾ dos homens se encontram sob suspeição. A despersonalização é maior entre homens, uma vez que estes têm dificuldade em expressar seus sentimentos, quando comparados às mulheres⁽⁵⁾. Logo, ocorre maior distanciamento dos pacientes e de outras pessoas, devido a fatores culturais, uma vez que é cobrado do homem postura mais direta e fria.

Os enfermeiros que atuam em setores fechados estão mais propensos a desenvolver o estresse por estarem em ambiente totalmente fechado, artificial, com ruídos constantes, vigília constante e pelas situações imprevisíveis como, sofrimento e morte. Não obstante, há a exigência de que o enfermeiro possua alto conhecimento técnico e científico, destreza para implementação de cuidados imediatos e aptidão para tomada de decisão, crucial neste ambiente⁽²¹⁾. As dificuldades de trabalhar em contato direto com pacientes e familiares, o distanciamento entre o trabalho prescrito e o trabalho real, a alta carga emocional associada ao despreparo, e a falta de mecanismos de suporte para amenização do estresse sofrido⁽²²⁾.

Quanto à dimensão EE, este estudo encontrou a média de 24,93 pontos, entre os 75 profissionais. Esse valor é considerado moderado, assim como nos trabalhos, com profissionais de enfermagem em UTI na Espanha⁽²³⁾, e com médicos e equipe de enfermagem em hospitais espanhóis⁽²⁴⁾, evidenciaram 25,19 pontos e 22,40 pontos, respectivamente.

Na dimensão DP, o presente estudo

revelou média de 8,44 pontos, valor considerado moderado. Pesquisa⁽³⁾ realizada com trabalhadores de enfermagem atuantes em hospital da Serra Gaúcha, Brasil, encontrou-se escore de 8,87 pontos. Ao pesquisar enfermeiros de unidades de terapia intensiva de adulto na região do interior do Estado de São Paulo, Brasil, foi encontrada média similar, com 9,1 pontos⁽¹³⁾. Em amostra de equipe de enfermagem de hospital em Curitiba, Paraná, Brasil, encontrou-se valor alto, com o escore de 6,48 pontos⁽¹⁷⁾. A desmotivação, sobrecarga, relações conflituosas e convívio negativo levam ao desenvolvimento da despersonalização dos trabalhadores⁽²⁵⁾.

Ao estar descontente com suas atribuições, o trabalhador deixa de responder às exigências laborais e com isso se sente irritado e/ou deprimido, gerando atrito com sua equipe, por fim, acaba se afastando dos indivíduos como forma de enfrentamento da situação estressora. Quando o trabalhador está desmotivado e com sobrecarga de trabalho, há a necessidade de administrar os sentimentos de afastamento e negação para que ocorra adaptação à vida profissional com a pessoal⁽²⁶⁾.

Na última dimensão avaliada, RP, foi encontrada a média de 31,24 pontos, considerada alta, assim como na pesquisa com enfermeiros de hospital em Boyacá, na Colômbia⁽²⁷⁾ e com profissionais de enfermagem, em Manaus⁽¹⁴⁾, onde encontrou-se 72,7% e 65,0% da população estudada com nível alto de RP, respectivamente. O trabalho realizado com profissionais de saúde, em hospital de grande porte no Rio Grande do Sul, Brasil, constatou nível médio, com 36,6 pontos⁽²⁵⁾. O estudo⁽¹²⁾ com profissionais de enfermagem em terapia intensiva no Paraná, o qual obteve 25,0 pontos, escore abaixo da média encontrada no presente estudo. O destaque para o alto nível de realização profissional obtido pode estar relacionado com estratégia de defesa para comedir a progressão das outras dimensões.

A aflição causada pelo embate entre as demandas da organização e o funciona-

mento psíquico resultam na construção de formas de defesa, que são elaboradas e geridas coletivamente⁽²²⁾. O entusiasmo com o trabalho, além de ser elemento apontado como redutor do estresse, contribui para a maior permanência do profissional na instituição, diminuindo os níveis de absenteísmo. Apreciar o que faz, ter boa convivência com a equipe, expectativa de ascensão profissional, autonomia e condições adequadas de trabalho são itens focalizados em pesquisas como os principais fatores motivacionais⁽²⁾.

Vale ressaltar que os setores fechados são locais onde as dificuldades de relacionamento interpessoal, seja com os acompanhantes dos pacientes ou com alguns membros da equipe, a vontade de abandonar o trabalho, a carência de 'realização profissional' a sobrecarga de trabalho, entre outros fatores influenciarão negativamente a qualidade de vida no trabalho⁽²⁸⁾.

Os fatores laborais aliados a fatores estressores geram possíveis riscos de desenvolvimento da SB, traz consequências mentais e físicas à saúde dos trabalhadores e algumas das alterações são: ansiedade, alterações cardiovasculares, cansaço crônico, disfunção gástrica, mialgias, enxaqueca, entre outras⁽²⁴⁾. E como a síndrome é causada devido à alteração do padrão biopsicossocial, o aparecimento destes sintomas também se dá pela forma como se compõe o indivíduo; ou seja, segundo suas crenças, onde mora, sonhos, valores, dentre outros. E esses, juntamente com a sobrecarga do trabalho e as obrigações, são parcialmente responsáveis pela origem do problema⁽²⁹⁾. A síndrome se configu-

ra como processo progressivo, no qual há período de sensibilização de 10 anos de trabalho e há expectativa de aumento após esses anos⁽²³⁾.

No mundo contemporâneo, as demandas do capitalismo e da globalização mudaram tão intensamente a convivência social, deixando escassa não só as condições de vida e do trabalho, mas também as relações interpessoais. E para a enfermagem, o tema estresse recebeu maior atenção de forma a explorar os efeitos SB, em razão das próprias características do trabalho, como o excesso de atividades burocráticas, dupla jornada, baixa remuneração e ampla gama de funções⁽³⁰⁾.

Os estudos estão identificando que os profissionais que lidam com a saúde têm apresentado elevadas medidas das diferentes dimensões da SB. E suas consequências vão do suicídio à diminuição da produtividade no trabalho, além dos conflitos laborais⁽³¹⁾. Os profissionais, aparentemente, passam por altos níveis de tensões específicas de estresse laboral, e esses níveis se elevam ainda mais quando se trata de setores fechados^(21,28). Esse grau de estresse pode ser constatado entre auxiliares e técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos⁽³⁰⁾.

Algumas limitações do estudo devem ser consideradas: a) Quanto ao viés do trabalhador saudável, buscaram-se de forma ativa os afastados, transferidos, os ausentes nos setores. Após ponderação dos motivos de afastamento, foram incluídos aqueles que estavam fora do setor por até seis meses. b) A falta de consenso no meio acadêmico sobre os critérios para suspeição da SB mostra-se como fator a ser superado. c)

Quanto ao número reduzido de participantes, entende-se como possível limitação para análises estatísticas, embora estudos similares tenham demonstrado consistência, mesmo com números inferiores de trabalhadores. d) O critério de Grunfeld e colaboradores⁽⁹⁾ apresenta grande sensibilidade, uma vez que considera apenas uma das dimensões em desequilíbrio para suspeição da síndrome, o que pode, de certa forma, superestimar a prevalência.

CONCLUSÃO

Os resultados denotam a necessidade de estudos acerca da síndrome para estabelecer formas de intervenção e posterior prevenção, principalmente quando são observados casos de afastamento das atividades profissionais, absenteísmo e doenças relacionadas ao trabalho.

Como forma de amenizar a situação, uma boa medida seria a realização de programas pertinentes ao estresse laboral, englobando todas as classes de trabalhadores e integrar todos os colaboradores, tendo em vista que profissionais são elementos indispensáveis. A partir disso, devem ser almejadas decisões, no sentido de conceder amplo suporte social, tendo em vista a redução da degradação causada pelos fatores conhecidos do ambiente e vistos como maléficis a esses profissionais.

Os achados deste estudo ampliam as discussões sobre o assunto, subsidiando à área de enfermagem, saúde do trabalhador e coletiva o planejamento e inserção de medidas preventivas para os trabalhadores e melhor qualidade de vida no trabalho. ■

REFERÊNCIAS

- 1 Santos APL, Lacaz FAC. Saúde do trabalhador no SUS: contexto, estratégias e desafios. In: Gomes CM, Machado JMH, Pena PGL. Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011, p. 87-105.
- 2 Glória ME, Marinho VL, Mota DS. Síndrome de Burnout nos profissionais da área de saúde. *Amazônia Science & Health*. 2016.
- 3 Meneghini F, Paz AA, Lautert L. Fatores ocupacionais associados aos componentes da síndrome de burnout em trabalhadores de enfermagem. *Texto Contexto Enferm* 2011; 20(2): 225-33.
- 4 Selye H. Stress in health and disease. Sydney: Butter-

REFERÊNCIAS

rworth; 1976.

5 Tironi MOS, Teles JMM, Barros DDS, Vieira DFVB, Silva Filho CMD et al. Prevalência de síndrome de burnout em médicos intensivistas de cinco capitais brasileiras. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 2016; 28(3), 270-277.

6 Ayala E, Carnero AM. Determinants of burnout in acute and critical care military nursing personnel: a cross-sectional study from Peru. *PLoS One* 2013; 8(1): 1-7.

7 Tamayo MR, Tróccoli BT. Construção e validação fatorial da escala de caracterização de burnout. *Estud Psicol* 2009; 14(3): 213-221.

8 Ramirez AJ, Graham J, Richards MA, Cull A, Gregory MA. Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work. *Lancet* 1996; 347(9003): 724-8.

9 Grunfeld Eva, Whelan TJ, Zitzelsberger L, Willan AR, Montesanto B, Evans WK. Cancer care workers in Ontario: prevalence of burnout, job stress and job satisfaction. *CMAJ* 2000; 163(2): 166-9.

10 Golembiewski RT, Munzenrider R, Carter D. Phases of progressive burnout and their work site covariants: critical issues in OD research and praxis. *J Appl Behav Sci* 1983; 19(4): 461-81.

11 Gil-Monte PR. Influencia del género sobre el proceso de desarrollo del síndrome quemarse por el trabajo (burnout) en profesionales de enfermería. *Psicol Estud* 2002; 7(1): 3-10.

12 Schmidt DRC, Paladini M, Biato C, Pais JD, Oliveira AR. Qualidade de vida no trabalho e burnout em trabalhadores de enfermagem de unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Enferm* 2013; 66(1): 13-7.

13 Panunto MR, Guirardello EB. Ambiente da prática profissional e exaustão emocional entre enfermeiros de terapia intensiva. *Rev Latino-Am Enferm* 2013; 21(3): 765-72.

14 Cohen J. Síndrome de burnout em profissionais de enfermagem na cidade de Manaus. *Saúde e Transf Soc* 2013; 4(1): 31-8.

15 Kelley MA, Angus D, Chalfin DB, Crandall ED, Ingbar D, Johanson W, et al. The critical care crisis in the United States: a report from the profession. *Chest* 2004; 125(4): 1514-7.

16 Versa GLGS, Murassaki ACY, Inoue KC, Melo WA, Falder JW, Matsuda LM. Estresse ocupacional: avaliação de enfermeiros intensivistas que atuam no período noturno. *Rev Gaúcha Enferm* 2012; 33(2): 78-85.

17 Chiapetti N. Síndrome de burnout em profissionais de enfermagem. *Bol Acad Paul Psicol* 2012; 32(83): 353-83.

18 Benevides-Pereira AMT. Burnout: quando o trabalho

ameaça o bem-estar do trabalhador. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2002.

19 Santos PG, Passos JP. O estresse e a síndrome de burnout em enfermeiros bombeiros atuantes em unidades de pronto-atendimento. *Rev Pesq Cuid Fundam Online*, Rio de Janeiro. 2010. Número Suplementar.

20 Dantas TRS. Prevalência da síndrome de burnout em enfermeiros da rede hospitalar de urgência e emergência do Estado da Paraíba [dissertação]. João Pessoa: Centro de Ciências de Saúde, Universidade Federal da Paraíba; 2011.

21 Rodrigues VM, Ferreira AS. Fatores geradores de estresse em enfermeiros de unidades de terapia intensiva. *Rev Latino-Am Enferm* 2011; 19(4): 1025-32.

22 Dejours C. A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho. 7a ed. São Paulo: Cortez; 1992.

23 Iglesias ME, Vallejo RB, Fuentes PS. Reflections on the burnout syndrome and its impact on health care providers. *Ann Afr Med* 2010; 9(4): 197-8.

24 Suñer-Soler R, Grau-Martín A, Font-Mayolas S, Gras ME, Bertran C, Sullman MJ. Burnout and quality of life among Spanish healthcare personnel. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2013; 20(4): 305-13.

25 Moreira DS, Magnano RF, Sakae TM, Magajewski FRL. Prevalência da síndrome de burnout em trabalhadores de enfermagem de um hospital de grande porte da região Sul do Brasil. *Cad Saúde Publ* 2009; 25(7): 1559-68.

26 Trindade LL. O estresse laboral da equipe de saúde da família: implicações para a saúde do trabalhador [dissertação]. Porto Alegre: Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2007.

27 Verdugo LPA, Bocanegra BMP. Prevalencia de desgaste profesional en personal de enfermería de un hospital de tercer nivel de Boyacá, Colombia. *Enferm Glob* 2013; 12(1): 73-88.

28 Fogaça MC, Carvalho WB, Cítero VA, Nogueira-Martins LA. Fatores que tornam estressante o trabalho de médicos e enfermeiros em terapia intensiva pediátrica e neonatal: estudo de revisão bibliográfica. *Rev Bras Ter Intensiva* 2008; 20(3): 261-6.

29 Oliveira RKM, Costa TD, Santos VEP. Síndrome de burnout em enfermeiros: uma revisão integrativa. *Rev Pesq Cuid Fundam* 2013; 5(1): 3168-75.

30 Raftopoulos V, Charalambous A, Talias M. The factors associated with the burnout syndrome and fatigue in Cypriot nurses: a census report. *BMC Public Health* 2012; 12: 457-70.

31 West CP, Halvorsen AJ, Swenson SL, McDonald FS. Burnout and distress among internal medicine program directors: results of a national survey. *J Gen Intern Med* 2013; 28(8): 1056-63.

O papel do enfermeiro na gestão de qualidade: revisão de literatura

RESUMO

Objetivou-se conhecer o papel do enfermeiro na gestão de qualidade. Trata-se de uma Revisão de literatura, foi realizada a busca através das bases de dados LILACS e SCIELO, respeitando o período de 2009 a 2017. Para uma análise do conteúdo qualitativo foi utilizada a técnica de análise de temática Bardin. Foram selecionados 24 artigos, os quais atenderam aos critérios de inclusão deste estudo, através da análise dos artigos foi possível emergir os seguintes eixos temáticos: "Caracterização das publicações", "A gestão de qualidade e o processo de trabalho", "O enfermeiro na gestão de qualidade: Principais desafios. Conclui-se que o enfermeiro possui importância essencial quanto à gestão de qualidade devido a sua habilidade no contexto de gerenciamento em saúde.

DESCRIPTORES: Enfermeiros; Gestão da Qualidade; Gestão em Saúde.

ABSTRACT

The aim was to know the role of nurses in quality management. This is a literature review, the search was done through the LILACS and SCIELO databases, respecting the period from 2009 to 2017. For an analysis of the qualitative content, the analysis technique of the Bardin theme was used. Twenty-four articles were selected, which met the inclusion criteria of this study, through the analysis of the articles it was possible to emerge the following thematic axes: "Characterization of publications", "Quality management and work process", "Nurses in the quality management: Key challenges. It is concluded that nurses have essential importance regarding quality management due to their ability in the context of health management.

DESCRIPTORS: Nurses; Quality Management; Health Management.

RESUMEN

El objetivo era conocer el papel de las enfermeras en la gestión de la calidad. Es una revisión de la literatura, la búsqueda se realizó a través de las bases de datos LILACS y SCIELO, respetando el período de 2009 a 2017. Para un análisis del contenido cualitativo, se utilizó la técnica de análisis del tema Bardin. Se seleccionaron veinticuatro artículos, que cumplían con los criterios de inclusión de este estudio, a través del análisis de los artículos fue posible emerger los siguientes ejes temáticos: "Caracterización de publicaciones", "Gestión de la calidad y proceso de trabajo", "Enfermeras en el Gestión de la calidad: retos clave. Se concluye que las enfermeras tienen una importancia esencial con respecto a la gestión de la calidad debido a su capacidad en el contexto de la gestión de la salud.

DESCRIPTORES: Enfermeras; Gestión de Calidad; Gestión de la salud.

Jabíael Carneiro da Silva Filho

Enfermeiro, Especialista em Gestão Hospitalar e Serviços de Saúde. Mestrando em Enfermagem - Universidade de Pernambuco.

Isabela Najela Nascimento da Silva

Enfermeira, Residente do Programa de Saúde Coletiva, FIOCRUZ.

Jéssica Alcântara de Lira Oliveira

Enfermeira, Universidade de Pernambuco;

Mirella de Souza Barbosa

Enfermeira, Pós-graduanda em UTI Geral, Universidade de Pernambuco.

Jairane Evely de Castro Azevedo

Enfermeira, Residente do Programa Multiprofissional de atenção ao câncer e cuidados paliativos da ASCES/UNITA.

Maria Eunice da Silva Mattos Galvão

Enfermeira Sanitarista, Residente em Obstetrícia Secretaria de Saúde do Recife.

INTRODUÇÃO

A gestão do cuidado tem sido alvo de diversos estudos que tratam da qualidade na assistência à saúde e consiste num componente fundamental ao processo de trabalho do enfermeiro, uma vez que, este cuidado deve ser regido com racionalidade e sensibilidade dentro dos serviços de saúde, não limitando-se apenas, aos processos tecnicistas⁽¹⁾.

Os termos gestão e gerência são equivalentes e correspondem a três processos básicos: a ação, o pensar e a decisão. Desta forma, trata-se de um fenômeno que se caracteriza como a arte de fazer acontecer e alcançar resultados que podem ser definidos, previstos, analisados e avaliados. Assim, a gestão em saúde é considerada como algo científico e racional, em que se obtém análises e estabelece relações de causa e efeito⁽²⁾.

Gerir instituições de saúde requer dos profissionais competências específicas para avaliar o processo de trabalho e tomar decisões baseadas em evidências, visando uma assistência contínua e de qualidade⁽³⁻⁵⁾.

O profissional enfermeiro tem se destacado pelo seu envolvimento na implantação e implementação da gestão da qualidade nos centros de saúde hospitalares, uma vez que no desenvolvimento do seu processo de trabalho possui a habilidade e maior probabilidade de interagir diretamente com o cliente, bem como fortalecer o vínculo com este afim de compreender seus anseios e expectativas, para ampliar e aprimorar a prática do cuidar qualificado⁽⁶⁾.

Os enfermeiros desenvolvem um papel importante enquanto gestores nos cuidados de saúde prestados à população, tendo em vista sua competência em liderar e lidar com diversas situações que requerem tomada de decisões bem como na análise e compreensão do processo do trabalho em saúde^(5,7).

A maior parte dos cargos de gestão hospitalar é ocupada pelo profissional enfermeiro, visto que o profissional já em sua formação é direcionado para a liderança. E na gestão de qualidade não é diferente, é fundamental que tenha o olhar de um profissional que conhece as práticas assistenciais e que entenda de processos⁽⁷⁾.

Desta forma, compreende-se que a gestão do cuidado exercida pelo profissional enfermeiro implica na realização de importantes ações que

se estendem desde o planejamento à organização e controle da realização de cuidados à saúde afim de garantir uma assistência integral e eficaz⁽²⁾.

Nesse sentido, este estudo objetivou conhecer, através da literatura, o papel do enfermeiro na gestão de qualidade e a implicação de suas ações no contexto no processo do trabalho em saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, método este amplamente utilizado na comunidade científica, uma vez que permite atualizar as discussões relacionadas a um tema específico a partir da análise e síntese de estudos publicados; por anos vem sendo bastante utilizado em pesquisas aplicadas à enfermagem⁽⁸⁾.

Inicialmente foi delimitado o tema e realizados questionamentos e uma busca breve na literatura sobre a qual incidiu a pergunta norteadora: “Qual o papel do enfermeiro na gestão de qualidade?”. Com base na necessidade de se explorar esse campo de atuação do profissional enfermeiro, além do crescimento nessa área hospitalar, tendo em vista que os padrões de qualidades foram entendidos como fundamental para a prática assistencial de qualidade e efetiva.

Para construção da revisão de literatura, foram realizadas as buscas no período de junho a agosto de 2018, nas quais utilizou-se as bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SCIELO); que forneceram o aporte necessário e fundamental para o desenvolvimento e análise da pesquisa. A seleção das bases de dados se deu pela responsabilidade e compromisso científicos das bases supracitadas, as bases representam, por parte, a qualidade da revisão da literatura.

Para responder aos objetivos da temática e à questão norteadora desse estudo, estabeleceu-se como critérios de inclusão: artigos publicados na íntegra entre o período de 2009 a 2017, partiu do pressuposto que gestão de qualidade hospitalar é algo recente, texto completos, disponíveis nos idiomas português, inglês e espanhol, todos indexados nas bases de dados supracitadas.

A pesquisa online foi realizada utilizando individualmente os descritores contidos no Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): “Enfer-

meiros” AND “Gestão da Qualidade” AND “Gestão em Saúde” nas bases de dados. Logo após, foi realizada uma análise criteriosa dos artigos para identificar quais respondiam a questão levantada, após essa seleção e leitura inicial foi necessária uma leitura na íntegra destes afim de realizar uma nova seleção dos artigos que correspondiam aos objetivos do tema central.

Para a interpretação dos resultados, utilizou-se como referencial a Análise temática⁽⁹⁾, da qual emergiram os seguintes eixos temáticos: Caracterização das publicações, A gestão de qualidade e o processo de trabalho e O enfermeiro na gestão de qualidade: principais desafios.

A análise temática ou análise de conteúdo descrita por Bardin⁽⁹⁾ permite que sejam levantados os temas em comum para um direcionamento do estudo, logo, os artigos são separados em eixos temáticos, com o tema central sendo o objetivo do estudo. Esse tipo de análise é amplamente utilizado em pesquisas qualitativas, porém, como para revisão integrativa é necessário uma análise do conteúdo dos artigos foi possível a utilização dessa ferramenta.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização das publicações

Foram identificados 112 artigos que versavam sobre os descritores estabelecidos, todos foram analisados, porém, apenas 24 responderam aos critérios de inclusão e a questão norteadora do trabalho, sendo estas a composição da amostra final.

Acerca das publicações, 18 foram publicadas em revistas de Enfermagem, sendo todos os autores profissionais da Enfermagem, os anos de publicações variaram sendo o maior número de artigos publicados a partir de 2015. Como descrito no quadro a seguir:

A gestão de qualidade e o processo de trabalho

De acordo com a literatura encontrada, é consenso que as instituições hospitalares têm investido em métodos que viabilizem o processo de gestão a fim de se obter melhores resultados quanto à qualidade do cuidado em saúde.

Para isso, a gestão dos serviços de saúde tem adotado métodos de avaliação com base em in-

artigo

Filho, J.C.S.; Silva, I.N.N.; Oliveira, J.A.L.; Barbosa, M.S.; Azevedo, J.E.C.; Galvão, M.E.S.M.;
O papel do enfermeiro na gestão de qualidade: revisão de literatura

dicadores que possam auxiliar a tomada de decisões afim de obter melhorias nos seus processos de trabalho e resultados. A enfermagem, como

parte fundamental e de grande relevância nas instituições hospitalares, deve utilizar ferramentas que avaliem o desempenho e a qualidade de

suas ações e identifiquem o que precisa ser melhorado no intento de alcançar a plena satisfação dos usuários^(3,10,11).

Quadro 1. Descrição e caracterização dos artigos que compuseram a amostra final. Recife, PE, Brasil, 2018

TÍTULO	PERIÓDICO	TIPO DE ESTUDO	ANO
Opinião do enfermeiro sobre indicadores que avaliam a Qualidade na assistência de enfermagem	Revista Gaúcha de Enfermagem	Estudo descritivo	2009
Análise da atuação do enfermeiro na gerência de unidades básicas de saúde.	Revista Brasileira de Enfermagem	Estudo Qualitativo	2010
Da gestão por competências às competências gerenciais do enfermeiro.	Revista Brasileira de Enfermagem	Revisão bibliográfica	2010
Foco no cliente: ferramenta essencial na gestão por competência em enfermagem.	Revista Brasileira de Enfermagem	Reflexão de Tese	2010
Percepção dos enfermeiros sobre os resultados dos indicadores de qualidade na melhoria da prática assistencial.	Revista Brasileira de Enfermagem	Estudo descritivo exploratório	2010
Reflexão sobre um modelo de sistema organizacional de cuidado de enfermagem centrado nas melhores práticas.	Revista Gaúcha de Enfermagem	Estudo Reflexivo	2010
Gestão de qualidade em saúde: melhorando assistência ao cliente	O mundo da Saúde	Artigo de Revisão*	2011
O enfermeiro no gerenciamento à qualidade em serviço hospitalar de emergência: revisão integrativa da literatura	Revista Gaúcha de Enfermagem	Revisão de Literatura	2011
Utilização de indicadores de desempenho em serviço de enfermagem de hospital público	Revista Latino-Americana de Enfermagem	Estudo descritivo	2011
A enfermagem no processo de acreditação hospitalar: atuação e implicações no cotidiano de trabalho	Revista Latino-Americana de Enfermagem	Estudo de caso	2012
Entrevista com gestores como método pedagógico para o gerenciamento na enfermagem: conhecer para ser.	Enfermería Global	Relato de Experiência	2012
O enfermeiro e a avaliação na gestão de Sistemas de Saúde	Revista da Escola de Enfermagem da USP	Estudo reflexivo	2012
Indicadores de qualidade utilizados nos serviços de enfermagem de hospitais de ensino.	Revista Eletrônica de Enfermagem	Estudo exploratório descritivo	2014
Os afetos no processo de trabalho gerencial no hospital: as vivências do Enfermeiro.	Revista de Enfermagem da UFSM	Estudo descritivo exploratório	2014
Gestão da Qualidade Total e enfermagem hospitalar: uma revisão integrativa de literatura.	Revista Brasileira de Enfermagem.	Revisão Integrativa da Literatura	2015
Gestão do cuidado de enfermagem ao adolescente que vive com HIV/AIDS	Escola Anna Nery	Estudo descritivo exploratório	2015
Indicadores de qualidade da assistência: opinião de enfermeiros Gerentes de hospitais de ensino.	Sistema de Informação científica	Estudo exploratório descritivo	2015
Performance em processo de acreditação de hospitais públicos de Minas Gerais/Brasil: influências para a qualidade da assistência.	Enfermería Global	Estudo Decriptivo	2015
Tornando-se gerente de enfermagem na imbricada e complexa fronteira das dimensões assistencial e gerencial.	Revista Eletrônica de Enfermagem	Estudo Descritivo Exploratório*	2015
Utilização de Indicadores Balanceados como ferramenta de gestão na Enfermagem	Revista Latino-Americana de Enfermagem	Estudo de Caso	2015
Os Benefícios do Processo de Acreditação Hospitalar para o Trabalho da Equipe de Enfermagem.	Revista Brasileira de Saúde Funcional.	Revisão Integrativa	2016

Vantagens e dificuldades da acreditação hospitalar: A voz dos gestores da qualidade.	Escola Anna Nery	Estudo descritivo-exploratório	2016
Análise conceitual da gestão do cuidado em enfermagem no âmbito hospitalar.	Acta Paulista de Enfermagem	Revisão Integrativa	2017
Processos desenvolvidos por gestores de enfermagem face ao erro	Revista de Enfermagem Referência	Estudo qualitativo	2017

Estudos caracterizam a avaliação da qualidade como uma importante ferramenta de gestão, uma vez que, seus resultados podem contribuir para tomada de decisão mais objetiva que possibilite a melhoria das intervenções de saúde e a reorganização das práticas de saúde⁽¹²⁾.

Nesse contexto, a utilização de indicadores tem se mostrado como recurso fundamental que avalia a assistência de enfermagem bem como auxilia no processo de gerenciamento dos serviços de saúde, uma vez que permite o monitoramento dos resultados da assistência prestada ao usuário e possibilita a identificação de necessidades de intervenções ou mudanças para melhoria do desempenho, produtividade e qualidade dos serviços^(3,13).

Os indicadores de qualidade, desempenho e produtividade são essenciais no planejamento e na tomada de decisão dos gestores dos serviços de saúde para o aprimoramento e melhoria do cuidado em saúde. Trata-se de um valioso instrumento de gestão para a enfrentamento dos desafios advindos pela atualidade e para a manutenção de uma gestão eficaz⁽⁶⁾.

Outro método amplamente utilizado para a melhoria da qualidade nos hospitais brasileiros é nomeado de sistema de Gestão pela Qualidade Total ou simplesmente Gestão pela Qualidade. Trata-se de um sistema que surgiu a partir da Segunda Guerra Mundial, implantado nas instituições de saúde nos Estados Unidos da América em meados de 1987, cujo principal objetivo é obter maior produtividade e satisfação dos usuários por meio da padronização, da participação dos pacientes e profissionais; do trabalho em equipe e do estímulo à criatividade⁽¹⁴⁻¹⁶⁾.

Ainda nesse contexto, os autores, em sua maioria, citam como importante ferramenta de avaliação da gestão de qualidade o processo de Acreditação Hospitalar que é um método de avaliação externa da qualidade dos serviços de saúde visando alcançar os mais elevados padrões assistenciais. Com isso, a qualidade tornou-se um fator significativo, conduzindo instituições para os mercados nacionais e

internacionais com o objetivo de obter êxito organizacional e crescimento^(17,18).

Assim, entende-se que a gestão do cuidado em saúde envolve diversos fatores e métodos que visam promover uma assistência qualificada e integral bem como a ampliação e conta com o provimento ou disponibilização de tecnologias de saúde, considerando as necessidades afim de que, o processo gerencial alcance uma visão racional e estratégica da qualidade, com decisões voltadas à melhoria contínua dos processos e da assistência à saúde^(11,19,20).

Para tal, é de fundamental importância compreender que atrelado a essa prática, um dos setores que fortalece a gestão de cuidados no âmbito hospitalar é a educação permanente, promovendo capacitação contínua da equipe para melhoria da assistência e da gestão de cuidado, trata-se de um setor que normalmente é gerenciado por um profissional enfermeiro responsável pelas atividades científicas da unidade hospitalar⁽²¹⁾.

O enfermeiro na gestão de qualidade: principais desafios

A melhoria contínua da qualidade assistencial requer avaliações sistemáticas dos cuidados prestados aos usuários dos serviços de saúde, visando à identificação dos fatores que interferem no processo de trabalho dos profissionais envolvidos na assistência⁽³⁾. Desta forma, reconhecemos a figura do enfermeiro na gestão, tendo em vista por ter especificidade em prover condições para que esse cuidado ocorra de forma segura e com qualidade, por meio de ações gerenciais⁽²²⁾.

Ao atuar na dimensão gerencial, o enfermeiro desenvolve ações voltadas para organização do trabalho e também de recursos humanos, cujo propósito é de viabilizar as condições adequadas tanto para a oferta do cuidado ao paciente como para a atuação da equipe de enfermagem^(2,23,24).

Para alcançar a qualidade, é preciso que o enfermeiro enquanto gestor deva conhecer a realidade dos serviços oferecidos bem como desenvolver estratégias de gestão para propor me-

lhorias e a continuidade do cuidado integral^(7,25).

Apesar da importância da atuação do enfermeiro nos processos de gerenciamento, este profissional lida com diversos obstáculos que comprometem a qualidade da gestão e que precisam ser abordados^(14,26). Além disso, muitos enfermeiros, em sua prática profissional, vêem o administrar e o cuidar como processos separados, trata-se de um reflexo da deficiência durante a formação deste profissional que, muitas vezes, é predominantemente tecnicista⁽²⁷⁾.

Considerando a relevância da função gerencial para o enfermeiro, é fundamental investir na temática da gestão durante o seu processo de formação com vistas a empoderá-lo para o desenvolvimento da liderança, trabalho em equipe, comunicação, relacionamento interpessoal, tomada de decisão, planejamento e organização, dentre outras habilidades fundamentais ao seu perfil profissional⁽²⁾.

CONCLUSÃO

Este estudo permitiu conhecer a atuação do profissional enfermeiro no âmbito da gestão de qualidade, bem como as percepções de diversos autores acerca desta temática e suas correlações ao processo e trabalho. Nota-se que pouco se produz, no campo científico, pesquisas direcionadas à gestão no âmbito da saúde e pouco se explora o papel do enfermeiro nesta perspectiva.

A maioria dos artigos associa o processo de gestão de qualidade à iniciativas e métodos que permitem avaliar o nível de qualidade e destacam ferramentas importantes nesse processo, a exemplo da acreditação hospitalar e avaliação de qualidade.

Nesse intento, compreende-se que, uma gestão de qualidade precisa dispor de ferramentas que facilitem a avaliação da assistência e envolver outros atores indispensáveis para a obtenção da qualidade desejada, como a equipe de enfermagem, profissionais da educação continuada, recursos humanos e outros.

artigo

Filho, J.C.S.; Silva, I.N.N.; Oliveira, J.A.L.; Barbosa, M.S.; Azevedo, J.E.C.; Galvão, M.E.S.M.;
O papel do enfermeiro na gestão de qualidade: revisão de literatura

O enfermeiro possui importância essencial quanto à gestão de qualidade tendo em vista sua capacidade de liderança, habilidade de lidar com diversas situações e aptidão no contexto de gerenciamento em saúde. Este, vem ocupando cada vez MAIS, cargos

administrativos o que se torna relevante que as instituições de saúde, inclusive de ensino, definam e desenvolvam as competências gerenciais do enfermeiro.

Compreende-se que há uma necessidade de se investir mais em pesquisas científicas

que tratem gestão de qualidade e suas correlações quanto ao campo de atuação do profissional enfermeiro, tendo em vista que o enfermeiro exerce um papel fundamental no gerenciamento da qualidade, principalmente da assistência prestada. ■

REFERÊNCIAS

1. Koerich C, Santos FC, Meirelles BHS, Erdmann AL. Gestão do cuidado de enfermagem ao adolescente que vive com HIV/AIDS. *Escola Anna Nery*. 2015; 19(1):115-123.
2. Mororó DD, Enders MC, Lira AL, Braz da Silva CM, Menezes RM. Concept analysis of nursing care management in the hospital context. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2017; 30(3):323-332.
3. Rossaneis MA, Gabriel CS, Haddad MCL, Melo MRAC, Bernardes A. Indicadores de qualidade da assistência: opinião de enfermeiros gerentes de hospitais de ensino. *Cogitare Enfermagem*. 2015; 20(4).
4. Souza RCR, Freire MA, Soares E. Ouvidoria no âmbito da administração pública: contribuição para a enfermagem. *Rev. Pesqui. Cuid. Fundam. (Online)*. 2012; 4(3):2385-2393.
5. Lima RS, Lourenço EB. Os afetos no processo de trabalho gerencial no hospital: as vivências do enfermeiro. *Revista de Enfermagem da UFSM*. 2014; 4(3):478-487.
6. Rossaneis MA, Gabriel CS, Haddad MCL, Melo MRAC, Bernardes A. Indicadores de qualidade utilizados nos serviços de enfermagem de hospitais de ensino. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 2014; 16(4):769-76.
7. Correia TSP, Martins MMFPS, Forte ECN. Processos desenvolvidos por gestores de enfermagem face ao erro. *Revista de Enfermagem Referência*. 2017; 12:75-84.
8. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*. 2010; 8(1):102-6.
9. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edição 70; 2011.
10. Fernandes MC. Análise da atuação do enfermeiro na gerência de unidades básicas de saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2010; 63(1).
11. Sobrinho FM, Ribeiro HCTC, Alves M, Manzo BF, Nunes SMV. Performance em processo de acreditação de hospitais públicos de Minas Gerais/Brasil: influências para a qualidade da assistência. *Enfermería Global*. 2015; 37:1-6.
12. Chaves LDP, Tanaka OY. O enfermeiro e a avaliação na gestão de Sistemas de Saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2012; 46(5).
13. Sancinetti TR, Soares AVN, Lima AFC, Santos NC, Melleiro MM, Fugulin FMT, et al. Taxa de absenteísmo da equipe de enfermagem como indicador de gestão de pessoas. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2011; 45(4):1007-1012.
14. Bellucci JÁ, Matsuda LM. O enfermeiro no gerenciamento à qualidade em serviço hospitalar de emergência: revisão integrativa da literatura. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2011; 32(4):807.
15. Fugaça NPA, Cubas MR, Carvalho DR. Utilização de Indicadores Balanceados como ferramenta de gestão na Enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2015; 23(6).
16. Gabriel CS, Melo MRAC, Rocha FLR, Bernardes A, Miguelaci T, Silva MLP. Utilização de indicadores de desempenho em serviço de enfermagem de hospital público. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2011; 19(5).
17. Bonato VL. Gestão de qualidade em saúde: melhorando assistência ao cliente. *O Mundo da Saúde*. 2011; 35(5):319-331.
18. Souza IG, Almeida AFS, Jesus VS, Siqueira SMC. OS Benefícios Do Processo De Acreditação Hospitalar Para O Trabalho Da Equipe De Enfermagem. *Revista Brasileira de Saúde Funcional*. 2016; 1(2):7.
19. Oliveira JLC, Matsuda LM. Vantagens e dificuldades da acreditação hospitalar: A voz dos gestores da qualidade. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*. 2016; 20(1).
20. Ferreira Júnior AR, Vieira LIES, Barros NF. Entrevista com gestores como método pedagógico para a gerência em enfermeria: conhecer para ser. *Enfermería Global*. 2012; 11(27):106-114.
21. Oliveira FMCSN, Ferreira EC, Rufino NA, Santos MSS. Educação permanente e qualidade da assistência à saúde: aprendizagem significativa no trabalho da enfermagem. *Aquichan*. 2011; 11(1).
22. Manzo BF, Ribeiro HCTC, Brito MJM, Alves M. A enfermagem no processo de acreditação hospitalar: atuação e implicações no cotidiano de trabalho. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2012; 20(1):151-158.
23. Senna MH, Drago LC, Kirchner AR, Santos JLG, Erdmann AL, Andrade SR. Meanings of care management built throughout nurses' professional education. *Northeast Network Nursing Journal*. 2014; 15(2).
24. Vituri DW, Évora YDM. Gestão da qualidade total e enfermagem hospitalar: uma revisão integrativa de literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2015; 68(5):945-952.
25. Bazzanella N, SLOB E. A auditoria como ferramenta de análise para a melhoria da qualidade no serviço prestado. *Caderno Saúde e Desenvolvimento*. 2013; 3(2):50-65.
26. Furtado BMASM, Araújo Júnior JLC. Percepção de enfermeiros sobre condições de trabalho em setor de emergência de um hospital. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2010; 23(2).
27. Lanzoni GMM, Magalhães ALP, Costa VT, Erdmann AL, Andrade SR, Meirelles BHS. Tornando-se gerente de enfermagem na imbricada e complexa fronteira das dimensões assistencial e gerencial. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 2015; 17(2):322-32.

Completude dos dados dos sistemas de informação sobre câncer ocupacional ocasionado pelo amianto

RESUMO

Objetivo: analisar a completude dos dados do Registro de Câncer de Base Populacional de Curitiba de possíveis cânceres relacionados ao amianto. Método: estudo retrospectivo, transversal, realizado com dados de fontes secundárias, fornecidos pelo SisBasePop do Registro de Câncer de Base Populacional de Curitiba. A coleta ocorreu entre abril a junho de 2017, com dados registrados no período de janeiro de 1998 até dezembro de 2012. A amostra foi composta por 139 registros. Para análise, foram considerados como excelente as informações acima de 95%; bom ≥ 90 a 95%; regular ≥ 70 a 90%; ruim ≥ 50 a 70% e muito ruim \leq abaixo de 50%. Resultados: a completude da base de dados foi excelente para os campos obrigatórios. Para os campos opcionais variaram de regular 89,9% para escolaridade, a muito ruim 0%, para estadiamento e TNM. A ocupação/profissão, permanece em 49% dos casos ausentes nos prontuários. Conclusão: destaca-se a importância da mudança de campos opcionais para obrigatórios do Registro, que possibilitará padronização do sistema com informações coletadas dos prontuários para possível estabelecimento donexo causal.

DESCRIPTORIOS: Epidemiologia; Oncologia; Sistemas de Informação em Saúde.

ABSTRACT

Objective: analyze the completeness of the data from the Registry of Cancer of Curitiba Population Base of possible cancers related to asbestos. Method: retrospective, cross-sectional study, carried out with data from secondary sources, provided by SisBasePop from the Population-Based Cancer Registry of Curitiba. The collection occurred between April and June 2017, with data recorded from January 1998 to December 2012. The sample consisted of 139 records. For analysis, information above 95% was considered excellent; good ≥ 90 to 95%; regular ≥ 70 to 90%; bad ≥ 50 to 70% and very bad \leq below 50%. Results: Completeness of database was excellent for required fields. For the optional fields ranged from regular 89.9% for schooling, to very poor 0%, for staging and TNM. The occupation/profession remains in 49% of the cases absent in the medical records. Conclusion: the importance of the change of optional fields to mandatory of the Registry, which will make possible the standardization of the system with information collected from the medical records for possible establishment of the causal nexu.

DESCRIPTORS: Epidemiology; Oncology; Health Information Systems.

RESUMEN

Objetivo: analizar la completitud de los datos del Registro de Cáncer de Base Poblacional de Curitiba de posibles cánceres relacionados con el amianto. Método: estudio retrospectivo, transversal, realizado con datos de fuentes secundarias, suministrados por el SisBasePop del Registro de Cáncer de Base Poblacional de Curitiba. La recolección ocurrió entre abril a junio de 2017, con datos registrados en el período de enero de 1998 hasta diciembre de 2012. La muestra fue compuesta por 139 registros. Para el análisis, se consideró excelente la información por encima del 95%; bueno ≥ 90 a 95%; regular ≥ 70 a 90%; malo ≥ 50 a 70% y muy malo \leq por debajo del 50%. Resultados: la completitud de la base de datos fue excelente para los campos obligatorios. Para los campos opcionales variaron de regular el 89,9% para escolaridad, la muy mala 0%, para estadificación y TNM. La ocupación/profesión, permanece en el 49% de los casos ausentes en los prontuarios. Conclusión: se destaca la importancia del cambio de campos opcionales para obligatorios del Registro, que posibilitará estandarización del sistema con informaciones recolectadas de los prontuarios para posible establecimiento delnexo causal.

DESCRIPTORIOS: Epidemiología; Oncología; Sistemas de Información en Salud.

Larissa Marcondes

Universidade Federal do Paraná. Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Curitiba, PR, Brasil. Autor correspondente.

Francisco José Koller

Universidade Federal do Paraná. Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Curitiba, PR, Brasil.

Leila Maria Mansano Sarquis

Universidade Federal do Paraná. Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Curitiba, PR, Brasil.

Carolina Mensi

Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Unidade de Epidemiologia, Milão, Itália.

Dario Consonni

Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Unidade de Epidemiologia, Milão, Itália.

Luciana Puchalski Kalinke

Universidade Federal do Paraná. Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Curitiba, PR, Brasil.

INTRODUÇÃO

O aumento do número de casos novos de câncer nas últimas décadas requer o repensar na atuação do serviço de saúde. O câncer caracteriza-se como um problema de saúde pública, reforça a necessidade do cumprimento da Política Nacional de Atenção Oncológica e possibilita o desenvolvimento de estratégias voltadas para a identificação dos determinantes e condicionantes dos principais tipos de câncer⁽¹⁾.

A incidência do câncer no Brasil para o biênio 2018-2019, tem a ocorrência de 600 mil casos novos para cada ano, com o aumento nos sítios histológicos de próstata, pulmão, mama feminina, cólon e reto entre os mais incidentes. Entretanto, ainda apresenta altas taxas para os cânceres do colo do útero, estômago e esôfago⁽²⁾. Em 2014, estavam previstos para o Brasil 109 mil novos casos de câncer atribuídos a fatores ambientais e, destes, 23 mil casos estariam relacionados ao ambiente de trabalho⁽³⁾.

A estimativa do mesotelioma maligno (MM), câncer raro, de característica agressiva, com alto grau de malignidade, que acomete as células mesoteliais e submesoteliais presentes nas camadas das pleuras, pericárdio, peritônio e túnica vaginal do testículo, que surge pela exposição da fibra do amianto, não mostra sinais de diminuição. A estimativa mundial para 2018 apontou a ocorrência de 30.443 novos casos e 25.576 mortes decorrentes do MM⁽⁴⁾. O Brasil, mesmo apresentando uma taxa de incidência mais baixa que a população mundial, estima um aumento considerável para a próxima década, entre os anos de 2021-2026, aproximadamente 30 anos após o pico de

produção nacional de amianto, com uma ocorrência de aproximadamente 1.911 casos de mortes⁽⁵⁾.

Em países como Reino Unido, Países Baixos, Malta, Bélgica, Austrália e Nova Zelândia as taxas sobem continuamente⁽⁶⁾. Uma das explicações atribuídas às discrepâncias de número de casos entre o Brasil e o mundo é a provável subnotificação da doença em âmbito nacional, apontada como preocupante por alguns autores, pois os dados divulgados não são consistentes comparando a situação de consumo de amianto no país em relação a doença⁽⁵⁾.

A necessidade de monitorização dos dados incidentes e prevalentes são premissas da Portaria n.º 3.535, de 2 de setembro de 1998, que tornou obrigatória a instalação do Registro Hospitalar de Câncer (RHC) em centros de atendimentos em oncologia. Ela designa a necessidade de fonte de dados referente ao diagnóstico, tratamento e evolução dos casos de câncer, com atualização contínua das informações e acompanhamento da qualidade de trabalho realizado pelos hospitais credenciados, além da monitoração e avaliação dos cuidados prestados aos pacientes com câncer⁽⁷⁾.

O sistema RHC permite avaliar as séries temporais dos casos notificados pelos hospitais conveniados ao Ministério da Saúde (MS), é considerado um importante subsídio para efetivar políticas públicas de vigilância do câncer e facilitar a realização de pesquisas que podem contribuir para o aprimoramento dos conhecimentos a seu respeito⁽⁸⁾.

No Brasil, em 2017 havia 27 unidades de Registro de Câncer de Base Populacional (RCBP) implantados ativos, quase em sua totalidade localizados em capitais, um ina-

tivo e seis em estado de implantação⁽⁹⁾. Ele armazena dados extraídos de notificações de hospitais, clínicas e laboratórios, sendo esses com ou sem RHC. Representam uma importante fonte de informações sobre a incidência do câncer no Brasil, correspondente a cerca de 40 milhões de habitantes ou 21% da população brasileira. Permitem comparar a magnitude da doença entre as diferentes regiões brasileiras e outros países⁽¹⁰⁾.

Autores⁽¹¹⁻¹³⁾ destacam em seus estudos que a qualidade de dados dos RCBP e RHC no Brasil são frágeis devido a incompletude, duplicações ou inexistência de informações. Frente ao exposto questiona-se: Qual a completude dos dados do Registro de Câncer de Base Populacional de Curitiba de possíveis cânceres relacionados ao amianto? O presente estudo teve como objetivo analisar a completude dos dados do Registro de Câncer de Base Populacional de Curitiba de possíveis cânceres relacionados ao amianto.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo retrospectivo e transversal, realizado com dados obtidos a partir das notificações de câncer, fornecidos pelo SisBasePop do RCBP de Curitiba.

A coleta de dados aconteceu entre abril e junho de 2017, no sistema do RCBP (SisBasePop) de Curitiba. Foram incluídos registros notificados pela Classificação Internacional de Doença para Oncologia (CID-O) versão 3, com as topografias C38, C48 e histomorfologia M____/3, por se tratar dos tumores malignos primitivos de coração, mediastino, pleura, retroperitônio e peritônio, podendo estes serem relacionados ao amianto. Foram excluídos registros de pacientes menores de

18 anos na data do diagnóstico.

O estabelecimento da temporalidade das buscas foi de acordo com o ano de início das notificações do RCBP janeiro de 1998 e a disponibilidade de dados completos registrados no banco, dezembro de 2012. Após a seleção do RCBP, a amostra foi composta por 270 registros.

As variáveis do RCBP são referentes a identificação (número de identificação do paciente – CPF, cartão SUS, nome completo do paciente, nome completo da mãe, número do prontuário), demográficas (sexo, data de nascimento, idade na data do diagnóstico, raça/cor da pele, estado civil, escolaridade, ocupação/profissão), referentes ao tumor (endereço completo/procedência, número do exame, topografia, morfologia, meio de diagnóstico, extensão da doença, lateralidade, estadiamento, TNM, metástase a distância, data do diagnóstico), informação (ano, fonte notificadora, data da coleta, nome do registrador), seguimento (satã do óbito, tipo de óbito, status vital, data do último contato). Essas variáveis de coleta se dividem em quatro categorias, sendo elas: básicas (obrigatórias), opcionais, essenciais e complementares.

Para a análise, os dados foram tabulados no programa Microsoft Excel® 2010 utilizando-se procedimentos de análise estatística descritiva com os resultados expressos em frequência simples e absoluta (%).

A completude dos dados do RCBP foi mensurada pela proporção de campos preenchidos corretamente sem informação ignorada. Foram consideradas como excelente as informações acima de 95%; bom ≥ 90 a 95%; regular ≥ 70 a 90%; ruim ≥ 50 a 70% e muito ruim \leq abaixo de 50%.

Respeitando os aspectos éticos da pesquisa que teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa dos serviços cenários do estudo com os seguintes números de aprovação: n.º 1.669.226/2016 e 1.959.247/2017 pelo Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, com instituição coparticipante Secretaria Municipal de Saúde com parecer n.º 2.027.730/2017, Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (HC/UFPR) com parecer n.º 1.732.999/2016, Hospital Erasto Gaertner

com parecer n.º 1.653.835/2016. As instituições que não continham comitê de ética em pesquisa autorizaram a mesma mediante leitura do projeto e apresentação da autorização do CEP do Setor de Ciências da Saúde ou do HC/UFPR.

RCBP (SisBasePop), sendo 14 variáveis, foi excelente, com exceção dos referentes a raça/cor (83%), ano do diagnóstico (76%) e extensão da doença (50%), estas apresentaram-se boa, regular e ruim respectivamente (Tabela 1).

Tabela 1. Completude dos campos de preenchimento do RCBP de Curitiba das variáveis obrigatórias. Curitiba, PR, Brasil, 2017

VARIÁVEIS	N	%
OBRIGATÓRIAS		
Ano diagnóstico	206	76
Número de prontuário	270	100
Nome do paciente	270	100
Nome da mãe	268	99
Sexo	270	100
Raça/cor	224	83
Data de nascimento	270	100
Idade	270	100
Endereço/procedência	260	96
Topografia	270	100
Morfologia	270	100
Meio de diagnóstico	270	100
Data do diagnóstico	270	100
Extensão da doença	134	50

RESULTADOS

Os dados do RCBP de Curitiba indicaram, após a primeira filtragem 325 registros, excluídos aqueles referentes a pacientes menores de 18 anos na data do diagnóstico. Obteve-se 270 registros de casos de cânceres notificados com origem topografia C38 (coração, mediastino e pleura) e C48 (retroperitônio e peritônio) entre janeiro de 1998 e dezembro de 2012. Desses, 35 eram câncer de pleura, um era mesotelioma bifásico maligno 20 casos eram de MM, sendo 14 de pleura, dois de peritônio, um pericárdio e dois de outras localidades.

A completude do preenchimento das variáveis obrigatórias na base de dados do

Algumas informações básicas não obrigatórias são importantes para traçar um perfil e entendimento do câncer, entre elas, destacam-se: escolaridade, ocupação/profissão, status vital, bem como estadiamento, TNM e metástase à distância. Estes dados quando analisados tiveram uma variação de muito ruim (0%) a ruim (51%) no grau de completude, conforme apresentada na Tabela 2.

Entre as variáveis não obrigatórias (n=15), observa-se que a completude é falha, destacando somente duas com percentuais acima de 70%, estado civil e nacionalidade, tendo sua maior concentração (nove) classificada como muito ruim (completude \leq abaixo de 50%). Destacam-se quatro variáveis

artigo

Marcondes, L.; Koller, F.J.; Sarquis, L.M.M.; Mensi, C.; Consonni, D.; Kalinke, L.P.;
Completude dos dados dos sistemas de informação sobre câncer ocupacional ocasionado pelo amianto

complementares, as quais foram criadas para atender demandas específicas, que não tiveram nenhum preenchimento, são elas: lateralidade, TNM, estadiamento e localização da metástase à distância.

para disponibilização e identificação dos casos (CID ou morfologias) e casos duplicados nos RHC e RCBP, o que gera dificuldade e impossibilita uma real avaliação e conhecimento dos números de determinados cânceres.

Tabela 2. Completude dos campos de preenchimento do RCBP de Curitiba das variáveis opcionais e complementares. Curitiba, PR, Brasil, 2017

VARIÁVEIS	N	%
OPCIONAIS		
Número do exame	4	1
Número do documento do paciente – CPF*	34	13
Naturalidade	174	64
Nacionalidade	251	93
Estado civil	270	100
Escolaridade	95	35
Ocupação/profissão	138	51
Data do óbito	186	69
Tipo do óbito	153	57
Status vital	55	20
Data do último contato	56	21
COMPLEMENTARES		
Lateralidade	0	0
TNM*	0	0
Estadiamento	0	0
Localização de metástase à distância	0	0

NOTA: * CPF - Cadastro de Pessoa Física

NOTA: *TNM: sistema de estadiamento tumor-nódulo-metástase

DISCUSSÃO

A divulgação pública dos dados dos inúmeros sistemas nacionais de informação em saúde vem crescendo significativamente, aumentando as possibilidades de análises reais das informações. Contudo, a preocupação com a qualidade dessas informações tem sido um fator limitante para utilização de dados em estudos de avaliação. O estudo⁽¹⁴⁾ demonstrou que existe ausência de informações, discrepâncias

O estudo⁽¹⁵⁾ que analisou a qualidade das informações enviadas dos RHC para o integrador nacional brasileiro Integrador RHC (IRHC), apontou boa completude e consistências das informações para a maioria das variáveis, contudo, também demonstrou uma completude ruim para variáveis não obrigatórias de preenchimento. A falta de informações importantes, tais como: escolaridade, renda familiar, ocupação, atividade ou cargo, exposição a agentes cancerígenos como o amianto, tabaco, estadiamento, TNM e metástase, ausentes no presente estudos, também foram destacadas no de Caliguan e Dykes⁽¹⁶⁾.

Num estudo⁽¹⁵⁾ realizado com 99 RHC na página eletrônica do IntegradorRHC, destacou a fragilidade da qualidade da informação diagnóstica e terapêutica sobre a transcrição das informações nos processos de anotação, coleta e codificação das informações. Os dados deste estudo, também destacaram que problemas como dados ilegíveis, incompletos e imprecisos, dificultam a correta transcrição, entendimento e codificação dos dados.

As variáveis sobre estadiamento e TNM informam como está o diagnóstico do câncer, se ele está sendo precoce ou tardio. Isto pode auxiliar tanto na ampliação de políticas de prevenção até na previsão orçamentária da cidade, estado ou país. Assim como, também pode representar a carência de outros fatores, como a falta de prevenção e a qualidade da assistência médica prestada anteriormente⁽¹⁷⁾.

É importante destacar que o manual de rotinas e procedimentos para registros de câncer de base populacional de 2012⁽¹⁰⁾, a escolaridade, ocupação, o estadiamento e o TNM são itens complementares, de preenchimento opcional, ficando a critério de cada coordenador de RCBP em coletar ou não. Porém, uma vez em que o estabelecimento da coleta destas informações passará a ser de preenchimento obrigatório e seguir os critérios previamente adotados.

Considerando o fato dos RCBP serem instituições cuja finalidade é publicar informações referentes à dimensão do câncer em uma determinada área geográfica para promover a vigilância epidemiológica e contribuir para o planejamento dos serviços e políticas de saúde^(10,18), tais informações, deveriam estar completas para que fosse possível o conhecimento real do impacto que o câncer pode causar na população e no ambiente.

A falta ou preenchimento incompleto de informações principalmente relacionadas à ocupação, o manuseio de agentes cancerígenos e o tipo de exposição, referente ao mesotelioma, dificulta a realização de uma investigação rápida e de baixo custo para o estabelecimento donexo causal. É frequentemente subestimada a relação às interações gene-ambiente, devido à imprecisão de estimativas da exposição ocupacional. Desta forma, muitas exposições e suas consequências são pouco⁽¹³⁾.

Estudo⁽¹⁴⁾ realizado no Paraná em cooperação com a Clínica del Lavoro na Itália, aponta a necessidade da criação de um sistema de monitoramento específico para os casos de MM. Ele destaca que para as próximas décadas espera-se um aumento dos casos previstos, e este registro seria essencial para atender as legislações vigentes e auxiliam no acompanhamento para de determinação nonexo causal. Contudo, é importante destacar que as divulgações das estimativas são de responsabilidade dos registros de câncer, porém caso haja incompletude de dados, a verdadeira interpretação etiológica torna-se mais difícil de conhecer.

O estudo de Girianelli, Thuler e Silva⁽¹⁹⁾, mostrou uma completude excelente referente aos dados demográficos, de identificação e relacionados aos exames por serem de preenchimento obrigatório, fazendo com que os mesmos não apresentassem registros sem informação; e uma completude péssima frente ao CPF. Em relação ao preenchimento de dados ocupacionais este trabalho corrobora com os resultados encontrados no estudo de Grabois e colaboradores⁽¹³⁾, que obteve o percentual médio de 46% de ausência de informação sobre ocupação para todas as topografias de câncer pesquisadas.

A completude está ancorada à qualidade de um sistema de informação, este e diversos outros fatores podem contribuir para a existência de problemas como inconsistência e baixa qualidade dos dados⁽²⁰⁾. Problemas de completude normalmente estão relacionados com a limitação de recursos humanos e financeiros⁽²¹⁾, o que ocasiona descontinuidade ou atraso na coleta das informações.

Em estudo recente realizado por Luz e colaboradores⁽²²⁾, no RHC de um hospital do município de Florianópolis, Santa Catarina, que analisou a completude dos dados de fontes secundárias fornecidas ao RHC da instituição de 405 prontuários, classificou que 35,8% dos prontuários eram excelentes, 32,6% tinham bom preenchimento, 22,7% preenchimento regular e 8,9% preenchimento ruim. Os autores apontam que informações básicas, como histórico familiar de câncer, etilismo, estado civil, ocupação, tabagismo e estado da doença ao final do tratamento, permaneceram incompletos nos prontuários em grande parte dos casos.

A utilização de prontuários eletrônicos pelas instituições, os quais são as fontes de coletas dos RHC e RCBP, favorecem para uma qualidade e segurança melhorada, frente a opinião de médicos expressada no estudo⁽²³⁾ realizado no Brasil em 2018, 84,6% dos entrevistados acreditam que o sistema eletrônico confere mais qualidade que o sistema no papel. Os autores destacam que o prontuário eletrônico pode melhorar os cuidados de saúde, facilitando a transmissão rápida e precisa de dados do paciente, padroniza processos médicos, possibilitando o suporte à decisão e permitindo prevenção de erros médicos em tempo real.

O uso de arquivos médicos em âmbito mundial é amplamente utilizado, porém muitas informações não recebem a real importância para a descrição do nexocausal dos cânceres ocupacionais. Autores⁽¹²⁾ destacam a necessidade de melhoria no preenchimento dos prontuários médicos encontrados em hospitais, pois estes são uma fonte importante para o melhor entendimento da causa do câncer.

Os estudos^(15,16) ressaltam que é comum que prontuários principalmente em papel, apresentem informações ilegíveis, incompletas e imprecisas, tornando difícil a correta transcrição da informação, o entendimento e a codificação dos dados pelas equipes coletoras dos RCBP. Tal situação é característica dos recursos humanos dos serviços de saúde que inserem os dados por pessoas do setor administrativo que muitas vezes não possuem nenhum treinamento específico para essa atribuição, aumentando assim as chances de incompletude ou baixa confiabilidade das informações⁽²⁴⁾.

O SisBasePop do RCBP disponibiliza dados para análise, pesquisa, tabulações, exportações e conhecimento da magnitude do câncer em determinada área geográfica, para que com isso ações de prevenção e tratamento possam ser elaboradas a aprimorar a assistência prestada aos pacientes com câncer. O sistema também pode ser utilizado como fonte de dados para possibilitar a utilização das variáveis para o desenvolvimento de estudos de estimativas, prognóstico e sobrevida dos cânceres. Contudo, estas informações podem estar prejudicadas uma vez que há o

preenchimento inadequado ou mesmo sem informações nos campos adequados⁽²²⁾.

Os autores Jorge, Laureti e Godlieb⁽²⁵⁾, destacam a necessidade de mudanças de hábitos e conscientização de todos os profissionais envolvidos nestes processos tanto de coleta e preenchimento dos dados em prontuário como de coleta dos dados em prontuários e alimentação do sistema do RCBP, ressaltando a importância da qualidade dos dados, bem como capacitação contínua de todos os envolvidos.

CONCLUSÃO

Os dados deste registro representam uma importante fonte para estudos epidemiológicos e de divulgação de incidências reais para a população, possibilitando melhorar o conhecimento da magnitude dos cânceres raros e de origem principalmente ocupacional. Entretanto, a possibilidade de os dados terem uma qualidade deficiente decorrente de informações ausentes e/ou incorretas gera um obstáculo em sua validade.

Os achados da pesquisa evidenciaram que a completude dos dados ocupacionais e exposição a agentes cancerígenos apresentaram deficiência frente ao registro e ao prontuário do paciente, dados esses de importância para a realização do nexocausal, tratamento e do consequente ressarcimento diante da sua patologia. Faz-se necessário, portanto, estabelecer mecanismos que garantam informações obrigatórias para essas lacunas de forma a permitir o seguimento dos casos rastreados que necessitam de acompanhamento, pois a vigilância do câncer é uma estratégia que traz benefícios para o controle dos casos mundialmente, contribuindo para a diminuição do risco ao qual os profissionais estão expostos. O rastreamento é composto por medidas capazes de gerar um impacto positivo à população, especialmente à saúde dos trabalhadores.

Ressalta-se a necessidade desta pesquisa para a enfermagem pelo fato de os enfermeiros serem capacitados para realizarem, juntamente com a equipe multiprofissional, uma anamnese adequada com informações ocupacionais e de moradia, além da descrição de resultados de exames confirmatórios e

artigo

Marcondes, L.; Koller, F.J.; Sarquis, L.M.M.; Mensi, C.; Consonni, D.; Kalinke, L.P.;
Completeness of data from information systems on occupational cancer caused by asbestos

clínicos do paciente, disponibilizando, assim, dados de qualidade para a coleta e divulgação pelos registros de câncer. ■

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Portaria n.º 2.439/GM de 8 de dezembro de 2005. Disponível: http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/Legislacao/portaria_2439.pdf. Acesso: 21/03/2019.
2. Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (BR). Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2017. Disponível: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/estimativa-incidencia-de-cancer-no-brasil-2018.pdf>. Acesso: 21/03/2019.
3. Ministério da Saúde, Instituto Nacional do Câncer José de Alencar Gomes da Silva (BR). Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2014. Disponível em: http://www.inca.gov.br/bvscontrolcancer/publicacoes/Estimativa_2014.pdf. Acesso em: 21/03/2019.
4. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*. 2018 Sep; 12. doi: 10.3322/caac.21492.
5. Algranti E, Saito CA, Carneiro AP, Moreira B, Mendonça EM, Bussacos MA. The next mesothelioma waves. *Epidemiology*. 2015 [cited 2019 mar 25]; 39(5):1-6. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S187778211500171X>
6. Bianchi C, Bianchi T. Global Mesothelioma epidemic: Trends and Features. *Indian J Occup Environ Med*. [Internet] 2014; 18(2) [cited 2019 mar 25]. Available from: <https://dx.doi.org/10.4103/0019-5278.146897>.
7. Brasil. Portaria n.º 3.535, de 2 de setembro de 1998. Estabelece critérios para cadastramento de centros de atendimento em oncologia. *Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2 set. 1998, Seção 1*.
8. Facina T. Estimativa 2014 – Incidência de Câncer no Brasil. *Rev Bras Cancerol*. 2014; 60(1):63.
9. Ministério da Saúde, Instituto Nacional do Câncer José de Alencar Gomes da Silva (BR). Estatísticas do câncer: Registros de câncer de base populacional. [Internet]. ©1996-2017. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/estatisticas/site/home/rcbp/>. Acesso em: 28 fev.2019.
10. Ministério da Saúde, Instituto Nacional do Câncer José de Alencar Gomes da Silva (BR). Manual de rotinas e procedimentos para registros de câncer de base populacional. Rio de Janeiro: INCA, 2012.
11. Terra Filho M, Freitas JBP, Nery LE. Doenças asbesto-relacionadas. *J. Bras. Pneumol. Brasília/BR*, 2006 [cited 2019 Mar 21]; 32(suppl.2):p. S48-S53. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v32s2/a08v32s2.pdf>.
12. Tabalipa MM, Boccolin PMM, Simões DR, Chrisman JR, Otero UB, Garbin HBR, Turci SR, Meyer A. Informação sobre ocupação em registros hospitalares de câncer no estado do Rio de Janeiro. *Cad. Saúde Colet*. 2011 [cited 2019 Mar 18]; 19(3):278-286.
13. Graboys MF, Souza MC, Guimarães RM, Otero UB. Completeness of information "occupation" in Hospital Cancer Registries in Brazil: Bases for a vigilância do câncer relacionado ao trabalho. *Rev Bras Cancerol*. 2014 [cited 2019 Mar 06]; 60 (3):207-214.
14. Kalinke LP, Kalinke MA, Sarquis LMM, Marcondes L, Halfeld T, Mensi C, Consonni D. A proposal for the creation of a system to monitor cases of malignant mesothelioma in Curitiba, Paraná, Brazil. *Reports in Public Health*. 2018 [cited 2019 Mar 06]; 34(9):1-12. Doi: 10.1590/0102-311X00171917
15. Pinto IV, Ramos DN, Costa MCE, Ferreira CBT, Rebelo MS. Completeness and consistency of data from hospital cancer registries in Brazil. *Cad Saúde Coletiva*. 2012 [cited 2019 Mar 06]; 20(1):113-20.
16. Caligtan CA, Dykes PC. Electronic health records and personal health records. *Semin Oncol Nurs*. 2011 [cited 2019 Mar 06]; 27(3):218-28. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.soncn.2011.04.007>
17. Costa LM. Hospital Federal de Bonsucesso: ações estratégicas de gestão da informação para o registro de câncer, Volta Redonda. Trabalho de Conclusão de Curso [Graduação em Administração Pública] – Instituto de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Federal Fluminense; 2016.
18. International Agency Research on Cancer (IARC). Monographs on the Evaluation of Carcinogenic risk to humans: Outdoor air pollution. 2013 [cited 2019 Mar 21]; 109. Available from: <http://monographs.iarc.fr/ENG/Monographs/vol109/mono109.pdf>.
19. Girianelli VR, Thuler SCS, Silva GA. Qualidade do sistema de informação do câncer do colo do útero no estado do Rio de Janeiro. *Rev. Saúde Pública*. 2009 [cited 2019 mar 02]; 43(4):580-588. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102009000400003-&script=sci_abstract&tlng=pt
20. Christen P. Data matching: concepts and techniques for record linkage, entity resolution and duplicate detection. Berlin/GER: Springer; 2012.
21. Peres SV, Peres SV, Latorrel MRDO, Tanakal LF, Michels FAS, Teixeira MP, Coeli CM, Almeida MF. Melhora na qualidade e completude da base de dados do Registro de Câncer de Base Populacional do município de São Paulo: uso das técnicas de linkage. *Rev Bras Epidemiol*. 2016 [cited 2019 mar. 10]; 19(4):753-765. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v19n4/1980-5497-rbepid-19-04-00753.pdf>
22. Luz CM, Deitos J, Siqueira TS, Heck AP. Completeness of information from the Hospital Cancer Registry in a hospital in Florianópolis. *ABCS Health Sci*. 2017 [cited 2019 Mar 06]; 42(2):73-79. Available from: <https://www.portalnepas.org.br/abcshs/artide/viewFile/1006/769>
23. Colleti JJ, Andrade AB, Carvalho WB. Avaliação do uso de sistemas de prontuário eletrônico nas unidades de terapia intensiva brasileiras. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2018 [cited 2019 Mar 21]; 30(3):338-346. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v30n3/0103-507X-rbti-30-03-0338.pdf>
24. Veras CM, Martins MS. Reliability of data from Authorization Forms for Hospital Admittance, Rio de Janeiro, Brazil. *Cad Saúde Pública*. 1994 [cited 2016 Mar 06]; 10(3):339-55. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1994000300014>
25. Jorge MHPM, Laureti R, Godlieb SLD. Análise da qualidade das estatísticas vitais brasileiras: a experiência de implantação do SIM e do SINASC. *Cienc Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro. [cited 2019 Mar 21]; 2007; 12(3):643-654. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000300014.

O entrelace do perfil do professor com a formação profissional do enfermeiro com compromisso social

RESUMO

Historicamente, a formação profissional do enfermeiro abarca campos da educação e da saúde. O problema está no perfil dos docentes de escolas de enfermagem federais para cumprimento do Projeto Pedagógico de Curso, com vista ao exercício e à prática com compromisso social. Há de se justificar pelo entendimento do perfil dos professores entrelaçado com o pano de fundo que é a formação e o compromisso social. A questão norteadora: Qual é o perfil profissional dos professores que atuam na formação de enfermeiros? O objetivo é investigar o perfil profissional dos professores para abarcar a formação de enfermeiros com compromisso social. O método prevê estudo de caso realizado em 2014. Abordagem quanti-qualitativa. Aporte de Pierre Bourdieu. O resultado traz tabelas descritivas com dados quantitativos e discussão sobre aspectos obtidos a partir da entrevista. A discussão está em torno da violência simbólica e dominação masculina e a conclusão vem do compromisso social que suscita comportamento social, abarca ética e competência profissional na prática do enfermeiro docente e assistencial, a atitude profissional produzida pela estrutura social.

DESCRITORES: Educação Superior; Formação Profissional; Enfermeiros.

ABSTRACT

Historically, the professional training of the nurse covers the education and health fields. The problem lies in the teachers' profile from federal schools of nursing for the fulfilment of the Pedagogic Project of the Course, with a view to the exercising and the practicing with social commitment. It must justify by the understanding the teachers' profile interlaced with the background that is the social training and commitment. The leading question: Which is the professional profile of teachers who work for the nurses' training? The aim is to investigate the teachers' profile to cover the nurses' training with social commitment. The method foresees a case study carried out in 2014. Quantitative and qualitative approach. Input of Pierre Bourdieu. The result brings descriptive tables with quantitative data and discussion about aspects obtained from the interview. The discussion situates around the symbolic violence and male domination and the conclusion comes from the social commitment that raises social behavior, includes ethics and professional competence in the practice of the teaching and practitioner nurse, the professional attitude produced by the social structure.

DESCRIPTORS: Higher Education; Professional Training; Nurses.

RESUMEN

Históricamente, la formación profesional del enfermero abarca campos de la educación y de la salud. El problema está en el perfil de los docentes de escuelas de enfermería federales para cumplimiento del Proyecto Pedagógico de Curso, con vistas al ejercicio y la práctica con compromiso social. Tenemos de justificarnos por el entendimiento del perfil de los profesores entrelazado con el telón de fondo que es la formación y el compromiso social. La cuestión orientadora: ¿cuál es el perfil profesional de los profesores que actúan en la formación de enfermeros? El objetivo es investigar el perfil profesional de los profesores para abarcar la formación de enfermeros con compromiso social. El método prevé estudio de caso realizado en 2014. Abordaje cuantitativo y cualitativo. Aporte de Pierre Bourdieu. El resultado trae tablas descriptivas con datos cuantitativos y discusión sobre aspectos obtenidos a partir de la entrevista. La discusión está en torno a la violencia simbólica y dominación masculina y la conclusión viene del compromiso social que suscita comportamiento social, abarca ética y competencia profesional en la práctica del enfermero docente y asistencial, la actitud profesional producida por la estructura social.

DESCRIPTORS: Educación Superior; Formación Profesional; Enfermeros.

Miriam Marinho Chrizostimo

Prof^a Doutora em Ciências da Educação pela Universidad Nacional de Rosario (UNR), Rosario, Argentina. Líder do grupo de pesquisa formação qualificação profissional: educação e saúde da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense.

artigo

Chrizostimo, M.M.; Sanchez, M.C.O.; Xavier, M.L.; Silvino, Z.R.; Chrizostimo, R.M.;
O entrelace do perfil do professor com a formação profissional do enfermeiro com compromisso social

Maritza Consuelo Ortiz Sanchez

Prof^a Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Membro do grupo de pesquisa formação qualificação profissional: educação e saúde da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense.

Maria Lelita Xavier

Prof^a Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Membro do Núcleo de História do Departamento de Fundamentos de Enfermagem e Administração da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado de Rio de Janeiro.

Zenith Rosa Silvino

Prof^a Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Líder do Núcleo de Estudo e Pesquisa em Cidadania e Gerência em Enfermagem da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense.

Raquel Marinho Chrizostimo

Advogada Mestranda pelo Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense (MPEA/EEAAC/UFF). Membro do Núcleo de Estudo e Pesquisa em Cidadania e Gerência em Enfermagem da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense.

INTRODUÇÃO

A formação profissional do enfermeiro abarca os campos da educação e da saúde, os quais são essenciais para ratificar o compromisso dos agentes sociais que estão envolvidos no processo de formação⁽¹⁾.

A instituição universitária necessita adotar propostas pedagógicas que se adéquam a formação como produtora e disseminadora do conhecimento e de desenvolvimento das competências profissionais exigidas ao trabalhador.

Desse modo, encontra-se o compromisso social na instituição, contudo, não é percebido na categoria profissional. O compromisso social é essencial na Graduação, pois é necessário examinar a relação entre o enfermeiro, a formação social do profissional e a pedagogia utilizada para estimular este compromisso no enfermeiro, que tem como base o vínculo entre o paciente e este profissional.

Portanto, o tema deste estudo é a caracterização dos professores. O problema está no perfil dos docentes de escolas de enfermagem federais para o cumprimento do Projeto Pedagógico de Curso (PPC), com vista ao exercício e à prática com compromisso social. A questão norteadora: Qual a caracterização dos docentes de duas escolas de enfermagem federais para a prática com compromisso social?

A relevância está relacionada com o conhecimento do perfil dos professores, a

formação do estudante de Graduação de Enfermagem e a discussão sobre questões importantes e atuais sobre o perfil, a prática com compromisso social com aporte do sociólogo Pierre Bourdieu.

[...] a formação acadêmica dos futuros enfermeiros deve permitir a prática com compromisso social, vínculo com o paciente e amplitude da capacidade de resposta. [...]

Dessa forma, mostra-se justificado pelo entrelaçamento do perfil dos professores entrelaçado com o pano de fundo que é a formação e o compromisso social. A formação do professor dentre outros dados configurara a característica dos professores das escolas estudadas. Em suma, a formação acadêmica dos futuros enfermeiros deve

permitir a prática com compromisso social, vínculo com o paciente e amplitude da capacidade de resposta. Assim, traz como objetivo investigar o perfil profissional dos professores para abarcar a formação de enfermeiros com compromisso social.

METODOLOGIA

Esta pesquisa faz parte do grupo de pesquisa Gestão da Formação e Qualificação Profissional: Saúde e Educação, na linha de pesquisa Formação profissional, vinculado ao Núcleo de Estudos e Pesquisas em Cidadania e Gerência na Enfermagem (NECIGEN).

Utilizou-se a abordagem quanti-qualitativa. Na abordagem quantitativa, os dados foram coletados por meio de questionário e foram tratados com o uso de programa estatístico. Na qualitativa, foi realizada entrevista com instrumento semiestruturado e categorizados com discussão com o aporte filosófico de Pierre Bourdieu.

Os cenários foram as escolas de enfermagem federais do Estado do Rio de Janeiro, casos "A" e "B". E, os participantes desta pesquisa foram 30 professores lotados nessas escolas.

Os professores das escolas mencionadas foram selecionados e agrupados pela correlação de atuação na educação, ensino, pesquisa, extensão e conhecimento sobre a temática. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Antônio Pedro

(CEP/HUAP) n.º 277/10 e CAAE: 0221.0.258.000-10, da Universidade Federal Fluminense (UFF) com aprovação de ampliação de cenário pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Com respeito aos aspectos éticos, foi garantido o anonimato dos participantes.

RESULTADOS

Os participantes da investigação (casos "A" e "B") estiveram inseridos na faixa etária que variou entre 30 a 59 anos, com o predomínio de professores com idade superior a 50 anos; quatro (14%) encontram-se entre 30 e 39 anos; dez (36%) entre 40 e 49; e quatorze (50%) acima de 50 anos. A maior parte dos participantes investigados é do sexo feminino, pois vinte e seis (87%) mulheres responderam a entrevista, conforme Tabela 1.

Os 87% de mulheres neste estudo reforça o fato evidente do confronto da construção da identidade no trabalho, abalizada na qualidade do gênero com o fato de que os atributos de uns e de outros, homens e mulheres, estão submetidos a diferentes modos e polos de atração nesse campo, a enfermagem.

Este dado pode referenciar o pensamento de que a maioria da categoria profissional de enfermeiro se deixa submeter a uma condição subjugada. Com isso, ele traz a teoria de Bourdieu, que aborda a questão da "dominação masculina", principalmente a partir de uma perspectiva simbólica⁽²⁾.

A dominação masculina é uma das formas particulares de violência simbólica. Esta violência inclui o poder de impor significados, que alega maneira arbitrária com legitimidade de esconder as relações de poder que sustentam a própria força.

Isto é o que se trata de manter as relações de poder que cobrem um que permeia nosso pensamento e em nosso mundo⁽³⁾.

Além disso, se enfatiza que essas concepções "invisíveis" que chegam até nós, nos leva à formação de esquemas impensáveis nos pensamentos, isto é, quando você pensa que você tem a liberdade de pensar alguma coisa, sem considerar que o "pensamento livre" é marcado por interesses, crenças e opiniões.

Então, há de se afirmar que relação desigual de poder implica a aceitação dos grupos dominados, não necessariamente sendo a aceitação consciente e deliberada, mas a submissão, principalmente pré-reflexivo⁽³⁾.

A categoria profissional enfermeiro possui movimento de mudança nas suas concepções, que embora, ainda predominantemente composta por mulheres, deixou de ser exclusivamente feminina, como releva o fato de se observar a frequência de 13% de profissionais do sexo masculino nesta investigação.

Com relação aos dados referentes à idade, foi verificado que a maioria se encontra em torno de 50 a 59 anos para o caso "A". No caso "B" a maioria está na faixa etária de 40-49 anos. Na Tabela 2, verifica-se que os participantes, em 33%, finalizaram o Curso de Graduação entre 20 a 29 anos atrás do ano deste estudo.

Por outro lado, destaca-se que 20% apresentavam um tempo de formação menor que 10 anos; 20% entre 10 a 19 anos; 17% estavam formados há mais de 30 anos; e, 10% não responderam.

No que diz respeito ao tempo de docência, 36% lecionava há quase 10 anos; enquanto 33% dos entrevistados relataram ter experiência com o ensino entre 10 aos 19 anos; 17% entre 20 a 29 anos; 07% entre 30 a 39; e, 07% não responderam.

Nesta pesquisa, os docentes que completaram a Graduação no período de 1 a 9 anos foram considerados recentemente formados, contemplaram transformações no ensino superior da enfermagem referentes à conformação dos seus projetos pedagógicos e matrizes curriculares⁽⁴⁾.

Os enfermeiros formados há mais de 10 anos, a Graduação foi baseada em currícu-

Tabela 1. Perfil sociodemográfico dos participantes da pesquisa. Niterói, RJ, Brasil, 2014.

VARIÁVEL	DESCRIÇÃO	N	%
Gênero	Masculino	04	13
	Feminino	26	87
Idade	Entre 30 e 39 anos	04	14
	Entre 40 e 49 anos	10	36
	Acima de 50 anos	12	43
	Sem resposta	02	07

Tabela 2. Caracterização da formação dos participantes da pesquisa. Niterói, RJ, Brasil, 2014

VARIÁVEL	DESCRIÇÃO	N	%
Tempo de formação	Entre 1 a 9 anos	06	20
	Entre 10 a 19 anos	06	20
	Entre 20 a 29 anos	10	33
	Entre 30 a 39 anos	05	17
	Sem resposta	03	10
Tempo de docência	Entre 1 a 9 anos	11	36
	Entre 10 a 19 anos	10	33
	Entre 20 a 29 anos	05	17
	Entre 30 a 39 anos	02	07
	Sem resposta	02	07

los com densa carga horária. Os currículos se caracterizavam por grades rígidas que limitavam o perfil generalista do enfermeiro e desconsideravam as características regionais onde os cursos se inseriam⁽⁵⁾.

Sendo assim, observa-se que dos 100% dos participantes 53% não possuem licenciatura. Entretanto, dos 100% destes 64% participaram dos programas de doutorado. O docente busca qualificação através dos Cursos de Pós-Graduação stricto sensu. Com relação ao cargo ou a função dos professores analisa-se os dados quantitativos, representados na Tabela 3.

Tabela 3. Cargo ou função dos professores: Dados das variáveis dos casos "A" e "B", Niterói, RJ, Brasil, 2014.

PROFESSOR/ CLASSE	Nº DE PARTICIPANTES			
	Caso "A"	Caso "B"	Subtotal	%
Titular	03	01	04	13
Associado	01	01	02	07
Adjunto	06	06	12	40
Assistente	02	00	02	07
Substituto	02	02	04	13
Não informou	03	01	06	20
Total	17	11	30	100

De um total de trinta participantes pesquisados, a Tabela 3 sinaliza que 12 professores representam 40% desse universo que ocupam a classe de adjunto no cargo ou função da categoria funcional de professor na Carreira do Magistério Superior.

Ao que se refere à classe de Titular, a representação de 13% afirma-se que as instituições estão realmente ligadas entre si e em combinações variadas, com fortunas diversas, heterogêneas e processos psicológico, social, econômico, cultural e político. Níveis de realidade e ordem lógica do que interferir no fenômeno composto inextricável total, mas unificado e unificador⁽⁶⁾.

No caso da classe de substituto possui o percentual de 13%, isto se dá devido ao Decreto n.º 7.485⁽⁷⁾, de 18 de maio de 2011, que remete a contratação do professor na classe de substituto exclu-

sivamente para os casos em que houver vacância de cargos, a partir de exonerações, aposentadorias e falecimentos. Desta forma, o banco do professores-equivalente faz parte da agenda da autonomia universitária.

Na classe de professor associado são 7%, por atender aos critérios gerais para a avaliação de desempenho acadêmico, a serem observados para a concessão de progressão funcional para a classe de Professor Associado na Carreira de Magistério Superior, pertencente ao Plano Único de Classificação e Retribuição de Cargos e Empregos⁽⁸⁾.

No que tange a classe de Professor Assistente da Carreira de Magistério Superior, pertencente a esta classe 7% dos participantes. Neste estudo, esta classe está compatível com o tempo de serviço dos professores que responderam o questionário ou até mesmo ingressou nessa classe ou iniciou na classe de professor Auxiliar.

Os outros 20% restantes simbolizam os participantes que não informaram o cargo ou função. Dessa forma, a soma de todas as classes apresentadas e discutidas até aqui perfazem 30 participantes com 100%.

Para caracterizar o tempo de docência, percebe-se que a maioria dos docentes entrevistados iniciou sua vida profissional, entre 1 a 9 anos (37%). Por outro lado, destaca-se que 34% dos participantes estão na fase de afirmação no mercado de trabalho, isto é, entre 10 e 19 anos, 17% se encontravam na consolidação de sua vida profissio-

nal, ou seja, formados há mais de 20 anos e 6% estavam formados na desaceleração de suas atividades profissionais, pois possuíam mais de 30 anos de tempo de docência.

Na observação dos dados obtidos nos casos "A" e "B" se enquadram nas novas configurações do mundo globalizado. Ou seja, os profissionais formados há 10 anos vieram sob uma orientação e consciência da necessidade de mudança da organização do mundo do trabalho em saúde, e das exigências no perfil de novos profissionais voltados para a transdisciplinaridade na produção do conhecimento.

Isso pode ser observado, visto que a maior parte dos entrevistados caso "A" (41%) e caso "B" (37%) estão no início da vida profissional (entre 1 a 9 anos). O Curso de Licenciatura em Enfermagem foi criado pelo Parecer n.º 837/1968⁽⁹⁾ da Câmara de Ensino Superior, que concede o título de licenciatura para atender à exigência social de formação profissional de enfermagem.

Com relação à atenção dada durante e depois da formação, constatou-se que nem todos os profissionais são formados conscientes da necessidade da licenciatura para o mercado de trabalho da docência no ensino superior no qual serão inseridos, uma vez que 13% dos enfermeiros participantes desta pesquisa não possuem formação com licenciatura.

Foi evidenciado nesta investigação que a licenciatura e o bacharelado não caminham de forma integrada. Há desarticulação dos conteúdos ministrados na formação desse profissional. Isso evidencia um desencontro da teoria com as práticas instituídas nas universidades. Em contraponto, foi também identificado que, apesar da lacuna citada, no caso "A", a licenciatura se configura em referência à formação dos participantes, em que está alocada na possibilidade de atuarem munidos das competências da formação de educador.

No caso "B", a licenciatura ocorre junto à Faculdade de Educação. O discente opta após a formação em bacharel fazer o curso de licenciatura. No item maior titulação, os participantes da pesquisa se envolvem com Cursos de Pós-Graduações, isto é, especializações, mestrados, doutorados e pós-doutorado.

Demonstra-se que o corpo docente em estudo possui, em sua maioria, doutorado (49%). Os cursos *stricto sensu* são voltados à formação acadêmica e ligados à pesquisa. Ou seja, há comprometimento de grande parte dos professores em investir na formação mediante os cursos de *lato e stricto sensu*.

Durante a pesquisa, observou-se claramente a preocupação com a competência de administrar a própria formação e o saber contínuo, que retrata ser, no momento, uma das preocupações do docente de Enfermagem.

A situação dos casos "A" e "B" desafia o professor a reconstruir a pedagogia, a didática, a pesquisa e a ética profissional para ampliar conhecimentos. Tudo no sentido de caminhar para o desenvolvimento da pesquisa, de uma docência efetiva, abandonar por completo o paradigma da escola tradicional e estabelecer o compromisso social com a educação transformadora.

O compromisso social resulta de dois elementos básicos: interesse e valores. O interesse nasce da própria estrutura pessoal e social na definição daquilo que é desejado ou que dá satisfação, e os valores são parte da conceitualização do que seja bom ou mau para si próprio e para a sociedade proveniente da estrutura cultural.

A opção do comportamento social a assumir é fruto da decisão do profissional, após refletir sobre esses elementos, e é fortemente influenciado pela definição que fez das pessoas com quem se relaciona⁽¹⁰⁾.

Assim, os entrevistados que atuavam em Pós-Graduação, de forma geral, a maior parte atua como docente nos Cursos de Pós-Graduação *stricto sensu* (64%), segue a Pós-Graduação *lato sensu* (33%).

Verifica-se que o caso "A" apresenta número superior do que o número de participantes, este fato ocorre devido à possibilidade de o professor atuar em mais de um curso de Pós-Graduação. No caso "B", os professores estão vinculados ao programa de Pós-Graduação e ao Núcleo de Pesquisa específico. Assim, vislumbra-se, mediante a análise, que dentre os entrevistados do "A" e do "B", a maior parte (52% e 100%) atua como docente de Cursos de Pós-Graduação.

A participação associativa ou movimen-

to de classe traz categoria de participação associativa ou movimento de classe será descrita e apresentada sob um parâmetro geral, visto que o número associado a cada caso não oferece margem de interpretação. Essa descrição deu origem às concepções sobre "modos do agir profissional" com base nas interpretações dos participantes.

Diante da prerrogativa apresentada nesta categoria, pode-se dizer que a enfermagem é uma profissão constituída por trabalhadores especializados em determinado ramo do conhecimento no qual requer capacitação sistemática e prolongada desenvolvida por seus pares que produzem e reproduzem os conhecimentos necessários ao exercício de suas ações profissionais.

Estes, por sua vez, organizam-se em entidades que os representam na sociedade e que estabelecem regras para o exercício profissional e um código de ética que orienta a conduta do grupo. Dentre as citadas nesta pesquisa, pode-se dar ênfase à Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn); Conselho Regional de Enfermagem (COREN); Sociedade Brasileira de Enfermagem e Obstetrícia (ABENFO); Sociedade Brasileira de Enfermagem de Dermatologia (SOBENDE); Associação de Direto Médico e Saúde (ADIMES); Associação dos Docentes da UFRJ da Seção Sindical (ADUFRJ-SSIND); Seção Sindical dos Docentes da UFRJ (SINTUFRJ); e, Conselho Nacional de Pesquisa Científica e Tecnológica (CNPQ).

Em relação à aquisição de competências nos cursos de ensino superior, considera-se ser preciso fortalecer os Cursos de Pós-Graduação e investir em pesquisas, bem como dialogar com a comunidade científica no intuito de contribuir para a construção de acordos em relação à composição da força de trabalho necessária/competente para a realização profissional em enfermagem.

Em se tratando da área de atuação associativa ou movimento de classe, cabe ressaltar que nos casos "A" e "B", os participantes tiveram a oportunidade de participar da rotina de atividades dos órgãos/movimentos, 33% afirmou participar há mais de 10 anos e 17% participa há mais de 20 anos.

Os resultados do quadro geral dos seto-

res mencionados apontam que 45% eram membros efetivos da ABEn, 2% atuaram no Conselho Fiscal da ABEn, 8% foram ex-diretores da ABEn, 2% participaram dos Fundamentos em Dermatologia, 2% atuaram na Formação/Atualização profissional/Capacitação, 2% participaram da diretoria regional da Associação de Direto Médico e na Saúde, 9% na Associação de Pesquisa em Enfermagem, 6% no Conselho de Ensino e Pesquisa de Enfermagem, 2% não participaram de atividades nos conselhos, 12% se absteve em informar e 10% das informações se tornaram equivocadas.

Torna-se importante destacar que alguns participantes responderam que participam de mais de uma associação, o que originou na totalidade de 44 participantes. Agora, ao que se refere às atividades desenvolvidas pelos mesmos em associações ou movimento de classe, pode-se destacar a realização de Congressos Científicos e Reuniões Científicas da ABEn (20%) e de Pesquisas (9%).

Outra contribuição importante da ABEn foi na configuração do currículo de enfermagem. Através destas iniciativas, a ABEn obtém um papel de divulgadora do pensamento hegemônico no ensino e prática da Enfermagem, com o preenchimento de forte influência na produção acadêmica desse saber e na construção dos currículos das escolas.

Diante do quadro apresentado, em relação à área de atuação e atividade que temas desenvolvidos em associação ou movimento nas ações do caso "A" 47% nas conferências ABEn/científico/reuniões científicas, cursos de formação, envolvimento em questões importantes relacionada à carga de trabalho de enfermagem/ associações internacionais, a formação de enfermeiros, enfermeiras e parteiras em SOBENDE/Científicas leigo - cultural - científico-técnica e o outro não definiu participação. No caso "B", 64%, a participação ocorre em comunhão produtividade em pesquisa/CNPq de pesquisa/CNPq e educação e outros assuntos não relataram as atividades das quais participam, o que caracteriza o caso "B" como explicitamente desleixado pesquisa.

Com relação enquanto a associação participar do movimento, diz que a maio-

ria tem entre 1 e 29 anos de filiação no caso "A" e no caso "B" a maioria é entre 1 a 9. Assim, quando se pergunta ao sujeito está em um cargo ou função em resposta associação está entrelaçada com o desempenho e a atividade na associação ou movimento.

Na participação na elaboração, na avaliação do Projeto Político Pedagógico (PPP), Projeto Pedagógico Curricular (PPC) ou grade curricular de curso, observou-se que a maior parte, 67% dos participantes respondeu ter tido oportunidade de participação na elaboração de PPP na área, enquanto 23% responderam negativamente.

Quanto à especificação do curso que participou da elaboração do PPP, PPC ou grade curricular de um curso, as informações apresentaram-se da seguinte maneira: 13% Enfermagem e Licenciatura; 40% Curso de Graduação em Enfermagem; 3% Curso de Especialização em Dermatologia e 7% Curso Técnico de Enfermagem, fora os 27% que responderam negativamente.

Ao vislumbrar os casos "A" e "B" no levantamento de dados, constatou-se que a maior parte dos participantes, nos casos "A" 31% e "B" 36%, atuou e/ou participou da elaboração e/ou avaliação de um PPP, PPC ou grade curricular, quanto que 18% participaram do Curso Enfermagem e Licenciatura e 18% do Curso de Graduação em Enfermagem.

Porém, quando foi questionado se os participantes da construção do PPP tiveram alguma capacitação para trabalhar o PPC, o currículo e os marcos estabelecidos, apenas 27% responderam que sim e 56%

responderam que negativamente. Em relação à pergunta que traz à tona a participação dos participantes no Instituto Nacional de Ensino e Pesquisa, tanto o caso "A" como no caso "B", a maioria não participa da avaliação do Curso de Enfermagem.

CONCLUSÃO

A investigação possibilitou a ampliação do conhecimento acerca da temática e referenciou pontos relevantes. A maioria dos enfermeiros docentes ingressou na docência como enfermeiros com Licenciatura; alguns reconhecem que o Curso de Bacharelado em Enfermagem não fornece base pedagógica para serem professores, e apontam a necessidade de formação pedagógica; a Licenciatura é uma atividade que requer do enfermeiro-professor domínio que vai além do conteúdo específico da disciplina a qual ministra, como também conhecimentos pedagógicos; a formação pedagógica se dá principalmente em disciplinas de Pós-Graduação lato sensu e stricto sensu; na prática docente, os enfermeiros apontam a experiência como fator fundamental, pois a cada dia surgem novos desafios, que são superados pela adaptação da prática pedagógica.

Ainda de acordo com os entrevistados, o enfermeiro pode construir o seu saber em diferentes aspectos. Ao considerar que o ser enfermeiro é mais do que o simples saber e do que o saber-fazer, também pode desenvolver aspectos do saber-ser, saber-conviver, tanto

conso com o próprio quanto com o paciente.

A reflexão sobre o cotidiano do enfermeiro leva à percepção de que este profissional ainda não estabeleceu as interações sociais que constituem os papéis; não há claro o compromisso social dos profissionais; os padrões; e, a responsabilidade que são ratificadas pelas instituições na sociedade que os reafirmam. Com relação a esse fato que as instituições educacionais; as tradições; o compromisso social; e, as manifestações sociais tendem a reafirmar os diferentes papéis das instituições existentes na sociedade.

Ao concluir esta pesquisa, afirma-se que o objetivo foi alcançado, ao considerar que a investigação trás o perfil profissional dos professores para abarcar a formação de enfermeiros com compromisso social. A caracterização dos docentes de duas escolas de enfermagem federais para a prática com compromisso social foi traçada e o compromisso social foi discutido.

Conclui-se ainda que, o compromisso social suscita o comportamento social, abarca a ética e a competência profissional na prática do enfermeiro docente e assistencial, a atitude profissional produzida pela estrutura social.

Com isso, a contribuição de Pierre Bourdieu nesta pesquisa está presente por meio da reflexão sobre a "dominação masculina" e a "violência simbólica", que é a ideia de se contrapor a violência simbólica, já que o uso da noção de violência simbólica trata de desentranhar o mecanismo que faz com que as pessoas vejam como "natural" a representação ou a ideia social dominante. ■

REFERÊNCIAS

1. Chrizostimo MM, Brandão AAP. A formação profissional do enfermeiro: 'estado da arte'. 40. Ed. Revista Enfermería Global. 2015.
2. Senkevics A. Ensaios de gênero. O conceito por Pierre Bourdieu: a dominação masculina. 2012.
3. Boudieu P. A dominação masculina. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2003.
4. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto n.º 6.096, de 24 de abril de 2007. 2007.
5. Fernandes C. Refletindo sobre o aprendizado do papel do educador no processo de formação do enfermeiro. Rev Latino-Am Enfermagem. 2004; 12(4):691-693.
6. Kaës, R. La polyphonie du rêve. Paris: Dunod; 2002. p. 12.
7. Brasil. Presidência da República. Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Secretaria de Ensino Superior (SESu). Decreto n.º 7.485, de 18 de maio de 2011. D
8. Brasil. Projeto de Lei do Senado n.º 7.703 de 2006. Ato Médico. 2006.
9. Brasil. Parecer n.º 837/1968.
10. Lima, MLF. O enfermeiro e seu compromisso social. In Congresso Brasileiro de Enfermagem, 31º Anais, Fortaleza, 1979. p.33-38.

O (des)cuidar da saúde mental: uma retrospectiva histórica

RESUMO

A imposição no mercado de trabalho e o cuidado centrado ao alienado contribuíram para a institucionalização da categoria, tanto na prática, quanto no ensino. Assim, apresenta-se uma análise histórica da ascensão do saber psiquiátrico, do cuidado prestado aos alienados no Brasil em diferentes períodos da história e a consequente criação da primeira Escola de Enfermagem do país. A retrospectiva histórica permite a análise dos fatos ocorridos de maneira crítica e reflexiva, procurando respostas a questionamentos que permeiam a prática arcaica e contemporânea da Enfermagem em Saúde Mental. A assistência aos doentes mentais foi progredindo após o início do trabalho de Enfermagem, levando em consideração o aspecto humanitário da profissão. Conhecer a trajetória da alienação mental brasileira e o surgimento de seus frutos é resgatar a história e a memória daqueles que lutaram por mudanças na Saúde Mental no Brasil, denunciando as péssimas condições de instituições que privavam o doente mental.

DESCRIPTORES: História da Enfermagem; Saúde Mental; Cuidados de Enfermagem.

ABSTRACT

The imposition on the job market and care centered on the alienated contributed to the institutionalization of the category, both in practice and in education. Thus, we present a historical analysis of the rise of psychiatric knowledge, the care provided to the alienated in Brazil in different periods of history and the consequent creation of the first Nursing School in the country. The historical retrospective allows the analysis of the events occurred in a critical and reflexive manner, seeking answers to questions that permeate the archaic and contemporary practice of Mental Health Nursing. Care for the mentally ill was progressing after the beginning of Nursing work, considering the humanitarian aspect of the profession. About knowing the trajectory of Brazilian mental alienation and the emergence of its fruits is to rescue the history and memory of those who fought for changes in Mental Health in Brazil, denouncing the terrible conditions of institutions that deprived the mentally ill.

DESCRIPTORS: History of Nursing; Mental Health; Nursing Care.

RESUMEN

La imposición en el mercado de trabajo y el cuidado centrado en el alienado contribuyeron a la institucionalización de la categoría, tanto en la práctica, como en la enseñanza. Así, se presenta un análisis histórico de la ascensión del saber psiquiátrico, del cuidado prestado a los alienados en Brasil en diferentes períodos de la historia y la consecuente creación de la primera Escuela de Enfermería del país. La retrospectiva histórica permite el análisis de los hechos ocurridos de manera crítica y reflexiva, buscando respuestas a cuestionamientos que permean la práctica arcaica y contemporánea de la Enfermería en Salud Mental. La asistencia a los enfermos mentales fue progresando después del inicio del trabajo de enfermería, teniendo en cuenta el aspecto humanitario de la profesión. Conocer la trayectoria de la alienación mental brasileña y el surgimiento de sus frutos es rescatar la historia y la memoria de aquellos que lucharon por cambios en la Salud Mental en Brasil, denunciando las pésimas condiciones de instituciones que privaban al enfermo mental.

DESCRIPTORES: Historia de la Enfermería; Salud Mental; Cuidados de Enfermería.

Renato Philipe de Sousa

Coordenador do curso de Enfermagem no Centro Universitário Atenas – Paracatu/MG. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - (UNIRIO). Membro do grupo de Pesquisa Lacuiden (UniAtenas), Paracatu/MG.

Carla Denari Giuliani

Docente na Faculdade de Medicina no Curso de Graduação em Enfermagem - UFU, Doutora em História pela Universidade Federal de Uberlândia - (UFU).

Sarah Mendes de Oliveira

Docente no Centro Universitário Atenas – (UniAtenas), Paracatu/MG. Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Uberlândia.

Priscilla Itatianny de Oliveira Silva

Docente no Centro Universitário Atenas – (UniAtenas), Paracatu/MG. Especialista em Urgência e emergência.

Lisandra Rodrigues Risi

Enfermeira especialista em Medical Device da Rede Dor São Luiz. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - (UNIRIO).

Marcela Marques Gonçalves Cabeceira

Acadêmica de Enfermagem no Centro Universitário Atenas – (UniAtenas), Paracatu/MG.

INTRODUÇÃO

Em meados do século XVIII, Philippe Pinel, conhecido como o "pai da psiquiatria", já sintonizado com os ideais revolucionários franceses de liberdade, igualdade e fraternidade, preconizou o tratamento moral para os alienados e desarcerentou os loucos em Paris. Sua prática médica exercida durante os anos em que chefiou os hospitais em Bicêtre e La Salpêtrière na França, aliada à sua profunda reflexão e conhecimento sobre a alienação mental, contribuíram para a inauguração da Escola dos Alienistas Franceses. Em 1801 publicou o "Tratado médico-filosófico sobre a alienação ou a mania", no qual descreveu uma nova especialidade médica que viria a se chamar Psiquiatria (1847). Inicialmente, o paciente com transtornos psíquicos recebeu o nome de alienado⁽¹⁾.

O panorama histórico do doente mental traz consigo um apanhado de crenças primitivas. Acreditava-se que uma pessoa com distúrbios mentais teria sido privada de alma, e que ele só retornaria ao seu bem-estar habitual se a alma retornasse para o seu corpo. Durante certo período, chegaram a supor que espíritos do mal ou poderes sobrenaturais haviam entrado no corpo de tais, e os processos utilizados para a "cura" envolviam: exorcismo, espancamentos brutais, restrição alimentar⁽²⁾.

Desde suas origens, na sociedade brasileira, a enfermagem apresenta-se como uma maneira do Estado intervir diretamente nas ações de cuidar. Portanto, no contexto histórico em que foi produzida, face às condições de saúde da população, os movimentos sociais se organizaram em torno da questão da saúde no Brasil. A institucionalização do ensino da enfermagem não só ampliou o campo de atuação

profissional, como também, acarretou o reconhecimento da profissão pelo Estado, a nível formal.

O aprimoramento no campo psiquiátrico é crucial, já que ele traz uma movimentação de achados contemporâneos para o surgimento de novos campos de compreensão e assistência ao portador de transtornos mentais.

Para tanto, o presente estudo tem como objetivo verificar os cuidados prestados aos portadores de transtorno mentais no século XIX e XX.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa crítico-reflexiva fundamentada pela perspectiva da história social por Barros⁽³⁾, em que verificou-se a história de grandes massas nesse momento, a história da saúde mental.

Nesse sentido, observa-se a necessidade de estudar o nascedouro da Enfermagem, como grande massa, para poder descrever as evoluções ou inovações no cuidado da enfermagem em saúde mental. Para compilação dos dados, será realizada revisão da literatura associada à pesquisa documental, de forma que as fontes possam examinar no interior de uma sociedade certos recortes humanos na possibilidade de evidenciar cuidados prestados aos portadores de transtornos mentais no século XIX e XXI.

Para Barros⁽³⁾, fonte é aquilo que coloca o pesquisador diretamente em contato com o problema, sendo o material com o qual se examina ou se analisa a sociedade humana no seu tempo e espaço.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em 1838, fica estabelecida a Lei fran-

cesa sobre os alienados, que exerceu um papel fundamental na história e no desenvolvimento da psiquiatria. As determinações presentes em seu texto fundamentaram em grande parte a prática psiquiátrica e influenciaram a constituição das leis de diversos países ocidentais. Sua formulação ocorreu no contexto pós-revolucionário e seu texto foi diretamente influenciado pelas concepções alienistas da época⁽⁴⁾.

O Estado só interfere na situação dos loucos no início do século XIX, acontecimento posterior à chegada da família Real ao Brasil, após ter sido ignorada socialmente e politicamente por quase trezentos anos. Neste período de consolidação e modernização da nação brasileira como um país independente, a visão social dos loucos era como "resíduos da sociedade e uma ameaça à ordem pública"⁽⁵⁾.

No Brasil, até a metade do século XIX, os portadores de doenças mentais não detinham de nenhum tipo de assistência governamental e seu suporte basilar era quase inexistente. Com essa escassez de tratamento, só restavam poucas opções para essas pessoas: as famílias que ostentavam de boa condição socioeconômica os mantinham isolados em suas casas, longe de olhares curiosos, enquanto os mais desfavorecidos perambulavam pelas ruas sendo tratados de maneira desumana pelo seu próprio meio social ou viviam encarcerados nos porões da Santa Casa da Misericórdia⁽⁵⁾.

Tanto as articulações políticas que levaram ao decreto da fundação, quanto à mobilização social em torno da construção do hospício foram conduzidas por José Clemente Pereira (1787-1854), magistrado português que destacava atividade política no Primeiro e Segundo Reinados. Na dupla condição de ministro do Impé-

rio e de provedor da Santa Casa, Clemente Pereira conseguiu levantar o hospício com dotações públicas e ainda com o dinheiro de loterias e da concessão de títulos mobiliários em troca de doações para a obra⁽⁶⁾.

Para construção dessa unidade nosocomial, foram identificados alguns valores sociais como meio de definição do local em que deveria ser construída. Para a localização foi planejada a Baía de Botafogo, atual bairro da Urca na cidade do Rio de Janeiro, pois apresentava o aspecto de bairro salubre, amplamente arejado, arborizado. A escolha da localidade não foi por acaso, tendo como estratégia o distanciamento do alienado do centro da capital república, mantendo a ideia não mencionada diretamente de segregação⁽⁷⁾.

Criado a partir do Decreto n.º 82, de 18 de julho de 1841, o Hospício de Pedro II foi o primeiro estabelecimento no Brasil a dedicar-se integralmente ao tratamento dos alienados, os quais permaneciam enclausurados nas residências escondendo a vergonha, ou mantidos nos porões da Santa Casa da Misericórdia⁽⁸⁾.

Segundo De-Simoni⁽⁹⁾, seria preciso “conter sem barbaridade os furiosos no seu delírio, sujeitando-os docemente ao tratamento que lhes pode ser útil”, porém, para se obter a sujeição ao tratamento, a colaboração do enfermeiro de alienados era considerada fundamental. O enfermeiro deveria ser como o desdobraimento dos olhos e da voz do alienista e o intermediário entre o doente e o médico.

À custa de enorme sofrimento e desrespeito aos direitos humanos, por décadas, o eletrochoque foi aplicado em alta voltagem, contra a vontade do paciente, que, diferentemente de hoje, não era anestesiado nem recebia relaxante muscular. Assim, além de estar acordado durante o procedimento, o corpo inteiro convulsionava, provocando dores e gerando as pavorosas cenas do doente se debatendo, enquanto amarrado ou segurado por vários enfermeiros⁽¹⁰⁾.

Podemos observar que a eletroconvulsoterapia que era utilizada no século XIX, retornou a ser utilizada no século XX, sendo oferecida, até hoje, em alguns hospitais universitários em São Paulo, no Rio Grande do Sul, no Rio de Janeiro e em Pernambuco, entre outros. Os efeitos do tratamento são semelhantes aos dos fármacos, reduzindo receptores, liberando hormônios e alterando o ritmo cerebral. Depois do tratamento, observam-se modificações nas conexões entre os neurônios, alterações em áreas cerebrais, a ECT parece organizar

agitação psicomotora e diminuía a atividade delirante e alucinatória. Com a utilização da Clorpromazina, uma nova fase da psiquiatria foi inaugurada⁽¹⁰⁾.

A influência dos médicos na direção das instituições manicomial resultou no avanço do campo terapêutico psiquiátrico. Em 1903, Juliano Moreira é nomeado diretor do HNA. Na direção da instituição, uma das medidas tomadas por Juliano Moreira para modernizar o antigo hospital foi eliminar coletes e camisas-de-força. De acordo com Cerqueira⁽¹¹⁾, Juliano Moreira foi bastante influenciado pelo médico

Figura 1. Psicofarmacologia. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2019



Fonte: Acervo do Museu de Imagem e do Som (MIS).

os circuitos neurais⁽¹⁰⁾.

A partir da década de 1950 o uso de medicamentos para doenças mentais disseminou-se. Em 1955, foi usado pela primeira vez Clorpromazina¹, que reduzia a

alemão Kraepelin e sua teoria “propunha a investigação da doença mental considerando os antecedentes da moléstia no indivíduo e na família, aspecto que receberia maior importância e ressaltaria o caráter

¹ Clorpromazina - Fármaco antipsicótico clássico ou típico, sendo protótipo no tratamento de pacientes esquizofrênicos (GUIMARÃES, et al, 2013).

artigo

Sousa, R.P.; Giuliani, C.D.; Oliveira, S.M.; Silva, P.I.O.; Risi, L.R.; Cabeceira, M.M.G.;
O (des)cuidar da saúde mental: uma retrospectiva histórica

específico da questão psicológica em relação à etiologia da loucura”.

Pavilhão dedicado às mulheres com instalações de oficinas de costura, com a dupla função de atender à demanda de roupas para os internos e de ocupar as mulheres com atividades laborais, com o objetivo de entretenimento das alienadas e fazer com que elas se sentissem úteis através da confecção de roupas⁽¹²⁾.

O serviço de jardinagem oferecia tratamento especializado, ministrado aos adultos e crianças, com a finalidade de propiciar o conhecimento de formas, relevo, manuseio de materiais, da terra e demonstravam a eficiência do envolvimento com as plantas, pois se revelava como uma atividade muito relaxante⁽¹²⁾.

A hidroterapia consistia na utilização da água para tratar doenças, aliviar dores, induzir o relaxamento e manter a saúde em geral. Para efeitos terapêuticos, a água poderia ser aplicada fria ou quente, em gelo ou em vapor. O tratamento era supervisionado por profissionais e mostrava grande eficiência terapêutica⁽¹³⁾.

Em 1903, Teixeira Brandão é eleito deputado, conseguindo em dezembro do mesmo ano a aprovação da Lei Federal n.º 1.132 de assistência a alienados. Esta lei faz da psiquiatria a maior autoridade sobre a loucura no país; e do hospício, o único lugar para receber os considerados loucos, subordinando sua internação ao parecer médico⁽¹⁴⁾.

Este impulso inicial serviu para que nos anos seguintes fossem abertas novas instituições destinadas a receber loucos por todo o Brasil. Esse processo, iniciado por Teixeira Brandão, teve como competente sucessor o médico Juliano Moreira⁽¹⁵⁾.

A arteterapia propunha aos seus pacientes que desenhassem ou pintassem livremente seus sentimentos, sonhos ou situações de conflito, analisando as imagens criadas por eles como uma simbolização do inconsciente. Jung utilizava o desenho livre para facilitar a interação verbal com o paciente e porque acreditava “na possibilidade de o homem organizar seu caos interior utilizando-se da arte”⁽¹⁶⁾.

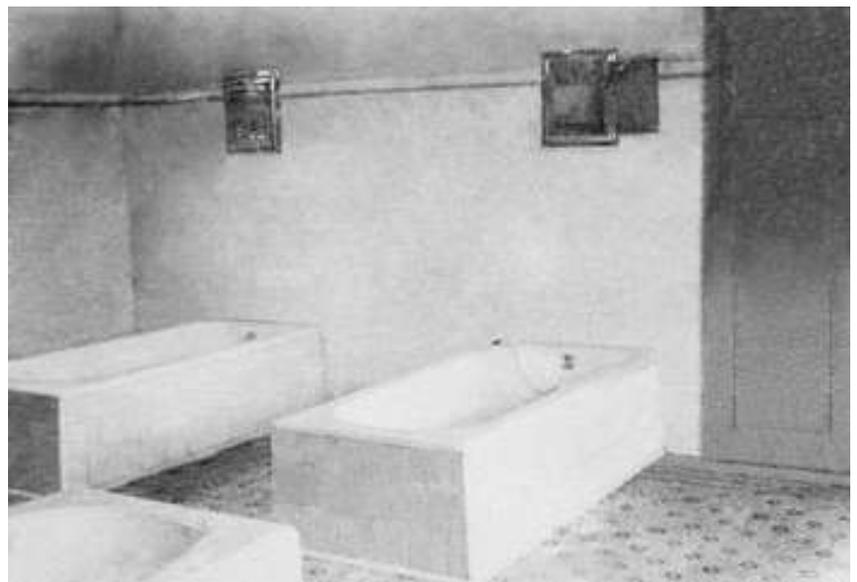
O profissional de enfermagem é habilitado a trabalhar em diversas frentes e níveis de complexidade da saúde, como um dos integrantes de equipe multiprofissionais de saúde. Dessa forma, o enfermeiro em saúde mental ou enfermeiro psiquiátrico é habilita-

Figura 2. Ateliê de Costura. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2019



Fonte: Facchinetti⁽¹²⁾.

Figura 3. Hidroterapia. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2019



Fonte: Acervo Instituto de Patrimônio Histórico e Artístico Nacional.

do para atuar no cuidado à saúde, utilizando um abrangente conjunto de competências e habilidades para a promoção, proteção, prevenção e reabilitação da saúde mental⁽¹⁷⁾.

Nessa perspectiva, enfatiza-se o relevante papel que pode se desempenhar pelo profissional de enfermagem como promotor dos direitos humanos das pessoas com transtorno mental no Brasil. Para tanto, é necessário interpretar e inter-relacionar diversos documentos ético legais, nacionais e internacionais. No Brasil, os direitos fundamentais do cidadão estão promulgados na Constituição Federal de 1988⁽¹⁸⁾.

A substituição do modelo hospitalocêntrico tem se dado através da criação e fortalecimento de uma rede de serviços substitutivos, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), Hospitais-Dia, Centros de Convivência, Serviço de Urgência e Emergência Psiquiátrica em Pronto-Socorro Geral

etc. Compete aos CAPS o acolhimento e a atenção às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, procurando preservar e fortalecer os laços sociais em seu território⁽¹⁹⁾.

CONCLUSÃO

A saúde mental requer um aperfeiçoamento do saber ser enfermeiro, a busca da autonomia, dado aos avanços científicos obtidos na área e na maneira holística de abordagem ao alienado, dando ênfase no processo de cuidado, prezando prioritariamente pelo tipo de assistência prestada.

Verificamos que o tratamento aplicado aos alienados no Brasil do século XIX, esteve longe de ser uma atitude humanitária. Poderíamos dizer que aquele foi um período diferente do atual, que nossa mentalidade é distinta e que o homem é fruto do seu tempo. Mas, a verdade é que desde o início do seu tratamento por vias científicas, até o final dos

anos 1980, a loucura foi tratada a partir de processos de exclusão, através de asilos, manicômios, presídios ou instituições especializadas em serviços desta natureza.

A loucura no Brasil manteve-se silenciosa por muito tempo. Durante esta trajetória, podemos perceber que o doente mental nunca teve lugar na sociedade, o seu lugar sempre foi o lugar da exclusão, mas levando em consideração que ao longo da história as práticas e discursos de quem realmente se importava com as condições do louco no país, contribuíram para mudanças satisfatórias com a criação de novas condições de tratamento ao doente.

Mais do que atuar diretamente com esses pacientes, é dever de cada profissional de enfermagem promover propagação dos conhecimentos atuais sobre essa temática na sociedade como um todo. Atuando de forma responsável e consciente, prezando pela garantia dos direitos humanos dos mesmos. ■

REFERÊNCIAS

1. Foucault M. História da loucura. São Paulo: Perspectiva; 1978. 459.
2. Townsend MC. Enfermagem Psiquiátrica: Conceitos de Cuidados na prática Baseada em Evidências, 7. ed, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2014.
3. Barros JA. O Campo da História— especialidades e abordagens. 3. ed. Petrópolis: Vozes; 2013.
4. Britto RC. A internação involuntária psiquiátrica e a Lei 10.216/01. Reflexões acerca da garantia e proteção aos direitos da pessoa com transtorno mental. [Dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 2004.
5. Passos ICF. Loucura e Sociedade: Discursos, práticas e significações sociais. Belo Horizonte: Ed. Argumentum; 2009.
6. Moreira J. Notícia sobre a evolução da assistência a alienados no Brasil. Arq Brasil Psiqu, Neurol e Cienc Afins. 1905; 1(1): 52-98.
7. Sousa RP. Instituições Cuidados aos alienados no nascedouro da Enfermagem brasileira. In Cuidar em Enfermagem e Saúde Mental. volume 1. Aspectos Históricos, Fundamentos para o Cuidar e Saúde Mental Infantojuvenil. 1 ed. Curitiba: Appris, 2017.
8. Sousa RP. Colônia de Alienados do Engenho de Dentro: mulheres internadas (1921-1927). [Dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro; 2016.
9. De-Simoni LV. Importância e necessidade da criação de um manicômio ou estabelecimento especial para o tratamento dos alienados. Rev Med Fluminense. 1839; (6): 241-262.
10. Guimarães AN, Borba LO, Larocca LM, Maftum MA. Tratamento em Saúde Mental no Modelo Manicomial (1960 A 2000): Histórias Narradas por Profissionais de Enfermagem. Texto Contexto Enferm. 2013 Abr-Jun; 22(2): 361-9.
11. Cerqueira RC. Lima Barreto e os caminhos da loucura. Alienação, alcoolismo e raça na virada do século XX. [Dissertação]. Rio de Janeiro: Pontifícia Universidade Católica; 2002.
12. Facchinetti C, Ribeiro A, Chagas DC, Reis CS. No labirinto das fontes do Hospício Nacional de Alienados. Hist Cienc Saude. 2010 dez; 17 (supl 2): 733-768.
13. Engel MG. Os delírios da razão: médicos, loucos e hospícios (Rio de Janeiro, 1830-1930). Rio de Janeiro: Fiocruz; 2001.
14. Venancio, ATA. Ciência psiquiátrica e política assistencial: a criação do Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil. Hist Cienc Saude. 2003 dez; 10(3): 883-900.
15. Amarante P. Saúde Mental, políticas e instituições: programa de educação à distância, volume 3 / Coordenado por Paulo Amarante. Rio de Janeiro: FIOTEC/FIOCRUZ, EAD/FIOCRUZ, 2003.
16. Andrade LQ. Terapias expressivas. São Paulo: Vetor; 2000.
17. Cardoso L. A Saúde Mental e os Direitos Humanos. In: Cuidar em Enfermagem e Saúde Mental. Volume 1. Aspectos Históricos, Fundamentos para o Cuidar e Saúde Mental Infantojuvenil. Curitiba; 2017.
18. Brasil. Senado Federal: Centro Gráfico, 1988, 292 p. BRASIL, Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil.
19. Delgado PG, Schechtman A, Weber R, Amstalden AF, Bonavivo E, Cordeiro F, et al. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. In: Mello M F, Mello AAF, Kohn R. Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil. Porto Alegre: Artmed; 2007. 39-83.

Os cuidados de enfermagem na prevenção de infecção relacionados ao PICC em unidade neonatal

RESUMO

Objetivo: Analisar os cuidados de enfermagem prevenindo infecção relacionados ao cateter central de inserção periférica em neonatos da UTI. Métodos: Revisão integrativa, de 2012 a 2017, nos portais PubMed e BVS. Questão norteadora: Quais são os cuidados de enfermagem na prevenção de infecção relacionados ao cateter central de inserção periférica em neonato internados na UTI? Resultados: Fatores para o aumento de infecção relacionada ao PICC em neonatos, Educação e treinamento profissional para a inserção do PICC em neonatos e Cuidados de enfermagem na inserção do PICC em neonatos. Conclusão: Educar os profissionais de saúde sobre inserção do cateter central é primordial. Alguns cuidados de manutenção fazem-se necessários para prevenção da infecção: estabilização do cateter, curativos, entre outros. As pesquisas apontam a necessidade de implantar políticas institucionais direcionadas à prevenção e controle das infecções hospitalares, buscando qualidade e segurança para os neonatos.

DESCRIPTORES: Cuidados de Enfermagem; Recém-Nascido; Cateterismo Venoso Central.

ABSTRACT

Objective: Analyze nursing care by preventing infection related to the central catheter of peripheral insertion in neonates in the ICU. Methods: Integrative review, from 2012 to 2017, in the PUBMED and VHL portals. Guiding Question: What are the nursing cares in the prevention of infection related to the central catheter of peripheral insertion in neonates hospitalized in the ICU? Results: Factors for the increase of PICC-related infection in neonates, Education and professional training for the insertion of PICC in neonates and nursing Care in the insertion of PICC in neonates. Conclusion: Educating health professionals about central catheter insertion is paramount. Some maintenance precautions are necessary to prevent infection: catheter stabilization, dressings, among others. The research points to the need to implement institutional policies aimed at the prevention and control of hospital infections, seeking quality and safety for newborns.

DESCRIPTORS: Nursing Care; Newborn Infant; Central Venous Catheterization.

RESUMEN

Objetivo: Analizar la atención de enfermería previniendo la infección relacionada con el catéter central de inserción periférica en neonatos en la UCI. Métodos: Revisión Integrativa, de 2012 a 2017, en los portales de PUBMED y VHL. Pregunta orientadora: ¿Cuáles son los cuidados de enfermería en la prevención de infecciones relacionadas con el catéter central de inserción periférica en neonatos hospitalizados en la UCI? Resultados: Factores para el aumento de la infección relacionada con PICC en neonatos; Educación y formación profesional para la inserción de PICC en neonatos y cuidados de enfermería en la inserción de PICC en neonatos. Conclusión: Educar a los profesionales de la salud sobre la inserción del catéter central es primordial. Algunas precauciones de mantenimiento son necesarias para prevenir la infección: estabilización del catéter, apósitos, entre otros. La investigación apunta a la necesidad de implementar políticas institucionales destinadas a la prevención y el control de las infecciones hospitalarias, buscando calidad y seguridad para los recién nacidos.

DESCRIPTORES: Cuidados de Enfermería; Bebê Recién Nacido; Cateterismo Venoso Central.

Thainá Castro Gomes

Enfermeira Especialista em Controle de Infecção em Assistência à Saúde e Cuidados Intensivos Adulto, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa/Universidade Federal Fluminense, Niterói (RJ), Brasil.

Maritza Consuelo Ortiz Sanchez

Universidade Federal Fluminense (UFF), Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa (EEAAC), Departamento de Fundamentos de Enfermagem e Administração (MFE), Niterói-RJ, Brasil.

Miriam Marinho Chrizostimo

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

Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e Departamento de Fundamentos de Enfermagem, da Faculdade de Enfermagem da UERJ, Niterói-RJ, Brasil.

Márcia Valeria Rosa Lima

Universidade Federal Fluminense (UFF), Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa (EEAAC), Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgico (MEM), Niterói-RJ, Brasil.

Deise Ferreira de Souza

Universidade Federal Fluminense (UFF), Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa (EEAAC), Departamento de Fundamentos de Enfermagem e Administração (MFE), Niterói-RJ, Brasil.

INTRODUÇÃO

Os Cateteres Centrais de Inserção Periférica (Peripherally Inserted Central Catheter - PICC) são utilizados em unidades de terapia neonatal, geralmente quando os recém-nascidos necessitam de um acesso venoso por tempo prolongado, oferecendo hidratação, nutrição parenteral, medicamentos irritantes ou vesicantes, em grandes concentrações, e ainda tem as vantagens da redução de múltiplas punções venosas e podem ser facilmente removidos⁽¹⁾.

O material de composição do PICC, geralmente, é de fácil manuseio e com condições estritamente estéreis. Sua manipulação e inserção necessitam de profissionais de saúde com competência técnica e legal para sua realização. É conferido pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), na Resolução n.º 258/2001 o respaldo legal para o enfermeiro a execução deste procedimento⁽²⁾.

As veias de primeira escolha são aquelas localizadas na fossa antecubital. Após punção, o cateter é introduzido na veia e progride em seu interior até que sua extremidade distal seja localizada em terço médio da veia cava superior. A constatação da localização é feita por raio-x e a fixação é feita exclusivamente por curativo estéril⁽³⁾.

Contudo, estudos⁽¹⁻³⁾ científicos mostram múltiplas complicações não infecciosas e infecciosas nos recém-nascidos (RN). Algumas dessas complicações são: obstrução do cateter, formação de trombos,

sangramento, flebite, migração, ruptura do cateter, extravasamento, perfuração cardíaca ou do vaso, flebites infecciosas, infecção no sítio de inserção e infecção sanguínea (sepsis).

As infecções no período neonatal são responsáveis por um alto índice na mortalidade e morbidade nesta faixa etária, mais ou menos de 15 a 45%. As infecções adquiridas durante a internação apresentam incidência de 5 a 25% nas UTI neonatais⁽⁴⁾.

No RN, esses sinais e sintomas de infecção são rápidos, devendo assim dispor de uma equipe de profissionais qualificados e alerta aos sinais de infecção. Como alguns exemplos de infecção estão: gemido expiratório, cianose, taquipnéia, taquicardia, instabilidade térmica (sendo a hipotermia a mais comum), distensão abdominal, diarreia, vômitos, convulsões, fontanelas cheias ou abauladas, petéquias na pele, hipotensão arterial, icterícia, entre outros. A infecção da corrente sanguínea é relacionada ao cateter quando o mesmo microrganismo é isolado na hemocultura e no cateter e esse agente não está relacionado a outro foco infeccioso. Os principais sintomas da bacteremia relacionada ao cateter vascular são: febre, taquipnéia, taquicardia, hipotensão, confusão mental e, em neonatos encontramos apneia e bradicardia⁽³⁻⁴⁾.

Desta forma, a questão norteadora do estudo é: Quais são os cuidados de enfermagem utilizados na prevenção de infecção relacionada ao cateter central de inserção periférica em neonatos internados na UTI?

Ressalta-se que este estudo está inserido

no Grupo de Pesquisa Gestão da Formação e Qualificação Profissional Saúde e Educação. E na Linha de Pesquisa Qualificação Profissional e Produção do Conhecimento no Controle de Infecção na Assistência à Saúde articulado com o Núcleo de Estudos e Pesquisas em Cidadania e Gerência em Enfermagem (NECIGEN) da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense (EEAAC/UFF).

Com base nas informações acima mencionadas, se elaborou o seguinte objeto de estudo os cuidados de enfermagem na prevenção de infecção relacionados ao cateter central de inserção periférica em neonatos da UTI. Objetivo do estudo: analisar os cuidados de enfermagem na prevenção de infecção relacionados ao cateter central de inserção periférica em neonatos da UTI.

METODOLOGIA

O estudo realizou-se por meio de revisão integrativa da literatura. Para a construção da revisão integrativa faz-se necessário passar por seis etapas diversas em que na primeira é a identificação do tema e seleção da hipótese ou questão norteadora. A segunda etapa é o estabelecimento de critérios para a inclusão e exclusão de estudos amostragem ou busca na literatura. A terceira etapa dá-se pela definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados categorização dos estudos. A quarta etapa é a avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa. A quinta etapa é a interpretação

dos resultados e a sexta, e última etapa, é a conclusão⁽⁵⁾.

O levantamento de dados foi realizado em maio de 2017, em que selecionaram-se artigos no recorte temporal de 2012 a 2017, na base PubMed, e no portal BVS (Biblioteca Virtual de Saúde). Com os seguintes descritores: “recém-nascido”, “cateterismo venoso central” e “cuidados de enfermagem”.

Foram utilizados como critérios de inclusão: artigos científicos no recorte temporal acima mencionado, nos idiomas português e inglês, com assunto principal infecção causada por PICC em neonatal. Como critérios de exclusão: artigos fora do tema abordado, dissertações, teses, erratas, agradecimentos e editoriais.

Iniciou-se o processo de pesquisa da literatura no portal BVS. Foram empregados os descritores: “Infecção OR Infecções AND Cateterismo venoso central”, constituindo 3.855 artigos, destes, 1.612 estavam disponíveis, 164 foram publicados entre 2012 a 2017 e 31 abordavam o recém-nascido. Como assunto principal, foram utilizados Cateterismo venoso central, Infecções relacionadas à cateter, Controle de infecções e Remoção de dispositivos, refinando para 7 artigos que, após a leitura dos resumos, 1 artigo era pertinente ao objetivo da pesquisa.

Na sequência foram testados os seguintes descritores: “Cateterismo venoso central AND Cuidados de enfermagem OR Assistência de enfermagem OR Atendimento de enfermagem”, constituindo 980 artigos, destes, 252 estavam disponíveis, 31 abordavam sobre recém-nascido. Com o tema principal Cateterismo venoso central, Cuidados de enfermagem e recém-nascido foram encontrados 27 e entre 2012 a 2017, 19 artigos. Após leitura dos resumos, somente 1 artigo se adequava à pesquisa.

Ao aplicar os descritores “Cuidados de enfermagem OR Assistência de enfermagem OR Atendimento de enfermagem AND Ações Preventivas contra Doenças OR Procedimentos Preventivos contra Doenças OR Ações Preventivas contra Incapacidades OR Prevenção OR Procedimentos

filaxia”, obtivemos 62 estudos, dentre eles, 21 foram publicados no período de 2012 a 2017, 4 resumos atendiam aos objetivos propostos, sendo selecionado 1 artigo após a leitura dos resumos.

Foram testadas outras combinações com os descritores citados, entretanto, foi verificado que os artigos identificados como pertinentes já se apresentavam em buscas anteriores, sendo assim não foram incluídos.

Realizado a pesquisa da literatura na PubMed, observou-se que vários artigos se repetiam, entretanto, com os descritores: “Recém-nascido AND Infecção AND Cateterismo venoso central AND Cuidados de enfermagem”, 62 artigos foram encontrados. Em 48 dos resumos não condiziam com o interesse da pesquisa, ficando apenas 14 artigos. Após leitura detalhada, utilizando apenas 7 artigos, foi possível identificar e extrair dos mesmos os aspectos de interesse nesta pesquisa e interpretá-los a partir do objetivo proposto.

A seguir, as etapas da busca dos artigos para a realização do trabalho.

Etapa 1: Pergunta de pesquisa

Quais são as práticas de enfermagem utilizadas na prevenção de infecção relacionadas ao cateter central de inserção periférica em neonatos internados na UTI?

BVS Descritores: “Recém-nascido AND Infecção AND Cateterismo Venoso Central AND Cuidados de Enfermagem”. Total: 4.897

PubMed Descritores: “Recém-nascido AND Infecção AND Cateterismo venoso central AND Cuidados de enfermagem”. Total: 62

Etapa 2: Seleção de amostra

Critérios de inclusão: Artigos nos últimos 5 anos, nos idiomas português e inglês, disponíveis na Internet, com assunto principal infecção causada por PICC em neonatal. Critérios de exclusão: Artigos fora do tema abordado, dissertação de mestrado, tese de doutorado, erratas, agradecimentos e editoriais. BVS 3 \ PubMed 7 Total: 10

Etapa 3: Categorização dos estudos

Estudos divididos em quadro com publicações localizadas nas bases de dados segundo Autor(es), data e país, objetivo da pesquisa, força da evidência, tipo do estudo e instrumento, principais achados e escala de relevância.

Etapa 4: Análise dos estudos

Categoria 1: Educação e treinamento profissional para a inserção do PICC em neonatos.

Categoria 2: Fatores para o aumento de infecção relacionada ao PICC em neonatos.

Categoria 3: Cuidados de enfermagem na inserção do PICC em neonatos.

Etapa 5: Discussão e apresentação dos resultados

Etapa 6: Conclusão

A educação dos profissionais de saúde sobre a inserção do cateter central é primordial para a inserção do PICC. Alguns cuidados de manutenção se fazem necessários para a prevenção da infecção: estabilização do cateter, curativos, entre outros. As pesquisas apontam para a necessidade de implantar políticas institucionais direcionadas à prevenção e controle das infecções hospitalares, na busca da qualidade e segurança para os neonatos.

Obedecendo aos critérios expostos na metodologia, obtivemos 10 artigos publicados no idioma português, na área da enfermagem e que abordavam o tema proposto. Estes resultados estão apresentados em um quadro, no qual os artigos foram organizados considerando algumas variáveis: autores, ano de publicação e país, entre os anos de 2012 a 2017, objetivo da pesquisa, nível de evidência, o tipo do estudo e instrumentos e os principais achados relacionados com o objetivo desta pesquisa.

A intenção da utilização do instrumento foi mapear pontos pertinentes e caracterizar a amostra encontrada para avançar no caminho em direção a atingir o objetivo traçado. Assim, foi possível agrupar os artigos relacionados aos cuidados de enfermagem na prevenção de infecção na inserção do PICC. Com foco no delineamen-

to dos estudos baseados na metodologia adotada, os artigos foram hierarquizados de acordo com cinco níveis de evidência: No nível 1: evidências resultantes da metanálise de múltiplos estudos clínicos controlados e randomizados; Nível 2: evidências obtidas em estudos individuais com delineamento experimental; Nível 3: evidências de estudos quase-experimentais; Nível 4: evidências de estudos descritivos

(não-experimentais) ou com abordagem qualitativa; Nível 5: evidências provenientes de relatos de caso ou de experiência; E nível 6: evidências baseadas em opiniões de especialistas⁽⁶⁾.

A discussão dos achados esteve relacionada com o eixo central desta investigação, utilizando diversas literaturas que deram suporte as considerações expostas no decorrer deste estudo.

RESULTADOS

A estratégia de busca, conforme mencionado, foi em maio de 2017, na qual foram selecionados artigos no recorte temporal de 2012 a 2017, na base PubMed, e no portal BVS. Após o processo de aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, a amostra final foi 10 produções, os quais fazem parte deste estudo. Conforme mostra o Quadro 1.

Quadro 1. Publicações localizadas nas bases de dados segundo autor(es), data e país, objetivo da pesquisa, nível de evidência, tipo do estudo e instrumentos e principais achados. Niterói, RJ, Brasil, 2017.

AUTOR(ES), DATA E PAÍS	OBJETIVO DA PESQUISA	NÍVEL DE EVIDÊNCIA**	TIPO DO ESTUDO E INSTRUMENTOS	PRINCIPAIS ACHADOS
Costa P, Kimura AF, Vizzotto MPS, Castro TE, West A e Dorea E. 2012. Brasil. ⁷	Descrever a prevalência de remoção não eletiva do cateter e seus motivos.	4	Estudo Transversal.	A remoção não eletiva ocorreu em 33 (39,3%) cateteres, 13,1% por obstrução, 9,5% ruptura, 7,1% edema do membro, 6% suspeita de infecção, 1,2% tração acidental, 1,2% má perfusão e 1,2% extravasamento. A prevalência e os motivos de remoção não eletiva indicaram a necessidade de estratégias para a prevenção de complicações evitáveis relacionadas ao CCIP.
Duarte ED, Pimenta AM, Silva BCN, Paula CM. 2013. Brasil. ⁸	Analisar os fatores associados à infecção pelo uso do PICC em RN internados em unidade de terapia intensiva.	4	Estudo epidemiológico, longitudinal e analítico.	Conclui-se que fatores relacionados à prática dos profissionais contribuíram para a retirada dos cateteres, sinalizando para a necessidade de intervenções que melhorem a segurança e a eficácia em seu uso.
Gomes AVO, Nascimento MAL. 2013. Brasil. ⁹	Analisar e discutir o processo do cateterismo venoso central nas unidades de terapia intensiva neonatal e pediátrica, descrever as variáveis relacionadas à caracterização da população do estudo (unidade de internação, faixa etária e sexo) e descrever as variáveis relacionadas ao processo do cateterismo venoso central.	4	Estudo descritivo, longitudinal e abordagem quantitativa.	As indicações dos cateteres foram, em sua maioria, para infusão medicamentosa prolongada e Nutrição Parenteral Total. A remoção foi indicada predominantemente por complicações mecânicas e infecciosas. Esse estudo viabilizou rever a prática assistencial para estabelecer o aprimoramento da assistência prestada à clientela neonatal e pediátrica.

artigo

Gomes, T.C.; Sanchez, M.C.O.; Chrizostimo, M.M.; Xavier, M.L.; Lima, M.V.R.; Souza, D.F.;
Os cuidados de enfermagem na prevenção de infecção relacionados ao PICC em unidade neonatal

Chandonnet CJ, Kahlon PS, Rachh P, Degrazia M, Dewitt EC, Flaherty KA, Spigel N, Packard S, Casey D, Rachwal C, Agrawal PB. 2013. EUA. ¹⁰	Reduzir riscos para CLABSIs usando o modo de falha de cuidados de saúde e análise de efeito (HFMEA), analisando as práticas de inserção, manutenção e remoção da linha central.	4	Estudo exploratório, descritivo.	O HFMEA identificou 5 modos de falha comuns que contribuem para o desenvolvimento de CLABSIs. Isso incluiu contaminação, ambiente sub-ótimo de cuidados, documentação inadequada e avaliação da integridade do curativo de cateter venoso central, problemas com equipamentos e fornecedores e falta de conhecimento. O processo de HFMEA ajudou a reduzir a taxa de CLABSI e reforçou a cultura de melhoria contínua da qualidade e segurança na NICU.
Johann D A, Lazzari LSM, Pedrolo E, Mingorance P, Almeida TQR, Mitzy TRD. 2012. Brasil. ¹¹	Investigar e analisar as evidências disponíveis na literatura acerca dos cuidados para inserção e manutenção do Cateter Central de Inserção Periférica no neonato.	4	Estudo descritivo.	Resultados apontam lacunas no que tange à população neonatal; conhecimento insuficiente dos profissionais quanto indicações; e variados temas sobre uso de anticoagulantes, comparação com outros cateteres, diagnóstico por imagem, dor, infecção relacionada a cateter e sua prevenção, entre outros fatores.
Belo MPM, Silva RAMC, Nogueira ILM, Mizoguti DP, Ventura CMU. 2012. Brasil. ¹²	Descrever o conhecimento e prática dos enfermeiros das cinco unidades públicas de Terapia Intensiva Neonatal, de Recife-PE, sobre a utilização do PICC.	4	Estudo descritivo, transversal, com abordagem quantitativa.	Nos resultados verificou-se que 64,8% dos enfermeiros não possuíam habilitação para inserção do PICC. Conclui-se que é necessário maior incentivo à capacitação dos enfermeiros para utilização do PICC.
Holzmann-Pazgal G, Kubanda A, Davis K, Khan AM, Brumley K, Denson SE. 2012. EUA. ¹³	Determinar a associação de uma equipe de manutenção de linha central na incidência de infecções sanguíneas associadas à linha central (CLABSIs) na unidade de terapia intensiva neonatal (NICU).	4	Estudo qualitativo, exploratório.	A diminuição das taxas de infecção foi sustentada ao longo do tempo. Uma equipe de linha forneceu cuidados de manutenção de linha central padronizados e consistentes levando a uma diminuição significativa e sustentada no CLABSI em uma UTIN.
Wang W, Zhao C, Ji Q, Liu Y, Shen G e Wei L. 2015. China. ¹⁴	Identificar a prevalência e razões para não - remoção seletiva do cateter central inserido periféricamente em neonatos.	4	Estudo caso-controle.	A incidência de infecções sanguíneas relacionadas ao cateter diminuiu de 3,1 para 0 por 1000 dias de cateter e a infecção de colonização diminuiu de 6,9 para 2,2 por 1000 dias de cateter (P <0,05), ambos indicando uma diferença estatisticamente significativa. O tempo do cateter residente foi de 24,8 ± 7,4 dias no grupo controle e 31,9 ± 15,0 dias no grupo estudado (P <0,05), e esses valores foram significativamente diferentes.
Olímpio MAC, Sousa VEC de, Campos ABF et al. 2017. Brasil. ¹⁵	Caracterizar a realização do cateterismo venoso periférico por profissionais de enfermagem e avaliar sua adequação com base em um protocolo.	4	Estudo observacional, de abordagem quantitativa.	A amostra foi constituída por 46 profissionais dos quais 73,9% não tinham curso de capacitação específico para o procedimento, 86,3% lavaram as mãos antes do procedimento, todos utilizaram equipamento de proteção e 50% afirmaram que o tempo máximo para uso do garrote é 1 minuto. Dezenove profissionais utilizaram álcool a 70% para a higienização do local de inserção do cateter.

Oliveira CR, Neve ET, Rodrigues EC, Zamberlan KC, Silveira A. 2014. Brasil.16	Descrever a sistematização do uso do cateter central de inserção periférica em neonatos e crianças, em um hospital universitário do sul do Brasil.	4	Estudo qualitativo.	Os depoimentos revelaram que, muitas vezes, o cateter é retirado precocemente por solicitação médica devido a suspeita de infecção relacionada ao cateter.
---	--	---	---------------------	--

Fonte: **Oxford Centre Evidence-Based Medicine⁽¹⁷⁾.

A partir da análise das produções científicas que tratam sobre cuidados de enfermagem na prevenção de infecção na inserção do PICC, vários aspectos relacionados ao objetivo desse estudo foram identificados: 4 artigos sobre os fatores para o aumento de infecção relacionada ao PICC em neonatos 3 artigos que tratam sobre a educação e treinamento profissional para a inserção do PICC em neonatos, e 3 artigos sobre cuidados de enfermagem na inserção do PICC em neonatos. Para melhor compreensão, os estudos foram agrupados/categorizados e serão descritos a seguir.

Fatores para o aumento de infecção relacionada ao PICC em neonatos

A infecção de corrente sanguínea relacionada ao uso de PICC é um risco ao emprego de qualquer dispositivo de acesso vascular. Alguns fatores de risco são prematuridade, neonatos com peso ao nascer inferior a 1.000g e o grande número de procedimentos invasivos a que estão sujeitos durante a internação em UTI Neonatal. Outros fatores incluem inexperiência da equipe de enfermagem no cuidado diário ao cateter, múltiplas manipulações, contaminação do canhão do cateter e longo tempo de permanência do mesmo⁽⁷⁾.

Acrescem-se aos fatores de risco o tipo e o material do cateter, o local de escolha para inserção e o não seguimento da técnica preconizada na inserção e na manutenção do cateter. Alguns fatores aumentam significativamente a susceptibilidade a infecções, como: o tempo de uso do cateter, infusão de nutrição parenteral, transfusão sanguínea, ausência de infecção subjacente no momento da inserção, mais de uma indicação para uso do dispositivo e sítio de inserção femoral. Fatores extrínsecos

como permanência em ambiente hospitalar, realização de múltiplos procedimentos invasivos e técnicas de higiene inadequadas dos profissionais também predispoem os RN à infecções nosocomiais, sendo a mais frequente a infecção sanguínea associada ao uso de cateter^(8,9).

Segundo um estudo⁽¹⁰⁾ nos Estados Unidos, foi desenvolvida uma lista das principais falhas mais comuns, que são: contaminação, ambiente, qualidade inferior de cuidado, documentação inadequada, problemas com equipamento ou fornecedor e falta de conhecimento.

Educação e treinamento profissional para a inserção do PICC em neonatos

A utilização do PICC em larga escala nas UTI neonatais deve-se à facilidade de punção, tempo de permanência prolongado, inserção menos traumática e risco reduzido de complicações. No entanto, o PICC requer profissional treinado para sua inserção e cuidados diários de manutenção, visando prevenir complicações^(2-11,12).

A Sociedade de Epidemiologia de Saúde da América e o CDC recomendam a implementação de uma lista de verificação de inserção de cateter venoso central (check list), uso de clorexidina antisepsia de pele, vestir-se adequadamente com os Equipamentos de Proteção Individual individuais estéreis, avaliar diariamente o cateter venoso central e solicitar a remoção quando não houver mais necessidade e ao término da terapia intravenosa. Além disso, a educação dos profissionais de saúde sobre as melhores práticas para a inserção do cateter central e manutenção do mesmo, já que ambas são função exclusivamente da enfermagem⁽¹³⁾.

Cuidados de enfermagem na inserção

do PICC em neonatos

Um dos motivos de complicações graves de colocação de PICC com a incidência de taxa variando de 16,4 a 28,8% são infecções relacionadas ao cateter, como: higiene das mãos, máxima esterilidade, desinfecção da pele com clorexidina, escolha do melhor local de punção e avaliação diária são métodos que buscam evitar o crescimento dessa taxa^(14,15).

Sendo assim, os cuidados de manutenção englobam prevenir a infecção, estabilizar o cateter, trocar o curativo, rotina de lavagem do cateter, e desobstrução com substâncias de acordo com cada tipo de obstrução⁽¹⁶⁾.

DISCUSSÃO

As complicações que podem levar à remoção não eletiva do cateter são: infiltração, extravasamento, flebite, obstrução, infecção de corrente sanguínea relacionada ao cateter, infecção do sítio de inserção, embolia, migração da ponta, tração acidental, arritmias, tamponamento cardíaco, ruptura do cateter, trombose e edema de membros⁽⁷⁻⁹⁾. Alguns fatores aumentam a susceptibilidade a infecção, como: tempo de uso do cateter, infusão de nutrição parenteral e transfusão sanguínea. Acresce-se aos fatores o tipo e o material do cateter, o local de escolha para inserção e o não seguimento da técnica preconizada na inserção e na manutenção do cateter⁽⁸⁾.

Os equipos utilizados para a infusão de emulsões lipídicas, sangue ou hemocomponentes devem ser substituídos a cada 24 horas; no caso de administração de Propofol, os equipos devem ser trocados entre 6 a 12 horas do uso. Nas soluções parenterais de infusão contínua, os equipos poderão ser

trocados após permanência de 24 horas⁽¹⁸⁾.

As seguintes recomendações antes do procedimento de inserção do cateter: higiene das mãos com sabonete antisséptico; uso de máscara, gorro, avental e luva estéril; preparo do local de inserção com antisséptico e permitir que o antisséptico seque por pelo menos dois minutos sobre o local de punção antes da inserção; revestir a área com campo estéril e fenestrado; preferir cateteres com menor número de lumens⁽¹⁹⁾.

Enfermeiras realizaram avaliações diárias da seguinte forma: observou-se que o local de punção exibiu vermelhidão, inchaço ou inflamação⁽¹¹⁾. Há a indicação de troca do cateter quando existe a presença de exsudato purulento no óstio do cateter, como também hiperemia⁽⁹⁻¹¹⁾.

A vigilância dessas infecções deve ser regularmente, tanto por avaliação do sítio de inserção, quanto pelo controle institucional das taxas de infecção do cateter⁽⁷⁾.

Durante o procedimento recomenda-se: manutenção do campo estéril, e qualquer outro membro da equipe que se aproxime cerca de um metro do campo estéril deve utilizar gorro e máscara. Após o procedimento: verificar o posicionamento do cateter, e se houver a necessidade de reposicionamento do cateter deve-se realizá-lo de forma estéril; realizar curativo com solução antisséptica e cobrir com gaze ou filme transparente, trocar a gaze a cada 48 horas e o filme a cada 07 dias ou quando apresentar sujidade, umidade ou descolamento⁽⁵⁾. É de recomendação internacional a educação dos profissionais que inserem e manipulam os cateteres intravenosos, uma vez que so-

mente profissionais de enfermagem capacitados poderão exercer essa função. A competência técnica e legal para o Enfermeiro inserir o PICC encontra-se no Artigo 1º da Resolução n.º 258/2001, do Conselho Federal de Enfermagem - COFEN⁽¹²⁾.

Durante a inserção, o profissional deverá utilizar precauções de barreira como máscara, gorro, avental estéril, luvas e campos estéreis. Para a realização da antisepsia cutânea há indicação de clorexidina. Deve-se aguardar a secagem do antisséptico antes da punção⁽¹¹⁾.

A retirada precoce do cateter, ou seja, antes do fim da indicação, tem implicações diretas no cuidado do paciente e no processo de trabalho da enfermagem. Sendo assim, os cuidados de manutenção do PICC englobam: prevenção da infecção, estabilização do cateter, troca de curativo, rotina de lavagem do cateter e desobstrução com substâncias especiais de acordo com cada tipo de obstrução⁽¹⁴⁻¹⁶⁾.

Os guidelines do CDC (2011) recomendam alguns procedimentos com intenção de prevenir a infecção, entre elas estão: educar e treinar a equipe de saúde para manutenção e inserção cateter; evitar a troca rotineira do cateter venoso central; equipe específica treinada para inserir e manusear os cateteres; conscientizar que o uso de luvas não exclui a lavagem das mãos⁽¹⁸⁾.

A verificação da ponta do cateter após inserção, com ultrassonografia, informa a precisão da posição de qual local a ponta do cateter encontra-se⁽¹⁹⁾. Considerando central, o correto posicionamento da ponta do cateter será próximo à silhueta cardíaca, com

prioridade para a veia cava⁽²⁰⁾. Tanto o cateter quanto suas conexões devem ser protegidas durante o banho, evitando ser submersas⁽²¹⁾.

CONCLUSÃO

Os resultados do estudo apontam para o predomínio de retirada do cateter antes do tempo previsto em consequência de complicações mecânicas e infecciosas. As taxas elevadas de infecção da corrente sanguínea junto ao uso do cateter venoso central apontam para a necessidade de implantar políticas institucionais direcionadas à prevenção e controle das infecções hospitalares, na busca da qualidade e segurança para as crianças. O estudo pode contribuir como um alerta para que os profissionais da equipe de enfermagem atentem para as medidas de prevenção de infecções e melhora na qualidade da assistência em UTI Neonatal.

Existe a necessidade de educação e treinamento do profissional para a inserção do PICC em neonatos, medidas preventivas na inserção do PICC em neonatos e fatores para o aumento de infecção relacionados ao PICC em neonatos. Deve-se focar no treinamento, investir na qualificação dos profissionais a fim de evitar o aumento da infecção. Antes do procedimento em si, retirar adornos; uso de equipamento de proteção individual como touca e máscara cirúrgica; higiene das mãos corretamente na técnica; luva, capote e campos estéreis; abrir o material do procedimento (seringas, gaze, agulha, soro fisiológico, entre outros) e o kit do PICC corretamente na técnica estéril. ■

REFERÊNCIAS

1. Duarte ED, Pimenta AM, Silva BCN, Paula CM. Fatores associados à infecção pelo uso do cateter central de inserção periférica em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Rev. esc. enferm. USP* [Internet]. 2013 jun. [cited 2017 Dec 12]; 47(3):547-554. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342013000300547&lng=pt&nrm=iso.
2. Brasil. Resolução Cofen n.º 258/2001 de 12 de julho de 2001. Dispõe sobre Inserção de Cateter Periférico Central por Enfermeiro. 21 julho 2001.
3. Tavares LME, Tavares MFA, Eiras MVG, Lenz N, Cáceres RAM, Garcia S RN. *Terapia Intravenosa: Utilizando Cateter Central de Inserção Periférica (CCIP)*. 1 ed. São Paulo: Érica; 2009.
4. Tamez RN. *Enfermagem na UTI neonatal: assistência ao recém-nascido de alto risco*. 5 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2013.
5. Mendes KDS, Silveira Renata Cristina de Campos Pereira, Galvão Cristina Maria. *Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto contexto - enferm.* [Internet]. 2008 Dec [cited 2017 Dec 12]; 17(4):758-764. Available

REFERÊNCIAS

- from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072008000400018&lng=en.
- Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein (São Paulo)* [Internet]. 2010 Mar [cited 2017 May 10]; 8(1):102-106. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167945082010000100102&lng=en.
 - Costa P, Kimura AF, Vizzotto MPS, Castro TE, West A, Dorea E. Prevalência e motivos de remoção não eletiva do cateter central de inserção periférica em neonatos. *Rev. Gaúcha Enferm.* [Internet]. 2012 Sep [cited 2017 Oct 03]; 33(3):126-133. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198314472012000300017&lng=en.
 - Duarte ED, Pimenta AM, Silva BCN, Paula CM. Fatores associados à infecção pelo uso do cateter central de inserção periférica em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Rev. esc. enferm. USP* [Internet]. 2013 Jun [cited 2017 Oct 03]; 47(3): 547-554. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342013000300547&lng=en.
 - Gomes AVO, Nascimento MAL. O processo do cateterismo venoso central em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica. *Rev. esc. enferm. USP* [Internet]. 2013 Aug [cited 2017 Aug 24]; 47(4):794-800. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342013000400794&lng=en.
 - Chandonnet CJ, Kahlon PS, Rachh P, Degrazia M, Dewitt EC, Flaherty KA, Spigel N, Packard S, Casey D, Rachwal C, Agrawal PB. Health Care Failure Mode and Effect Analysis to Reduce NICU Line-Associated Bloodstream Infections. *APP News e Journal Gateway* [Internet]. 2013 Jun [cited 2017 Oct 03]; 131(6):1961-1969. Available from: <http://pediatrics.aappublications.org/content/131/6/e1961.long>.
 - Johann DA, Lazzari LSM, Pedrolo E, Mingorance P, Almeida TQR, Danski MTR. Cuidados com cateter central de inserção periférica no neonato. *Rev. esc. enferm. USP* [Internet]. 2012 Dec [cited 2017 Oct 03]; 46(6):1503-1511. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342012000600030&lng=en.
 - Belo MPM, Silva RAMC, Nogueira ILM, Mizoguti DP, Ventura CMU. Conhecimento de enfermeiros de Neonatologia acerca do Cateter Venoso Central de Inserção Periférica. *Rev. bras. enferm.* [Internet]. 2012 Feb [cited 2017 Aug 24]; 65(1):42-48. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000100006&lng=en.
 - Holzmann-Pazgal G, Kubanda A, Davis K, Khan AM, Brumley K, Denson SE. Utilizing a line maintenance team to reduce central-line-associated bloodstream infections in a neonatal intensive care unit. *Journal of Perinatology* [Internet]. 2012 [cited 2017 Oct 03]; 32:281-286. Available from: <http://www.nature.com/jp/journal/v32/n4/full/jp201191a.html?foxtrotcallback=true>.
 - Wang W, Zhao C, Ji Q, Liu Y, Shen G, Wei L. Prevention of peripherally inserted central line-associated blood stream infections in very low-birth-weight infants by using a central line bundle guideline with a standard checklist: a case control study. *BMC Pediatrics* [Internet]. 2015 [cited 2017 Oct 03]; 15:69. Available from: <https://bmcpediatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12887-015-0383-y>.
 - Olímpio MAC, Sousa VEC de, Campos ABF et al. Cateterização venosa periférica por profissionais de enfermagem: Estudo Observacional. *Rev enferm UFPE on line* [Internet]. 2017 mar. [cited 2017 Dec 12]; 11(3):1262-8. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revista-taenfermagem/index.php/revista/article/view/9897/pdf_2632.
 - Oliveira CR, Neve ET, Rodrigues EC, Zamberlan KC, Silveira A. Cateter central de inserção periférica em pediatria e neonatologia: possibilidades de sistematização em hospital universitário. *Esc. Anna Nery* [Internet]. 2014 Sep [cited 2017 Aug 24]; 18(3):379-385. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452014000300379&lng=en.
 - Oxford Centre for Evidence-Based Medicine. Levels of evidence [Internet]. 2009 [acesso em 02 ago 2017]. Disponível: <http://www.cebm.net/oxfordcentre-evidence-basedmedicine-levels-evidencemarch-2009/>.
 - O'grady PN, Alexander M, Dellinger EP, Gerberding JL, Heard SO, Maki DG, Massur H, McCormick RD, Mermel LA, Pearson ML, Raad II, Randolph A, Weinstein RA e HICPAC. Guideline for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections. *CDC* [Internet] 2011 [cited 2017 Dec 12]. Available from: <https://www.cdc.gov/hicpac/pdf/guidelines/bsi-guidelines-2011.pdf>.
 - Ohki Y, Tabata M, Kuwashima M, Takeuchi H, Nako Y, Morikawa A. Ultrasonographic detection of very thin percutaneous central venous catheter in neonates. *Acta Paediatr.* 2000; 89(11):1381-4.
 - Camargo PP, Kimura AF, Toma E, Tsunehiro MA. Initial placement of the peripherally inserted central catheter's tip in neonates. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2008 [cited 2011 Apr 14]; 42(4):723-8. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n4/en_v42n4a14.pdf.
 - Garland JS, Henrickson K, Maki DG. The 2002 Hospital Infection Control Practices Advisory Committee Centers for Disease Control and Prevention guideline for prevention of intravascular device-related infection. *Pediatrics.* 2002; 110(5):1009-13.

A Percepção dos idosos sobre a importância das bulas dos medicamentos que utilizam

RESUMO

O objetivo desse trabalho foi investigar as percepções dos idosos sobre a importância das bulas dos medicamentos que utilizam. Trata-se de um estudo observacional, descritivo e transversal. Foram entrevistados 239 participantes do Centro de Convivência do Idoso da Universidade Católica de Brasília, no Distrito Federal. As entrevistas foram estruturadas por um questionário com perguntas abertas e fechadas. Os idosos que receberam medicamentos gratuitos em Centros de Saúde informaram que esses às vezes vêm acompanhados de bulas. A maioria dos idosos informou apresentar sempre ou às vezes dificuldade devido à letra pequena, corroborando com outros estudos. Para a compreensão do texto, idosos informaram não compreender as informações contidas nas bulas devido aos termos técnicos. Os fabricantes e a ANVISA necessitam assumir integralmente as suas responsabilidades e assegurar ao idoso a qualidade da informação que acompanha os medicamentos, pois o uso inadequado poderá ser induzido por problemas relacionados à qualidade dessa informação.

DESCRITORES: Idoso; Bulas de Medicamento; Uso Racional de Medicamentos.

ABSTRACT

The aim of this study was to investigate the perceptions of elderly about the importance of package inserts. This is an observational, descriptive and cross-sectional study. It was interviewed 239 participants of the Elderly Community Center of the Catholic University of Brasilia, Federal District. Interviews were structured by a questionnaire with open and closed questions. Elderly who received free medicines at health centers reported that sometimes are accompanied by package inserts. The reading habit was higher with increasing education level. Most elderly reported always or sometimes present difficulties due to the small writing. It was reported that of elderly people do not understand the information contained in the package inserts due to technical terms. Manufacturers and ANVISA need to assume their responsibilities and ensure the quality of information.

DESCRIPTORS: Elderly; Package Insert; Rational Use of Medicines.

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue investigar las percepciones de las personas mayores sobre la importancia de los encartes. Este es un estudio observacional, descriptivo y transversal. Fue entrevistado 239 participantes del Centro Comunitario de Ancianos de la Universidad Católica de Brasília, Distrito Federal. Las entrevistas se estructuraron mediante un cuestionario con preguntas abiertas y cerradas. Las personas mayores que recibieron medicamentos gratuitos en los centros de salud informaron que a veces van acompañadas de paquetes de inserciones. El hábito de lectura fue mayor con el aumento del nivel educativo. La mayoría de los ancianos reportaron siempre o algunas veces presentan dificultades debido a la pequeña escritura. Se informó que las personas mayores no entienden la información contenida en los prospectos del paquete debido a términos técnicos. Los fabricantes y ANVISA deben asumir sus responsabilidades y garantizar la calidad de la información.

DESCRIPTORES: Ancianos; Prospecto; Uso Racional de Medicamentos.

Silmara de Almeida Gonçalves

Farmacêutica e Mestre em Gerontologia

Marileusa Chiarello

Doutora e Professora da Universidade de Brasília

Patrícia Galdino de Andrade Wollmann

Doutoranda em Gerontologia – UCB

Gislane Ferreira de Melo

Doutora e Professora do Mestrado em Gerontologia da UCB

Éder Alves Marques

Doutor e Professor da LS Educacional

INTRODUÇÃO

A população idosa vem crescendo muito rapidamente a partir da segunda metade do século passado e, concomitante neste contexto, observa-se um aumento da incidência de doenças crônico-degenerativas para essa faixa etária. Em decorrência do envelhecimento populacional e da prevalência de condições crônicas, observa-se um crescente uso da farmacoterapia entre idosos⁽¹⁾.

Devido, muitas vezes, às alterações decorrentes do envelhecimento, os idosos estão entre o grupo populacional mais exposto à farmacoterapia. Nos últimos anos houve um crescimento importante da polifarmácia geriátrica e em geral esses idosos consomem cerca de cinco ou mais medicamentos por semana entre os prescritos e não prescritos com a intenção de aliviar seu desconforto, considerando que estará promovendo a saúde independente da prescrição profissional⁽²⁾.

Dessa forma, a polifarmácia entre idosos tem ocasionado um aumento na incidência de problemas relacionados aos medicamentos, como efeitos adversos e as interações medicamentosas, o que aumenta quando se utilizam fármacos inadequados⁽³⁾. Portanto, as causas para esses problemas estão associadas à incompreensão das informações verbais fornecidas pelos médicos e a deficiência visual, que nesta fase que também dificulta a leitura das bulas, rótulos e prescrições⁽⁴⁾.

A bula é considerada a principal fonte de informação aos pacientes, tendo como função levar ao paciente, ou a qualquer usuário, as informações e instruções que auxiliam nos cuidados e na administração de um medicamento, advertências, contraindicações e efeitos colaterais. Deste modo, assume um papel fundamental na promoção do uso racional de medicamentos⁽¹⁾.

O formato e o conteúdo das bulas são

regulamentados por meio de resoluções estabelecidas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Atualmente, a Resolução RDC n.º 47, de 8 de setembro de 2009, é a norma vigente, contendo novas regras para elaboração, harmonização, atualização, publicação e disponibilização de bulas de medicamentos para paciente e para profissionais de saúde⁽⁵⁾.

Contudo, verifica-se na população idosa que a bula, fonte de informações, possui tamanho reduzido de letra, linguagem muito científica, excessiva quantidade de informações, linguagem de difícil compreensão, com jargões técnicos, letras pequenas e a ausência de ilustrações contribuem como elementos complicadores da aderência aos tratamentos^(1,2).

Sobre a avaliação das bulas de medicamentos sob a ótica do idoso, o estudo⁽⁶⁾ contou com a participação de 88 idosos, os quais consideraram a bula uma importante fonte de informação, orientação e segurança e de maneira geral, compreenderam-na. Apesar disso, muitos deles não liam devido ao tamanho da letra, excesso de informações e termos técnicos.

Com o intuito de contribuir para a melhoria da qualidade da farmacoterapia, esse trabalho investigou a percepção dos idosos sobre a importância das bulas dos medicamentos que utilizam; e teve como pergunta norteadora: O quanto o idoso tem informações suficientes na bula e como ela é descrita para ele agora?

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo observacional, eminentemente descritivo e transversal, no qual foram entrevistados 239 idosos frequentadores do Centro de Convivência do Idoso (CCI) localizado no Distrito Federal.

A pesquisa foi realizada no CCI da Universidade Católica de Brasília (UCB),

no período de abril à setembro de 2015. Os pacientes foram selecionados por participarem do CCI na UCB. A média das idades foi de $69,6 \pm 5,9$ anos (60 a 85 anos). A maioria dos participantes era do sexo feminino (91,2%) com nível de escolaridade fundamental (58,6%), médio (30,9%) e superior (10,5%).

A entrevista foi estruturada por meio de um questionário com perguntas abertas e fechadas sobre sexo, idade, escolaridade, hábito de leitura da bula, dificuldades na leitura e compreensão das bulas e sua importância para o uso correto do medicamento.

Nas análises descritivas dos dados foram utilizadas médias, desvios padrão e frequências. Para análises inferenciais foi utilizado o teste Qui-Quadrado para comparação entre hábito de leitura da bula e escolaridade e comparação entre dificuldade na leitura e escolaridade. O nível de significância foi estipulado em $p \leq 0,05$ e o Software SPSS for Windows versão 22.0 foi empregado.

O estudo obteve aprovação prévia do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com o número CAAE 07526312.0.0000.0029.

RESULTADOS

Dos 239 participantes, 96,2% informaram ter usado medicamentos nos 15 dias anteriores à pesquisa, 94,1% informaram fazer uso contínuo de medicamentos e 33,5% informaram usar cinco ou mais medicamentos, o que caracteriza a prática da polifarmácia.

Quando perguntados se os medicamentos adquiridos gratuitamente nos Centros de Saúde vinham acompanhados de bulas, 44,2% dos idosos respondentes informaram que sim, 26,3% informaram que às vezes isso ocorre e quase um terço (29,5%) informou que os medicamentos não vêm acompanhados de bulas.

Quanto à leitura da bula, 46,4% dos idosos informaram que sempre lêem a bula dos medicamentos, 30,13% responderam que às vezes lêem e 23,4% não lêem.

A análise estatística ($X^2= 19,294$; $p= 0,037$) demonstrou relação significativa entre escolaridade e leitura de bulas, ou seja, os idosos de maior escolaridade lêem mais as bulas dos medicamentos.

Quanto à preferência de leitura de partes da bula, observou-se que a maioria dos idosos que lêem as bulas prefere ler as indicações (84,2%), o modo de usar (66,7%) e as reações adversas (44,8%). Somente 18% responderam que preferem ler a bula inteira.

Quanto às dificuldades na leitura e/ou compreensão das bulas, observou-se que 58,5% dos idosos apresentam às vezes ou sempre dificuldades na leitura e 53% não apresentam dificuldades na compreensão do texto da bula. Quando perguntados sobre quais as dificuldades encontradas, todos apontaram a letra pequena para a leitura e os termos técnicos para a compreensão (Tabela 1).

A análise estatística ($X^2= 18,02$; $p= 0,06$) não demonstrou relação significativa entre escolaridade e dificuldade na leitura, ou seja, a dificuldade na leitura da bula ocorre independentemente da escolaridade.

A Tabela 2 apresenta a opinião dos idosos sobre a importância das bulas.

Quando solicitados que atribuíssem uma nota de 0 a 10 à importância que a bula tem para cada um, a média das notas foi $8,29 \pm 2,50$, sendo que 48,53% das pessoas atribuíram a nota máxima (10) e 4,18% a nota mínima (0).

DISCUSSÃO

A maior parte (>55%) dos idosos pesquisados que receberam medicamentos gratuitos em Centros de Saúde relatou não ter acesso amplo e constante às bulas dos medicamentos. Mais de um quarto (26,3%) informou que às vezes os medicamentos vêm acompanhados de bulas e quase um terço (29,5%) que não vêm acompanhados de bulas. Sig-

nificando que a informação necessária ao uso seguro e eficaz do medicamento não está sendo minimamente oferecida, o que é preocupante em termos de saúde pública, além de configurar infração sanitária e das normas de defesa do consumidor⁽⁶⁻⁸⁾.

O não fornecimento das bulas de medicamentos distribuídos pelos Centros de Saúde pode ser resultante do tipo de embalagem recebida dos fornecedores. Muitas vezes, as embalagens múltiplas e não individualizadas não possuem o número de bulas suficientes para a quantidade de comprimidos ou cápsulas (entre outras formas farmacêuticas) distribuídos por pessoa. Além disso, é possível que os profissionais responsáveis pela distribuição de medicamentos desconheçam a importância do fornecimento da bula e a descartem. Por sua vez, o idoso, desconhecendo esse direito, também não a solicita.

Em destaque, o que é preciso aprimorar os meios de informações ao paciente:

"[...] não se admite que os seres humanos, estando doentes e, [...] ao necessitarem consumir um produto medicamentoso qualquer, venham a ingerir comprimidos sem saber para que servem, como usá-los e que cuidados adotar para minimizar ou prevenir potenciais riscos a sua saúde. Em uma época na qual os direitos dos consumidores estão explicitados [...] a informação a respeito do medicamento é essencial"^(9:454-5).

Isso envolve a formação dos profissionais responsáveis pela educação relativa aos medicamentos, a atuação direta do farmacêutico na dispensação, bem como a conscientização dos profissionais e dos pacientes no que concerne ao valor da informação⁽⁹⁾.

Outra constatação, já esperada, foi que o hábito de ler bulas aumenta com o aumento do grau de escolaridade do idoso. Efetivamente, o hábito de leitura da população, independentemente

Tabela 1. Frequência de idosos segundo as dificuldades apresentadas na leitura e compreensão do texto de bulas. Brasília, DF, Brasil, 2015

DIFICULDADE	SIM	ÀS VEZES	NÃO
Leitura da bula	32,78% (60)	25,68% (47)	41,53% (76)
Compreensão do texto da bula	20,76% (38)	26,23% (48)	53,00% (97)

Tabela 2. Opinião dos idosos sobre a importância das bulas. Brasília, DF, Brasil, 2015

IMPORTÂNCIA DAS BULAS	N	%
São importantes	208	87,03
Não são importantes, pois há outras formas de informação	19	7,95
Não são importantes, pois não é necessário informação	02	0,84
Não soube dizer	10	4,18
Total	239	100,00

da idade, apresenta relação direta com o nível de escolaridade, segundo a pesquisa⁽¹⁰⁾ de base populacional, realizada em 2010 pelo Governo Federal, intitulada “Hábitos de Informação e Formação da Opinião da População Brasileira”. Pessoas mais cultas lêem mais jornais e revistas, assim como desenvolvem em maior intensidade o hábito de leitura de livros em geral. Os resultados deste estudo indicam que o hábito de leitura se estende também às bulas de medicamentos, nos casos das populações mais escolarizadas.

Quanto à dificuldade na leitura das bulas, o principal fator apontado pela maioria dos idosos (58,47%) continua sendo a letra pequena. Estudos anteriores já haviam chamado a atenção para o problema. Em uma pesquisa⁽¹¹⁾ realizada com 215 idosos, constatou que 26% dos pesquisados que não liam a bula relataram como principal motivo a não visualização da letra. Com o objetivo de verificar, na bula de medicamentos, os aspectos de formatação desejados pela população idosa, iden-

tificou que o layout preferido foi o que apresentava letras grandes. Ainda, quanto maior o tamanho das letras, maior foi a atratividade⁽⁶⁾.

Outra constatação importante deste estudo foi que, embora a maioria dos idosos (87%) considere a bula importante para o seu autocuidado, quase a metade dos idosos (47%) informou não compreender as informações contidas nas bulas devido aos termos técnicos. É importante salientar que, depois da prescrição médica, a bula é considerada pelos pacientes como sendo a fonte de informação mais importante sobre medicamentos⁽¹²⁾. Em outras palavras, a linguagem apresentada na bula é demasiadamente técnica e não adequada aos usuários de medicamentos, corroborando os resultados já apresentados e suscitando necessidade de revisão das normas por parte das autoridades competentes⁽⁶⁾.

CONCLUSÃO

O hábito de ler bulas nos idosos es-

tudados foi maior com o aumento do grau de escolaridade, embora a maioria considere a bula importante para o seu autocuidado, a letra pequena e a tecnicidade dos termos empregados resultam em dificuldade na leitura

Apesar de considerarem importante para o seu autocuidado, os idosos não podem contar com bulas voltadas às suas necessidades. Todos os cidadãos têm direitos e precisam de informações de fácil acesso sobre o uso de determinado medicamento, para que esse contribua para o efeito terapêutico desejado, sem causar danos evitáveis e, por fim, promover o uso racional de medicamentos.

Os fabricantes e a ANVISA necessitam assumir integralmente, continuamente e com celeridade as suas responsabilidades e assegurar ao idoso a qualidade da informação que acompanha os medicamentos, pois o uso inadequado poderá ser induzido por problemas relacionados à qualidade dessa informação, especialmente nessa faixa etária. ■

REFERÊNCIAS

- Lyra Junior DP, et al. Bulas de medicamentos usados por idosos com hipertensão: adequação da informação à regulamentação sanitária e possíveis implicações para a saúde. *Rev. Ciência & Saúde Coletiva*. 2010; 15(6):2917-2924.
- Both JS, Kauffmann C, Ely S, et al. Cuidado farmacêutico domiciliar ao idoso: análise de perfil e necessidades de Promoção e educação em saúde. *Cad pedagógico*. 2015; 12(3):66-84.
- Silva E A, Macedo L C. Polifarmácia em idosos. *Rev. Saúde e Pesquisa*. 2013; 6(3):477-486.
- Silva R, Schmidt OF, Silva S. Polifarmácia em geriatria. *Rev. AMRIGS*. 2012; 56(2):164-174.
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Resolução RDC n.º 47, de 8 de setembro de 2009. Estabelece regras para elaboração, harmonização, atualização, publicação e disponibilização de bulas de medicamentos para pacientes e para profissionais de saúde. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 19 jan. 2010. Seção I.
- Didonet J. Avaliação da bula de medicamentos sob a ótica dos idosos. Porto Alegre. 2007. 121 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas). Faculdade de Farmácia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.
- Brasil. Presidência da República. Lei n.º 6437, de 20 de agosto de 1977. Configura infrações à legislação sanitária federal, estabelece as sanções respectivas, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 24 ago. 1977.
- Brasil. Presidência da República. Lei n.º 8.078, de 11 de setembro de 1990. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília, 12 set. 1990 - edição extra, retificado no *Diário Oficial da União* 10 jan. 2007.
- Silva T, Schenkel E P, Mengue S S. Nível de informação a respeito de medicamentos prescritos a pacientes ambulatoriais de hospital universitário. *Cad. Saúde Pública*. 2010; 16(2).
- Federação Nacional das Agências de Propaganda (FENAPRO). Hábitos de Informação e Formação da Opinião da População Brasileira. *Relatório Consolidado*. 2010.
- Flores LM. Caracterização dos medicamentos utilizados por idosos em uma região do município de Porto Alegre. Porto Alegre, 2003, 134 f. Dissertação (Mestre em Ciências Farmacêuticas) – Universidade Federal de Porto Alegre, 2003.
- Silva M. Estudo da bula de medicamentos: uma análise da situação. *Rev. Ciênc. Farmacêuticas Básica e Aplicada*. 2006; 27(3).

Autoconhecimento sobre saúde como boas práticas de segurança: revisão integrativa

RESUMO

Objetivo: verificar na literatura o conhecimento que o enfermeiro possui sobre sua saúde e relacionando-o com a sua prática assistencial, destacando a segurança do paciente. Método: revisão integrativa da literatura realizada nos bancos de dados CINAHL, LILACS, PUBMED, SciELO, utilizando-se os descritores controlados: enfermeiros, segurança do paciente, cuidados de enfermagem e não controlado saúde ocupacional. Resultados: Foram analisadas 07 produções científicas publicadas entre os anos de 2014 e 2019, nos resultados, observou-se que os estudos relacionados à temática se encontram insuficientes, sendo necessário mais produções sobre o assunto. Os achados apontam para lacuna e deficiências do conhecimento na perspectiva da segurança do paciente, o enfoque necessita possuir um olhar biopsicossocial à luz da promoção da saúde. O presente estudo, teve apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro - FAPERJ.

DESCRITORES: Enfermeiro; Segurança do Paciente, Cuidados de Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: Verify in the literature the knowledge that the nurse has about his / her health and relating it to his/her care practice, highlighting patient safety. Method: integrative review of the literature in the databases CINAHL, LILACS, PUBMED, SciELO, using the controlled descriptors: nurses, patient safety, nursing care and uncontrolled occupational health. Results: Were analyzed 07 scientific productions published between the years 2014 and 2019, in the results, it was observed that the studies related to the subject are insufficient and more productions on the subject are necessary. The findings point to a gap and knowledge deficiencies in the perspective of patient safety, the approach needs to have a biopsychosocial view in the light of health promotion. This study was supported by the Rio de Janeiro State Research Support Foundation - FAPERJ.

DESCRIPTORS: Nurse; Patient Safety, Nursing Care.

RESUMEN

Objective: to verify in the literature the knowledge that the nurse has about his / her health and relating it to his / her care practice, highlighting patient safety. Method: integrative review of the literature in the databases CINAHL, LILACS, PUBMED, SciELO, using the controlled descriptors: nurses, patient safety, nursing care and uncontrolled occupational health. Results: We analyzed 07 scientific productions published between the years 2014 and 2019, in the results, it was observed that the studies related to the subject are insufficient and more productions on the subject are necessary. The findings point to a gap and knowledge deficiencies in the perspective of patient safety, the approach needs to have a biopsychosocial view in the light of health promotion. Este estudio fue apoyado por la Fundación de Apoyo a la Investigación del Estado de Río de Janeiro - FAPERJ.

DESCRIPTORES: Enfermera; Seguridad del Paciente, Atención de Enfermería.

Alexsandro Santos de Souza

Enfermeiro. Especialista em Promoção da Saúde e Desenvolvimento Social (ENSP/FIOCRUZ). Especialista em Enfermagem Intensivista (UERJ) e Mestrando pelo Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense (MPEA/EAAAC/UFF), Niterói, Rio de Janeiro, Brasil.

Enéas Teixeira Rangel

Enfermeiro. Psicólogo. Doutor em Enfermagem (UFRJ) Pós Doutor em Psicologia Clínica (PUC/SP) e em Ciências da Enfermagem (LAVAL/CA). Professor Titular da Universidade Federal Fluminense. Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgico. Professor do Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial e do Doutorado em Ciências do Cuidado da EAAAC/UFF, Líder do Núcleo de Pesquisa em Psicossomática: Cuidados em Saúde e Enfermagem; Subjetividades na Perspectiva Transdisciplinar. Rio de Janeiro, Brasil.

INTRODUÇÃO

No Brasil as discussões acerca de segurança do paciente estão em constante projeção, a partir da Portaria MS/GM n.º 529/13, incorporando em sua aplicabilidade as contribuições essenciais para a qualificação do cuidado em saúde⁽¹⁾, embora a preocupação com segurança do paciente se fizesse presente historicamente todo tempo, nas mais diversas práxis da saúde.

A busca por segurança e qualidade na assistência ao paciente tem se tornado objeto de incessante desejo, no entanto, faz-se necessário entender que os esforços primordiais para colaboração de uma prática assistencial segura envolvem esforços de todo o sistema de saúde, a fim de promover, além de monitoramento dos riscos, ambientes seguros entre outras práticas relacionadas.

Em 2013, o Ministério da Saúde lançou o Programa Nacional de Segurança do Paciente - PNSP⁽²⁾, definindo seis protocolos a serem implantados pelas instituições de saúde. Ainda no mesmo ano, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) publicou a Resolução da Diretoria Colegiada de número 36 (RDC 36/2013), instituindo as ações para a promoção da segurança do paciente e visando a melhoria da qualidade nos serviços de saúde⁽³⁾.

O documento propõe 4 eixos centrais, os quais orientam a obrigatoriedade para implementação das ações, com recomendações no sentido de organização do plano de intervenção. Contudo, faz-se importante o conhecimento dos fatores que poderão contribuir circunstancialmente na origem e/ou no desenvolvimento de um incidente ou mesmo de um risco elevado⁽²⁾.

De acordo com o documento de referência, esses riscos classificam-se em: 1) humanos, 2) sistêmicos, 3) externos ou 4) relacionados ao paciente⁽²⁾. Preliminarmente a análise para o desenvolvimento do estudo, manter-se-á no primeiro item sinalizado no documento, sendo assim,

no componente humano.

É notável o crescente interesse científico na temática da segurança do paciente, observa-se, entretanto, os mais diversos estudos centrados e/ou direcionados aos protocolos gerenciais dos riscos. O enfermeiro torna-se cada vez mais o profissional de papel fundamental para disseminar a cultura de segurança no ambiente de trabalho. Entretanto, na maior parte do tempo como coadjuvante nesse processo, haja visto que o paciente ocupa sempre a posição de destaque, ou seja, o principal no processo de cuidar. A proposta desse estudo é deslocar o sentido do olhar, voltando-se agora para este profissional que cuida, sua percepção e suas práticas de saúde.

Nesse entendimento, o estudo teve como objetivo buscar responder, através do conhecimento científico, a seguinte questão: Como o conhecimento sobre a própria saúde do enfermeiro pode repercutir na sua prática assistencial, considerando a segurança do paciente? Desse modo o objetivo desse estudo foi verificar na literatura o conhecimento que o enfermeiro possui sobre sua saúde e relacionando-o com a sua prática assistencial, destacando a segurança do paciente.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa em que objetivou-se levantar os dados e sintetizar produções científicas a respeito da compreensão sobre a própria saúde, e as prováveis repercussões entre a prática assistencial e a segurança do paciente. A utilização de evidências científicas, tendo como base as pesquisas, permite desenvolver habilidades ao cotidiano do profissional de saúde, principalmente em se tratando das PBE (práticas baseadas em evidências), que é uma abordagem de solução de problemas, tendo como referência as mais recentes evidências com base na prática clínica⁽⁴⁾.

A revisão integrativa de literatura é considerada um dos métodos utilizados para investigação podendo ser contri-

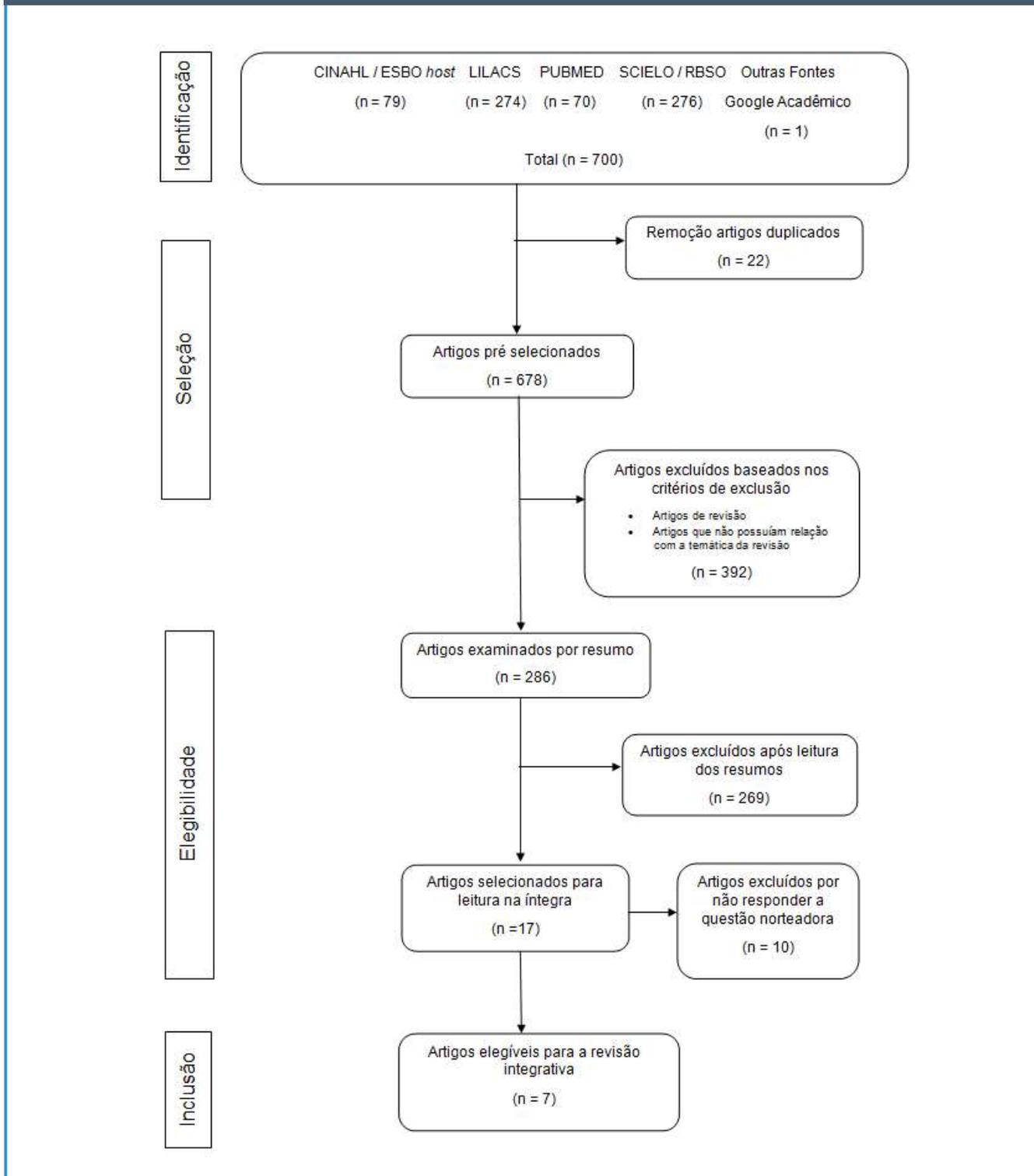
buinte no processo de fundamentação e solidificação do conhecimento⁽⁴⁾. A partir da elaboração de um problema de pesquisa, sendo a revisão integrativa clara e bem definida, pode proporcionar análise ampla da literatura investigada, bem como discussões metodológicas, reflexões e ainda indicar o direcionamento para a realização de futuros estudos⁽⁴⁾. Para realização dessa pesquisa foram adotadas as seguintes etapas metodológicas: identificação do tema e elaboração da questão de pesquisa tendo sido utilizada a estratégia PICO⁽⁶⁾, a seguir realizou-se pesquisas de artigos em bases digitais: CINAHAL (Cumulative Index to Nurse and Allied Health Literature), PUBMED (National Library of Medicine), LILACS (Sistema Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde), SciELO/RBSO (Scientific Electronic Library Online/Revista Brasileira de Saúde Ocupacional) e outras fontes, como Google Acadêmico. Em todas as bases foram utilizados os seguintes filtros: artigos não superiores há cinco anos, espécie humana e texto completo.

Utilizou-se para as buscas os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) em português e inglês: “Enfermeiros”/“Nurse”; “Segurança do Paciente”/“Patient Safety”; “Cuidados de Enfermagem”/“Nurse Care” e como palavra-chave: saúde ocupacional. Foram empregados durante as buscas os operadores booleanos “And” e “Or”, para acurácia dos achados⁽⁶⁾. Os critérios de inclusão foram: artigos com texto na íntegra, artigos que versassem sobre a temática em análise e publicados nos últimos 05 anos (2014-2019); e como critério de exclusão: artigos duplicados, artigos de revisão integrativa, e artigos que não possuíam relação com a temática da revisão.

As buscas ocorreram entre os meses de fevereiro e março de 2019, e após a elegibilidade dos artigos encontrados, procede-se a avaliação dos estudos, a caracterização das informações obtidas nos textos, a discussão e a interpretação dos achados⁽⁴⁾.

A seguir, a Figura 1 apresenta esquematicamente o método de representação utilizado, de acordo com declaração PRISMA⁽⁵⁾:

Figura 1



RESULTADOS

A sinopse das informações referentes as buscas e aos achados nas bases digitais consultadas, considerando os descritores e os critérios de inclusão/exclusão, podem ser verificados na Figura 2. O resultado foi organizado cronologicamente informando ao leitor, o título/au-

tores, ano de publicação/periódico, método, objetivo, amostragem, nível de evidência, principais resultados e conclusão.

Inicialmente, foram encontrados 700 artigos, após a utilização dos critérios elencados, conforme a Figura 1, seguindo as especificações já mencionadas, restaram 07 estudos.

Destes, apenas 01⁽⁷⁾ (14,3%),

apresenta procedimento estatístico, enquanto 03(9,12,13) (42,9%) propõem abordagem qualitativa e descritiva e 03(9-11) (42,9%) somente abordagem qualitativa, cabe ressaltar que nenhum estudo originalmente internacional foi encontrado com relevância direcionada para a questão norteadora da revisão.

Todos os artigos são atuais, con-

Figura 2. Distribuição e caracterização dos artigos por ordem cronológica. Niterói, RJ, Brasil, 2019.

TÍTULO, AUTORES, ANO DE PUBLICAÇÃO, PERIÓDICO	MÉTODO, OBJETIVO, AMOSTRA	NÍVEL DE EVIDÊNCIA	PRINCIPAIS RESULTADOS	CONCLUSÃO
<p>Fatores de Risco à Segurança do Enfermeiro na Unidade de Terapia Intensiva de um Hospital Geral</p> <p>Albuquerque, Saemmy Grasiely Estrela de; Castro, Ricardo Dias de; Ferreira, Gabriela Lacet Silva; Oliveira, Karla de Lima.</p> <p>2015</p> <p>Revista Brasileira de Ciências da Saúde</p>	<p>Foi utilizada uma abordagem indutiva com procedimento comparativo e estatístico através da observação direta extensiva, utilizando questionários</p> <p>-Identificar os fatores de riscos aos quais o enfermeiro intensivista está exposto e que podem ocasionar acidentes de trabalho.</p> <p>15 enfermeiros</p>	Nível I	<p>Verificou-se que 60% dos sujeitos responderam que às vezes o ritmo de trabalho é excessivo; 73,3% disseram que às vezes as condições de trabalho são precárias; 46,6% responderam que frequentemente existe muito barulho no ambiente de trabalho; 53,4% assinalaram que é bastante exigido ter controle das emoções. Além disso, 86,7% dos participantes referiram ter sentido três ou mais vezes dores no corpo e 46,6% referiram três ou mais episódios de estresse desencadeado pelo convívio com a dor, o sofrimento e a morte.</p>	<p>Foram identificados riscos biológicos, como acidentes com perfurocortantes e fluidos gerais de pacientes, riscos físicos, a exemplo de exposição à radiação e ruídos, riscos químicos devido à exposição a substâncias como antissépticos, ergonômicos, associados a esforços repetidos entre outros, assim como risco ocupacional, remetendo principalmente ao ritmo de trabalho excessivo.</p>
<p>Os enfermeiros e a segurança do paciente na prática hospitalar</p> <p>Silva, Aline Teixeira; Terra, Fábio de Souza; Dázio, Eliza Maria Rezende; Sanches, Roberta Seron; Resck, Zélia Maria Rodrigues</p> <p>2016</p> <p>Cogitare Enfermagem</p>	<p>Estudo qualitativo</p> <p>Analisar o conhecimento dos enfermeiros sobre segurança do paciente no ambiente hospitalar.</p> <p>43 enfermeiros</p>	Nível VI	<p>Os dados foram analisados utilizando a técnica de análise de conteúdo, conforme Bardin, identificando duas categorias: conhecimento dos enfermeiros sobre segurança do paciente na prática hospitalar e segurança do paciente na prática do enfermeiro: fortalezas/estratégias e fragilidades/dificuldades</p>	<p>Os resultados apontam que os enfermeiros possuem o conhecimento sobre segurança do paciente embasado na Organização Mundial de Saúde e Programa Nacional de Segurança do Paciente e demonstram preocupação em alinhar os processos de trabalho e melhorar a cultura de segurança no serviço de saúde.</p>

artigo

Souza, A.S., Rangel, E.T.;

Autoconhecimento sobre saúde como boas práticas de segurança: revisão integrativa

<p>Estratégia coletiva de enfrentamento dos riscos ocupacionais de uma equipe de enfermagem</p> <p>Loro, Marli Maria; Zeitoune, Regina Célia Gollner</p> <p>2017</p> <p>Revista da Escola de Enfermagem da USP</p>	<p>- Estudo qualitativo, descritivo na modalidade Pesquisa Convergente Assistencial</p> <p>- Socializar uma ação educativa, por meio de um processo de discussão e reflexão em grupo, com a finalidade de ampliar o cuidado dos trabalhadores de enfermagem frente aos riscos ocupacionais.</p> <p>24 trabalhadores.</p>	<p>Nível V</p>	<p>Ao serem desafiados a olhar criticamente sobre seu fazer, os sujeitos constataram que vinculam o uso dos dispositivos de segurança a situações em que conhecem o status sorológico do paciente</p>	<p>A interação, o envolvimento e a corresponsabilização dos sujeitos no processo de educação em saúde foram determinantes para a reflexão das práticas de risco, bem como tiveram potencial para modificar comportamentos inseguros</p>
<p>Impacto do ambiente de cuidados críticos no burnout, percepção da qualidade do cuidado e atitude de segurança da equipe de enfermagem</p> <p>Guirardello, Edinéia de Brito</p> <p>2017</p> <p>Revista Latino-Americana de Enfermagem</p>	<p>Estudo transversal</p> <p>Avaliar a percepção da equipe de enfermagem sobre o ambiente da prática em unidades de cuidados críticos e sua relação com atitude de segurança, percepção da qualidade do cuidado e nível de burnout.</p> <p>114 profissionais</p>	<p>Nível VI</p>	<p>Os profissionais que perceberam maior autonomia, boas relações com a equipe médica e melhor controle sobre o ambiente de trabalho, apresentaram menores níveis de burnout, avaliaram como boa a qualidade do cuidado e relataram uma percepção positiva da atitude de segurança para o domínio satisfação no trabalho.</p>	<p>Os achados evidenciaram que ambientes favoráveis à prática desses profissionais resultam em menores níveis de burnout, melhor percepção da qualidade do cuidado e atitudes favoráveis à segurança do paciente.</p>
<p>Avaliação da cultura de segurança em hospitais públicos no Brasil</p> <p>Carvalho, Rhanna Emanuela Fontenelle Lima de; Arruda, Lidiane Parente; Nascimento, Naysane Karen Pinheiro; Sampaio, Renata Lopes; Cavalcante, Maria Lígia Silva Nunes; Costa; Ana Carolina Pinto</p> <p>2017</p> <p>Revista Latino-Americana de Enfermagem</p>	<p>Estudo Transversal com profissionais de saúde, por meio da aplicação do Safety Attitudes Questionnaire (SAQ).</p> <p>Avaliar a cultura de segurança em três hospitais públicos.</p> <p>573 profissionais</p>	<p>Nível VI</p>	<p>A média do SAQ variou entre 65 e 69 nos três hospitais. Entre os domínios, entretanto, 'Satisfação no trabalho' apresentou maior pontuação, e o oposto foi observado para o domínio 'Percepções de gestão'. Os profissionais terceirizados apresentaram melhor percepção da cultura de segurança do que os profissionais estatutários. Os profissionais com ensino superior apresentaram melhor percepção dos estressores do que os profissionais formados para o ensino médio.</p>	<p>O nível da cultura de segurança encontrada está abaixo do ideal. As ações gerenciais são consideradas o principal fator contribuinte para a fragilidade da cultura; no entanto, os profissionais demonstraram estar satisfeitos com o trabalho.</p>

<p>Fatores que influenciam no cuidado seguro de enfermagem ao paciente</p> <p>Castro, Claudia de Souza; Pantoja, Elisangela Maria Silva; Lupselo, Sarah Regina; Argenta, Maritê Inês; Hoffmann, Ana Cristina.</p> <p>2018</p> <p>Revista Eletrônica Estácio Saúde</p>	<p>Fatores que influenciam no cuidado seguro de enfermagem ao paciente</p> <p>Castro, Claudia de Souza; Pantoja, Elisangela Maria Silva; Lupselo, Sarah Regina; Argenta, Maritê Inês; Hoffmann, Ana Cristina.</p> <p>2018</p> <p>Revista Eletrônica Estácio Saúde</p>	Nível V	<p>Os fatores que influenciam a prestação de uma assistência segura estão diretamente relacionados a conduta do profissional no exercício do cuidado, ao processo de trabalho e a estrutura física da instituição.</p>	<p>Os fatores influenciadores serão positivos quando houver profissionais capacitados e comprometidos com a segurança do paciente, que investem em aperfeiçoamento profissional; uma estrutura física adequada à prestação dos cuidados propostos; um processo de trabalho que favoreça um cuidado seguro e a mitigação dos eventos adversos. A influência será negativa quando houver ausência destes requisitos pela dificuldade do processo de trabalho que geram barreiras ao bom desempenho das habilidades e conhecimentos do profissional de enfermagem na prestação do cuidado.</p>
<p>Prazer e sofrimento no trabalho do enfermeiro hospitalar</p> <p>Almeida, Marco Aurélio R. de</p> <p>2018</p> <p>Revista Nursing</p>	<p>Pesquisa exploratória descritiva de cunho qualitativo</p> <p>Identificar indicadores de prazer e sofrimento no trabalho de enfermeiros em hospitais.</p> <p>8 enfermeiros</p>	Nível V	<p>Os resultados demonstram que as tarefas que constituem o trabalho do enfermeiro ora são fonte de prazer, ora são fonte de sofrimento. O contexto do trabalho influencia muito nessa dinâmica.</p>	<p>Mudanças no ambiente laboral e na grade curricular dos cursos de enfermagem podem melhorar a qualidade do trabalho e da vida dos enfermeiros.</p>

forme pode-se observar na Figura 2, que sugere o conhecimento no campo da saúde em constante processo de desenvolvimento, porém, dos estudos selecionados nenhum contextualizou a temática na atenção primária. Excetuando-se 02^(9,13) estudos, quase todos os outros relacionados envolvem a equipe de enfermagem em múltiplas categorias (enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem) e apenas 01⁽¹¹⁾ aborda a equipe multidisciplinar de cuidados em saúde.

DISCUSSÃO

Trabalhar as perspectivas sobre o tema segurança do paciente tem se tornado desafio mundial, as iniciativas relacionadas a essas ações têm crescido exponencialmente sob di-

versas estratégias⁽²⁾, e propostas de estudo.

O documento referência para o PNSP aborda os aspectos necessários para sua implementação, apresenta alguns conceitos relacionados a sua estruturação e refere-se aos 4 eixos centrais necessários ao seu desenvolvimento, dos quais destaca-se nessa Revisão Integrativa o “Eixo 1: O estímulo a uma prática assistencial segura”⁽²⁾, para então associá-lo aos estudos selecionados.

As condições de trabalho capazes de oferecer riscos à segurança individual tiveram destaques nesse estudo, o mesmo categorizou seus achados aos problemas físicos exemplificados pelo esforço corporal e o espaço físico inadequado, o convívio com a dor e o sofrimento surgiu nos discursos dos entrevistados como componente

importante para o fator estresse decorrendo de problemas psicossociais em muitos profissionais de enfermagem⁽⁷⁾.

Ainda segundo o estudo⁽⁷⁾, quão importante a utilização dos equipamentos de proteção individual, faz se necessária a implantação de diretrizes voltadas para a saúde do trabalhador de enfermagem, sobretudo nos aspectos relacionados a exposição aos riscos ocupacionais. Interessantemente o autor destaca que as consequências das exigências no trabalho assistencial pode afetar os processos humanísticos e psicossociais da assistência, sendo capaz de causar prejuízos em diversas proporções tanto para o profissional que cuida como para quem é cuidado.

Em grande maioria, os estudos ao categorizar sua amostragem revela-

ram que os profissionais possuíam mais de um emprego⁽⁷⁻¹³⁾, normalmente em turno inverso, o que propõe-se reflexão acerca das prováveis repercussões sobre sua saúde, contudo, em nenhum deles objetivou-se investigar como ou qual tipo de monitoramento era feito, com essa finalidade.

Em outro estudo⁽⁸⁾ analisado identificou-se que as discussões e as reflexões em grupo sobre as dinâmicas de trabalho e suas etapas processuais configuraram-se fortes estratégias de enfrentamento, sendo capazes de envolver e tornar corresponsável os sujeitos envolvidos na prática assistencial, contudo, a abordagem limitou-se à argumentações direcionadas a utilização dos equipamentos de proteção individual. Ao profissional de saúde é solicitado a utilização desses equipamentos, assumindo assim a responsabilidade sobre sua segurança como necessidade ao desenvolvimento do trabalho.

Verificou-se em um dos estudos⁽⁹⁾ selecionados, a relação atribuída pelo mesmo entre conceito de segurança do paciente nas instituições de saúde, biossegurança e a saúde do trabalhador, o argumento relativo à biossegurança no ambiente hospitalar, segundo o autor, encontra-se diretamente ligado aos riscos e as medidas de proteção à saúde dos trabalhadores, contudo, não categoriza quais os tipos de riscos e suas influências na saúde. Agrupou-se segurança do paciente e do trabalhador ao elencar as estratégias do Ministério da Saúde para o desenvolvimento de ações relativas à PNSP^(2,9), destaca-se nessa argumentação, como contra ponto proposto pelos participantes da pesquisa: a comunicação, a responsabilização de ações e a educação continuada como essencialmente fortalecedores da cultura de segurança na instituições, e considera-se, portanto, serem essas estratégias para melhoria da qualidade e da segurança da assistência.

Dos estudos que apresentaram avaliação por meio de questionários com variáveis pra estratificação de dados, ao qualificarem os níveis de satisfação no trabalho, ambos apresentaram níveis considerados satisfatórios^(10,11), um dos estudos inferem que a satisfação no trabalho contribui para atitudes positivas em relação à cultura de segurança⁽¹¹⁾.

Curiosamente a diferença estatisticamente significativa na escore que avaliava o reconhecimento do estresse e o clima organizacional obtiveram médias respectivamente baixas nos dois estudos avaliados. Para compreensão da situação apresentada, estabeleceu-se a seguinte correlação: no estudo A⁽¹⁰⁾ identifica-se que em se tratando da magnitude das subescalas autonomia, realização pessoal e com os domínios: segurança no trabalho e comportamento seguro; os profissionais de modo geral sentem-se realizados pessoalmente e relatam oferecer boa qualidade de assistência e atitude de segurança positiva, demonstradas pelo clima de segurança, satisfação no trabalho e comportamento seguro; no entanto, o enfraquecimento desta magnitude se deu quando comparou-se o tempo de experiência na unidade, impactando no enfraquecimento dos dados; revelando assim que, quanto menor o tempo de experiência na unidade pior a percepção da atitude de segurança por esses profissionais. Para o estudo B⁽¹¹⁾, a explicação atribuída na diferença da média entre os hospitais (o estudo foi realizado em 3 hospitais diferentes) sugere o fato do desvio da média acontecer no único hospital geral entre os três hospitais avaliados, com diferentes especialidades⁽¹⁰⁾.

Apesar de diferentes contextos, onde realizou-se a pesquisa, ambos corroboram em suas conclusões que ambientes favoráveis à prática profissional da equipe de enfermagem contribuem para menores níveis de

estresse e exaustão, melhora na qualidade do cuidado prestado e uma pré-disposição para atitudes de segurança do paciente positivas^(10,11).

De maneira geral, percebe-se nos estudos analisados a veemente tendência para associação entre assistência segura e processo de trabalho, particularmente o ambiente de trabalho e profissionais de saúde⁽¹²⁾.

Ao abordar o ambiente, surge nos estudos composição da estrutura física adequada e a manutenção dos equipamentos utilizados no discurso dos entrevistados, em contra partida, segue-se a utilização dos equipamentos de proteção individual como outro item necessário à prática segura. No estudo⁽¹²⁾ em análise, emerge um fator ainda não citado nos estudos anteriores, o dimensionamento e distribuição da equipe por turnos. O autor desvela que a sobrecarga de trabalho influencia diretamente na qualidade da assistência, agindo como desencadeador para eventos adversos, o mesmo compara a sobrecarga de trabalho a processos alérgicos que geram desconforto, dor e lesões⁽¹²⁾.

O referido texto apresenta-se confuso e de entendimento brumoso, porém, a ideia principal esteve presente e finaliza-se com um contexto pragmático.

O confronto com a dor e o sofrimento, os problemas organizacionais e estruturais no ambiente de trabalho constituem-se impactantes para a qualidade de vida do profissional⁽¹³⁾, sendo assim, o desgaste gradativo pode transformar-se em doenças psíquicas e ou doenças físicas. Nessa perspectiva, não apenas o adoecimento do profissional está em jogo bem como a possibilidade de erros provenientes do cansaço físico e mental, levando danos à saúde do paciente.

O estudo⁽¹³⁾ em questão sugere a criação de espaços físicos e temporais para que os enfermeiros pos-

sam socializar-se, propõe ainda que sejam ministrados nas grades curriculares no processo de formação conteúdos que contemplem a morte e estratégias de enfrentamento para situações recorrentes do cotidiano, conclui-se inferindo que essas mudanças podem contribuir para a melhor qualidade de vida e do trabalho do enfermeiro.

CONCLUSÃO

Expressivo foi o número de estudos sobre segurança do paciente, contudo, muitos versavam sobre:

programa de qualidade e acreditação, erros de medicações/ eventos adversos, notificações e eventos sentinela, gerenciamentos de riscos, cirurgia segura, entre outros assuntos.

Embora seja um tema relativamente novo, observa-se de forma enfática que este estudo apontou para uma lacuna exponencial acerca da segurança do paciente na perspectiva da saúde do enfermeiro (ser que cuida), diferentemente da saúde ocupacional (utilização dos equipamentos de proteção individual), neste caso, o olhar necessita ser revisitado e direcionado para as pers-

pectivas subjetivas.

Dissertar sobre segurança do paciente em instituições de assistência à saúde e as prováveis repercussões em vigência do adoecimento representam um enfoque fundamentalmente contemporâneo, pois estamos diante de um futuro consideravelmente incerto, com efeitos nos múltiplos aspectos biopsicossociais

Desse modo, necessitamos, à luz da promoção da saúde, fortalecer todas as dimensões para perpassar os momentos difíceis e permanecermos integralmente robustos em nossa prática assistencial, com segurança. ■

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Portaria n.º 529, de 1 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). [Internet] Ministério da Saúde; 2013. [acesso em 26 fev 2019] Disponível: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html
2. Ministério da Saúde (BR). Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
3. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução - RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília: Anvisa; 2013. 5. World Health Organization. Conceptual framework for the international
4. 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 26 fev 2019]; 17(Supl.4):758-764. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018
5. 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. 2009; 6(6):e1000097.
6. Mamédio da Costa Santos, C, Andruccioli de Mattos Pimenta, C, Cuce Nobre, MR. A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. Revista Latino-Americana de Enfermagem [Internet]. 2007 [acesso em 26 fev 2019]; 15(3). Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281421874023>
7. Albuquerque SGE, Castro RD, Ferreira GLS, Oliveira KL. Risk Factors to the Safety of Nurses Working in the Intensive Care Unit of a General Hospital. Revista de Enfermagem UFPB [Internet]. 2015 Aug [cited 2019 Mar 03]; 19(2):135-142. Available from: <http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/view/14366>
8. Loro MM, Zeitoune RCG. Collective strategy for facing occupational risks of a nursing team. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2017 [acesso em 24 fev 2019]; 51:e03205. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v51/pt_1980-220X-reeusp-51-e03205.pdf.
9. Silva AT, et al. Os Enfermeiros e a segurança do paciente na praxis hospitalar. Cogitare Enfermagem [Internet]. 2016 [acesso em 22 mar 2019]; 21(5). Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45550>.
10. Guirardello EB. Impact of critical care environment on burnout, perceived quality of care and safety attitude of the nursing team. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2017 [acesso em 27 fev 2019]; 25:e2884. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/pt_0104-1169-rlae-25-e2884.pdf.
11. Carvalho REFL, Arruda LP, Nascimento NKP, Sampaio RL, Cavalcante MLSN, Costa ACP. Avaliação da cultura de segurança em hospitais públicos no Brasil. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2017 [cited 2019 Mar 22]; 25:e2849. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100310&lng=en.
12. Castro CS, Pantoja SEM, Lupselo RS, Argenta MI, Hoffmann AC. Fatores que influenciam no cuidado seguro de enfermagem ao paciente. Revista Estácio Saúde [Internet]. 2018 [cited 2019 Fev 2019]; 7(1). Available from: <http://revistaadmmade.estacio.br/index.php/saude-santacatarina/article/viewFile/3973/2080>
13. Almeida MAR. Prazer e sofrimento no trabalho do enfermeiro hospitalar. Rev. Nursing [Internet]. 2018 [cited 2019 Mar 03]; 21(246):2482-8. Available from: <http://tede.metodista.br/jspui/handle/tede/1305>

Perfil epidemiológico da população na Estratégia de Saúde da Família na Região Sul de Mato Grosso

RESUMO

Este estudo objetivou descrever o perfil epidemiológico da área de abrangência de uma Estratégia de Saúde da Família no município de Rondonópolis – MT. Estudo documental, retrospectivo, descritivo-exploratório e com abordagem quantitativa, realizado na unidade de ESF Parque São Jorge. A coleta de dados se deu através da análise dos prontuários. Foram incluídos 2.098 usuários, predominando os indivíduos na faixa etária entre 20 a 40 anos e do gênero feminino. Dentre as 58 crianças cadastradas, 20,7% estavam desassistidas pela puericultura. Apenas 29,7% das mulheres haviam realizado o exame colpocitopatológico. Constatou-se ainda que dentre as gestantes 79,3% seguiam as consultas de pré-natal. Um total de 465 (22,1%) usuários apresentavam algum tipo de agravo à saúde, sendo prevalente a obesidade (38,1%). Observou-se que 11,3% dos usuários apresentaram consumo de medicamentos de uso contínuo. Evidencia-se através deste estudo a necessidade de intervenções que contemplem programas de prevenção e promoção da saúde.

DESCRIPTORES: Estratégia Saúde da Família; Perfil Epidemiológico; Diagnóstico Situacional.

ABSTRACT

This study aimed at describing the epidemiological profile of the coverage area known as Family Health Strategy (FHS) in the city of Rondonópolis – MT. Documentary, retrospective, descriptive-exploratory study based on quantitative approach, developed in the FHS unit of Parque São Jorge area. The data collection was performed through the analysis of medical records. 2098 users were included in the study, predominating individuals between 20 and 40 years old of feminine gender. Among the 58 children indexed, 20,7% were unassisted by puericulture. Only 29,7% of women had realized the colpocitopathological exam. It was observed among the pregnant women 79,3% had the prenatal consultations. A total of 465 (22,1%) users presented some type of health problem, being prevalent obesity (38,1%). It was also observed that 11,3% of the users present continuous use of medications. This study shows the need of intervention that contemplates programs of prevention and health promotion.

DESCRIPTORS: Family Health Strategy; Health Profile; Evaluation Studies as Topic.

RESUMEN

Este estudio objetivó describir el perfil epidemiológico del área de cobertura de una Estrategia de Salud de la Familia en el municipio de Rondonópolis - MT. Estudio documental, retrospectivo, descriptivo-exploratorio y con abordaje cuantitativo, realizado en la unidad de ESF Parque São Jorge. La recolección de datos se dio a través del análisis de los prontuarios. Se incluyeron 2.098 usuarios, predominando los individuos en el grupo de edad entre 20 a 40 años y el género femenino. Entre los 58 niños registrados, el 20,7% estaban desassistidas por la puericultura. Sólo el 29,7% de las mujeres habían realizado el examen colpocitopatológico. Se constató que entre las gestantes el 79,3% seguía las consultas de prenatal. Un total de 465 (22,1%) usuarios presentaban algún tipo de agravo a la salud, siendo prevalente la obesidad (38,1%). Se observó que el 11,3% de los usuarios presentaron consumo de medicamentos de uso continuo. Se evidencia a través de este estudio la necesidad de intervenciones que contemplen programas de prevención y promoción de la salud.

DESCRIPTORES: Estrategia de Salud Familiar; Perfil de Salud; Estudios de Avaliação como Assunto.

Camila Beatriz Alves da Rocha

Enfermeira Residente pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (PREMSAF) da Universidade Federal de Rondonópolis (UFR).

Andréia Maciel Rodrigues Campelo

Enfermeira Residente pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (PREMSAF) da Universidade Federal de Rondonópolis (UFR).

Elaine Menezes Rossi

Farmacêutica Residente pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (PREMSAF) da Universidade Federal de Rondonópolis (UFR).

Leonardo José Araújo de Campos

Psicólogo Residente pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (PREMSAF) da Universidade Federal de Rondonópolis (UFR).

Débora Aparecida da Silva Santos

Docente do Curso de Graduação de Enfermagem e do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (PREMSAF) da Universidade Federal de Rondonópolis (UFR).

Letícia Silveira Goulart

Docente do Curso de Graduação de Enfermagem e do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (PREMSAF) da Universidade Federal de Rondonópolis (UFR).

Aristides José da Silva Júnior

Docente do Curso de Graduação de Enfermagem e do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (PREMSAF) da Universidade Federal de Rondonópolis (UFR).

INTRODUÇÃO

A Lei Orgânica de Saúde n.º 8.080 sancionada em 1990 considera a saúde determinada e condicionada por diversos fatores, dentre eles, alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, entre outros⁽¹⁾. A publicação desta Lei resultou em um novo arranjo federativo na saúde, compreendendo em um movimento de descentralização político-administrativa e direcionamento de novos mecanismos de financiamento na saúde. Nesse contexto, a Atenção Primária a Saúde (APS) também denominada Atenção Básica, ganhou destaque nacional, principalmente após a criação do Programa Saúde da Família em 1994, que atualmente recebe o nome de Estratégia Saúde da Família – ESF⁽²⁾.

A ESF estabelecida pela Política Nacional de Atenção Básica n.º 2.436/2017, cujo modelo está voltado para a proteção e promoção da saúde por meio da atenção integral e contínua, tem como enfoque a família, visando a programação de ações de APS de acordo com as necessidades de saúde de cada território, garantindo a organização do fluxo de pessoas e a inserção destas em linhas de cuidado^(3,4).

Para garantir a eficácia deste modelo

voltado a atenção integral e contínua, é inevitável que os sujeitos envolvidos identifiquem os problemas e necessidades de saúde da população de um dado território. Torna-se estratégica a realização do diagnóstico situacional, que consiste em um instrumento essencial para a reorganização da APS, visto que permite analisar a área de abrangência, concernente ao número de pessoas assistidas, divisão por sexo, faixa etária, entre outros. Pontua ainda questões como as consultas médicas por faixa etária, os tipos de atendimento realizados como puericultura, pré-natal, prevenção de câncer cérvico uterino, infecções sexualmente transmissíveis, Diabetes Mellitus (DM), Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), hanseníase, tuberculose entre outros processos assistidos. Em síntese, traça o perfil epidemiológico da população assistida, além de caracterizar o serviço^(5,6).

Nessa perspectiva, a elaboração do perfil epidemiológico justifica-se por favorecer a construção e implementação de políticas públicas, objetivando minimizar agravos decorrentes da condição epidemiológica do território e a ausência de planejamento das ações voltadas para a prevenção e promoção da saúde da população, tornando necessário ressaltar o papel da gestão da ESF no senti-

do da organização do serviço e tomada de decisão frente aos desafios do cotidiano^(5,7).

Entender as necessidades da APS no território colabora para o planejamento em saúde. Parte-se do preceito de conhecer para cuidar e cuidar daquilo que se conhece. Estudar o perfil de uma comunidade possibilita conhecer as condições de saúde da população e dessa forma contribuir para o desenvolvimento e planejamento das ações⁽⁵⁾. Sendo assim, este estudo partiu de: Qual o perfil epidemiológico da população atendida na Estratégia de Saúde da Família Parque São Jorge? E teve como objetivo descrever o perfil epidemiológico da área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família Parque São Jorge, da cidade de Rondonópolis – MT.

METODOLOGIA

Estudo documental, retrospectivo, descritivo-exploratório e com abordagem quantitativa, realizado em março a junho de 2018. O local da pesquisa foi a unidade de ESF Parque São Jorge, localizada no município de Rondonópolis, Mato Grosso.

O município de Rondonópolis está localizado na Região Sul do Estado de Mato Grosso. De acordo com o Insti-

tuto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE⁽⁸⁾, a população estimada é de 228.857 mil habitantes e é considerado o terceiro maior município do estado. A cidade possui 37 ESFs cadastradas no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES). Estão divididas em cinco distritos de saúde, nomeados de distrito I, distrito II e assim sucessivamente.

Até o período do estudo, 2.098 usuários utilizaram os serviços de saúde da ESF. Esta unidade encontra-se no distrito III de saúde, localizada no bairro Parque São Jorge. O território divide-se em oito microáreas, sendo três cobertas por Agente Comunitário de Saúde (ACS) e, além destas, a ESF ainda é referência para moradores de dois bairros adjacentes.

A coleta de dados se deu através da análise dos prontuários, por meio de um roteiro elaborado pelos pesquisadores profissionais residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (PREMSAF). As variáveis estudadas foram gênero, idade, realização de puericultura, prevenção do câncer cérvico uterino, pré-natal, agravos à saúde e perfil farmacoterapêutico, sendo que os indivíduos foram distribuídos por ciclo de vida.

Os medicamentos de uso contínuo utilizados pelos usuários foram listados e organizados de acordo com a classificação ATC (Anatomical Therapeutic Chemical), elaborada pelo Nordic Council on Medicines e recomendada pela Drug Utilization Research Group (DURG) da Organização Mundial da Saúde – OMS⁽⁹⁾ para os estudos de utilização de medicamentos.

Utilizou-se como amostra, todos os prontuários das microáreas cobertas e descobertas por ACS. Foram excluídos os prontuários com letras ilegíveis, aqueles de usuários que não pertencem à área de abrangência da ESF e usuários pertencentes, porém sem cadastro da família.

Para a análise dos dados foi utilizada a estatística descritiva, por meio de frequência simples e absoluta. Apesar de tratar-se de dados secundários, este projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso/Campus Universitário de Rondonópolis mediante o parecer n.º 2.034.725 e CAAE: 62735116.4.0000.8088.

RESULTADOS

Foram coletadas informações de

2.098 prontuários. Predominaram indivíduos do sexo feminino (55,3%) e de 20 a 40 anos, representando 35,5% da população, como pode ser visualizado na Tabela 1.

Estavam cadastradas 58 crianças com idade entre 0 a 2 anos, sendo que destas, 12 (20,7%) apresentavam-se desassistidas pela puericultura. Observou-se que em 29 (50%) prontuários não constavam informações sobre alimentação e 33 (56,9%) não possuíam registros sobre vacinação. Entre as crianças de 6 meses a 2 anos (n=51) foi notado um alto índice de uso de antibióticos e nebulização, 15 (29,4%) realizaram o uso de antibiótico pelo menos uma vez e 25 (49%) fizeram o uso de nebulização uma ou duas vezes.

A ESF estudada possui um total de 662 mulheres em idade fértil (25 a 64 anos) cadastradas, destas, apenas 29,7% haviam realizado o exame citopatológico (CCO) nos últimos três anos. No entanto, 52,1% dos prontuários não apresentaram registros sobre o exame realizado na ESF ou em outro serviço de saúde, ressaltando-se que 72,3% da população feminina compreendida no intervalo de idade citado acessou a ESF nos últimos três anos para realização de outros procedimentos.

A análise dos dados referentes à assistência ao pré-natal, indicou que 29 gestantes realizavam o pré-natal na ESF e que estas,

Tabela 1. Distribuição da população da ESF Parque São Jorge por sexo e faixa etária. Rondonópolis, MT, Brasil, 2018 (n=2098).

FAIXA ETÁRIA (ANOS)	GÊNERO					
	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
< 2 anos	25	43,1	33	56,9	58	2,7
2 a 5 anos	49	53,8	42	46,2	91	4,3
6 a 9 anos	68	45,3	82	54,7	150	7,1
10 a 13 anos	76	49	79	51	155	7,4
14 a 19 anos	114	46,7	130	53,3	244	11,7
20 a 40 anos	310	41,7	433	58,3	743	35,5
41 a 59 anos	189	43,7	243	56,3	432	20,6
> 60 anos	108	48	117	52	225	10,7
Total	939	44,7	1159	55,3	2098	100

em sua maioria, apresentavam entre 20 a 40 anos (82,8%). Das gestantes acompanhadas, 65,5% iniciaram o acompanhamento no primeiro trimestre gestacional, enquanto 79,3% seguiam as consultas de pré-natal de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde - MS (Tabela 2).

Um total de 465 (22,1%) usuários apresentavam algum tipo de agravo à saúde,

verificando-se dentre estes obesidade em 38,1% e HAS em 19,8%, sendo a associação destas presente em 22,1% dos indivíduos (Tabela 3).

A análise do perfil farmacoterapêutico da população estudada, indicou que 352 (11,3%) usuários apresentaram consumo de medicamentos de uso contínuo. Os usuários de medicamentos apresentaram idade média

de 54 anos, sendo que 38,9% encontravam-se em idade ≥ 60 anos e 58,8% eram mulheres. As classes farmacológicas mais consumidas foram dos anti-hipertensivos que agem no sistema renina-angiotensina e fármacos utilizados no tratamento para diabetes mellitus. Entre os medicamentos mais utilizados destacam-se losartana (4,6%), hidroclorotiazida (4,1%) e metformina (2,6%) (Tabela 4).

Tabela 2. Indicadores de pré-natal das gestantes acompanhadas na ESF Parque São Jorge. Rondonópolis, MT, Brasil, 2018 (n=29)

INDICADORES	N	%
14 a 19 anos	5	17,2
20 a 40 anos	24	82,8
Pré-natal no primeiro trimestre	19	65,5
Pré-natal a partir do segundo trimestre	10	34,5
Acompanhadas pelo pré-natal	23	79,3
Desassistidas pelo pré-natal	6	20,7
Vacinas atualizadas	15	51,7
Sem informações para vacina	14	48,3

Tabela 3. Agravos à saúde da população da ESF Parque São Jorge. Rondonópolis, MT, Brasil, 2018 (n=465)

AGRAVOS À SAÚDE	N	%
Obesidade	177	38,1
HAS*	92	19,8
DM**	5	1,1
Cardiopatas	19	4,1
HAS*+ DM**	34	7,3
Obesidade + HAS*	103	22,1
Obesidade + DM**	22	4,7
Obesidade + DM**+HAS*	13	2,8

Nota: DM** = Diabetes Mellitus, HAS* = Hipertensão Arterial Sistêmica

Tabela 4. Distribuição dos principais medicamentos de uso contínuo, segundo classificação ATC, de usuários da ESF Parque São Jorge. Rondonópolis, MT, Brasil, 2018.

CLASSE TERAPÊUTICA	N	%	TOTAL
C – Sistema Cardiovascular			184
Antagonista de angiotensina II	97	4,6	
C03A – Diuréticos Tiazídicos	87	4,1	
A – Trato digestivo e Metabolismo			56
A10B – Hipoglicemiantes orais	56	2,6	

DISCUSSÃO

O presente estudo consistiu em analisar o perfil epidemiológico dos usuários de uma ESF de Rondonópolis/MT, verificando-se o gênero, 55,3% dos estudados constituíram-se mulheres, enquanto que autores⁽¹⁰⁾ verificaram prevalência de 72,2%. Semelhantemente, em um estudo⁽¹¹⁾ realizado em Unidades Básicas de Saúde de diversos municípios das regiões brasileiras constatou que dentre os participantes 76% eram mulheres, não havendo diferença entre as regiões.

Em relação à faixa etária predominante de 20 a 40 anos (35,5%), em um estudo⁽¹⁰⁾ realizado para análise do perfil demográfico em uma Unidade de Saúde da Família em Fortaleza, Ceará, observou a predominância da faixa etária 41 a 60 anos (38,1%). No entanto, corroborando com os achados do presente estudo, autores⁽¹²⁾ ao analisarem a utilização dos serviços de Atenção Básica e de Urgência no SUS em Belo Horizonte constataram que a faixa etária dos estudados concentrou-se entre 21 a 40 anos.

Uma frequência de 20,6% das crianças entre 0 a 2 anos encontrava-se desassistida pela puericultura. Conforme o MS⁽¹³⁾, é preconizado sete consultas no primeiro ano de vida e duas no segundo. Não existe um consenso internacional referente ao número de consultas a serem realizadas em crianças saudáveis, mas deve-se garantir uma assistência integral a criança. Um dado relevante observado nesta pesquisa foi o déficit de informações em prontuário sobre alimentação, vacinação, entre outros indicadores. Conforme estudo⁽¹⁴⁾ realizado em cinco municípios de diferentes portes populacionais do estado do Rio Grande do Sul, verificou-se o grau de conformidade dos prontuários através da análise dos documentos em ESF com equipes completas, destacando que metade destes

Em relação à faixa etária predominante de 20 a 40 anos (35,5%), em um estudo⁽¹⁰⁾ realizado para análise do perfil demográfico em uma Unidade de Saúde da Família em Fortaleza, Ceará, observou a predominância da faixa etária 41 a 60 anos (38,1%). No entanto, corroborando com os achados do presente estudo, autores⁽¹²⁾ ao analisarem a utilização dos serviços de Atenção Básica e de Urgência no SUS em Belo Horizonte constataram que a faixa etária dos estudados concentrou-se entre 21 a 40 anos.

encontrava-se conforme os padrões esperados. Além disso, evidenciou-se que a variação de conformidade nos registros aponta para necessidade de reavaliar normas e critérios nos relatos desses documentos nas unidades de saúde.

Em relação ao uso de antibióticos entre crianças de 6 meses a 2 anos, autores⁽¹⁵⁾ ao considerarem o perfil dos usuários que fazem uso de antibióticos, destacaram que o uso dessa classe farmacológica tem sido frequente em crianças, pontuando que nesta faixa etária pode ser justificado ao sistema imunológico imaturo, além da facilidade de transmissão de agentes infecciosos em função da aglomeração e contato muito próximo em creches e escolas.

Na presente pesquisa, foi constatado uma baixa adesão ao exame colpocitopatológico. Diferentemente, Andrade e colaboradores⁽¹⁶⁾, em um estudo epidemiológico realizado nas ESF de Feira de Santana/BA, identificaram que apenas 12,6% das mulheres não haviam realizado o exame nos últimos três anos que antecederam a pesquisa. De acordo com o preconizado pelo MS⁽¹⁷⁾, o início da coleta do exame deve ser aos 25 anos de idade para as mulheres que já tiveram atividade sexual. Para isto, os serviços de saúde devem se estruturar para rastrear todas as mulheres de 25 a 64 anos a cada três anos, além de atender todas que apresentarem sinais de alerta. A realização de exames pelo SUS atualmente seria suficiente para a cobertura da população feminina na faixa etária prioritária, porém observa-se que a maioria dos exames é ofertada como repetições desnecessárias em intervalos menores do que o recomendado.

A resistência para se realizar o exame, entre diversos motivos, pode ser atribuída ao desconhecimento do câncer de colo uterino, da técnica utilizada, da relevância do exame preventivo e a demora da chegada do resultado do exame à ESF. Também,

o medo da realização do exame e de obter um resultado positivo para câncer, assim como o sentimento de vergonha e constrangimento, o que implica na relutância a execução do exame^(18,19).

Neste estudo verificou-se o reduzido índice de gravidez na adolescência, o que está em concordância com os dados apontados pelo MS⁽¹³⁾, que indica que na última década, o Brasil atingiu redução de 30% do número de partos em adolescentes na faixa etária de 15 a 19 anos. Esta redução destacou-se nas regiões Nordeste (26,0%) e Centro-Oeste (24,4%)⁽²⁰⁾.

Uma assistência pré-natal efetiva requer o início no primeiro trimestre da gravidez, objetivando intervenções efetivas em todo período gestacional, sejam preventivas ou terapêuticas. A continuidade requer um forte vínculo entre profissional e gestante, assim como a qualidade da técnica⁽¹³⁾. No presente trabalho, 65,5% das gestantes iniciou o acompanhamento pré-natal no primeiro trimestre; resultados semelhantes nas unidades básicas de saúde de Porto Alegre (74,8%)⁽²¹⁾ e no município do Rio de Janeiro (74,4%)⁽²²⁾.

Em um estudo⁽²³⁾ com usuários do Programa Hiperdia, constatou-se que dentre os pesquisados, 75% eram hipertensos, observando-se alto índice de sobrepeso (46,7%). Tais autores concluíram que estes fatores podem estar relacionados aos hábitos de vida, destacando que a obesidade e o sedentarismo podem desencadear a HAS e DM. Ao analisar os principais motivos de atendimento em uma Unidade Básica de Saúde, autores⁽¹⁰⁾ verificaram a prevalência das seguintes demandas: 15,2% para hipertensão arterial e 5,6% para diabetes.

A utilização de medicamentos de uso contínuo foi citada por 11,3% dos indivíduos, com idade média de 54 anos e predomínio de mulheres (58,8%). Autores⁽²⁴⁾ ao realizarem estudo que teve por finalidade analisar as prevalências de uso de medicamentos no Brasil e suas regiões geográficas, constataram a prevalência global de 50,7%, sendo que a Região Centro-Oeste apresentou prevalência de 51,8%. Apontam ainda a crescente utilização associada ao aumento da idade e o uso em sua maioria na população do sexo feminino (61%). Tais autores consideraram a utilização atual de medicamentos para doenças crônicas, para problemas de saúde eventuais e o uso atual de contraceptivos.

É importante ressaltar que o presente estudo avaliou apenas a utilização de medicamentos de uso contínuo. Dessa forma, as classes farmacológicas mais consumidas foram dos anti-hipertensivos e hipoglicemiantes. Ainda no estudo de Bertoldi e colaboradores⁽²⁴⁾, destaca-se o uso de medicamentos para doenças crônicas, (24,3%). Em outra pesquisa⁽²⁵⁾ realizada em um município no interior de São Paulo, com o objetivo de analisar os perfis sociodemográfico e farmacoterapêutico de idosos, observou-se que os medicamentos para o sistema cardiovascular foram os mais consumidos (30,2%), predominando os anti-hipertensivos. Destacou-se ainda as drogas que agem no sistema digestivo e metabolismo (22,6%), porém nessa classe houve o predomínio das vitaminas.

CONCLUSÃO

Ao descrever o perfil epidemio-

lógico dos usuários cadastrados na ESF estudada, foi possível caracterizar a população assistida, conhecer seus principais agravos de saúde, bem como as especificidades do território de abrangência.

A população que predominou o estudo foi de indivíduos do sexo feminino, na faixa etária de 20 a 40 anos. Em relação à saúde da criança, destacou-se o uso de antibiótico e nebulização durante os primeiros anos de vida. Na população feminina entre 25 e 64 anos, observou-se baixa adesão ao exame CCO, em contrapartida, constata-se que o acesso destas a ESF nos últimos 3 anos equivale a 72,3%, diante disso, conclui-se que é necessário investir em educação em saúde, visando a integralidade da saúde da mulher e estratégias de controle do câncer do colo uterino. No tocante às patologias, as mais encontradas foram a obesidade e HAS, sendo a existência dos dois agravos a comorbidade prevalente na pesquisa, tornando indispensável o funcionamento e avaliação dos programas destinados aos usuários acometidos.

Através dos resultados deste estudo, visamos fortalecer a constituição de políticas públicas e estratégias de trabalho que favoreçam a qualidade de vida da população estudada. Além de reforçar a importância e necessidade de intervenções que contemplem, não só o acompanhamento profissional efetivo, mas também programas de prevenção e promoção a saúde. Contudo, o perfil epidemiológico traçado apresenta-se como norteador dos trabalhos desenvolvidos pelo PREMSAF na ESF, junto a equipe de saúde e Núcleo Ampliado à Saúde da Família. ■

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Lei n.º 8080, 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.

REFERÊNCIAS

2. Castro ALB, Machado CV. A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. *Cad. Saúde Pública*. 2010; 26(4):693-705.
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, p. 4-7, 2017.
4. Castro ALB. Atenção Primária e relações público privadas no Sistema de Saúde do Brasil. 2015. 173 f. Tese. (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2015.
5. Silva MHN, Ávilla AL, Silva BPS, Alves LSR, Santos DAS, Rafael JC. Perfil epidemiológico e social da população atendida em uma unidade básica de saúde em Cuiabá. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*. 2013; 4(2):2129-2138.
6. Ribeiro LCC, Dias KS, Matos KA, Ferreira TS. O diagnóstico administrativo e situacional como instrumento para o planejamento de ações na estratégia saúde da família. *Cogitare Enfermagem*. 2008 jul.-set.; 13(3):448-452.
7. Tannure MC, Alves M, Sena RR, Chianca TCM. Perfil epidemiológico da população idosa de Belo Horizonte, MG, Brasil. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2010; 63(5):817-822.
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). População de Rondonópolis 2018 [Internet]. 2018 [acesso em 17 dez 2018]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mt/rondonopolis/panorama>.
9. World Health Organization. Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. Guidelines for ATC classification and DDD assignment. 3 Ed. Oslo: World Health Organization; 2000.
10. Pimentel IRS, Coelho BC, Lima JC, Ribbeiro FG, Sampaio FPC, Pinheiro RP, Rocha-Filho FS. Caracterização da demanda em uma Unidade de Saúde da Família. *Rev. bras med fam comunidade*. 2011; 6(2):175-181.
11. Guibu IA, Moraes JC, Guerra-Júnior AA, Costa EA, Acurcio FA, Costa KS, et al. Características principais dos usuários dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2017; 51(2).
12. Pires MRGM, Gottens LBD, Cupertino TV, Leite LS, Vale LR, Castro MA, Lage ACA, Mauro TGSA. A utilização do serviço de atenção básica e de urgência no SUS de Belo Horizonte: problema de saúde, procedimentos e escolha dos serviços. *Rev Saúde Soc*. São Paulo 2013; 22(1):211-222.
13. Ministério da Saúde (BR). Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento. n.33 v. I, Brasília, 2012.
14. Brasil AMFE, Medeiros CRG, Saldanha OMFL. Estratégia Saúde da Família: análise dos registros em prontuários. *Caderno pedagógico*. 2015; 12(1):265-276.
15. Fiol FSD, Lopes LC, Toletto MI, Barberato Filho S. Perfil de prescrições e uso de antibióticos em infecções comunitárias. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*. 2010; 43(1):68-72.
16. Andrade MS, Almeida MMG, Araújo TM, Santos KOB. Fatores associados à não adesão ao Papanicolau entre mulheres atendidas pela Estratégia Saúde da Família em Feira de Santana, Bahia, 2010. *Rev Epidemiol Serv. Saúde*. 2014; 23(1):111-120.
17. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica (BR). Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. 2. ed., Brasília, 2013.
18. Sousa ACO, Costa GS, Reis JQ, Goiano PDOL, Calçaça MB. Caracterização das alterações citopatológicas e fatores de riscos associados ao desenvolvimento do câncer de colo útero. *Revista UNINGÁ Review*. 2017; 30(1):67-71.
19. Silva SE. Elaboração de ações para melhoria da cobertura de exame de Papanicolau nas mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos na área de abrangência da equipe de saúde da família do bairro cruz alta, Pouso Alegre -MG. Universidade federal de Minas Gerais curso de especialização em atenção básica em saúde da família, 2014.
20. Silva JLP, Surita FGC. Gravidez na adolescência: situação atual. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2012; 34(8):347-50.
21. Gomes RMT, César JA. Perfil epidemiológico de gestantes e qualidade do pré-natal em unidade básica de saúde em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2013; 8(27):80-89.
22. Domingues RMSM, Hartz ZMA, Dias MAB, Leal MC. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2012; 28(3):425-437.
23. Ramos VKS, Noronha FMF, Rodrigues CN, Santiago LCP, Nunes DS. Caracterização dos usuários do Hipertensão em uma unidade básica de saúde em um município do estado do Maranhão. *Revista de Investigação Biomédica*. 2014; 6(1).
24. Bertoldi AD, Dal Pizzol TS, Ramos LR, Mengue SS, Luiza VL, Tavares NUL, et al. Perfil sociodemográfico dos usuários de medicamentos no Brasil: resultados da PNAUM 2014. *Rev Saude Publica*. 2016; 50(supl 2):5s.
25. Muniz ECS, Goulart FC, Lazarini CA, Marin MJS. Análise do uso de medicamentos por idosos usuários de plano de saúde suplementar. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 2017; 20(3):375-387.

Trabalhos de conclusão de curso de graduação em enfermagem: perfil da produção científica

RESUMO

Esta pesquisa tem por objetivos: caracterizar o perfil das produções científicas dos Trabalhos de Conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Veiga de Almeida - Campus Cabo Frio. Trata-se de um estudo documental, retrospectivo, de caráter descritivo, com abordagem quantitativa. Foi realizada uma busca dos Trabalhos de Conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem, apresentados entre os anos de 2010 e 2017. As áreas temáticas mais predominantes foram saúde do adulto, saúde da criança e adolescente, e saúde da mulher. Os estudos descritivos e exploratórios foram os mais prevalentes, assim como a abordagem qualitativa. Os temas mais abordados devem ser cada vez mais encorajados entre os discentes, em virtude da importância científica que os cerca, porém outros polos de investigação precisam ser incentivados, a fim de ampliar o foco de discussões científicas entre as mais variadas especialidades.

DESCRIPTORES: Monografia; Educação Superior; Pesquisa em Educação de Enfermagem.

ABSTRACT

This research aims to characterize the profile of the scientific productions of the Completion Works of the Undergraduate Nursing Course of the Veiga de Almeida University - Campus Cabo Frio. This is a retrospective, documentary, descriptive study with a quantitative approach. A search was made for the Completion Works of the Undergraduate Nursing Course, presented between 2010 and 2017. The most prevalent thematic areas were adult health, child and adolescent health, and women's health. Descriptive and exploratory studies were the most prevalent, as was the qualitative approach. The most discussed topics should be increasingly encouraged among students, because of the scientific importance they surround them, but other poles of research need to be encouraged in order to broaden the focus of scientific discussions among the most varied specialties.

DESCRIPTORS: Monography; College Education; Research in Nursing Education.

RESUMEN

El objetivo de esta investigación es caracterizar el perfil de las producciones científicas de los trabajos de finalización del curso de enfermería de pregrado de la Universidad Veiga de Almeida - Campus de Cabo Frio. Este es un estudio retrospectivo, documental, descriptivo con un enfoque cuantitativo. Se realizó una búsqueda de los Trabajos de Finalización del Curso de Enfermería de Pregrado, presentado entre 2010 y 2017. Las áreas temáticas más frecuentes fueron la salud del adulto, la salud del niño y el adolescente y la salud de la mujer. Los estudios descriptivos y exploratorios fueron los más prevalentes, al igual que el enfoque cualitativo. Los temas más discutidos deberían fomentarse cada vez más entre los estudiantes, debido a la importancia científica que los rodea, pero es necesario alentar otros polos de investigación para ampliar el enfoque de las discusiones científicas entre las especialidades más variadas.

DESCRIPTORES: Monografía; Educación Universitaria; Investigación en Educación en Enfermería.

Giselle Barcellos Oliveira Koepe

Enfermeira, Mestre e Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Anna Nery/Universidade Federal do Rio de Janeiro. Professora do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Veiga de Almeida-Campus Cabo Frio.

Luciana da Costa Nogueira Cerqueira

Enfermeira, Mestre em biociência pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, Professora do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Veiga de Almeida-Campus Cabo Frio.

Priscila Pradonoff Oliveira

Enfermeira, Mestre em psicanálise saúde e sociedade pela Universidade Veiga de Almeida, Professora do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Veiga de Almeida-Campus Cabo Frio.

Carlos Eduardo Peres Sampaio

Professor titular da universidade Veiga de Almeida. Professor associado do departamento de enfermagem médico cirúrgica da universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Karina Rangel da Silva Garcia

Enfermeira, especialista em Neonatologia pela Universidade Veiga de Almeida.

Victória da Silva Cortez

Enfermeira pela Universidade Veiga de Almeida.

INTRODUÇÃO

A pesquisa científica realizada pelo discente no Curso de Graduação é capaz de proporcionar novas descobertas aos alunos, assim como contribuir na formação profissional e ética destes indivíduos. Além disso, o estudo realizado por acadêmicos de graduação é de grande valia para a evolução da ciência, visto que contribui não apenas para a formação profissional dos estudantes, mas promove ainda uma melhoria das condições de saúde e da qualidade de vida da sociedade⁽¹⁾.

No que tange ao desenvolvimento de pesquisas no Curso de Graduação em Enfermagem, vale dizer que esta estratégia possibilita a formação de enfermeiros mais qualificados e o fortalecimento da profissão. Dessa forma, é primordial que estudos com esta abordagem sejam realizados, afim de que se possa refletir e construir estratégias que possibilitem a inserção da pesquisa como prática transversal no Curso de Graduação em Enfermagem⁽²⁾.

As Diretrizes Curriculares Nacionais para Cursos de Graduação preveem para o enfermeiro uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, assim como apontam que este profissional seja capacitado a atuar com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano⁽³⁾.

Para conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem, o discente deve elaborar um Trabalho de Conclusão de Curso (TCC). Este tipo de trabalho deve expressar o conhecimento de um assunto pré-estabelecido pelo aluno, originado de temas pertinentes ao Curso de Graduação em Enfermagem, devendo ser realizado sob a coordenação de um professor orientador^(3,4).

O Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Veiga de Almeida tem regido em seu Projeto Pedagógico de Curso (PPC), o TCC como quesito obrigatório entre as atividades complementares, deve ser regido sob a forma de monografia ou artigo científico, apresentados como requisito parcial para a obtenção do grau de bacharel⁽⁵⁾.

O TCC, portanto, pode ser considerado como um dos principais produtos de pesquisa desenvolvidos por alunos de Graduação. Através deste trabalho acadêmico, o discente pode demonstrar parte do conhecimento adquirido por ele durante o Curso de Graduação, assim como obter ou aprimorar seus entendimentos metodológicos e científicos.

Compreender as temáticas produzidas por alunos de Graduação em seus TCCs possibilita um reconhecimento das demandas que norteiam as práticas acadêmica e profissional destes indivíduos. Permite ainda o estabelecimento de estratégias que impulsionem e direcionem a prática de ensino aprendizagem nos Cursos de Graduação em Enfermagem, com vistas a uma formação profissional cada vez mais promissora.

Com base no exposto, emergiu para este estudo a seguinte questão norteadora: Qual o perfil das produções científicas dos Trabalhos de Conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Veiga de Almeida - Campus Cabo Frio? O objetivo traçado foi caracterizar o perfil das produções científicas dos Trabalhos de Conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Veiga de Almeida - Campus Cabo Frio.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo documental, re-

trospectivo, de caráter descritivo, com abordagem quantitativa.

A coleta de dados ocorreu no período de setembro a dezembro de 2018, na biblioteca central da Universidade Veiga de Almeida - Cabo Frio, onde ficam armazenados os Trabalhos de Conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem, sob a forma de CD-ROM.

Foram incluídos na coleta todos os TCCs armazenados sob a forma de CD-ROM no acervo da biblioteca, apresentados entre os anos de 2010 e 2017, configurando uma busca de dados recentes, que reflete um atual interesse temático dos discentes⁽⁶⁾. Foram excluídos os trabalhos cujos CD-ROM de armazenamento apresentaram alguma falha de leitura, o que inviabilizou a análise do material. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão foi possível recuperar 160 TCCs para análise.

Vale reforçar que este número não reflete o total de TCCs apresentados na instituição entre os anos de 2010 e 2017, mas sim a quantidade de estudos encontrados entre os arquivos da biblioteca com CD-ROM aptos para leitura.

Para a coleta de dados foi utilizado um instrumento estruturado composto das seguintes questões: ano de apresentação do TCC, área temática, objeto da investigação, objetivos da pesquisa, tipo de estudo e abordagem metodológica. Para obtenção destas informações foram realizadas leituras dos títulos e resumos dos trabalhos avaliados.

Os dados coletados foram tabulados em uma planilha do Windows Microsoft Excel, que proporcionou a construção de tabelas possibilitando uma análise estatística descritiva.

O desenvolvimento da pesquisa foi autorizado pela diretora acadêmica da ins-

tuição, mediante assinatura em carta de anuência. O estudo respeitou os aspectos éticos previstos na Resolução n.º 466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde - CNS⁽⁷⁾, sendo avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Veiga de Almeida (CEP/UVA) pelo Parecer Consubstanciado n.º 2.907.175 de 20 de setembro de 2018.

RESULTADOS

Os temas abordados entre os 160

TCCs analisados permitiram o agrupamento dos mesmos em áreas temáticas, que foi baseado nas especialidades descritas na Resolução n.º 581/2018, do Conselho Federal de Enfermagem⁽⁸⁾. Tal resolução cita como especialidades do Enfermeiro as seguintes: saúde coletiva; saúde da criança e do adolescente; saúde do adulto (saúde do homem e saúde da mulher); saúde do idoso; urgência e emergência; gestão; e ensino/pesquisa. Todas estas citadas foram contempladas entre os trabalhos avaliados, porém, as

áreas mais destacadas foram: Saúde do adulto 38 (23,8%), Saúde da criança e do adolescente 33 (20,6%) e Saúde da mulher 29 (18,1%). As menos frequentes foram Ensino e pesquisa 6 (3,7%), Saúde do idoso 5 (3,1%) e saúde do homem 4 (2,5%), como demonstra a Tabela 1.

A análise dos objetos e objetivos dos TCCs avaliados permitiu perceber que em cada área temática formulada houve entre os principais focos de investigação os mais variados assuntos, que foram distribuídos e organizados conforme a Tabela 2.

Tabela 1 – Distribuição das áreas temáticas dos TCCs apresentados no Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Veiga de Almeida - Cabo Frio entre 2010 e 2017. Cabo Frio, RJ, Brasil, 2018.

ÁREA TEMÁTICA	N	%
Saúde do adulto	38	23,8
Saúde da criança e do adolescente	33	20,6
Saúde da mulher	29	18,1
Saúde coletiva	19	11,9
Urgência e Emergência	15	9,4
Gestão	11	6,9
Ensino e pesquisa	6	3,7
Saúde do idoso	5	3,1
Saúde do homem	4	2,5
TOTAL	160	100

Tabela 2 – Distribuição dos focos de investigação por área temática dos TCCs apresentados no Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Veiga de Almeida - Cabo Frio entre 2010 e 2017. Cabo Frio, RJ, Brasil, 2018.

FOCOS DE INVESTIGAÇÃO/ ÁREA TEMÁTICA	N	%
Saúde do adulto		
Cuidados intensivos	16	42,2
Centro cirúrgico	8	21
Fundamentos enfermagem	8	21
Diálise	2	5,3
Oncologia	2	5,3
Doenças crônicas	1	2,6
Doenças infecto parasitárias	1	2,6
Saúde da criança e do adolescente		
Neonatal	21	63,6
Lactente/crianças maiores	9	27,3
Adolescente	3	9,1

artigo

Koeppel, G.B.O.; Cerqueira, L.C.N.; Oliveira, P.P.; Sampaio, C.E.P.; Garcia, K.R.S.; Cortez, V.S.;
Trabalhos de conclusão de curso de graduação em enfermagem: perfil da produção científica

Saúde da mulher		
Gestação	21	72,5
Aleitamento materno	3	10,3
Papanicolau	3	10,3
Planejamento familiar	2	6,9
Saúde coletiva		
Doenças crônicas	6	31,6
Saúde mental	4	21,1
Imunização	2	10,5
Terapias Alternativas	2	10,5
Políticas públicas	2	10,5
Doenças transmissíveis	2	10,5
Deficiência auditiva	1	5,3
Urgência e emergência		
Equipe de enfermagem	7	46,8
Reanimação	2	13,3
Trauma	2	13,3
Infarto Agudo do miocárdio	2	13,3
Emergência psiquiátrica	2	13,3
Gestão		
Administração	5	45,4
Saúde do trabalhador	3	27,3
Infecção hospitalar	3	27,3
Ensino e pesquisa		
Educação de discentes	5	83,3
Docência	1	16,7
Saúde do idoso		
Promoção/prevenção	3	60
Atenção hospitalar	2	40
Saúde do homem		
Promoção/prevenção	2	50
IAM	1	25
Oncologia	1	25

Conforme apontado na tabela acima, entre a temática saúde do adulto o foco de discussão mais prevalente foi voltado aos cuidados intensivos 42,2%. Na área saúde da criança e do adolescente a ênfase foi no cuidado neonatal 63,6%. Em saúde da mulher houve predomínio da abordagem no processo de gestação, desde o pré-natal ao puerpério 72,5%. Saúde coletiva apontou as doenças crônicas como principal eixo dos estudos 31,6%. Urgência e emergência teve supremacia nas discussões voltadas para a atuação da equipe de enfermagem neste cenário de atuação 46,8%. A administração hospitalar pelo enfermeiro foi o assunto mais abordado entre a temática gestação 45,4%. 83,3% dos TCCs enquadrados na temática ensino e pesquisa tiveram suas discussões focadas no processo educativo dos discentes. Aspectos relacionados à prevenção de doenças e promoção da saúde representaram pontos de apontamentos importantes nos estudos da temática saúde do idoso 60% e saúde do homem 50%.

Na metodologia adotada nos TCCs avaliados, houve predomínio dos estudos do tipo descritivo e exploratório 81,2% e da abordagem metodológica qualitativa 78,7%, como mostra a Tabela 3.

DISCUSSÃO

A pesquisa na área da saúde do adulto desperta grande interesse há décadas por parte dos pesquisadores da saúde. Este fato pode estar relacionado indiretamente por ser uma área de grande abrangência, na qual os conteúdos abordados são dos mais diversos campos de atuação da enfermagem. Uma importante vertente verificada entre os TCCs com foco na saúde do adulto foi a assistência de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), que pode ser justificada por ser uma área atualmente vista por alguns estudiosos como um campo da saúde que se apresenta como tendência para o futuro, o que faz com que haja um grande interesse em pesquisas neste cenário⁽⁹⁾.

A área temática saúde da criança e do adolescente ocupou posição de destaque entre os TCCs avaliados. Dentre esta área temática, a maior percentagem dos estudos teve como base de discussão os cuidados de enfermagem neonatal. Tal dado corrobora com pesquisa anterior, em que a assistência em neonatologia se apresentou entre os principais focos de abordagem entre as tendências temáticas de enfermagem em saúde da criança⁽⁶⁾. Esse achado é de suma importância, pois estudos voltados à clientela neonatal ainda se mostram insipientes na realidade brasileira, em que o advento de novas tecnologias

assistenciais possibilita uma melhor sobrevida dos recém-nascidos⁽¹⁰⁾.

Assim como o contexto neonatal, as pesquisas enquadradas nas temáticas pediátricas, que tenham seus objetos direcionados à criança e ao adolescente, merecem ser estimuladas, visto que a participação das crianças nos estudos remete a uma valiosíssima fonte de informação sobre o contexto vivenciado por estes pacientes enquanto um ser biopsicossocial, que possibilita um direcionamento da assistência de enfermagem de forma mais precisa^(11,12).

A especialidade saúde da mulher foi bastante abordada entre os TCCs averiguados, sendo a gestação o assunto predominante entre os objetos de estudo. O predomínio de pesquisas com foco na mulher vem ganhando destaque entre as pesquisas atuais e este dado está atrelado ao fato de a população feminina ser considerada importante consumidora do Sistema Único de Saúde (SUS), em decorrência de sua maior vulnerabilidade a problemas de saúde. Contudo, vale salientar que a saúde da mulher contempla as mais diversas ações de saúde, incluindo não apenas tópicos relacionados à gestação, mas também conteúdos que envolvem o planejamento reprodutivo, o climatério, a atenção a mulheres expostas a violên-

Tabela 3 – Metodologia adotada nos TCCs apresentados no Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Veiga de Almeida - Cabo Frio entre 2010 e 2017. Cabo Frio, RJ, Brasil, 2018.

METODOLOGIA	N	%
Tipo de Estudo		
Descritivo e exploratório	130	81,2
Descritivo	11	6,9
Revisão de literatura	19	11,9
Abordagem metodológica		
Qualitativa	126	78,7
Quantitativa	23	14,4
Quanti-Qualitativa	11	6,9

Quando a relação docente-discente é pautada no exercício mútuo do processo educativo, é possível construir um profissional preparado para enfrentar a complexidade das necessidades sociais⁽²²⁾.

cia sexual e doméstica, e a prevenção de neoplasia feminina mais incidentes nesta população^(6,13,14).

Neste levantamento foi percebido que o estudo sobre as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) esteve presente de forma significativa entre a temática de saúde coletiva, demonstrando a busca pelo conhecimento acerca da prevenção relacionada a esta condição de saúde. As DCNT contemplam um conjunto de condições crônicas que normalmente estão associadas a múltiplas causas e se apresentam atualmente como umas das principais causas de mortalidade no Brasil^(15,16).

A especialidade urgência e emergência não representou um número expressivo entre os trabalhos realizados pelos discentes. Contudo, a assistência de saúde frente à esta clientela vem sendo tema central de diversos debates públicos^(17,18). Nessas unidades, a atuação de enfermagem se torna fundamental para melhoria da qualidade da assistência de saúde, porém demanda um vasto conhecimento por se tratar de necessi-

dades complexas, o que exige um aperfeiçoamento científico permanente⁽¹⁹⁾.

Embora as temáticas saúde do idoso e saúde do homem tenham sido as menos abordadas entre os TCCs, elas representam conjunturas importantes da saúde pública brasileira, constituindo-se como importantes focos de discussões científicas. Os TCCs enquadrados nesta temática tiveram, em sua maioria, o embasamento em ações de promoção da saúde, o que é extremamente válido, visto que este tipo de abordagem pode favorecer o desenvolvimento de projetos e intervenções em saúde pública para esta população, levando os profissionais de saúde a atuarem de forma mais assertiva⁽²⁰⁾.

O enfoque da administração hospitalar na temática gestão reflete o princípio de que as universidades devem instrumentalizar os futuros enfermeiros para o desenvolvimento dos saberes acerca da gerência do cuidado no contexto hospitalar. Tal prática está relacionada à qualidade assistencial à medida que favorece estratégias para o atendimento das necessidades da população de forma efetiva⁽²¹⁾.

A temática ensino em pesquisa teve quase em sua totalidade discussões com o objeto voltado aos saberes e percepções dos discentes adquiridos no decorrer do Curso de Graduação. Isso é de extrema relevância, visto que o conhecimento acerca dos conceitos absorvidos pelos alunos permite uma avaliação da abordagem adotada pelos docentes. Quando a relação docente-discente é pautada no exercício mútuo do processo educativo, é possível construir um profissional preparado para enfrentar a complexidade das necessidades sociais⁽²²⁾.

A análise das metodologias adotadas entre os TCCs mostra uma prevalência dos estudos descritivos e exploratórios, assim como da abordagem qualitativa. Os estudos descritivos visam observar, registrar e descrever as características de um determinado fenômeno ocorrido em uma amostra ou população e permi-

tindo englobar situações específicas de uma situação e grupos, como também elucidar as relações entre diversos eventos. Este tipo de pesquisa é considerado, juntamente com as pesquisas exploratórias, o mais comumente utilizado pelos pesquisadores que buscam respostas da prática clínica e pode se apresentar de diversas maneiras, como documental, levantamentos, estudo de campo, desde que seja realizado a correlação entre duas variáveis⁽²³⁻²⁵⁾.

A pesquisa qualitativa tem sido amplamente empregada na área da saúde, sendo utilizada pelos mais variados profissionais e pesquisadores da área da saúde. O interesse neste tipo de abordagem metodológica está na sua capacidade de permitir entender problemas de pesquisas antes captados apenas por números⁽²⁶⁾. Além disso, a pesquisa qualitativa vai além de uma prática formal, ela representa uma atitude de constante busca, definindo um processo profundamente parcial e contínuo⁽²⁷⁾.

CONCLUSÃO

Os estudos dos acadêmicos de Enfermagem da Universidade Veiga de Almeida -Cabo Frio, entre os anos de 2010 e 2017 foram realizados principalmente entre as temáticas saúde do adulto, saúde da criança e do adolescente, e saúde da mulher. Tais temas devem ser cada vez mais encorajados entre os discentes, em virtude da importância científica que os cerca, porém, outros polos de investigação precisam ser incentivados, a fim de ampliar o foco de discussões científicas entre as mais variadas especialidades.

Assim, também os objetos de estudo precisam ser cada vez mais difundidos, reforçando junto aos alunos que em cada especialidade há uma gama desconhecida de problemas de pesquisa que merecem ser apurados com rigor metodológico e específico. Para tanto, é importante que os docentes estejam atentos às afinidades profissionais que os estudantes desenvolvem no decorrer do curso.

Que esta pesquisa sirva de base para outras investigações que busquem o aprimoramento do proces-

so ensino aprendizagem, a partir da valorização da pesquisa científica. Quando a formação profissional é

pautada na prática, juntamente com o saber científico, ela se torna mais completa e assertiva. ■

REFERÊNCIAS

1. Santos VC, Anjos KF, Almeida OS. A percepção de formandos sobre a pesquisa em enfermagem no curso de graduação. *Rev. Enferm UFSM*. 2013 Jan/Abril; 3(1):144-154.
2. Piexak DR, Barlem JGT, Silveira RS, Fernandes GFM, Lunardi VL, Backes DS. A percepção de estudantes da primeira série de um curso de graduação em enfermagem acerca da pesquisa. *Esc Anna Nery (impr.)*. 2013 jan-mar; 17 (1): 68 – 72.
3. Parecer CNE/CES nº1.133/2001, aprovado em 7 de agosto de 2001 (BR) [Internet]. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. *Diário Oficial da União*. 03 out. 2001 [acesso em 04 abr 2018]; Seção 1E, p. 131. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/ces1133.pdf>.
4. Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 14724: Informação e documentação, trabalhos acadêmicos, apresentação. Rio de Janeiro: ABNT; 2011.
5. Universidade Veiga de Almeida. Projeto Pedagógico do Curso de Enfermagem Bacharelado. Rio de Janeiro: s/a.
6. Camilo APT, Souza FEG, Araujo LHL de, Barbosa JAG. Tendências temáticas e metodológicas dos trabalhos de conclusão de curso de acadêmicos de enfermagem. *Enf, Enferm, Cent. O, Min*. 2015 set/dez; 5(3): 1722-1740.
7. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 466 de 12 de dezembro de 2012. [Internet]. 2012 [acesso em 18 mai 2018]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html.
8. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 581/2018. Atualiza, no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, os procedimentos para Registro de Títulos de Pós-Graduação Lato e Stricto Sensu concedido a Enfermeiros e aprova a lista das especialidades. Brasília; 2018.
9. Andrade SR, Piccoli T, Ruoffli AB, Ribeiro JC, Sousa FM. Fundamentos normativos para a prática do cuidado realizado pela enfermagem brasileira. *Rev Bras Enferm*. 2016 nov-dez; 69(6):1082-90.
10. Sousa MSM, Vieira LN, Carvalho SB, Monte NL. Os cuidados de enfermagem com os recém-nascidos na UTI. *Rev Saúde em Foco*. 2016 jan-jun; 3(1): 94-106.
11. Vasques RYC, Mendes-Castillo AMC, Bousso RS, Borghi CA, Sampaio PS. Dando voz às crianças: considerações sobre a entrevista qualitativa em pediatria. *Rev Min Enferm*. 2014 out-dez; 18(4): 1016-1020.
12. Santos PM, Silva LF, Depianti JRB, Cursino EG, Ribeiro CA. Os cuidados de enfermagem na percepção da criança hospitalizada. *Rev Bras Enferm*. 2016 jul-ago;69(4):646-53.
13. Mendesa CRA. Atenção à Saúde da Mulher na Atenção Básica: Potencialidades e Limites. *Ensaio Cienc., Cienc. Biol. Agrar. Saúde*. 2016; 20(2):65-72.
14. Ministério da Saúde (BR). *Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres/ Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília: Ministério da Saúde*, 2016.
15. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde*, 2013.
16. Malta DC, Bernal RTI, Lima MG, Araújo SSC, Silva MMA, Freitas MIF, et al. Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. *Rev Saude Publica*. 2017; 51 Supl 1:4s.
17. Jorge AO, Coutinho AAP, Cavalcante APS, Fagundes AMS, Pequeno CC, do Carmo M, et al. Entendendo os desafios para a implementação da rede de atenção às urgências e emergências no Brasil: uma análise crítica. *Divulgação em Saúde para Debate*. 2014; 52.
18. Torres SFS, Belisário SA, Melo EM. A rede de urgência e emergência da macrorregião norte de Minas Gerais: um estudo de caso. *Saúde soc*. 2015; 24(1): 361-373.
19. Formiga LMF, Gomes LCP, Oliveira EAR, Duailibe FT, Sousa LSN, Lima LHO. Atuação dos profissionais de enfermagem no serviço de emergência: um estudo descritivo. *Rev Enferm UFPI*. 2014 jan-mar; 3(1): 53-8.
20. Queiroz TS, Rehem TCMSB, Stival MM, Funghetto SS, Lima LR, Cardoso BG, Santos WS. Como homens idosos cuidam de sua própria saúde na atenção básica? *Rev Bras Enferm*. 2018; 71(Supl 1):599-606.
21. Soares MI, Camelo SHH, Resck ZMR, Terra FS. Saberes gerenciais do enfermeiro no contexto hospitalar. *Rev Bras Enferm*. 2016 jul-ago; 69(4):676-83.
22. Silva LAA, Soder RM, Schmidt SM, Noal HC, Arboit EL, De Marco VR. Arquétipos docentes: percepções de discentes de enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2016; 25(2):e0180014.
23. Severino AJ. *Metodologia do trabalho científico*. 2ª ed. São Paulo: Cortez; 2017.
24. Perovano DG. *Manual de Metodologia Científica*. Paraná: Editora Juruá; 2014.
25. Gama SAF, Nascimento IS, Gama ZAS. Subsunoçores da língua materna no ensino da língua espanhola para alunos iniciantes. *Revista Letras Raras*. 2015; 4(3).
26. Kerr LRFS, Kendall C. A pesquisa qualitativa em saúde. *Rev Rene*. 2013; 14(6):1061-3.
27. Minayo MCS, Guerreiro ICZ. Reflexividade como éthos da pesquisa qualitativa. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2014; 19(3):1103-1112.

A judicialização no sistema único de saúde: pesquisa integrativa

RESUMO

O estudo objetiva analisar as demandas judiciais que abordam a judicialização da saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A pesquisa integrativa foi realizada em 2017. Os resultados foram 13 produções emergindo duas categorias: a judicialização da saúde para obtenção dos produtos de saúde e a judicialização da saúde relacionada às demandas de gestão que visam alocação de recursos. Os procedimentos; medicamentos; tratamentos; exame; consulta geral e especializada; leitos de hospitais, inclusive CTI; e insumos estão entre os serviços de saúde não atendidos. Em relação à gestão, houve a citação de alocação de recursos, função e interligação entre os três poderes. A conclusão no âmbito do SUS é que as demandas judiciais são evidenciadas nas produções científicas, ao considerar que o indivíduo apela ao sistema judiciário para obter o que necessita para recuperar a saúde. Há de se pensar na reestruturação administrativa para atender as demandas da população.

DESCRITORES: Judicialização; Direito Sanitário; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

This study aims to analyze the judicial demands that address the health judicialization in the scope of the Unified Health System (SUS). Integrated research carried out in 2017. The results were 13 productions emerging two categories: the health's judicialization for obtaining the health products and the health judicialization relating to demands of management that aim at allocation of resources. The procedures, medicines; treatments; exam; consultation in general and specialized; beds of hospitals including CTI; and, inputs are among the health services not addressed. Regarding the management there was the citation of resources allocation, function and interconnection among the three branches of government. The conclusion in the scope of SUS is that judicial demands are evidenced in the scientific productions considering that the individual calls on the judiciary system to obtain that needs to recover the health. It must think on the administrative restructuring to meet the population's demands.

DESCRIPTORS: Health's Judicialization; Health Law; Unified Health System.

RESUMEN

El estudio objetiva analizar demandas judiciales que abordan la judicialización de la salud en el ámbito del Sistema Único de Salud (SUS). Pesquisa integradora realizada en 2017. Los resultados fueron 13 producciones emergiendo dos categorías: la judicialización de la salud para obtención de productos de salud y la judicialización de la salud relacionada a las demandas de gestión que visan asignación de recursos. Procedimientos; medicamentos; tratamientos; examen; consulta general y especializada; lechos de hospitales, inclusive CTI; y insumos están entre los servicios de salud no atendidos. Con relación a gestión, hubo la citación de asignación de recursos, función e interconexión entre los tres poderes. Se concluye en el ámbito del SUS que las demandas judiciales son evidenciadas en producciones científicas, considerando que el individuo pide al sistema judiciario para obtener lo que necesita para recuperar la salud. Tenemos que reflexionar sobre la reestructuración administrativa para atender demandas de la población.

DESCRIPTORES: Judicialización de la Salud; Derecho Sanitario; Sistema Único de Salud.

Raquel Marinho Chrizostimo

Advogada. Mestranda do Programa Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde – PACCS da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense. Membro do Núcleo de Estudo e Pesquisa em Cidadania e Gerência em Enfermagem da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense.

Zenith Rosa Silvino

Prof.^a Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Departamento de Fundamentos de Enfermagem e Administração/Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa – EEAAC/Universidade Federal Fluminense. Líder do Núcleo de Estudo e Pesquisa em Cidadania e Gerência em Enfermagem da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense.

Miriam Marinho Chrizostimo

Prof.^a Doutora em Ciências da Educação pela Universidad Nacional de Rosario (UNR), Rosario, Argentina. Departamento de Fundamentos de Enfermagem e Administração/Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa – EEAAC/Universidade Federal Fluminense. Líder do grupo de pesquisa formação e qualificação profissional: educação e saúde da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense.

Maritza Consuelo Ortiz Sanchez

Prof.^a Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Departamento de Fundamentos de Enfermagem e Administração/Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa – EEAAC/Universidade Federal Fluminense. Membro do grupo de pesquisa formação e qualificação profissional: educação e saúde da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense.

Maria Lelita Xavier

Prof.^a Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Membro do Núcleo de História do Departamento de Fundamentos de Enfermagem e Administração da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado de Rio de Janeiro.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é considerado como "conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos ou instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta das fundações mantidas pelo poder público, incluídas as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde"⁽¹⁾.

Dessa forma, as Leis n.º 8.080/90 e 8.142/90 dispõem que, em cada esfera de governo, a direção do SUS deve ser formada pelo órgão setorial do Poder Executivo e pelo Conselho de Saúde correspondente e que este tem responsabilidades, dentre elas: controlar a ocorrência de doenças, seu aumento e propagação; controlar a qualidade de medicamentos, exames, alimentos, higiene e adequação de instalações que atendem ao público, onde atua a vigilância sanitária^(1,2), que se configuram como direitos devidos à população.

O termo direito tem relação direta com o comportamento dos homens dentro da sociedade e está correlacionado com o contexto de regras para o convívio no âmbito social. Assim, do direito sanitário emerge a obrigação do Estado para o alcance do propósito do SUS, política que se propõe qualificar as condições humanas, tendo como proposta o acesso integral, universal e gratuito para a população do país. Os di-

reitos sociais são aqueles que garantem aos indivíduos condições materiais imprescindíveis para pleno gozo dos seus direitos, por isso tendem a exigir do Estado intervenção na ordem social que assegure os critérios de justiça distributiva⁽³⁾.

Deste modo, estes direitos são considerados fundamentais, são direitos ou posições jurídicas subjetivas asseguradoras de um campo próprio de ação e livre, com o estabelecimento de abstinência ou limitação à atividade estatal ou privada, ou ocasionador da possibilidade, decorrente de sua titularidade, de exigir prestações positivas do Estado⁽⁴⁾.

A Constituição Federal de 1988 criou o SUS, que foi regulamentado pelas Leis n.º 8.080/90 e 8.142/90, com a intenção da população ter acesso ao direito à saúde. O SUS surgiu com o fim de modificar a situação de desigualdade na assistência à saúde, através da obrigatoriedade do atendimento público a qualquer indivíduo, com proibição de cobrança de quaisquer valores pelo serviço prestado^(1,2,5).

Portanto, destaca-se que, grande parte dos problemas que assolam o SUS decorre do modelo hospitalocêntrico, resultado da desordem histórica do modelo de atenção à saúde. Em consequência, as unidades de saúde, inclusive os hospitais universitários, laboratórios, hemocentros, fundações e institutos de pesquisa que o integram, encontram dificuldades para ordenar o acesso aos usuários com relação aos serviços e aos produtos de saúde.

Com isso, visando atender às pesso-

as em seus direitos no que diz respeito às consultas, aos exames, às internações e aos tratamentos, o SUS busca no setor privado a complementaridade destes serviços, através de contratação e convênios. Ou seja, a participação do setor privado pode causar estranheza, no entanto, ocorre devido às situações de insuficiência das unidades públicas de assistência à saúde em relação ao atendimento à população.

Mesmo com a participação do setor privado, o SUS, em muitos casos, fica impossibilitado de prestar serviço aos usuários. Desta forma, como os conflitos não podem ser resolvidos na esfera administrativa, os interessados buscam o Poder Judiciário para solucionar seus problemas.

Nesse contexto, fica a cargo dos juízes fazer valer os direitos dos usuários, no que concerne às demandas de fornecimento de remédios, tratamentos, cirurgias, internações, dentre outros procedimentos terapêuticos. Portanto, o judiciário fica com excesso de ações vinculadas ao tema saúde, o que pode ser denominado "judicialização da saúde".

De tal modo, a busca se desenvolve com intuito da investigação sobre a judicialização da saúde entendida como a procura do judiciário como uma última alternativa para o alcance do medicamento ou tratamento, ora negado pelo SUS ou pelo sistema privado, seja por falta de previsão de estoque, seja por questões orçamentárias, pois não consegue efetivar a contento a proteção do direito fundamental⁽⁶⁾.

É importante destacar que, para resolver demandas referentes à saúde, o julga-

dor adentra em um domínio que foge ao seu conhecimento técnico. Desta forma, para solucionar os problemas que envolvem prestação de serviços e produtos de saúde, seria adequado a reestruturação administrativa do setor, tendo em vista ser esta a esfera responsável.

Desta maneira, este trabalho ocorre em função de existirem dados de que a população brasileira, em 2017, estava com aproximadamente 208.858.014⁽⁷⁾ e 47.303.952⁽⁸⁾ beneficiários em planos privados de saúde com assistência médica com ou sem odontologia, com cobertura no Brasil, até setembro do referido ano^(8,9). Enfatiza-se que, 161.554.062 são usuários do SUS. Cabe lembrar que, os beneficiários de planos de saúde também podem utilizar o serviço do SUS, o que aumenta o quantitativo de usuários.

O direito destes usuários pode ser facilmente descumprido, embora a população tenha começado a despertar para buscar solução para o desrespeito junto ao Poder Judiciário. Os profissionais da Área da Saúde precisam entender os meandros legais que envolvem o direito à saúde, que é essencial e assegurado constitucionalmente, e a existência da garantia plena ao usuário, que, quando é dificultada, prejudica a sociedade como um todo.

Frente à temática que abrange a judicialização da saúde, sabe-se que o direito sanitário é o "estudo interdisciplinar que permite aproximar conhecimentos jurídicos e sanitários. O termo designa também o conjunto de normas jurídicas que define os meios de concretizar o direito à saúde". E, o direito constitucional é o "conjunto de normas e princípios jurídicos fundamentais na constituição de um estado"⁽⁶⁾.

Ao tomar por base o objeto do estudo, a judicialização da saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, buscou-se nas produções científicas os entraves quanto ao direito à saúde, no que diz respeito à falta de acesso dos usuários aos produtos e aos serviços. Deste modo, questiona-se: Quais são as demandas judiciais que abordam a judicialização da saúde no âmbito do SUS evidenciadas nas produções científicas? E tem-se por objetivo analisar as demandas

judiciais que abordam a judicialização da saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde evidenciadas nas produções científicas.

METODOLOGIA

Trata-se de revisão integrativa da literatura realizada no mês de outubro de 2017, estruturada em oito etapas: 1) identificação do tema e formulação da questão norteadora; 2) estabelecimento dos critérios para inclusão e exclusão dos estudos; 3) definição das bases de dados da pesquisa; 4) definição dos recursos da busca bibliográfica; 5) definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados; 6) avaliação dos estudos incluídos; 7) interpretação dos resultados; 8) apresentação da revisão⁽¹⁰⁾. A identificação do tema judicialização da saúde foi baseado no direito sanitário e a formulação da questão norteadora se deu a partir da observação das infrações decorrentes da utilização dos serviços oferecidos pelo SUS, qual seja: Quais são as demandas judiciais que abordam a judicialização da saúde no âmbito do SUS evidenciadas nas produções científicas?

Foram incluídos: artigos com assuntos principais de defesa do consumidor, acesso aos serviços de saúde, SUS, direito sanitário e direito à saúde; nos idiomas português, inglês e espanhol; com recorte temporal de 2012 a 2017; textos completos de artigos disponíveis online nas bases de dados, com os descritores selecionados que atendam ao objeto de pesquisa. Foram excluídos: resumos; produções científicas diferentes de artigos científicos, tais como: dissertações, monografias e teses; duplicata de artigos em base de dados; e artigos sem metodologia clara.

Os dados foram coletados no Portal da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Coleção Nacional das Fontes de Informação do Sistema Único de Saúde (Coleção SUS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF - Enfermagem), CidSaúde - Cidades saudáveis, SESSP-IS-

PROD, HISA - História da saúde, Index Psicologia - Periódicos técnico-científicos, Centro Nacional de Informação de Ciências Médicas de Cuba (CUMED). A definição dos recursos da busca bibliográfica se deu pela seleção dos descritores indexados "Judicialização da Saúde", "Direito Sanitário", "Sistema Único de Saúde" e "Direito Constitucional".

Com a utilização do operador booleano AND:

1. (tw:(judicialização da saúde)) AND (tw:(sistema único de saúde)) AND (instance:"regional") AND (mj:("Direito à Saúde" OR "Sistema Único de Saúde" OR "Acesso aos Serviços de Saúde" OR "Direito Sanitário" OR "Saúde Suplementar")) AND year_cluster:("2014" OR "2015" OR "2012" OR "2013" OR "2016" OR "2017") AND type:("article")), apresentam-se 13 (treze) produções científicas;

2. (tw:(sistema único de saúde)) AND (tw:(direito constitucional)) AND (instance:"regional") AND (mj:("Sistema Único de Saúde" OR "Direito à Saúde" OR "Acesso aos Serviços de Saúde")) AND year_cluster:("2013" OR "2012" OR "2014" OR "2017" OR "2015" OR "2016") AND type:("article")) sendo todas refutadas, o que totalizou 0 (zero) produções científicas;

3. (tw:(direito sanitário)) AND (tw:(direito constitucional)) AND (instance:"regional") AND (mj:("Direito à Saúde" OR "Direito Sanitário" OR "Sistema Único de Saúde" OR "Acesso aos Serviços de Saúde")) AND year_cluster:("2013" OR "2012" OR "2015" OR "2014" OR "2016" OR "2017") AND type:("article")). Com 0 (zero) produções científicas.

Esta estratégia permitiu a definição das produções científicas selecionadas, quais sejam, os artigos, autores e base de dados. As produções científicas foram identificadas com as letras "PC" e por números "1", tal como: PC 1 - Produção Científica 1, PC 2 - Produção Científica 2, e por diante; número de produções científicas encontradas, bem como as demandas judiciais encontradas nos artigos (Quadro 1). Assim, o tratamento dos dados foi realizado por categorização.

RESULTADOS

Emergiram das produções científicas duas categorias: Judicialização da saúde para obtenção dos produtos de saúde e a Judicialização da saúde relacionada às demandas de

gestão que visam alocação de recursos.

Com a categorização, observou-se coerência na pesquisa, pois para obter o produto de saúde, há necessidade de alocação de recursos, função clara e objetiva do governo, pela interligação das esferas municí-

pais, estaduais e federal.

Dentre os achados, obteve-se o total de 38 (trinta e oito) artigos. Aplicados os critérios de inclusão e exclusão, foram subtraídos 25 (vinte e cinco), restando 13 produções, que seguem descritas no Quadro 1.

Quadro 1. Produções científicas selecionadas por autores e base de dados. Niterói, RJ, Brasil, 2017

ARTIGO	AUTORES	BASE
PC 1	Silva Junior, Geraldo Bezerra da; Dias, Eduardo Rocha(11)	LILACS
PC 2	Asensi, Felipe; Pinheiro, Roseli(12)	LILACS
PC 3	Oliveira, Luciano Moreira de; Milagres, Marcelo de Oliveira; Andrade, Eli Iola Gurgel(13)	LILACS
PC 4	Machado, Teresa Robichez de Carvalho(14)	LILACS
PC 5	Gomes, Fernanda de Freitas Castro; Cherchiglia, Mariângela Leal; Machado, Carlos Dalton; Santos, Viviane Cristina dos; Acurcio, Francisco de Assis;Andrade, Eli Iola Gurgel(15)	LILACS
PC 6	Aith, Fernando; Dallari, Sueli Gandolfi; Nascimento, Paulo Roberto do; Bujdoso, Yasmim(16)	LILACS
PC 7	Wang, Daniel Wei L; Vasconcelos, Natália Pires de; Terrazas, Fernanda Vargas; Oliveira, Vanessa Elias de(17)	LILACS
PC 8	Carvalho, Eloá Carneiro; David, Helena Maria Scherlowski Leal(18)	LILACS
PC 9	Leite, Silvana Nair; Schaefer, Cristine; Fittkau, Kelly(19)	LILACS
PC 10	Boing, Alexandra; Bloemer, Neusa Sens; Roeler, Cláudia; Fernandes, Simone(20)	CidSaúde
PC 11	Oliveira, Renan Guimarães de; Souza, AutalselinaStephan(21)	Coleciona SUS
PC 12	Ramos, Raquel de Souza; Gomes, Antonio MarcosTosoli(22)	BDEFN
PC 13	Cabral, Ildelisa; Rezende, Laura Ferreira de(23)	LILACS

artigo

Chrizostimo, R.M.; Silvino, Z.R.; Chrizostimo, M.M.; Sanchez, M.C.O.; Xavier, M.L.;
Ajudicialização no sistema único de saúde: pesquisa integrativa

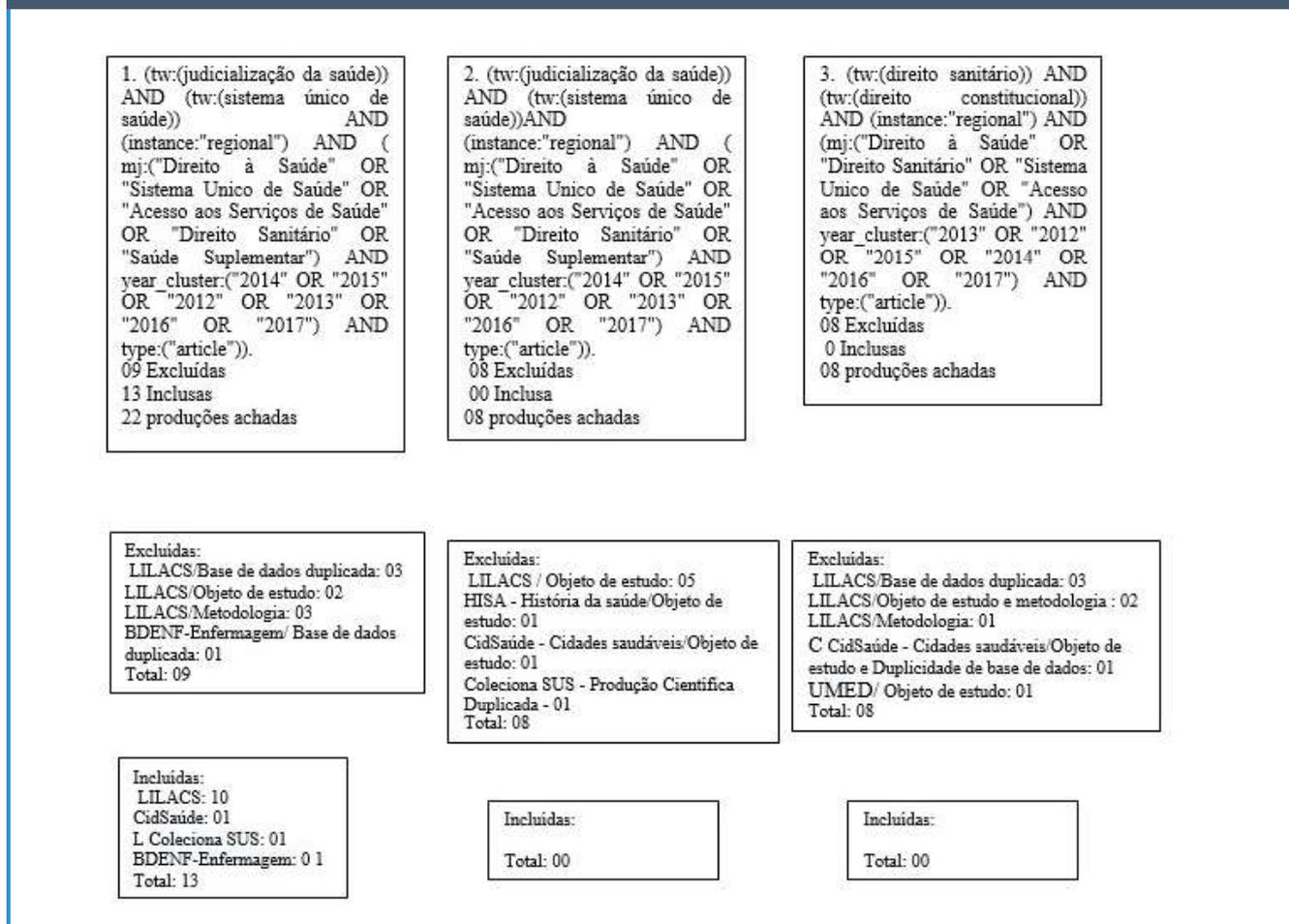
Assim, representa-se na Figura 1 o caminho metodológico em suas etapas, na busca pelas produções científicas relacionadas ao eixo da pesquisa: Judicialização da saúde.

Nas produções selecionadas foram evi-

denciadas as demandas judiciais, as quais estão relacionadas com procedimento; medicamentos; tratamentos; exames; consultas em geral e especializadas; leitos hospitalares e insumos; alocação de recursos; e

função e interligação entre os três poderes, respondendo o questionamento: Quais as demandas judiciais que abordam a judicialização da saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde? (Quadro 2).

Figura 1. Representação dos achados da pesquisa no Portal da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Niterói, RJ, Brasil, 2017



Quadro 2. As demandas judiciais encontradas nos artigos. Niterói, RJ, Brasil, 2017

TIPOS	
SERVIÇO DE SAÚDE	GESTÃO
Procedimento	Alocação de recursos
Medicamentos	Função e Interligação entre os três poderes
Tratamentos	
Exame	
Consulta em geral e especializada	
Leitos de hospitais (inclusive CTI)	
Insumos	

DISCUSSÃO

As demandas judiciais no âmbito do SUS evidenciadas nas produções científicas demonstram que o indivíduo recorre ao sistema judiciário para conseguir o que precisa para recuperar a saúde no âmbito dos serviços de saúde e da gestão^(11,23).

No que diz respeito ao serviço e aos produtos de saúde, observou-se que estão separados em: procedimentos; medicamentos; tratamentos; exame; consulta em geral e especializada; leitos de hospitais, inclusive de Centro de Tratamento Intensivo (CTI); e, insumos. Em relação à gestão, houve a citação de alocação de recursos, função e interligação entre os três poderes. Importante ressaltar que, tanto os produtos como os serviços de saúde necessitam de alocação de recursos, função clara, objetiva e interligação entre as três esferas de governo com relação às atribuições que competem a cada uma delas e que garantam a saúde da população.

Entretanto, as produções mostram que a cobertura é deficiente e existem problemas sérios de gestão. A população não atendida nas suas reais necessidades de saúde recorre ao sistema judiciário para ter acesso aos serviços para recuperar a saúde, o que faz perceber que essas decisões judiciais causam impacto à gestão de governo, por considerar os custos das demandas judiciais e dos serviços a serem atendidos.

As Secretarias de Saúde das diferentes esferas governamentais, que representam o SUS, por meio de solicitações de fornecimento de medicamentos, insumos e tratamentos médicos para os usuários que necessitam desses produtos, têm que providenciar os atos administrativos, muitas vezes caros, tais como processos licitatórios para atender a ordem judicial⁽²⁰⁾.

Constata-se que, os indivíduos buscam no sistema de saúde solução de seus problemas, porém, frequentemente, se deparam com a negativa de direitos constitucionalmente assegurados, o que

traz um novo ponto de vista importante para a discussão do termo, o de que a judicialização decorre de um direito social negado, sendo, neste estudo, o direito à saúde⁽¹⁷⁾.

O judiciário tem sido receptivo às demandas individuais que pleiteiam a concessão de medicamentos, insumos e tratamentos de Saúde pelo SUS⁽¹⁶⁾. Para o Estado efetivar o direito à vida precisa implementar políticas públicas com democracia, o que não cabe ao ordenamento jurídico determinar o seu conteúdo, mas compete ao direito enunciar princípios interpretativos, dispondo sobre sua tutela, por meio de liberdade e garantias que as assegurem⁽¹⁹⁾.

Reflete-se, ainda, sobre os serviços de saúde e as demandas judiciais com relação ao envelhecimento da população e a elevada prevalência de doenças que exigem tratamento contínuo e oneroso⁽¹⁶⁾, visto que há na legislação um arcabouço jurídico que contempla os aspectos fundamentais do amparo do indivíduo de forma genérica quanto aos direitos sociais por excelência, e quanto ao direito à saúde, entre outros aspectos.

Com estes pressupostos, sabe-se que os direitos sociais buscam a qualidade de vida dos indivíduos, no entanto, apesar de estarem interligados entre si, se faz necessário ressaltar e distinguir as diferenças entre direitos sociais e direitos individuais.

Portanto, os direitos sociais, como dimensão dos direitos fundamentais do homem, são prestações ajustadas pelo Estado direta ou indiretamente, emitidas em normas constitucionais, que aprovam condições de vida adequadas aos que precisam de direitos que tendem a realizar a equidade social aos desiguais, logo, são direitos que se ligam ao direito de igualdade. Os direitos sociais estão sujeitos à atuação do Estado, razão pela qual parte dessas normas é de eficácia limitada. Ainda, defendem como conjectura o usufruto dos direitos individuais na medida em que cria condições materiais propícias ao aferimento da identidade real, o que, por sua

vez, harmoniza a condição conjugada com o exercício efetivo da liberdade. A Constituição Federal de 1988⁽⁵⁾ teve preocupação especial quanto aos direitos sociais do brasileiro, quando estabeleceu os dispositivos que assegurassem ao cidadão o básico necessário para a sua existência digna e para que tenha condições de trabalho e emprego.

Quanto à judicialização e às demandas relacionadas às questões de gestão, percebe-se que a saúde é direito social do cidadão brasileiro, contudo, somente a partir do século XX, com o surgimento da Organização Mundial de Saúde (OMS), é que foi definida como o complexo do bem-estar físico, mental e social, e não somente como a ausência de doenças ou agravo, bem como é reconhecida como um dos direitos fundamentais de cada ser humano, seja qual for sua condição social ou econômica, crença religiosa ou política⁽²⁴⁾.

Cabe aqui ressaltar que há um conjunto de atos normativos que disciplina as questões mencionadas, que objetiva o funcionamento adequado do SUS, que se estrutura com base em princípios, quais sejam: da saúde como direito; da unidade do sistema SUS; da integralidade do atendimento; da preservação da autonomia das pessoas; do direito à informação às pessoas assistidas; da igualdade; da participação da comunidade; da solidariedade no financiamento, ou da diversidade da base de financiamento; da vinculação de recursos orçamentários; da ressarcibilidade ao SUS; da prevenção ou precaução; da beneficência; do não retrocesso; e da justiça.

A gestão do SUS tem duas modalidades de participação popular, as Conferências e os Conselhos de Saúde, que estão previstos na Lei n.º 8.142/1990⁽²⁾. Já o controle, é exercido por órgãos internos e externos, além do Sistema Nacional de Auditoria (SNA), previsto no Art. 16, XIX da Lei n.º 8.080/1990⁽¹⁾ e no Art. 6º da Lei n.º 8.689/1993⁽²⁵⁾, organizado junto à direção do SUS.

As entidades privadas com ou sem fins lucrativos que a respectiva direção

do SUS tiver celebrado contrato ou convênio sofrerão controle, avaliação e auditoria pelos órgãos do Sistema Nacional de Auditoria (SNA). Ou seja, as atividades de controle de execução, para averiguar consonância com os padrões, auditoria de regularidade dos procedimentos praticados por pessoas naturais e jurídicas, por exame analítico e pericial e a avaliação da estrutura, dos processos aplicados e dos resultados alcançados, para conseguir ajustamento aos critérios e parâmetros exigidos de eficiência, eficácia e efetividade, referentes às ações e serviços desenvolvidos no âmbito do SUS.

Para conseguir adequação aos critérios e parâmetros exigidos de eficiência, eficácia e efetividade, referentes às ações e serviços desenvolvidos no âmbito do SUS, concorda-se com Tomaschewski-Barlem (2017), tendo em vista que há possibilidade de realizar enfrentamentos em ambientes de trabalho que culminem em potenciais benefícios aos pacientes⁽²⁶⁾.

Sendo assim, os profissionais de saúde, os gestores e a comunidade devem trabalhar em conjunto para que a participação popular seja cada vez mais voltada para a fiscalização, nos Conselhos Municipais de Saúde, com relação aos serviços prestados à sociedade.

CONCLUSÃO

No âmbito do SUS, as demandas judiciais são evidenciadas nas produções científicas, ao considerar que o indivíduo apela ao sistema judiciário para obter o que necessita para recuperar a

saúde, assim como evidencia o conhecimento sobre as demandas judiciais decorrentes da infração dos direitos do usuário que utiliza o SUS. Os procedimentos; medicamentos; tratamentos; exame; consulta em geral e especializada; leitos de hospitais inclusive CTI; e insumos estão entre os serviços de saúde não atendidos. Em relação à gestão, houve a citação de alocação de recursos, função e interligação entre os três poderes.

A falta de acesso dos usuários aos serviços de saúde é de responsabilidade do Poder Executivo, este deve favorecer o acesso independente do usuário ter vinculação direta ao plano de saúde ou ao SUS, ao considerar os princípios da universalidade, integralidade e equidade.

Para resolução da questão do acesso, há de se pensar na reestruturação administrativa para atender de forma adequada as demandas da população. Deste modo, os processos judiciais decorrentes dos serviços não atendidos seriam utilizados para os casos que realmente fossem necessários e, naturalmente, esses seriam em número condizente aos problemas que mereceriam de fato sua abertura.

Ocorre que, embora estruturado com a finalidade de atender a população de forma igualitária, o SUS apresenta diversos problemas demonstrados pelas filas, atendimento deficiente, ausência de leitos, exames, médicos e medicamentos. No entanto, há profissionais que atuam na defesa do indivíduo, mas que enfrentam barreiras diante do exercício profissional, baseada na própria organização das instituições de saúde e

nas relações de poder entre as equipes multiprofissionais, o que leva ao desafio das equipes atuarem com sabedoria e com consciência. É preciso destacar que os referidos entraves não surgiram com o SUS, são resultado da desordem histórica do modelo de atenção à saúde, centrado na assistência hospitalocêntrica.

Diante dos obstáculos com relação ao acesso da população à saúde apresentados neste estudo, verifica-se que os dados se transformaram em informação. O direito à saúde, que é essencial, assegurado constitucionalmente e garantido como pleno direito do indivíduo pode ser dificultada, o que prejudica a sociedade. Assim sendo, o direito à saúde é reconhecido como um direito originário à prestação, tendo em vista a sua característica de direito subjetivo exprimindo a prestação material para proteção da qualidade de vida, isso posto, é consubstanciado em uma exigência inderrogável de qualquer Estado que exprime nos seus pilares básicos a dignidade da pessoa humana e justiça social. O dever do Estado, em relação à saúde, é impreterivelmente a pilastra positiva da relação com o cidadão possuidor de direito. Se as pessoas com problemas de saúde se deparassem com a administração pública estruturada, capaz de apresentar soluções, não teriam necessidade de procurar o judiciário, o que colaboraria para reduzir o número de demandas repetitivas. O Estado se organizaria para efetivar o direito à saúde, seja pela prevenção, seja pela recuperação do sistema de saúde, que funcionaria de forma a atender as reais necessidades da sociedade. ■

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Lei nº. 8080, de 19 de setembro de 1990. Presidência da República. Diário Oficial da União 20 set 1990.
2. Brasil. Lei nº. 8142, de 28 de dezembro de 1990. Presidência da República. Diário Oficial da União 31 dez 1990.
3. Pessoa EA. A Constituição Federal e os Direitos Sociais Básicos ao Cidadão Brasileiro. Âmbito Jurídico [Internet]. 2011 jun [Cited 18 ago 2015]; XIV(89). Available from: http://www.ambitojuridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=9623.

ambitojuridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=9623.

4. Silva Junior NN. Segunda dimensão dos direitos fundamentais. Âmbito Jurídico [Internet]. 2010 mar [Cited 18 ago 2015]; XIII(74). Available from: http://www.ambitojuridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=7433.

REFERÊNCIAS

5. Brasil. Constituição (1988). Constituição a República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
6. Silva, LC. Judicialização da saúde: em busca de uma contenção saudável. Âmbito Jurídico [Internet]. 2013 mai [Cited 10 mar 2018]; XVII(112). Available from: http://www.ambitojuridico.com.br/site/n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=13182&revista_caderno=9.
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Estimativas de População. [Cited 20 ago 2015]. Available from: www.ibge.gov.br/estatisticasnovportal/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html?=&t=destaques.
8. Agência Nacional de Saúde Suplementar [Internet]. Cadastro de Operadoras/ANS/MS – 09/2017 e Sistema de Informações de Beneficiários/ANS/MS - 09/2017. [Cited 10 mar 2018]. Available from: <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>.
9. Agência Nacional de Saúde Suplementar [Internet]. Sistema de Informações de Beneficiários/ANS/MS - 09/2017. [Cited em 10 mar 2018]. Available from: <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais>.
10. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *TextoContextoEnferm* [Internet]. 2008 [Cited 18 Ago 2015]; 17(4):758-64. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>.
11. Silva Junior GB, Dias ER. Avaliação da satisfação dos usuários de um serviço de saúde público-privado no nordeste do Brasil e a judicialização da saúde. *Rev. direito sanit.* [Internet]. 2016 Jul-Out [Cited 10 mar 2018]; 17(2): 13-29. Available from: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v17i2p13-29>.
12. Asensi F, Pinheiro R. Judicialização da saúde e diálogo institucional: a experiência de lages (SC). *Rev. direito sanit.* [Internet]. 2016 Jul.-Out [Cited 10 mar 2018]; 17(2): 48-65. Available from: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v17i2p48-65>.
13. Oliveira LM, Milagres MO, Andrade EIG. Ministério público e políticas de saúde: implicações de sua atuação resolutiva e demandista. *Rev. direito sanit.* [Internet]. 2015 [Cited 10 mar 2018]; 15(3):142-61. Available from: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v15i3p142-161>.
14. Machado TRC. Judicialização da saúde: analisando a audiência pública no Supremo Tribunal Federal. *Rev. bioét. (Impr.)* 2014 Set-Dez; 22(3): 561-68.
15. Gomes FFC, Cherchiglia ML, Machado CD; Santos VC; Acurcio FA, Andrade EIG. Acesso aos procedimentos de média e alta complexidade no Sistema Único de Saúde: uma questão de judicialização. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2014 Jan [Cited 10 mar 2018]; 30(1): 31-43. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2014000100031&script=sci_abstract&tlng=pt.
16. Aith F, Dallari SG, Nascimento PR, Bujdoso Y. Os princípios da universalidade e integralidade do SUS sob a perspectiva da política de doenças raras e da incorporação tecnológica. *Rev. direito sanit.* [Internet]. 2014 [Cited 10 mar 2018]; 15(1): 10-39. Available from: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v15i1p10-39>.
17. Wang DWL, Vasconcelos NP, Terrazas FV, Oliveira VE. Os impactos da judicialização da saúde no município de São Paulo: gasto público e organização federativa. *Rev. adm. pública* [Internet]. 2014 [Cited 10 mar 2017]; 48(5): 1191-206. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-76122014000500006&script=sci_abstract&tlng=pt.
18. Carvalho, EC; David, HMSL. Judicialization of health problem and solution: issues for nursing. *UERJ Nursing Journal* [Internet]. 2013 Oct-Dec [Cited 10 mar 2018]; 21(4):546-50. Available from: <http://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/10015/8134>.
19. Leite SN, Schaefer C, Fittkau K. Judicial litigations and social welfare: access to medicines in two towns in the Santa Catarina State, Brazil. *Acta sci., Health sci* [Internet]. 2012 Jan-Dec [Cited 10 mar 2018]; 34(Special Edition): 295-301. Available from: <http://dx.doi.org/10.4025/actascihealthsci.v34i0.10084>.
20. Boing A, Bloemer NS, Fernandes S, Roeler C. A judicialização do acesso aos medicamentos em Santa Catarina: um desafio para gestão do sistema de saúde. *Rev. direito sanit.* [Internet]. 2013 Mar-Jun [Cited 10 mar 2018]; 14(1): 82-97. Available from: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v14i1p82-97>.
21. Oliveira RG, Souza AIS. O perfil das demandas judiciais por direito à saúde pública do município de Leopoldina-MG Gerais. *Rev. Saúde Pública SUS MG* [Internet]. 2014 Jul-Dez [Cited 10 mar 2018]; 2(2): 35-45. Available from: <http://pesquisa.bvsalud.org/sus/resource/pt/sus-31010>.
22. Ramos RS, Gomes AMT. A judicialização da saúde pública no Brasil: um estudo de representações sociais. *Rev. Cuid.* [Internet]. 2014 Jul-Dez [Cited 10 mar 2018]; 5(2): 827- 36. Available from: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v5i2.124>.
23. Cabral I, Rezende LF. Análise das ações judiciais individuais para fornecimento de medicamentos em São João da Boa Vista. *Rev. direito sanit.* [Internet]. 2015 [Cited 10 mar 2018]; 16(1): 59-77. Available from: <http://pesquisa.bvsalud.org/sus/resource/pt/lil-771433>.
24. Organização Mundial de Saúde. Constituição da Organização Mundial de Saúde. Nova Iorque: OMS/WHO. 22 de julho de 1946.
25. Brasil. Lei nº. 8689 de 27 de julho de 1993, Presidência da República. Diário Oficial da União 28 jul 1993.
26. Tomaschewski-Barlem JG, Lunardi VL, Barlem ELDS, Silveira RS, Ramos AM, Piexak DR. Advocacia do paciente na enfermagem: barreiras, facilitadores e possíveis implicações. *Texto contexto - enferm.* [Internet]. 2017 [Cited 29 mai 2018]; 26(3):e0100014. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000300601&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017000300601>.

Condições de saneamento básico na fronteira Puerto Quijarro (Bolívia) e Corumbá (Brasil) e impactos sobre a saúde

RESUMO

Objetivo: avaliar as condições de saneamento básico no município de Corumbá, estado de Mato Grosso do Sul (Brasil) e Puerto Quijarro (Bolívia) e o impacto na saúde da população fronteiriça. Método: Tratou-se de uma pesquisa exploratória e descritiva, com aplicação de questionário semiestruturado a 50 moradores do bairro Cervejaria (Corumbá) e 49 da Vila Comercial (Puerto Quijarro). Resultados: A totalidade dos domicílios visitados estava interligada ao abastecimento de água no bairro Cervejaria, 41% na Vila Comercial e mais de 90% utilizava o serviço público de coleta de lixo, em ambas as localidades. No bairro Cervejaria, 98% dos domicílios fazia uso de fossas sépticas e, na Vila Comercial, 86%. Conclusão: A visita aos domicílios em Corumbá e Puerto Quijarro permitiu conhecer a realidade de famílias, identificando determinantes do processo saúde-doença e possibilitando o fornecimento de dados para o poder público na tomada de decisões de políticas públicas de saúde.

DESCRITORES: Saneamento Urbano; Saúde; Áreas de Fronteira.

ABSTRACT

Objective: evaluate the basic sanitation conditions in the municipality of Corumbá, State of Mato Grosso do Sul (Brazil) and Puerto Quijarro (Bolivia), and the health impact of the border population. Method: This was an exploratory and descriptive research, with a semi-structured questionnaire applied to 50 residents of the Cervejaria neighborhood (Corumbá) and 49 of the Commercial Village (Puerto Quijarro). Results: The total number of households visited was linked to water supply in the Cervejaria neighborhood and 41% in the Commercial Village, and more than 90% used the public garbage collection service in both locations. In the Cervejaria neighborhood, 98% of the households used septic tanks and, in the Commercial Village, 86%. Conclusion: The visit to the households in Corumbá and Puerto Quijarro allowed us to know the reality of families, identifying determinants of the health-disease process and making it possible to provide data to the public power in the decision-making of public health policies.

DESCRIPTORS: Urban Sanitation; Health; Border Areas.

RESUMEN

Objetivo: evaluar las condiciones de saneamiento básico en el municipio de Corumbá, estado de Mato Grosso do Sul (Brasil) y Puerto Quijarro (Bolívia) y el impacto en la salud de la población fronteriza. Método: Se trata de una investigación exploratoria y descriptiva, con aplicación de cuestionario semiestruturado a 50 habitantes del barrio Cervejaria (Corumbá) y 49 de la Villa Comercial (Puerto Quijarro). Resultados: La totalidad de los domicilios visitados estaba interconectada al abastecimiento de agua en el barrio Cervejaria y el 41% en Vila Comercial y más del 90% utilizaban el servicio público de recolección de basura, en ambas localidades. En el barrio Cervejaria, el 98% de los domicilios hacían uso de fosas sépticas y, en la Villa Comercial, el 86%. Conclusión: La visita a los domicilios en Corumbá y Puerto Quijarro permitió conocer la realidad de familias, identificando determinantes del proceso salud-enfermedad y posibilitando el suministro de datos para el poder público en la toma de decisiones de políticas públicas de salud.

DESCRIPTORES: Saneamiento Urbano; Salud; Áreas de Frontera.

Joice Barbosa Batista

Enfermeira pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Campus de Três Lagoas (CPTL). Mestre em Estudos Fronteiriços, área de concentração Saúde na População de Fronteira, pela UFMS, Campus do Pantanal (CPAN).

Sonia Regina Jurado

Doutora em Fisiopatologia em Clínica Médica, Professora Associada IV da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS) no curso de Enfermagem, Campus de Três Lagoas (CPTL). Autor Correspondente

INTRODUÇÃO

A fronteira da Bolívia com Corumbá, Estado do Mato Grosso do Sul (Brasil) tem uma extensão de 386 km de fronteira seca. O primeiro núcleo urbano é Arroyo Concepción (seção municipal de Puerto Quijarro) a cinco quilômetros, com o acesso diário entre as cidades dos dois países naquela fronteira. As seções municipais de Puerto Quijarro e Puerto Suárez fazem divisa com Corumbá e compõem a Província Germán Busch, uma das 15 províncias do Departamento de Santa Cruz que tem a segunda maior população da Bolívia com 2.231.019 habitantes⁽¹⁾.

Observa-se nessa faixa fronteiriça um dinamismo entre Corumbá (110.000 habitantes) e as cidades de Puerto Quijarro (6.000 habitantes) e Puerto Suárez (13.000 habitantes) que possuem uma configuração voltada, principalmente, para o comércio. O município de Corumbá é o ponto de apoio para o traslado de mercadorias, produtos agrícolas, atenção à saúde e educação, além de se interagirem na área social^(2,3).

Os municípios bolivianos, no que se refere aos serviços de infraestrutura urbana, dependem de Corumbá, registrando-se assim uma sobrecarga para esse município, considerando que a sua população é ampliada com a presença da população fronteiriça. O fluxo de sobrecarga no sistema de saúde corumbaense ocorre em razão da falta de disponibilização de hospitais nas cidades bolivianas. Ademais, ocorre uma sobrecarga em relação ao saneamento básico, uma vez que o tratamento de água de Corumbá supre necessidades de parte da população dos núcleos bolivianos vizinhos⁽¹⁾.

Quanto à infraestrutura da Área de Saúde, em Puerto Quijarro, só há um estabelecimento hospitalar cujo corpo clínico é composto por poucos profissionais de saúde⁽¹⁾. A situação de saúde em Puerto Suárez, município próximo à Puerto Quijarro, é crítica, dada a falta de saneamento, a pobreza da população e a carência do sistema de saúde local⁽⁴⁾.

O maior problema nessas cidades bolivianas é a constante falta de água, ele-

Quanto à infraestrutura da Área de Saúde, em Puerto Quijarro, só há um estabelecimento hospitalar cujo corpo clínico é composto por poucos profissionais de saúde⁽¹⁾. A situação de saúde em Puerto Suárez, município próximo à Puerto Quijarro, é crítica, dada a falta de saneamento, a pobreza da população e a carência do sistema de saúde local⁽⁴⁾.

vada incidência de doenças transmitidas por vetores como a malária, a dengue, a leishmaniose e a febre amarela. Há também problemas relacionados com a escassez de recursos médicos especializados e de materiais necessários às coberturas de atendimentos eficientes e humanizados⁽³⁾.

A procura pelos serviços locais de saúde por parte dos bolivianos é recorrente no município de Corumbá, favorecida pelo alto grau de permeabilidade com a Bolívia e pela gratuidade do Sistema Único de

Saúde - SUS⁽⁵⁾.

Nessa perspectiva, questiona-se neste estudo quais as condições sanitárias e de saúde da população na fronteira Brasil-Bolívia. Diante do exposto, definiu-se como objetivo avaliar as condições sanitárias da população fronteiriça, incluindo os municípios de Corumbá e Puerto Quijarro, considerando o abastecimento de água, o esgotamento sanitário, disposição final de resíduos sólidos e principais problemas de saúde.

METODOLOGIA

Tratou-se de uma pesquisa exploratória e descritiva. O estudo foi realizado no bairro Cervejaria, em Corumbá, estado de Mato Grosso do Sul e, na Vila Comercial, em Puerto Quijarro, para análise amostral das condições de saneamento básico em ambos os municípios.

O bairro Cervejaria, em Corumbá, é delimitado pelo Rio Paraguai que pode ser considerado como a principal fonte de contaminação, devido ao lançamento in natura de muitos dejetos e esgoto sem o menor tratamento. Na Vila Comercial, em Puerto Quijarro, na Bolívia, falta asfaltamento, rede de esgoto e abastecimento adequado de água. A distância entre o município brasileiro e o município boliviano é de cerca de cinco quilômetros, o que comprova a praticidade e a integração de um país com o outro.

Foram aplicados questionários tanto na versão em português quanto espanhol à comunidade adulta do bairro Cervejaria, em Corumbá e da Vila Comercial, em Puerto Quijarro, no período de 01 de julho a 31 de agosto de 2011. Os seguintes itens foram avaliados nos questionários: condições de moradia; abastecimento de água; esgotamento sanitário; destinação de resíduos sólidos; conceituação por parte dos entrevistados do que é qualidade de vida e saúde. Um total de 99 indivíduos, de ambos os sexos, responderam ao questionário, sendo 50 respondentes em Corumbá e, 49 em Puerto Quijarro.

Os entrevistados que participaram da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), antes

de responderam às perguntas referentes ao inquérito de saneamento básico domiciliar bem como definição dos conceitos de qualidade de vida e saúde.

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (CEP/UFMS) e aprovado sob número de protocolo 2.200.

RESULTADOS

Conceitos de qualidade de vida e saúde

Quanto ao termo qualidade de vida para os entrevistados, esse era sinônimo de infraestrutura e saneamento básico para brasileiros (30%) e bolivianos (43%). Os entrevistados brasileiros e bolivianos também atribuíram outros conceitos à qualidade de vida, respectivamente: ter saúde (12% e 6%); ter acesso aos serviços de saúde, 12% cada; bem-estar (4% e 14,5%). O número de entrevistados que não soube responder o que era qualidade de vida foi maior entre os brasileiros (36%) do que bolivianos (14,5%).

A palavra saúde, para os entrevistados do bairro Cervejaria, em Corumbá, teve a seguinte definição, respectivamente: ausência de doença (34%), boa alimentação (14%), bem-estar (6%), higiene (4%), bom atendimento nos serviços de saúde (4%) e qualidade de vida (1%). Contudo, 36% não soube responder o que era saúde.

Em relação à definição de saúde para os bolivianos da Vila Comercial de Puerto Quijarro, a palavra significava: bem-estar (27%), ausência de doença (25%), higiene (8%), qualidade de vida (8%) e bom atendimento nos serviços de saúde (3%). Porém, alguns entrevistados (16%) não souberam definir a palavra saúde.

Infraestrutura das moradias

Grande parte das moradias, em ambas as localidades, era de alvenaria, sendo, respectivamente, 68% e 88% no bairro Cervejaria e na Vila Comercial. Aproximadamente, 76% dos entrevistados brasileiros relatou a existência de vetores de parasitoses em seus domicílios e, 80% dos participantes bolivianos também fez o mesmo relato.

Na avaliação do perfil habitacional da população pesquisada, por meio de visitas domiciliares, destacaram-se a precariedade do reboco das paredes, casas de madeira e a constituição de pisos apenas com cimento para grande parte dos domicílios e terra batida em alguns deles.

Saneamento básico

Um total de 98% dos entrevistados no bairro Cervejaria relatou que fazia a destinação dos resíduos sólidos mediante coleta do serviço público e somente 2% queimam ou enterram esses resíduos. Na Vila Comercial de Puerto Quijarro, Bo-

lívica, aproximadamente 92% dos entrevistados utilizava o serviço de público de coleta, 4% enterravam ou os queimavam e 4% destinavam os resíduos sólidos a céu aberto (Tabela 1).

Grande parte dos participantes afirmou que utilizava fossas sépticas para a destinação de fezes e urina, sendo 98% entre os brasileiros e 86% entre os bolivianos. Percentuais pequenos (2% e 14%), respectivamente, utilizam a rede coletora pública para eliminação dos excretos humanos, no Brasil e na Bolívia.

Denotou-se que no bairro Cervejaria, em Corumbá, o lixo doméstico não era acondicionado em lixeiras para a coleta. Ademais, restos de materiais da construção civil, podas de árvores e outros entulhos eram despejados por moradores do bairro em terrenos baldios ou nas vias públicas.

A realidade em Puerto Quijarro, Bolívia, era praticamente a mesma da cidade de Corumbá. Em torno da Vila Comercial, foram encontrados entulhos de construção civil sem depósito adequado para sua disposição.

A totalidade dos entrevistados no bairro Cervejaria tinha abastecimento de água no domicílio pela rede pública. Contudo, os bolivianos da Vila Comercial possuíam seus domicílios abastecidos pela da rede pública (41%), outras formas de abastecimento (26%) ou utilizam, conjuntamente, a rede pública e outras formas de abastecimento (33%) (Tabela 2), devido ao fato de que em determinados horários do dia haver desabas-

Tabela 1. Destinação de resíduos sólidos no bairro Cervejaria, em Corumbá, Brasil e, na Vila Comercial de Puerto Quijarro, Bolívia.

CONDIÇÕES AVALIADAS	ENTREVISTADOS NO BAIRRO CERVEJARIA (%)	ENTREVISTADOS NA VILA COMERCIAL (%)
DESTINAÇÃO DO LIXO DOMÉSTICO		
Coletado pelo serviço público	49 (98%)	45 (92%)
Queimado ou enterrado no quintal	1 (2%)	2 (4%)
Disposto a céu aberto	0 (0%)	2 (4%)
DESTINAÇÃO DE FEZES E URINA		
Rede coletora pública	1 (2%)	7 (14%)
Fossa séptica	49 (98%)	42 (86%)
Despejado a céu aberto	0 (0%)	0 (0%)

tecimento de água em Puerto Quijarro.

Nas localidades estudadas, houve um antagonismo na forma de ingestão da água, pois, 90% dos brasileiros bebiam água sem nenhum tipo de tratamento, ao passo que 82% dos bolivianos ingeriam água filtrada (Tabela 2).

Discussão

Conhecer as condições do meio as quais são pertinentes à saúde de uma população, bem como o saneamento básico e a moradia são de total relevância para o estabelecimento de promoção à qualidade de vida dos indivíduos, famílias e da própria comunidade em questão⁽⁶⁾.

Quanto ao termo qualidade de vida para os entrevistados brasileiros e bolivianos, esse termo era sinônimo de infraestrutura, saneamento básico e acesso aos serviços de saúde. De fato, a qualidade de vida está relacionada à satisfação do cidadão, no que diz respeito ao acesso à alimentação, aos serviços de saúde, à educação, às boas condições de trabalho, à segurança, ao lazer e à participação nas atividades econômicas, culturais e políticas da comunidade⁽⁷⁾.

A qualidade de vida e saúde são dois conceitos muito interligados. A saúde é o resultado de um processo de produção social que expressa a qualidade de vida de uma

população. A saúde é resultado das relações entre os processos biológicos, ecológicos, culturais e econômico-sociais que ocorrem em determinada sociedade e que geram as condições de vida das populações⁽⁸⁾.

Azeredo e colaboradores⁽⁶⁾ afirmam que a habitação se constitui em um espaço diretamente determinante da saúde da família. A habitação é considerada como um agente da saúde de seus moradores e relaciona-se com o contexto global do entorno (comunicações, energia, vizinhança), segurança e a educação em saúde e ambiente de seus moradores sobre estilos e condições de vida saudável⁽⁹⁾.

Grande parte das moradias, em ambas as localidades, era de alvenaria, porém 76% dos entrevistados brasileiros e 80% dos bolivianos relataram a existência de vetores de parasitoses em seus domicílios, devido às condições ambientais do entorno dessas moradias, sem destinação adequada do lixo domiciliar. Mais de 60% dos brasileiros e bolivianos relataram presença de lixo e entulho em geral, nas localidades estudadas.

Em relação à ingestão de água, 90% dos brasileiros consumiam sem nenhum tipo de tratamento, ao passo que 82% dos bolivianos ingeriam água filtrada. É importante ressaltar que, se a água não for devidamente tratada, pode afetar a saúde do homem, pois representa importante

veículo de agentes biológicos e químicos potencialmente nocivos ao homem⁽¹⁰⁾.

Parte dos bolivianos e brasileiros (42% e 44%, respectivamente) não soube ou não quisera opinar sobre o serviço de esgotamento sanitário. Contudo, denotou-se precariedade do esgotamento sanitário do lado boliviano, com empocamento de água em via pública, podendo ser fonte potencial para a disseminação de verminoses, infecções diarreicas e dengue.

A falta de saneamento e esgotamento sanitário desencadeiam várias consequências, não somente problemas de saúde, mas também influenciam diretamente na qualidade de vida da população em questão. O saneamento básico, compreendido como um conjunto de ações de abastecimento de água, esgotamento sanitário e coleta de lixo, é considerado direito dos cidadãos e item imprescindível de qualidade de vida⁽¹¹⁾.

Em nosso estudo, 2% e 14%, respectivamente, dos domicílios visitados em Corumbá e Puerto Quijarro tinham a rede pública como destino final para a água utilizada, enquanto que a porcentagem de domicílios que despejam seus esgotos em fossas sépticas foi de 98% no bairro Cervejaria e, 86% na Vila Comercial.

O baixo acesso ao esgotamento sanitário é, sem dúvida, um dos piores indicadores socioambientais de Corumbá e Puerto

Tabela 2. Abastecimento e tratamento de água nos domicílios dos bairros Cervejaria, em Corumbá, Brasil e, Vila Comercial de Puerto Quijarro, Bolívia.

CONDIÇÕES AVALIADAS	ENTREVISTADOS NO BAIRRO CERVEJARIA (%)	ENTREVISTADOS NA VILA COMERCIAL (%)
ABASTECIMENTO DE ÁGUA NO DOMICÍLIO		
Rede pública	50 (100%)	20 (41%)
Poço ou nascente	0 (0%)	0 (0%)
Utilização da rede pública e outras formas de abastecimento, conjuntamente	0 (0%)	13 (26%)
Outros (por ex., poço artesiano)	0 (0%)	16 (33%)
TRATAMENTO DE ÁGUA NO DOMICÍLIO		
Filtração	5 (10%)	40 (82%)
Fervura	0 (0%)	8 (16%)
Cloração	0 (0%)	0 (0%)
Não faz nenhum tipo de tratamento complementar	45 (90%)	1 (2%)

Quijarro, refletindo as condições de precariedade ambiental também apresentada por outras cidades das Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste⁽¹²⁾.

O Estado do Mato Grosso do Sul, segundo dados do Ministério da Saúde, no ano de 2011, era o campeão nacional em mortalidade por Doença Diarreica Aguda (DDA) em menores de 5 anos, o que indica a deficiência em saneamento básico nessa região⁽¹³⁾.

Diante da precariedade do saneamento e esgotamento sanitário e a inter-relação com doenças hídricas, percebeu-se que a diarreia continua sendo um importante motivo de procura das unidades de saúde para assistência médica. De janeiro a março costuma ser o período do ano mais chuvoso no município de Corumbá. O aumento no número de casos de diarreia, logo depois dos picos de pluviosidade, pode estar associado à ingestão de águas de fontes diferentes das habituais, à contaminação do lençol freático por fossas sépticas ou à circulação de outros agentes etiológicos⁽¹⁴⁾.

É importante considerar também que, justamente em ambas as localidades es-

tudadas reside parte da população com menor renda, apresentando precariedade em alguns indicadores, como a ausência de pavimentação asfáltica das vias e esgotamento sanitário por rede, elevado número de habitações precárias, existência de habitações sem instalações sanitárias internas, implicando maior vulnerabilidade socioambiental.

As enfermidades de maior prevalência em Puerto Quijarro foram insuficiência renal aguda, sarcoptose, tuberculose, hipertensão arterial, problemas respiratórios e gastrointestinais⁽¹⁾. Em Corumbá, os maiores problemas foram aqueles que afetavam as crianças e adolescentes, como: doenças diarreicas, uso indiscriminado de drogas, formação de gangues juvenis, alto índice de gravidez na adolescência, além dos relacionados à exploração de trabalho infantil⁽¹⁵⁾.

Outro fator preocupante na região de fronteira é a situação de AIDS, que acomete, sobretudo, indivíduos socialmente vulneráveis que participam de movimentos migratórios em busca de oportunidades de traba-

lho, tráfico de drogas e outras práticas ilegais.

CONCLUSÃO

Em Corumbá, a situação do saneamento era caracterizada como crítica, pois, grande parte da população utilizava-se de fossas sépticas. Apesar da recente existência de estações de tratamento de esgoto construídas com recursos do Governo Federal, os domicílios ainda não estão interligados com a rede de esgotamento sanitário. À semelhança de Corumbá, as condições sanitárias em Puerto Quijarro, na Bolívia, também eram precárias.

Traçar o perfil das condições de saneamento básico na região de fronteira Brasil-Bolívia contribui para a tomada de decisões de políticas públicas de saúde e ambientais nessa região. No caso da região de fronteira estudada, aconselham-se maiores investimentos em infraestrutura, visando a melhoria do saneamento básico e, portanto, da saúde da população fronteiriça em questão. ■

REFERÊNCIAS

1. Marquês A M. Fronteira e saúde: Puerto Quijarro e Puerto Suárez (Bolívia) e Corumbá (Brasil). In: Baeninger R. Imigração boliviana no Brasil. Campinas: Núcleo de Estudos de População (Nepo) - Unicamp/Fapesp/ CNPq/ Unfpa; 2012.
2. Hany FSB. Corumbá, Pantanal de Mato Grosso do Sul: periferia ou espaço central? Dissertação (Mestrado em Estudos Populacionais e Pesquisas Sociais) – Escola Nacional de Ciências Estatísticas, Rio de Janeiro; 2005.
3. Silva JA, Oliveira Neto AF, Mariani MAP. Reflexões sobre o acesso à saúde na fronteira Corumbá (BR) e Puerto Quijarro (BO). Rev GeoPantanal. 2017, n. esp: 79-95.
4. Peiter PC. Condiciones de vida, situación de la salud y disponibilidad de servicios de salud en la frontera de Brasil: un enfoque geografico. Cad Saúde Pública. 2007; 23(2): 237-50.
5. Ferreira CMPG, Mariani MAP, Braticevic SI. As múltiplas fronteiras presentes no atendimento à saúde do estrangeiro em Corumbá, Brasil. Saúde Soc. 2015; 24(4): 1137-50.
6. Azeredo CM, et al. Avaliação das condições de habitação e saneamento: a importância da visita domiciliar no contexto do Programa de Saúde da Família. Ciênc Saúde Coletiva. 2007; 12(3): 743-53.
7. Coutinho MPLC, Franken I. Qualidade de vida no serviço público de saúde: representações sociais de profissionais da saúde. Psicol Cienc Prof. 2009; 29(3): 448-61.
8. Mendes EV. Um novo paradigma sanitário: a produção social

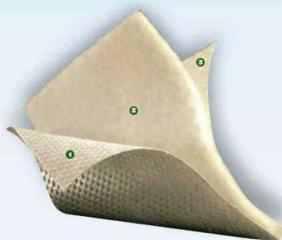
da saúde. In Mendes EV. Uma Agenda para a Saúde. São Paulo Ed. Hucitec; 1996.

9. Cohen SC. Habitação Saudável no Programa Saúde da Família (PSF): uma estratégia para as políticas públicas de saúde e ambiente. Ciênc Saúde Coletiva. 2004; 9(3): 807-13.
10. D’Aguila PS. Avaliação da qualidade de água para abastecimento público do município de Nova Iguaçu. Cad Saúde Pública. 2000; 16(3): 791-98.
11. Andreazzi MAR, Barcellos C, Hacon S. Velhos indicadores para novos problemas: a relação entre saneamento e saúde. Rev Panam Salud Publica. 2007; 22(3): 211-17.
12. Tucci CEM. Águas urbanas. Estud Av. 2008; 22(63): 97-112.
13. Ministério da Saúde (BR). DATASUS. Mortalidade proporcional por doença diarreica aguda em menores de 5 anos de idade [Internet]. 2010 [acesso em 07 abr 2019]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2011/c06.def>.
14. Batista JB. Influências do saneamento básico domiciliar na frequência de enteroparasitoses na população de Corumbá (Brasil) e Puerto Quijarro (Bolívia). Dissertação (Mestrado em Estudos Fronteiriços) – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Corumbá – MS; 2013.
15. Amorim SMF, Contini MLJ; Meza ER. Avaliação do processo de implantação do PAIR. Campo Grande, MS: Ed. UFMS; 2008.

Metalline[®]

Curativo não aderente.

Curativo especial em multicamadas para ferida.



Suprasorb[®]X + PHMB

Curativo antimicrobiano HydroBalance.



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.*

