

saúde coletiva

ANO 9 • NÚMERO 49
JUL/AGOS/SET • 2019
ISSN 18063365

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

Uso da Mobile Health pelo agente comunitário de saúde na assistência neonatal

Estratificação da população como estratégia para gestão das ações da Atenção Primária à Saúde • **Staphylococcus aureus resistente à metilina: avaliação em instituição de longa permanência para idosos** • Estratégias de defesa adotadas por trabalhadores da saúde frente à violência relacionada ao trabalho na Saúde da Família • **Medidas não farmacológicas para o alívio da dor no recém-nascido prematuro na UTI neonatal** • Gerenciamento e liderança em enfermagem: desafios e propostas de enfermeiros intensivistas • **O acadêmico de enfermagem e o cuidado em pediatria: uma contribuição para o processo de ensino-aprendizagem** • Cardiopatias: inserção da técnica minimamente invasiva em cirurgia cardíaca • **Mapeamento em saúde como ferramenta para gerência do cuidado aos idosos hipertensos na atenção primária** • Complicações do pós-parto em mulheres que realizaram o pré-natal no SUS • **Investigação sobre a assistência prestada à população LGBTQ+ na atenção primária de saúde** • CA complexidade das ações do cuidador familiar junto ao idoso com doença de Alzheimer • **Cultura e Saúde: uma reflexão da campanha antivariólica e movimentos anti-vacina** • Atuação do enfermeiro nos protocolos de cirurgia segura • **Reprocessamento e reutilização de material hospitalar de uso único: revisão integrativa da literatura** • **Características dos casos notificados de febre amarela silvestre nas regiões sul e sudeste do Brasil no período entre 2013-2016** • Afetos expressos por acadêmicos de enfermagem na iminência de cuidar do portador de sofrimento psíquico • **Desafios na construção de um instrumento de passagem de plantão em um hospital de cardiopneumologia** • Exposição do trabalhador rural ao uso de agrotóxicos: uma revisão integrativa • **A influência dos níveis de magnésio na fadiga muscular: uma revisão sistemática** • Comportamento dos agentes de combate às endemias que predispõe alterações nos níveis sanguíneos de colinesterase • **Implantação da Comissão de Auditoria Interna em uma instituição de saúde pública do Brasil Central** • Nova política nacional de atenção básica: percepções dos gestores municipais do sistema único de saúde • **O impacto do cuidado de enfermeiros na redução da ansiedade em pacientes cirúrgicos** • Mapeamento de Processo em Centro Cirúrgico: Problemas e Propostas de Solução • **A vivência do idoso frente sua sexualidade: subsídio para um cuidado integral** • Saúde bucal da gestante, uma questão interdisciplinar no cuidado • **Condição de saúde e utilização da árvore dos problemas em pacientes hipertensos na atenção primária** • A importância da visita domiciliar do fisioterapeuta como ferramenta de prevenção no cuidado com o cuidador e à pessoa idosa: um estudo reflexivo • **Os responsáveis legais e a adesão à vacina contra hpv por meninas e adolescentes** • Pesquisa-ação com foco em cardiopneumônicos e interações para prática segura de enfermagem • **Perfil dos pacientes submetidos ao cateterismo cardíaco** • **Uso da mobile health pelo agente comunitário de saúde na assistência neonatal** • Adversidades encontradas pelo enfermeiro para a realização da prevenção do câncer do colo de útero • **Puericultura na atenção primária de saúde: a percepção do responsável sobre consulta de enfermagem**

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 Settervall

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 Minêo 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





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: David Schwarzenberg from Pixabay

1460 | **NORMAS DE PUBLICAÇÃO**

1461 | **EDITORIAL** **USO DA TECNOLOGIA NA SAÚDE**

1462 | **ARTIGOS CIENTÍFICOS**

Estratificação da população como estratégia para gestão das ações da Atenção Primária à Saúde

Stratification of the population as a strategy for the management of Primary Health Care actions

Estratificación de la población como estrategia para la gestión de las acciones de la Atención Primaria a la Salud

1469 |

Staphylococcus aureus resistente à metilina: avaliação em instituição de longa permanência para idosos

Meticilin resistant staphylococcus aureus: evaluation in long permanent institution for elderly

Staphylococcus aureus resistente a la metilina: evaluación en una institución permanente larga para personas mayores

1477 |

Estratégias de defesa adotadas por trabalhadores da saúde frente à violência relacionada ao trabalho na Saúde da Família

Defense strategies adopted by health workers against work-related violence in Family Health

Estrategias de defensa adoptadas por los trabajadores de la salud contra la violencia laboral en la Salud Familiar

1483 |

Medidas não farmacológicas para o alívio da dor no recém-nascido prematuro na UTI neonatal

Non-pharmacological measures for pain relief in preterm neonates in the neonatal Intensive Care Unit

Medidas no farmacológicas para el alivio del dolor en neonatos prematuros en la Unidad de Cuidados Intensivos neonatales

1488 |

Gerenciamento e liderança em enfermagem: desafios e propostas de enfermeiros intensivistas

Leadership and management in nursing: challenges and proposals of intensive care nurses

Liderazgo y gestión en enfermería: retos y propuestas de las enfermeras de cuidados intensivos

1494 |

O acadêmico de enfermagem e o cuidado em pediatria: uma contribuição para o processo de ensino-aprendizagem

The academic of nursing and care in pediatrics: a contribution to the teaching-learning process

La académica de enfermería y cuidado en pediatría: una contribución al proceso de enseñanza-aprendizaje

EVENTOS

atendimento@mpmcomunicacao.com.br

ATENDIMENTO AO ASSINANTE

atendimento@mpmcomunicacao.com.br

ENVIO DE ARTIGOS

artigo@mpmcomunicacao.com.br

ASSINATURAS

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

- 1500** | **Cardiopatias: inserção da técnica minimamente invasiva em cirurgia cardíaca**
Cardiopathies: insertion of minimally invasive technique in cardiac surgery
Cardiopatias: inserción de la técnica minimamente invasiva en cirugía cardíaca
- 1509** | **Mapeamento em saúde como ferramenta para gerência do cuidado aos idosos hipertensos na atenção primária**
Mapping in health as a tool for the care management of hypertensive elderly in primary care
Mapeamiento en salud como herramienta para la gerencia del cuidado a los ancianos hipertensos en la atención primaria
- 1513** | **Complicações do pós-parto em mulheres que realizaram o pré-natal no SUS**
Postpartum complications in women performing prenatal in the SUS
Complicaciones posparto en mujeres que realizan el prenatal en el SUS
- 1519** | **Investigação sobre a assistência prestada à população LGBTQ+ na atenção primária de saúde**
Research on assistance provided to LGBTQ+ people in primary health care
Investigación sobre la asistencia de población LGBTQ+ en la atención primaria de salud
- 1526** | **A complexidade das ações do cuidador familiar junto ao idoso com doença de Alzheimer**
The actions complexity of the family caregiver to the elderly with alzheimer's disease
La complejidad de las acciones del cuidado familiar junto al idoso con enfermedad de Alzheimer
- 1534** | **Cultura e Saúde: uma reflexão da campanha antivariólica e movimentos anti-vacina**
Culture and Health: a reflection of the smallpox campaign and anti-vaccine movements
Cultura y Salud: una reflexión de la campaña antivariólica y movimientos anti-vacunación
- 1538** | **Atuação do enfermeiro nos protocolos de cirurgia segura**
The nurse's performance in safe surgery protocols
Desempeño de la enfermera en protocolos de cirugía segura
- 1545** | **Reprocessamento e reutilização de material hospitalar de uso único: revisão integrativa da literatura**
Reprocessing and reuse of single use hospital material: integrative literature review
Reprocesamiento y reutilización de material hospitalario de uso único: revisión integrativa de la literatura

- 1552** | **Características dos casos notificados de febre amarela silvestre nas regiões sul e sudeste do Brasil no período entre 2013-2016**
Characteristics of noversed cases of yellow fever in the south and southeast regions of Brazil between 2013-2016
Características de los casos noversados de fiebre amarilla en las regiones sur y sureste de Brasil entre 2013-2016
- 1560** | **Afetos expressos por acadêmicos de enfermagem na iminência de cuidar do portador de sofrimento psíquico**
Affections expressed by nursing students on the verge of caring for the psychic suffering
Afecciones expresadas por estudiantes de enfermería a punto de cuidar a la víctima del sufrimiento psíquico
- 1564** | **Desafios na construção de um instrumento de passagem de plantão em um hospital de cardiopneumologia**
Challenges in the construction of a shift passage instrument in a cardiopneumology hospital
Desafíos en la construcción de un instrumento de cambio en un hospital de cardioneumología
- 1569** | **Exposição do trabalhador rural ao uso de agrotóxicos: uma revisão integrativa**
An integrative review on agrochemicals exposure of rural workers
Una revisión integrativa sobre la exposición agroquímica de los trabajadores rurales
- 1578** | **A influência dos níveis de magnésio na fadiga muscular: uma revisão sistemática**
The influence of magnesium levels on muscular fatigue: a systematic review
La influencia de los niveles de magnesio en la fatiga muscular: una revisión sistemática
- 1584** | **Comportamento dos agentes de combate às endemias que predispõe alterações nos níveis sanguíneos de colinesterase**
Behavior of endemia fighting agents that predists changes in blood chinesterase levels
Comportamiento de los agentes de combate de endemia que predizan cambios en los niveles de chinesterasa
- 1593** | **Implantação da Comissão de Auditoria Interna em uma instituição de saúde pública do Brasil Central**
Implementation of the Internal Audit Committee in a public health institution in Central Brazil
Implementación del Comité de Auditoría Interna en una institución de salud pública en el centro de Brasil
- 1599** | **Nova política nacional de atenção básica: percepções dos gestores municipais do sistema único de saúde**
New national basic care policy: perceptions of municipal managers of the unified health system
Nueva política nacional de cuidado básico: percepciones de los gerentes municipales del sistema de salud único

- 1605** | **O impacto do cuidado de enfermeiros na redução da ansiedade em pacientes cirúrgicos**
El impacto del cuidado de enfermeros en la reducción de la ansiedad en pacientes quirúrgicos
The impact of nursing care in the reduction of anxiety in surgical patients
- 1612** | **Mapeamento de Processo em Centro Cirúrgico: Problemas e Propostas de Solução**
Process Mapping in Surgery Center: Problems and Solution Proposals
Mapeo de Proceso en Centro Quirúrgico: Problemas y Propuestas de Solución
- 1617** | **A vivência do idoso frente sua sexualidade: subsídio para um cuidado integral**
The living of the elderly face of their sexuality: subsidy for integral care
La vida de los ancianos contra su sexualidad: subsidio para la atención Integral
- 1621** | **Saúde bucal da gestante, uma questão interdisciplinar no cuidado**
Pregnant oral health, an interdisciplinary issue in care
Salud oral de la embarazada, un asunto interdisciplinario cuidado
- 1627** | **Condição de saúde e utilização da árvore dos problemas em pacientes hipertensos na atenção primária**
Health condition and use of the tree of problems in hypertensive patients in primary health care
Condición de salud y utilización del árbol de los problemas en pacientes hipertensos en la atención primaria
- 1632** | **A importância da visita domiciliar do fisioterapeuta como ferramenta de prevenção no cuidado com o cuidador e à pessoa idosa: um estudo reflexivo**
The importance of home visits by physiotherapists as a prevention tool in caring for the caregiver and the elderly: a reflective study
La importancia de las visitas domiciliarias de fisioterapeutas como herramienta de prevención en el cuidado del cuidador y los ancianos: un estudio reflexivo
- 1637** | **Os responsáveis legais e a adesão à vacina contra hpv por meninas e adolescentes**
Legal responsible and compliance to hpv vaccine by girls and teenagers
Responsabilidad legal y adhesión a la vacuna contra el vph por chicas y adolescentes
- 1644** | **Pesquisa-ação com foco em cardiotônicos e interações para prática segura de enfermagem**
Action research with a focus on cardiotonics and interactions for safe nursing practice
Investigación-acción con foco en cardiotónicos e interacciones para práctica segura de enfermeira

- 1651** | **Perfil dos pacientes submetidos ao cateterismo cardíaco**
Profile of patients submitted to cardiac catheterization
Perfil de los pacientes submetidos ao cateterismo cardíaco
- 1660** | **Uso da mobile health pelo agente comunitário de saúde na assistência neonatal**
Use of mobile health by the community health workers in neonatal care
Uso de la salud mueble por el agente de salud comunitario en la asistencia neonatal
- 1668** | **Adversidades encontradas pelo enfermeiro para a realização da prevenção do câncer do colo de útero**
Adversities found by the nurse for the prevention of uterine cancer
Adversidades encontradas por la enfermera para la prevención de la prevención del cáncer uterino
- 1675** | **Puericultura na atenção primária de saúde: a percepção do responsável sobre consulta de enfermagem**
Child care in primary health care: the perception of the responsible on nursing consultation
Cuidado infantil en atención primaria de salud: la percepción del responsable de la consulta de enfermería

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: 0654 1-038.

USO DA TECNOLOGIA NA SAÚDE



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 para o artigo de capa, o qual trata de uma questão essencial e atual: “USO DA MOBILE HEALTH PELO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NA ASSISTÊNCIA NEONATAL”.

Na era da tecnologia e globalização, a informação virou protagonista das relações e ações envolvendo seres humanos. Porém, para uma boa emissão e recepção de informações corretas e fidedignas, é necessário estabelecer um bom processo de comunicação.

Na Área da Saúde, a comunicação

entra como um grande obstáculo das instituições e relações entre os profissionais, configurando-se em uma questão de segurança do paciente. Uma comunicação adequada garante a melhoria da qualidade da assistência; já uma comunicação ineficiente, pode por o paciente em risco, uma vez que a assistência à saúde dos indivíduos é realizada por diversos profissionais de diferentes setores e especialidades⁽¹⁾.

O uso da tecnologia na saúde pode ser feito através de diversas formas, seja como implementação de prontuários eletrônicos, aplicativos e softwares desenvolvidos para a própria instituição, com objetivo de auxiliar na gestão como na assistência propriamente dita, através da disponibilidade imediata da informação para todos os envolvidos.

A incorporação da tecnologia nos serviços de saúde possibilita otimização de tempo; recursos humanos,

materiais, financeiros; além de atuar como aliada na promoção da segurança do paciente. Para tanto, apenas a implementação não é suficiente, a tecnologia deve caminhar paralelamente à educação continuada, através de treinamentos, capacitações e disponibilidade de profissionais responsáveis para solução de problemas relacionados à Tecnologia da Informação^(2,3).

Obviamente que a implementação de tecnologias em saúde necessita de investimentos financeiros iniciais, porém, sob uma perspectiva gerencial, é essencial para o bom funcionamento e fluxo dos processos que envolvem a assistência ao paciente; seja no âmbito privado, quanto no público.

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. Moreira FTLS, Callou RCM, Albuquerque GA, Oliveira RM. Estratégias de comunicação efetiva no gerenciamento de comportamentos destrutivos e promoção da segurança do paciente. Rev.Gaúcha Enferm. [Internet]. 2019 [acesso em 18 ago 2019]; 40(Spe). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472019000200417&script=sci_arttext&tlng=pt.

2. Souza KAO, Souza LEPE. Incorporação de tecnologias no Sistema Único de Saúde: as racionalidades do processo de decisão da Comis-

são Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde. Saúde debate [Internet]. 2018 Out [acesso em 18 ago 2019]; 42(Spe2). Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2018.v42nspe2/48-60/>.

3. Vieira MC, Cruz RA. A importância da educação continuada/permanente na área da saúde no setor de enfermagem. Revista UNINGÁ [Internet]. 2012 [acesso em 18 ago 2019]; 31(1). Disponível em: <http://revista.uninga.br/index.php/uninga/article/view/1011>.

Estratificação da população como estratégia para gestão das ações da Atenção Primária à Saúde

RESUMO

Caracterizar a população de uma Estratégia Saúde da Família (ESF) pela estratificação de grupos. Trata-se de um estudo retrospectivo e transversal de abordagem quantitativa, realizado na unidade de saúde Jardim Atlântico, localizada no município de Rondonópolis-MT. Os dados foram coletados dos prontuários da ESF. Foram incluídos neste estudo 2.062 usuários, predominaram os indivíduos na faixa etária entre 20 a 40 anos e do gênero feminino. Dentre as 26 crianças cadastradas, 50% estavam sendo assistidas pela puericultura. Apenas 7% das mulheres realizaram o exame colpocitopatológico. Uma frequência de 86,20% das gestantes seguia as consultas de pré-natal. Um total de 545 (26,43%) usuários apresentaram situações de agravos à saúde, sendo obesidade a mais prevalente (11,93%). Observou-se 211 (10,2%) usuários faziam uso contínuo de medicamentos. Ficou patente a deficiência do acompanhamento e supervisão dos grupos prioritários, bem como, a gestão da equipe otimizando o processo de trabalho e a resolutividade na APS.

DESCRITORES: Atenção Primária em Saúde; Estratégia Saúde da Família; Assistência Integral à Saúde.

ABSTRACT

Characterize the population of one Family Health Strategy by group stratification. This is a retrospective and cross-sectional study of a quantitative approach, carried out at the Jardim Atlântico health unit, located in the municipality of Rondonópolis-MT. Data were collected from the FHS files. A total of 2,062 users were included in this study, predominantly individuals between the ages of 20 and 40 and female. Of the 26 enrolled children, 50% were being assisted by child care. Only 7% of the women underwent colpocitopathological examination. A frequency of 86.20% of the pregnant women followed prenatal consultations. A total of 545 (26.43%) users had health problems, and obesity was the most prevalent (11.93%). It was observed that 211 (10.2%) users made continuous use of medications. The lack of monitoring and supervision of the priority groups was evident, as well as the management of the team optimizing the work process and the resolution in the PHC.

KEYWORDS: Primary Health Care; Family Health Strategy; Comprehensive Health Care.

RESUMEN

Caracterizar a la población de una Estrategia Salud de la Familia (ESF) por la estratificación de grupos. Se trata de un estudio retrospectivo y transversal de abordaje cuantitativo, realizado en la unidad de salud Jardim Atlântico, ubicada en el municipio de Rondonópolis-MT. Los datos fueron recolectados de los prontuarios de la ESF. Se incluyeron en este estudio 2.062 usuarios, predominaron los individuos en el grupo de edad entre 20 a 40 años y el género femenino. Entre los 26 niños registrados, 50% estaban siendo asistidas por la puericultura. Sólo el 7% de las mujeres realizaron el examen colpocitopatológico. Una frecuencia de 86,20% de las gestantes seguía las consultas de prenatal. Un total de 545 (26,43%) usuarios presentaron situaciones de agravios a la salud, siendo obesidad la más prevalente (11,93%). Se observó 211 (10,2%) usuarios hacían uso continuo de medicamentos. Se evidenció la deficiencia del seguimiento y supervisión de los grupos prioritarios, así como la gestión del equipo optimizando el proceso de trabajo y la resolución en la APS.

PALABRAS CLAVE: Atención Primaria de Salud; Estrategia de Salud Familiar; Atención Integral de Salud.

Andréia Maciel Rodrigues Campelo

Enfermeira Residente pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (PREMSAF) da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT).

Camila Beatriz Alves da Rocha

Enfermeira Residente pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (PREMSAF) da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT).

Elaine Menezes Rossi

Farmacêutica Residente pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (PREMSAF) da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT).

Leonardo José de Araújo Campos

Psicólogo Residente pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (PREMSAF) da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT).

Doutora 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 Mato Grosso (UFMT).

Doutora 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 Mato Grosso (UFMT).

Doutor Aristides José da Silva Júnior

Docente do Curso de Graduação de Enfermagem e do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (PREMSAF) Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT).

Introdução

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) visa estabelecer diretrizes para a organização da Atenção Básica (AB), tendo como um dos principais objetivos o fortalecimento da Estratégia Saúde da Família (ESF) na rede de serviços. Dispõe ainda em programar as ações da AB, a partir de sua base territorial de acordo com as necessidades de saúde identificadas em sua população, garantindo, dessa forma, ações de saúde individuais e coletivas por meio da promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, além da organização do fluxo de pessoas e a inserção destas em linhas de cuidado⁽¹⁾.

Diante deste cenário, a ESF, estratégia implantada pelo Ministério da Saúde (MS), tem o objetivo de reorganizar a Atenção Primária à Saúde (APS) no país de acordo com os princípios da universalidade, integralidade e equidade do Sistema Único de Saúde (SUS), buscando resolutividade para as necessidades de saúde da população a partir de um sistema universal, descentralizado e integrado de atenção à saúde⁽²⁾.

Desta forma, ressalta-se que a reorganização dos serviços de saúde contribuiu com mudanças no modelo assistencial, antes biologicista, fragmentado, centrado

na doença, para um cuidado interprofissional, acolhedor, humanizado e qualificado focado no indivíduo/família, a partir do ambiente físico e social que este está inserido⁽³⁾. Nesse sentido, Rouquayrol⁽⁴⁾ conceitua o perfil epidemiológico, sendo este um indicador observacional das condições de vida, do processo saúde-doença e do desenvolvimento da população.

Portanto, conhecer as necessidades sociais e de saúde do território abrangido pela ESF se tornou um exercício necessário para o gerenciamento, programação e planejamento de ações em saúde, a fim de colaborar para uma concreta e completa assistência da comunidade por meio da promoção da saúde e prevenção de doenças e outros agravos⁽⁵⁾. Dessa forma, este estudo teve como questão norteadora identificar os usuários atendidos na ESF Jardim Atlântico, tendo como objetivo a caracterização da população adstrita pela estratificação de grupos.

Metodologia

Trata-se de um estudo retrospectivo e transversal de abordagem quantitativa, realizado na unidade de ESF Jardim Atlântico, localizada no município de Rondonópolis-MT. Esta ESF assiste uma população adstrita de aproximadamente 870 famílias totalizando 2062 usuários cadastrados.

Os dados foram coletados no período de março a junho de 2018 dos prontuários da unidade de ESF. Foram incluídos neste estudo os prontuários das famílias cadastradas sendo excluídos aqueles com dados incompletos e/ou ineleáveis.

As informações foram registradas pelos pesquisadores residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (PREMSAF) da Universidade Federal de Rondonópolis, em um formulário estruturado abordando as seguintes variáveis: número de pessoas assistidas na ESF por faixa etária, divididas por ciclo de vida, gênero, realização de pré-natal, de puericultura e do exame citopatológico, diagnóstico dos agravos à saúde e uso de medicamentos.

Os medicamentos de uso contínuo utilizados pelos usuários foram listados e organizados de acordo com a classificação Anatomical Therapeutic Chemical – ATC⁽⁶⁾, elaborada pelo Nordic Council on Medicines e recomendada pela Drug Utilization Research Group (DURG) da Organização Mundial da Saúde (OMS) para os estudos de utilização de medicamentos.

Para a análise dos dados, foi utilizada a estatística descritiva, com uso de frequências simples e absoluta; os dados foram apresentados por meio de tabelas. Mesmo se tratando de dados documentais, este estudo respeita os princípios éticos de pesquisa com seres humanos⁽⁷⁾, sendo aprovado

pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso/Campus Universitário de Rondonópolis com n.º 2.034.725.

Resultados

Dentre os 2062 usuários incluídos na pesquisa, observou-se que a maioria 1140 (55,29%) eram do gênero feminino, enquanto 922 (44,71%) masculino. No tocante à faixa etária, observou-se 110

(5,33%) usuários com idade de até cinco anos, 372 (18,04%) entre seis a 19 anos, 1215 (58,93%) entre 20 a 59 anos e 365 (17,70%) com 60 anos ou mais. A Tabela 1 evidencia estes resultados distribuídos por gênero.

Tabela 1. Distribuição da população de uma ESF por gênero e faixa etária. Rondonópolis, MT, Brasil, 2018 (n= 2062)

FAIXA ETÁRIA (ANOS)	GÊNERO		TOTAL
	FEMININO N(%)	MASCULINO N(%)	N (%)
≤5	58 (53,36)	52 (46,64)	110 (5,33)
6 a 9	44 (41,12)	63 (58,88)	107 (5,19)
10 a 13	53 (51,96)	49 (48,04)	102 (4,95)
14 a 19	89 (54,60)	74 (45,40)	163 (7,90)
20 a 40	397 (53,22)	349 (46,78)	746 (36,19)
41 a 59	287 (61,19)	182 (38,81)	469 (22,74)
60 ou mais	212 (58,08)	153 (41,92)	365 (17,70)

Fonte: Dados dos prontuários.

Na população em estudo estavam cadastradas um total de 26 crianças com idade entre zero a dois anos, destas, apenas 09 (34,61%) iniciaram as consultas de acom-

panhamento do crescimento e desenvolvimento na primeira semana de vida. Ainda nesta faixa etária, 13 (50%) estavam sendo assistidas pela puericultura e 14 (53,84%) es-

tavam vacinadas de acordo com o calendário do MS. Quanto ao aleitamento materno, 11 (42,30%) estavam em aleitamento exclusivo até os seis meses de vida (Tabela 2).

Tabela 2. Indicadores de puericultura em uma ESF. Rondonópolis, MT, Brasil, 2018 (n=26)

INDICADORES	N	%
Assistido pela puericultura	13	50
Consulta 1º semana de vida	09	34,61
Aleitamento exclusivo	11	42,30
Cartão vacinal atualizado	14	53,84
Aleitamento complementado	01	3,84
Alimentação mista	05	19,23
Vacinas atrasadas	03	11,54
Sem registros de vacinas	09	34,61
Sem registros sobre alimentação	09	34,61

Fonte: Dados dos prontuários.

Um total de 545 (26,43%) usuários apresentou situações de agravos à saúde. As mais prevalentes foram obesidade 246 (11,93%) casos, Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) 174 (8,43%) e Diabetes Mellitus (DM) 64 (3,10%) casos. Um total de 43 (2,08%) usuários foi diagnosticado com HAS e DM concomitantemente e 18 (0,87%) outras cardiopatias (Tabela 3).

Tabela 3. Agravos à saúde apresentados por usuários de uma ESF. Rondonópolis, MT, Brasil, 2018 (n= 2062)

AGRAVOS À SAÚDE	N	%
Obesidade	246	11,93
HAS	174	8,43
DM	64	2,08
HAS+DM	43	2,20
Outras cardiopatias	18	0,87
Patologias do sistema óstio muscular	12	0,58
Deficiência física e motora	03	0,14
Câncer	01	0,048

Fonte: Dados dos prontuários.

Nota: DM= Diabetes Mellitus, HAS= Hipertensão Arterial Sistêmica

Dentre as 704 mulheres cadastradas na ESF com idade entre 25 a 64 anos, apenas 56 (7,96%) haviam realizado o exame citopatológico no ano da pesquisa. Considerando a assistência ao pré-natal, os indicadores demonstraram que das 29 mulheres em acompanha-

mento na ESF no período, 05 (17,25%) estavam na faixa etária de 10 a 19 anos, enquanto 24 (82,75%) encontravam-se com 20 anos ou mais.

Dentre as gestantes em acompanhamento, 25 (86,20%) seguiam as consultas de acordo com o preconizado pelo

MS, 9 (31,03%) iniciaram o pré-natal no 1º trimestre, 18 (62,06%) estavam vacinadas e somente 03 (10,34%) fizeram acompanhamento odontológico. Nenhuma gestante apresentou diagnóstico de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs).

Tabela 4. Indicadores de pré-natal das gestantes acompanhadas em uma ESF. Rondonópolis, MT, Brasil, 2018 (n= 29)

INDICADORES	N	%
Acompanhadas pelo pré-natal	25	86,20
Pré-natal no 1º trimestre	09	31,03
Vacinadas	18	62,06
Acompanhamento odontológico	03	10,34

Fonte: Dados dos prontuários.

A análise dos dados demonstrou que 211 (10,2%) usuários faziam uso contínuo de medicamentos, estes indivíduos apresentaram uma idade média de

59 anos, sendo que 51 (9%) eram idosos e em sua maioria do sexo feminino (55,7%). Os medicamentos mais consumidos pertencem a classe dos diuréticos e

dos fármacos antagonistas de angiotensina II, sendo a hidroclorotiazida (27,4%) e losartana (18,9%) os medicamentos mais utilizados (Tabela 5).

Tabela 5. Medicamentos mais consumidos na ESF Jardim Atlântico. Rondonópolis, MT, Brasil, 2018.

CLASSE TERAPÊUTICA	N	%	TOTAL
C – Sistema Cardiovascular			135
C03A – Diuréticos Tiazídicos	58	27,4	
C09CA – Antagonista de angiotensina II	40	18,9	
C07AB – Agentes beta-bloquadores seletivos	37	17,5	
A – Trato digestivo e Metabolismo			35
A10B – Hipoglicemiantes orais	35	16,5	

Fonte: Dados dos prontuários.

Discussão

Esta pesquisa permitiu identificar que a maioria dos usuários cadastrados na ESF era do gênero feminino e faixa etária entre 20 a 59 anos. Fato que se assemelha ao estudo de Silva et al⁽⁵⁾, sobre o perfil epidemiológico de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) na cidade de Cuiabá, onde 52,65% dos usuários de uma ESF eram mulheres, com predomínio de indivíduos com idade entre 19 a 60 anos.

Os resultados deste estudo revelaram que 50% da população entre zero a dois anos realizava acompanhamento mensal de puericultura. Ficou evidente a baixa cobertura de consultas na primeira semana de vida e o baixo índice de aleitamento materno exclusivo até os seis meses. Quando avaliada a situação vacinal, a maioria das crianças estava imunizada. Estes resultados corroboram com a pesquisa⁽⁸⁾ realizada numa ESF no município do Centro Sul Paranaense, o qual apontou que dentre as 46 crianças estudadas, apenas 48% era acompanhada periodicamente e que nenhuma

consulta de puericultura foi realizada na primeira semana de vida.

O acompanhamento periódico e sistemático do crescimento e desenvolvimento da criança até os dois anos de idade é fundamental para a promoção da saúde. Fatores como vacinação, alimentação, estimulação, cuidados gerais com a criança podem influenciar no desenvolvimento físico, motor, cognitivo e psicossocial em cada etapa da infância⁽⁶⁾. Nesta perspectiva, a frequência do acompanhamento precoce da população infantil caracteriza indicadores na qualidade da atenção prestada à criança, uma vez que, permite detectar situações de vulnerabilidades, além de favorecer a construção do vínculo da mãe e do bebê com a equipe multiprofissional da ESF^(9,10).

Nessa pesquisa, os principais agravos apresentados pelos usuários estudados foram as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) com maior prevalência de obesidade, HAS e DM. Silva⁽¹¹⁾ trouxe dados similares em seu estudo realizado no município do interior de Minas Gerais, em que dos 62 usuários estudados 95,09% eram

obesos. Para o autor, o excesso de peso está diretamente relacionado ao estilo de vida da população, o que reafirma a necessidade de promover mudanças comportamentais com intuito de prevenir e combater os fatores modificáveis.

Evidências indicam que o aumento dos indicadores para DCNT e a diminuição dos casos das doenças infectocontagiosas e parasitárias modificam a situação epidemiológica e demográfica, gerando impactos negativos na economia e sobrecarga nos serviços de saúde⁽¹²⁾. Neste contexto e com a perspectiva na redução desses agravos, o MS propôs em 2011 o Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das DCNT, que teve como objetivo a implementação de políticas públicas efetivas e o trabalho interprofissional para produção do cuidado com foco nos principais grupos de doenças, seus fatores de risco e na definição das diretrizes e ações em três eixos: vigilância, informação, avaliação e monitoramento; promoção da saúde e cuidado integral⁽¹³⁾.

O câncer do colo do útero está entre a

segunda neoplasia mais comum entre as mulheres e a quarta causa de morte por câncer. Sua evolução é lenta podendo se desenvolver entre 10 a 20 anos após a infecção pelo Papiloma Vírus Humano (HPV). É a única patologia que permite exames de rastreamento. Destarte, a APS é o local ideal para promoção e prevenção dessa doença e é por meio de educação em saúde sobre os fatores de risco e através da busca ativa das mulheres em condições de vulnerabilidades, que a equipe multidisciplinar confere diagnóstico precoce e início imediato do tratamento impedindo a evolução da doença⁽¹⁴⁻¹⁶⁾.

Neste estudo constatou-se baixa adesão na realização do exame citopatológico entre as mulheres cadastradas na ESF. Este dado vai de encontro ao estudo realizado por Hamester e Micheletti⁽¹⁷⁾ no qual, apenas 35,5% das mulheres estudadas haviam realizado o exame citopatológico pelo menos uma vez entre os anos de 2012 a 2015. Suarez⁽¹⁸⁾ durante a realização de um diagnóstico situacional, observou que das 630 mulheres cadastradas na ESF, apenas 17% haviam realizado o exame no ano de 2013. Em uma pesquisa em Jaçanã-RN observou-se que nos anos de 2008, 2010 e 2011 a cobertura do exame citológico compreendeu um terço da população feminina na faixa etária de risco. Fato que demonstra que apesar do Brasil estar entre um dos primeiros países na utilização da citologia oncológica, sua cobertura ainda é insuficiente para causar impactos nos indicadores de morbidade e mortalidade pelo câncer cérvico uterino⁽¹⁹⁾ Segundo Andrade et al⁽²⁰⁾, a não realização deste exame pode estar rela-

cionada a demora na entrega do resultado, a rotatividade do enfermeiro, ao sentimento de vergonha, timidez e constrangimento devido a exposição que essas usuárias se submetem no momento da coleta, além do medo da dor, possivelmente, devido a experiências negativas vivenciadas e de um possível resultado alterado.

Este estudo demonstrou que a maioria das gestantes apresentava faixa etária maior que 20 anos, com pré-natal em dia e vacinada, corroborando com os dados Silva e colaboradores⁽⁵⁾. Assim como em nossa pesquisa, Anversa et al⁽²¹⁾, e Domingues et al⁽²²⁾ identificaram que a maioria das gestantes iniciou o acompanhamento pré-natal após o 1º trimestre de gestação. A assistência precoce antes das 12 semanas de gestação é recomendação da OMS e do MS. Deve-se assegurar minimamente as seis consultas de pré-natal, realização dos exames de rotina preconizados pelo MS, acompanhamento psicológico à gestante, caso necessário, além da avaliação de possíveis impactos, de modo a assegurar intervenções oportunas⁽²³⁾.

Em relação ao perfil farmacoterapêutico dos indivíduos estudados, verificou-se um predomínio dos fármacos diuréticos e daqueles que agem no sistema renina angiotensina. Sopelsa et al⁽²⁴⁾, identificaram que os medicamentos mais utilizados se aplicavam ao tratamento das doenças do aparelho respiratório, seguido do osteomuscular e do tecido conjuntivo. Os medicamentos mais consumidos pela população estudada foram hidroclorotiazida e losartana estando em concordância com dados da literatura⁽²⁵⁾. Acredita-se que a partir do conhecimento do perfil farmacoterapêutico dos in-

divíduos, as ESFs possam desenvolver ações que visem o acompanhamento de forma sistemática desses pacientes, objetivando promover o cuidado integral e o uso racional desses medicamentos.

Conclusão

Os usuários cadastrados na ESF estudada são, em sua maioria, indivíduos com idade entre 20 a 59 anos e mulheres. Os dados indicam a imprescindibilidade na melhoria dos indicadores de pré-natal e puerpério, além, de uma ampliação na cobertura do exame colpocitopatológico. A prevalência de obesidade dentre os agravos à saúde demonstrou a necessidade de realização de medidas imediatistas quanto a projetos de educação para a saúde. Ao observar o perfil farmacoterapêutico, foi possível verificar que grande parte da população fazia uso de medicamentos de forma contínua. Neste contexto, é de expressiva importância promover ações para promoção do uso racional de medicamentos. Destarte, apesar da limitação do estudo em ser desenvolvido em somente uma unidade de saúde, o levantamento desses dados possibilitará aos gestores traçar novas estratégias de enfrentamento a serem realizadas pela equipe interprofissional de forma a priorizar e direcionar ações preventivas e integrais aos usuários. Ficou patente a deficiência dos registros nos prontuários e a ausência de instrumentos que favoreçam o acompanhamento e supervisão dos grupos prioritários, bem como a gestão da equipe otimizando o processo de trabalho e a resolutividade na APS. ■

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica [Internet]. Brasília, 2017 [acesso em 27 ago 2019]; 4-7; 13/11/2018. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.
2. Leitão, GCM. Reflexões sobre gerenciamento. Texto Contexto Enferm. 2001 jan/abr; 10(1):104-105.
3. Giovanela L, Mendonça MHM, Almeida PF, Escorel S, Senna MCM, Fausto MCR, et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. Cien Saúde Colet [Internet]. 2009 [acesso em 27 ago 2019]; 14 (3):783-794. Disponível em: 3. https://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext3.&3. pid=51413-81232009000300014.
4. Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. Epidemiologia e Saúde. Rio de Janeiro: Medsi; 2003.
5. Silva MHN, Ávila 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 [Internet]. 2013 [acesso em 27 ago 2019]; 4(2): 2129-2138. Disponível em: <http://periodicos.unb.br/index.php/rgs/arti->

REFERÊNCIAS

- cle/view/22943/16466.
- World Health Organization. Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. Guidelines for ATC classification and DDD assignment. 3 Ed. Oslo: World Health Organization [Internet]. 2000 [acesso em 27 ago 2019]. Disponível em: https://www.whocc.no/filearchive/publications/1_2013guidelines.pdf.
 - Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.º 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. Brasília: Diário Oficial da União, 2013 [acesso em 27 ago 2019]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html.
 - Baratieri T, Soares LG, Botti ML, Campanini AC. Consulta de enfermagem em puericultura: um enfoque nos registros de atendimentos. *Rev. Enferm UFSM* [Internet]. 2014 [acesso em 27 ago 2019]; 4(1):206-216. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/revsm/article/view/8553/pdf>.
 - Costa ESM, Almeida JLS, Oliveira DJS, Araújo FCS, Oliveira LL, Menezes RMP. Puericultura: o que a prática evidencia sobre as diferentes abordagens dos profissionais de enfermagem. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde* [Internet]. 2014 [acesso em 27 ago 2019]; 12(2):931-938. Disponível em: <http://periodicos.unincor.br/index.php/revistaunincor/article/view/1784>.
 - Zanardo GM, Andrade U, Zanardo GM, Menezes LP. Atuação do enfermeiro na consulta de puericultura: uma revisão narrativa da literatura. *Revista de Enfermagem* [Internet]. 2017 [acesso em 27 ago 2019]; 13(13):55-69. Disponível em: <http://www.revistas.fw.uri.br/index.php/revistadeenfermagem/article/view/2561/2563>.
 - Silva RD. Incidência do excesso de peso em usuários com hipertensão arterial em uma unidade básica de saúde. *Refacs* [Internet]. 2017 [acesso em 27 ago 2019]; 5(1):26-33. Disponível em: <http://seer.uftm.edu.br/revistaelectronica/index.php/refacs/article/view/1914/1929>.
 - Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 [Internet]. Brasília: MS; 2011 [acesso em 27 ago 2019]. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf.
 - Ministério da Saúde (BR). Relatório do III fórum de monitoramento do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil [Internet]. Brasília – DF, 2018 [acesso em 27 ago 2019]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_iii_forum_monitoramento_plano.pdf.
 - Silva LR, Almeida CAPL, Sá GGM, Araújo ETH. Educação em saúde como estratégia de prevenção do câncer do colo do útero: revisão integrativa. *Rev Pre Infec e Saúde* [Internet]. 2017 [acesso em 27 ago 2019]; 3(4):35-45. Disponível em: <http://www.ojs.ufpi.br/index.php/nupcis/article/view/6708/pdf>.
 - Silva BL, Santos RNLC, Ribeiro FV, Anjos UU, Ribeiro KSQS. Prevenção do câncer de colo uterino e a ampliação da faixa etária de risco. *Rev. enferm UFPE on-line* [Internet]. 2014 [acesso em 27 ago 2019]; 8(6):1482-1490. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/9836/10035>.
 - Ribeiro AA, Pereira TJ. Incidência de lesões intraepiteliais do colo uterino em adolescentes de Dourados/MS no período de 2011 a 2012. *Rev. Saúde* [Internet]. 2014 [acesso em 27 ago 2019]; 8(34):7-15. Disponível em: <http://revistas.ung.br/index.php/saude/article/view/1856/1576>.
 - Hamester L, Micheletti VCD. Cobertura do exame citopatológico em uma unidade de Estratégia Saúde da Família. *Enferm. Foco* [Internet]. 2016 [acesso em 27 ago 2019]; 7(3/4):27-30. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/911/341>.
 - Suarez AED. Exame citopatológico na Unidade Básica de Saúde Jardim Alvorada, Belo Horizonte: plano de intervenção para aumentar a adesão sua realização. Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de especialização Estratégia Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do título de especialista [Internet]. Belo Horizonte - Minas Gerais, 2015 [acesso em 27 ago 2019]. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/5677>.
 - Teixeira GA, Fonseca CJB, Justino DCP, Carvalho JBL, Andrade FB. Monitoramento dos resultados dos exames citológicos em jaçanã-RN no período de 2007 a 2011. *J Nurs Health* [Internet]. 2014 [acesso em 27 ago 2019]; 4(2): 123-134. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/4316/3913>.
 - Andrade CB, Souza C, Campos NPS, Gonzaga MFN, Pereira RSF, Soares APG. Percepção dos enfermeiros da Atenção Básica à Saúde do município de Jeromoabo frente à resistência das mulheres na realização do exame citopatológico de colo do útero. *Revista Saúde em Foco*. 2017; 09.
 - Anversa ETR, Bastos GAN, Nunes LN, Dal Pizzolo TS. Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2012 [acesso em 27 ago 2019]; 28(4):789-800. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csp/2012.v28n4/789-800/pt>.
 - Domingues RMSM, Viellas EF, Dias MAB, Torres JA, Theme-Filha MM, Gama SGN, et al. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. *Rev. Panam Salud. Publica* [Internet]. 2015 [acesso em 27 ago 2019]; 37(3):140-147. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2015.v37n3/140-147/pt>.
 - Ministério da Saúde (BR). Atenção ao pré-natal de baixo risco. Caderno de atenção Básica 32 [Internet]. Brasília, DF, 2012 [acesso em 27 ago 2019]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf.
 - Sopelsa M, Motter FR, Barcellos NT, Leite HM, Paniz VMV. Perfil farmacoterapêutico dos usuários e gasto com medicamentos de alto custo em São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil, 2014. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2017 [acesso em 27 ago 2019]; 26(4): 759-770. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/ress/2017.v26n4/759-770/pt>.
 - Alves SWS, Boalento WN, Féres SFM, Santos MRO, Mendonça PCF, Silvério MS. Acompanhamento farmacoterapêutico em município de médio porte na Zona da Mata mineira. *Revista Científica da Faminas* [Internet]. 2010 [acesso 27 ago 2019]; 5(2):11-23. Disponível em: <http://periodicos.faminas.edu.br/index.php/RCFaminas/article/view/233/210>.

Staphylococcus aureus resistente à meticilina: avaliação em instituição de longa permanência para idosos

RESUMO

Objetivos: Analisar a colonização nasal por *Staphylococcus aureus* e sua resistência à meticilina em residentes idosos de uma instituição de longa. **Método:** Estudo transversal, de caráter descritivo e abordagem qualitativa, desenvolvido em uma instituição de longa permanência para idosos, filantrópica, localizada na cidade de Botucatu, São Paulo. A coleta de dados, realizada em março e junho de 2017, ocorreu através do swab nasal dos idosos e os resultados enviados para o laboratório de microbiologia. **Resultados:** Dos 55 swabs coletados, cinco deram positivo para Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*. Desses cinco, quatro ficaram internados, com uso de sondas e antibióticos. Portanto, 80% que adquiriu a bactéria, estiveram internados (chance=4); 20% passou por atendimento hospitalar e internação (chance = 0,25). **Conclusão:** Alguns fatores de risco contribuíram para carreamento do *Staphylococcus aureus*, como idade mais avançada e hospitalizações. Por outro lado, a residência em instituições de longa permanência, hospitalizações e a variável de infecção trato urinário foram fatores associados ao carreamento de Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*.

Descritores: *Staphylococcus aureus*; Resistência à Meticilina; Instituições de Longa Permanência.

ABSTRACT

Objectives: Analyze nasal colonization by *Staphylococcus aureus* and its resistance to methicillin in elderly residents of a long-term institution. **Method:** This is a descriptive and qualitative cross-sectional study, conducted in a philanthropic long-term care facility located in the city of Botucatu, São Paulo. Data collection, performed in March and June 2017, occurred through the nasal swab of the elderly and the results sent to the microbiology laboratory. **Results:** Of the 55 swabs collected, five were positive for Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*. Of these five, four were hospitalized with probes and antibiotics. Therefore, 80% who acquired the bacteria were hospitalized (chance = 4); 20% underwent hospital care and hospitalization (chance = 0.25). **Conclusion:** Some risk factors contributed to the carrying of *Staphylococcus aureus*, such as older age and hospitalizations. On the other hand, residence in long-term care facilities, hospitalizations and the urinary tract infection variable were factors associated with the transport of Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*.

Descriptors: *Staphylococcus aureus*; Methicillin resistance; Long-Term Institutions.

RESUMEN

Objetivos: Analizar la colonización nasal por *Staphylococcus aureus* y su resistencia a la meticilina en residentes mayores de un centro de atención a largo plazo. **Método:** Este es un estudio transversal descriptivo y cualitativo, realizado en un centro de atención filantrópica a largo plazo ubicado en la ciudad de Botucatu, São Paulo. La recopilación de datos, realizada en marzo y junio de 2017, se realizó a través del hisopo nasal de los ancianos y los resultados se enviaron al laboratorio de microbiología. **Resultados:** De los 55 hisopos recolectados, cinco fueron positivos para *Staphylococcus aureus* resistente a la meticilina. De estos cinco, cuatro fueron hospitalizados con sondas y antibióticos. Por lo tanto, el 80% que adquirió la bacteria fue hospitalizado (probabilidad = 4); El 20% recibió atención hospitalaria y hospitalización (probabilidad = 0.25). **Conclusión:** algunos factores de riesgo contribuyeron a la portación de *Staphylococcus aureus*, como la edad avanzada y las hospitalizaciones. Por otro lado, la residencia en centros de atención a largo plazo, las hospitalizaciones y la variable de infección del tracto urinario fueron factores asociados con el transporte de *Staphylococcus aureus* resistente a la meticilina.

Descritores: *Staphylococcus aureus*; Resistencia a la Meticilina; Instituciones a Largo Plazo.

Anelvira de Oliveira Florentino

Enfermeira. Mestre em Ciências, área de pesquisa clínica pela universidade Estadual Paulista "Júlio Mesquita Filho" faculdade de medicina Campus Botucatu. Docente do curso de Enfermagem da Faculdade Sudoeste Paulista e Responsável pelo scih no hospital Unimed Itapetininga.

Alessandro Lia Mondelli

Doutor Assistente do Departamento de Clínica Médica da Disciplina de Patologia Clínica / Medicina Laboratorial da Faculdade de medicina Botucatu.

Paulo José Fortes Villas Bôas

Medico doutorado em Fisiopatologia em Clínica Médica pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita filho Botucatu.

Ana Sílvia Sartori Barraviera Seabra Ferreira

Publicidade e Propaganda pela Universidade do Sagrado Coração, Professor na faculdade de medicina de Botucatu NEAD.TIS.botucatu.

INTRODUÇÃO

A penicilina, descoberta em 1928 pelo médico Alexander Fleming e viabilizada por Florey e colaboradores no início da década de 1940, foi o marco de uma nova era na medicina ao proporcionar a cura de diversas doenças infecciosas. No entanto, quando a penicilina G foi introduzida, mais de 85% dos *Staphylococcus aureus* era susceptível a esse medicamento, porém, rapidamente apareceram as primeiras cepas de estafilococos resistentes à penicilina⁽¹⁾.

Essa resistência é decorrência da produção de β -lactamase (ou penicilinase) codificada pelo gene blaZ que inativa os antimicrobianos β -lactâmicos por hidrólise de seu anel β -lactâmico da penicilina, tornando-se assim incapaz de inibir a síntese da parede celular bacteriana^(1,2).

A introdução da meticilina, penicilina semissintética resistente à penicilinase, na década de 1960, possibilitou um avanço na terapêutica antiestafilocócica. O mecanismo de ação dos antimicrobianos β -lactâmicos são as proteínas de ligação à penicilina (PBPs, do inglês Penicillin Binding Proteins); transpeptidases responsáveis por reações envolvidas na síntese da parede celular bacteriana constituem alvos de ação dos β -lactâmicos. Ao interagir com essa enzima, o β -lactâmico impede a formação completa da camada de peptidoglicano, desencadeando a morte bacteriana⁽³⁾.

Contudo, logo após sua introdução na clínica foi identificado o primeiro isolado de *Staphylococcus aureus* resistente à meticilina (MRSA, do inglês Methicillin-Resistant *Staphylococcus aureus*), sendo resultado da presença de estafilococos na pele e na nasofaringe, e tem surgido recentemente também

como causa de infecções em pessoas sadias na comunidade, podendo causar diversas doenças pela produção de exotoxinas⁽⁴⁾.

O surgimento de MRSA é um desafio importante na terapia estafilocócica, não apenas por serem causadores de infecções relacionadas à assistência à saúde e comunitárias, mas também por apresentar resistência a múltiplos antimicrobianos, o que limita as opções para a antibioticoterapia⁽⁵⁾.

No entanto, “a disseminação exógena pode acontecer onde as bactérias podem ser transferidas para uma pessoa vulnerável pelo contato direto ou através de fômites”⁶. Essa bactéria foi uma das primeiras a serem controladas com a descoberta dos antibióticos, mas, devido a sua enorme capacidade de adaptação e resistência, tornou-se uma das espécies de maior importância no quadro das infecções hospitalares e comunitárias⁽⁶⁾.

Os residentes das Instituições de Longa Permanência (ILP) são uma população particularmente vulnerável a infecções por MRSA, não só pela debilidade do seu sistema imunitário, mas porque frequentam com regularidade os hospitais⁽⁷⁾.

Nos últimos anos, diversos estudos têm focado os riscos infecciosos relacionados a casas de repouso para idosos. Parte desses riscos está associada ao maior uso de dispositivos invasivos nessas instituições, determinando infecções com determinantes epidemiológicos semelhantes aos observados em hospitais. Há também quadros de risco especiais para ILP, tais como influenza e gastroenterites^(8,9).

Os riscos mais comuns inerentes à assistência ao paciente idoso podem ser evitados com a preocupação do profissional de enfermagem em avaliar o ambiente onde está instalado, garantindo a atuação segu-

ra da enfermagem⁽¹⁰⁾. Mas não é apenas ao cumprimento das normas técnicas de funcionamento de ILPs que o profissional deve estar atento. Existe ainda a responsabilidade do conhecimento técnico-científico, da perícia na assistência a este paciente. É necessário que o profissional busque conhecimentos específicos voltados para os cuidados do idoso, que não se restrinja à assistência básica de enfermagem e compreenda patologias mais complexas⁽¹¹⁾.

Diante disso, torna-se necessário conhecer a realidade do perfil de sensibilidade antimicrobiana das cepas de *S. aureus* que colonizam tanto os pacientes hospitalizados, quanto o próprio ambiente de instituições de longa permanência. Estes dados poderão ainda caracterizar a epidemiologia relacionada à colonização e disseminação de *S. aureus*, proporcionando uma comparação com dados nacionais e internacionais, visto que medidas de prevenção e controle destas infecções são baseadas nestes indicadores.

Assim, buscou-se analisar a colonização nasal por *Staphylococcus aureus* e sua resistência à meticilina em pacientes idosos de uma instituição de longa permanência e enfatizar a importância de ações de educação em saúde que culminem na minimização de infecções e no consequente controle e prevenção da disseminação do Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*.

METODOLOGIA

Estudo transversal, de caráter descritivo e natureza quantitativa. Conforme Brevidelli e Domenico⁽¹²⁾. No estudo transversal, os dados são coletados de um grupo de indivíduos em um momento definido, avaliando-se, por exemplo, a prevalência

de uma determinada característica. O estudo foi desenvolvido em uma instituição de longa permanência para idosos, mista, filantrópica, localizada na cidade de Botucatu no interior de São Paulo entre os meses de março e dezembro de 2017.

A amostra do estudo foi composta por pacientes institucionalizados na ILP. No momento inicial da abordagem, a ILP tinha 62 idosos institucionalizados.

Crítérios de inclusão: todos os pacientes internados no Asilo Padre Euclides. Dada participação só foi confirmada após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) dos pacientes institucionalizados estáveis clinicamente. Para indivíduos com déficit cognitivo, foi solicitado o consentimento do responsável legal, ou na ausência deste, da instituição. **Crítérios de exclusão:** não aceitar participar da pesquisa, recusa pelo familiar ou responsável legal e pacientes não estáveis clinicamente.

A coleta ocorreu em dois períodos: no primeiro, em março de 2017, havia 62 pacientes internados, dos quais 55 participaram, dois estavam internados, um óbito e quatro recusas. Do total de participantes, cinco resultados de swab positivos. Já no segundo período, em junho de 2017, dos 62 pacientes internados, 60 participaram, dois não participaram; e do total, dois swabs positivos.

As amostras das mucosas nasais foram coletadas simultaneamente através de swabs estéreis com meio de transporte. Os espécimes foram obtidos das narinas anteriores, utilizando swab para o sítio. A técnica de coleta nasal consistiu na umidificação do swab com SF 0,9% (técnica estéril) e introdução em ambas às narinas até a maior profundidade tolerável pelo idoso da pesquisa e rotação da haste pressionando gentilmente a extremidade contra a mucosa. Os swabs transportados em meio de Stuart para a Área

Técnica do Laboratório de Microbiologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu (HCFMB) para realização de semeadura em placas contendo Agar cromogênico acrescido de 6µg/ml de oxacilina e Agar Nutriente. O material foi recebido e as etiquetas para identificação dos meios de cultura foram impressas segundo o POP (específico para identificação de MRSA). Foram etiquetadas as placas com os meios de cultura necessários, após, procedeu à semeadura por esgotamento (semiquantitativo) em meio seletivo (cromomogênico) para a semeadura com alça, no segundo, terceiro e quarto quadrantes. Após realizar a semeadura, introduziu o swab novamente no tubo com meio de transporte e estocou o material à temperatura ambiente (20 a 25° C) durante 3 dias. As placas foram incubadas em estufa por 18 a 24 horas, à temperatura de 35° ou menos de 1°C. A leitura das placas foi realizada após incubação, e quando ocorreu crescimento das colônias azuis, procedeu à identificação e teste de sensibilidade do microrganismo 2/2 isolado em aparelho de automação em microbiologia segundo os POPs de identificação e teste de sensibilidade. Estocada a amostra em Agar Nutriente por 3 meses à temperatura de 3 a 8°C. Caso não ocorra crescimento de colônias azuis após a incubação, os resultados serão considerados negativos. O resultados foram liberados no sistema de informática hospitalar de acordo com POP de liberação de resultados. As amostras, placas e o estoque foram colocados em sacos para autoclave e autoclavados por 15 minutos a 121°C antes de serem desprezados.

Foi utilizado roteiro estruturado composto de itens de caracterização sociodemográfica e do crescimento de microrganismos, abordando as variáveis quantitativas: idade, tempo institucionalizado, sexo e microrganismos isolados.

Foi elaborado banco de dados em planilha do software Microsoft Excel® e os mesmos analisados com o auxílio do pacote estatístico IBM SPSS Statistics Base®. Foi realizado teste de associação bivariável, em específico o indicador Q- quadrado, considerando significância a nível de $p \leq 0,05$. A comparação entre os idosos considerou como variável de resposta apenas os dados que foram coletados com resultado positivo de Staphylococcus aureus.

Esta pesquisa cumpriu as exigências referentes aos aspectos éticos através da assinatura do TCLE pelos participantes/responsáveis/instituição e pela aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista (CEP/FMB/UNESP) sob o número: 131798/2016, e sob o CAAE: 63132016.0.0000.5411.

RESULTADOS

A idade dos participantes variou de 56 a 95 anos, com mediana entre 70 e 79 anos. Verifica-se quanto ao gênero que, 32 (52%) são do sexo feminino, sendo que a faixa etária entre 70 e 79 prevaleceu com 15 idosos. E 30 (48%) são do sexo masculino, e prevaleceu a faixa etária entre 70 e 79 anos. Dos 39 (63%) dos idosos asilados, foram internados entre os anos de 2011 a 2017, sendo que 16 (26%) dos idosos internados entre 2000 a 2010, cinco dos idosos (8%) internados entre 1990 a 1999 e dois (3%) dos idosos internaram em 1989.

Verificou-se que a maioria dos idosos, de ambos sexos, tem apenas um ano de internação. Sendo que a prevalência está entre um a seis anos. A pesquisa realizou duas coletas principais, uma primeira em março de 2017 e a segunda em junho de 2017, conforme verifica-se nas Tabelas 1 e 2.

Tabela 1: Caracterização da 1ª coleta swab nasal dos indivíduos acolhidos da ILP. Botucatu, SP, Brasil, 2017

DATA DE COLETA INTERNADOS NO ASILO MARÇO/2017	NÚMERO DE IDOSOS	%	RESULTADO DA 1ª COLETA	%
Coletados	55	90,2	5	9,0
Recusa– Sendo (2 internados, 1 óbito e 4 não aceitaram a coleta)	7	9,8		
TOTAL	62	100	5	9,0

Tabela 2: Caracterização da 2ª coleta swab nasal dos indivíduos acolhidos na ILP. Botucatu, SP, Brasil, 2017.

DATA DE COLETA INTERNADOS NO ASILO JUNHO/2017	NÚMERO DE IDOSOS	%	RESULTADO DA 2ª COLETA	%
Coletados	60	97,0	2	3,5
Recusa	2	3,0	0	0
TOTAL	62	100%	2	3,5%

Na primeira amostra foram coletados 55 (90,2%) dos idosos no mesmo dia, com recusa de 7 (9,8%), sendo que destes, quatro recusaram, dois estavam internados, e o sétimo foi a óbito. Em relação aos resultados obtidos do material coletado das fossas nasais dos idosos, pode-se observar que, cinco dos idosos (9,0%) eram portadores

do Staphylococcus aureus na fossa nasal resistentes à meticilina. Na segunda coleta, para saber se os idosos tinham MRSA, foram coletados 60 (97,0%) dos idosos, sendo que dois (3,0%) recusaram a coleta. Quanto ao resultado da coleta, pode-se verificar que dos cinco positivos, dois (3,5%) dos idosos continuaram apre-

sentando o MRSA.

Dos cinco idosos que os resultados foram positivos para MRSA, foi realizada coleta mensalmente nos últimos cinco meses para acompanhar os resultados anteriores positivos. No mês de junho, apenas dois apresentaram resultados positivos para MRSA.

Tabela 3: Caracterização dos casos positivos de MRSA e Staphylococcus aureus por sexo, idade e tempo de acolhimento na ILP. Botucatu, SP, Brasil, 2017

SEXO	IDADE	TEMPO DE INTERNAÇÃO	NÚMERO DE IDOSOS	PERCENTUAL
Masculino	1ª – 63	8 anos	3	60,0
	2ª – 80	7 anos		
	3ª – 81	3 anos		
Feminino	1º – 71	12 anos	2	40,0
	2º – 91	8 anos		
TOTAL			5	100

Quanto à caracterização dos casos positivos para MRSA entre o sexo masculino e feminino, pode-se observar que dos cinco portadores de MRSA, três (60,0%) são do sexo masculino e dois (40,0%) são do sexo feminino; no entanto, os dos sexos femininos, uma tinha 80 anos e 7

anos asilada, a segunda, 81 anos e 3 anos asilada. Quanto ao sexo masculino, o 1º com 71 anos e 12 anos asilado, o 2º com 91 anos e 8 anos asilado, e o 3º com 63 anos e 8 anos asilado.

Identificou-se que o maior intervalo de confiança correspondeu a variável infec-

ção do trato urinário, mostrando que sua associação com MRSA foi significativa, a nível de $p = 0,034$. A partir dessa distribuição, foi realizado o teste Qui Quadrado para verificar se tais condições teriam associação significativa com MRSA, a Tabela 4 apresenta os dados identificados.

Tabela 4: Distribuição de positivos e negativos totais identificados nos fatores de risco. Botucatu, SP, Brasil, 2017

FATORES DE RISCO	NEGATIVOS	%	POSITIVOS	%
Anemia	62	100%	0	0%
Antibióticos	32	52%	30	48%

Tabela 4: Distribuição de positivos e negativos totais identificados nos fatores de risco. Botucatu, SP, Brasil, 2017

FATORES DE RISCO	NEGATIVOS	%	POSITIVOS	%
Acidente Vascular Cerebral Isquêmico	54	87%	8	13%
Câncer de Mama	61	98%	1	2%
Deficit cognitivo	60	97%	2	3%
Desnutrição	59	95%	3	5%
Diabetes Mellitus	54	87%	8	13%
Doença de Alzheimer	51	82%	11	18%
Doença de Parkinson	61	98%	1	2%
Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica	59	95%	3	5%
Gastrostomia	58	94%	4	6%
Hipertensão Arterial Sistêmica	43	69%	19	31%
Hipotireoidismo	58	94%	4	6%
Infecção de Vias Aéreas Superiores	61	98%	1	2%
Insuficiência Coronariana	61	98%	1	2%
Infecção Trato Urinário	50	81%	12	19%
Lesão por Pressão Infectada	57	92%	5	8%
Paraplegia	61	98%	1	2%
Pneumonia	54	87%	8	13%
Sífilis	60	97%	2	3%
Sonda Nasoenteral para Alimentação	58	94%	4	6%
Sonda Vesical Demora	56	90%	6	10%

A partir dos resultados positivos, foi verificada a quantidade de positivos e negativos associada ao positivo de MRSA, concomitantemente. A Tabela 5 apresenta

os dados identificados de positivos e negativos com essa associação e o p valor identificado pelo teste q quadrado para cada um dos fatores positivos associados.

A porcentagem abaixo exposta é referente à amostra total (n=62).

Como indicado na tabela acima, apenas uma variável indicou associação signifi-

Tabela 5: Distribuição das condições associadas dos idosos com cultura positiva para MRSA. Botucatu, SP, Brasil, 2017

CONDIÇÕES ASSOCIADAS	NEGATIVOS	%	POSITIVOS	%	P
Anemia	5	8%	5	8%	*bivariáveis constantes
Antibióticos	2	3%	3	5%	0,588

Tabela 5: Distribuição das condições associadas dos idosos com cultura positiva para MRSA. Botucatu, SP, Brasil, 2017

CONDIÇÕES ASSOCIADAS	NEGATIVOS	%	POSITIVOS	%	P
Acidente Vascular Cerebral Isquêmico	4	6%	1	2%	0,622
Câncer de Mama	5	8%	0	0%	0,765
Déficit cognitivo	5	8%	0	0%	0,67
Desnutrição	5	8%	0	0%	0,599
Diabetes Mellitus	5	8%	0	0%	0,369
Doença de Alzheimer	3	5%	2	3%	0,174
Doença de Parkinson	5	8%	0	0%	0,765
Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica	5	8%	0	0%	0,599
Gastrostomia	5	8%	0	0%	0,54
Hipertensão Arterial Sistêmica	5	8%	0	0%	0,121
Hipotireoidismo	5	8%	0	0%	0,54
Infecção de Vias Aéreas Superiores	5	8%	0	0%	0,765
Insuficiência Coronariana	5	8%	0	0%	0,765
Infecção Trato Urinário	2	3%	3	5%	0,016
Lesão por Pressão Infectada	5	8%	0	0%	0,490
Paraplegia	5	8%	0	0%	0,765
Pneumonia	4	6%	1	2%	0,622
Sífilis	5	8%	0	0%	0,67
Sonda Nasoenteral para Alimentação	5	8%	0	0%	0,54
Sonda Vesical Demora	4	6%	1	2%	0,416

ficativa com MRSA, que foi a variável de infecção trato urinário, com significância à nível de 0,016. Nesse sentido, os resultados indicaram que na amostra, as outras possíveis variáveis não atingiram associação a nível de significância, a partir do intervalo de confiança de 95%.

Observou-se que a maior porcentagem de casos é da condição de antibióticos (22%), devido ao contexto hospitalar de internação e a condição inexistente é de anemia (0%).

DISCUSSÕES

Este estudo descreve as características dos pacientes e os principais fatores de risco causadores do *Staphylococcus aureus*

na fossa nasal resistentes à meticilina em uma Instituição de Longa Permanência ILP em Botucatu, São Paulo.

Os resultados obtidos mostraram que a bactéria é mais comum na mucosa nasal de homens (5%) do que na de mulheres (3%), diferença não significativa.

Em relação à faixa etária, verificou-se que a maioria dos portadores possuía idade entre 70 e 80 anos (69,5%). A incidência do *Staphylococcus aureus* aumenta com a idade, sendo que os homens acima dos 63 anos apresentam maior taxa de hospitalização do que as mulheres. Nestes pacientes, o uso de cateteres vesicais de demora, outras doenças concomitantes, institucionalização associam-se aos prognósticos. Esse dado se assemelha aos da-

dos encontrados por estudo⁽¹³⁾, em que a maior representatividade das culturas consistia de portadores com idade entre 70 e 80 anos (89,7%).

Neste estudo foram encontrados cinco portadores do MRSA. Considera-se que alguns fatores contribuíram para esse resultado, dentre eles, o tempo de permanência. No entanto, os fatores que influenciaram a aquisição de infecção incluem a idade, idade maior que 60 anos, o estado imunitário, as doenças de base como: Doença de Alzheimer, Hipertensão Arterial, demência, Doença de Parkinson, Acidente Vascular Cerebral Inquêmico, Hipotireoidismo e as intervenções diagnósticas e terapêuticas (uso de antibióticos devido à infecção do trato urinário, uso de sonda

O controle efetivo de MRSA e baseado em um conjunto de medidas que vai desde a firme adesão as medidas básicas de controle de infecção (tais como a higiene das mãos), a identificação precoce e isolamento de pacientes colonizados ou infectados por MRSA, bem como a descolonização em situações específicas.

de alívio, sonda vesical de demora e acesso venoso periférico, sonda nasoenteral para alimentação), sendo o maior risco para colonização e subsequente infecção por *S.aureus* observado em pacientes expostos a antibioticoterapia, pacientes em uso de cateteres, aqueles com história de hospitalização, pacientes transferidos após internação hospitalar prolongado e portadores

de doenças crônicas.

Dos 55 coletados, cinco deram positivo. Desses cinco, quatro ficaram internados, com uso de sondas e antibióticos. Portanto, 80% que adquiriu a bactéria, esteve internado (chance =4) e 20% passou por atendimento (chance= 0,25). A chance de não ter bactéria entre os coletados foi de 9,989, e a chance de ter a bactéria é de 0,098. Assim, a chance de que foi internado é de 16 vezes maior de adquirir a bactéria.

Para Almeida⁽¹⁴⁾, os fatores que influenciam a aquisição de infecção incluem a idade, o estado imunitário, a doença de base e as intervenções diagnósticas e terapêuticas, sendo o maior risco para colonização e subsequente infecção por *S.aureus* observado em pacientes expostos a antibioticoterapia, diabéticos insulínodépendentes, pacientes em uso de cateteres, maiores de 60 anos, pacientes com dermatoses que cursam com soluções de continuidade da pele, aqueles com história de hospitalização ou de cirurgia, pacientes transferidos após internamento hospitalar prolongado e portadores de doenças crônicas.

O estudo identificou em sua amostra total (n = 62) apenas cinco portadores do *Staphylococcus aureus* na fossa nasal resistentes à meticilina. A quantidade de associação constante, que indicou cinco negativos e zero positivo para alguns fatores (Parkinson, hipotireoidismo, SNE, DM, Desnutrição, GTT, Sífilis, DC, Pneumonia, DPOC, IVAS, Paraplegia, HAS, IC, CA Mama, e LPP) indicam que estes estão probabilisticamente controlados em contexto hospitalar, o que não pode ser elucidado pelo estudo é que fenômeno ou variável de fato controla, pois não foi variável controlada de investigação.

Quanto aos fatores de risco que não tiveram valores negativos e positivos constantes, identifica-se que o valor positivo só sobressai ao negativo nos antibióticos (3 positivos, 2 negativos) e na infecção do trato urinário (3 positivos, 2 negativos). Embora ambos identificaram associação positiva maior que a negativa com o MRSA, apenas a infecção do trato urinário indicou associação significativa.

Dentre os cinco portadores de MRSA,

quatro deles haviam passado por internação, com uso de sondas, antibióticos e tiveram infecção de trato urinário. Tendo em vista que a análise de associação bivariada indicou relação significativa apenas com o ultimo destes fatores de risco, infecção do trato urinário, com significância à nível de 0,016, acredita-se que intervenções preventivas para este fator de risco possam diminuir a incidência de internados portando MRSA.

A literatura internacional não fornece muitas avaliações sobre os riscos de transmissão de patógenos em ambientes extra-hospitalares. Estudos surgiram nos últimos anos para avaliar esse risco, especialmente em instituições de longa permanência para idosos e em casas de pacientes crônicos. Controle de infecção fora do ambiente hospitalar é considerado uma fronteira do conhecimento no campo e pesquisa com o objetivo de passar esta barreira deve ser incentivado⁽¹⁵⁾.

O controle efetivo de MRSA é baseado em um conjunto de medidas que vai desde a firme adesão às medidas básicas de controle de infecção (tais como a higiene das mãos), a identificação precoce e isolamento de pacientes colonizados ou infectados por MRSA, bem como a descolonização em situações específicas.

A vigilância de infecções por MRSA é importante tanto no ambiente hospitalar quanto nas instituições de longa permanência, devido ao perfil epidemiológico em constante mudança do MRSA. O conhecimento destes agentes, com os seus respectivos padrões de suscetibilidade, é um importante instrumento de orientação para a terapêutica antimicrobiana empírica inicial⁽¹⁶⁾.

Com isso, o pessoal da instituição foi notificado sobre os resultados para os devidos cuidados e sobre o tratamento dos portadores de *Staphylococcus aureus* resistentes à meticilina nos quais, optamos pelas atividades de educação e prevenção, tais quais: coleta de cultura dos pacientes quando chegarem à instituição; manter em isolamento o paciente até sair novo resultado da cultura; quando ficarem hospitalizados, na alta levarem os resultados de swab para a instituição e orientar equipe de profissionais da instituição sobre os cuidados.

A preocupação com a transmissão do MRSA não é exclusivamente dos portadores nasais, mas, abrange também os objetos de uso pessoal como veículo desta transmissão. Para autores⁽¹⁷⁾, “o simples ato de lavagem das mãos, que é uma das medidas de precauções básicas recomendadas em controle de infecção hospitalar, pode melhorar os níveis de infecção e servir como um indicador de qualidade”.

CONCLUSÃO

Concluiu-se que alguns fatores de risco contribuíram para carreamento do *Staphylococcus aureus* como idade mais avançada e hospitalizações, devido à resistência diferenciada nessa idade e os efeitos de estarem expostos a fatores de risco hospitalar. Por outro lado, a residência em instituições de longa permanência e hospitalizações foram fatores associados ao

carreamento de MRSA.

Assim, as informações descritas neste estudo serão úteis para a educação e a conscientização dos profissionais de saúde, constituindo medidas eficazes para o controle das infecções hospitalares e da disseminação do MRSA em instituições de longa permanência, reduzindo consequentemente os impactos econômicos e epidemiológicos deste crescente problema de saúde. ■

REFERÊNCIAS

- Chambers HF, Deleo FR. Waves of resistance: *Staphylococcus aureus* in the antibiotic era. *Nat Rev Microbiol* 2009 [citado em 2019 mar. 28]; 7(9):629-41. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2871281/>.
- Dumitrescu O, Dauwalder O, Boisset S, Reverdy ME, Tristan A, Vandenesch F. Résistance aux antibiotiques chez *Staphylococcus aureus*. *Medecine Sciences*. 2010 nov. [citado em 2019 mar. 28]; 26(11):943-9. Disponível em: https://www.medecinesciences.org/en/articles/medsci/full_html/2010/10/medsci20102611p943/medsci20102611p943.html
- Mimica MJ. Atualização sobre detecção laboratorial de resistência a antimicrobianos em *Staphylococcus aureus*. *Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo*. 2012 nov. [citado em 2019 mar. 28]; 57(1):129-134. Disponível em: <http://arquivosmedicos.fcmsantacasasp.edu.br/index.php/AMSCSP/article/view/297>.
- Gelatti LC, Bonamigo RR, Becher AP, Alves D'Azevedo. *Staphylococcus aureus* resistentes à meticilina: disseminação emergente na comunidade. *An. Bras. Dermatol*. 2009 Sept./Oct. [citado em 2019 mar. 27]; 84(5). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962009000500009.
- Otter JA, French GL. Community-associated methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*: the case for a genotypic definition. *Journal of Hospital Infection*. 2012 Jul. [acesso em 2019 mar.27]; 81(3):143-8. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22622448>.
- Lima MFP, Borges MA, Parente RS, Victória Júnior RC, Oliveira ME. *Staphylococcus aureus* e as infecções hospitalares – revisão de literatura. *Uningá Review*. 2015 jan./mar. [acesso em 2019 mar. 27]; 21(1):32-9. Disponível em: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20150101_115618.pdf.
- Nunes MJV. *Staphylococcus aureus* resistentes à meticilina (MRSA): estudo do papel dos lares de terceira idade no ciclo epidemiológico entre o hospital e a comunidade. Tese de mestrado, Doenças Infecciosas Emergentes, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, 2011.
- Crnich CJ, Drinka P. Medical device-associated infections in the long-term care setting. *Infect Dis Clin North Am*. 2012 [acesso em 2019 mar. 27]; 26:143-64. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22284381>.
- Mossad SB. Influenza in long-term care facilities: preventable, detectable, treatable. *Cleve Clin J Med*. 2009 [citado em 2019 mar. 27]; 76:513-21. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19726556>.
- Oliveira CF, Morey AT, Biasi-Garbin RP, Perugini MRE, Yamauchi LM, Yamada-Ogatta SF. Emergência de *Staphylococcus aureus* resistentes aos antimicrobianos: um desafio contínuo. *Revista de Ciências Médicas e Biológicas, Salvador*. 2014 ago. [acesso em 2019 mar. 27]; 13(2):242-7. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/cmbio/article/viewArticle/9831>.
- Yoshitome A. Quando o trabalho em asilos pode ser uma opção perigosa. *Revista COREN SP*. 2007 mar./abr.; 68.
- Brevidelli, MM, Domenico EBLD. TCC Trabalho de Conclusão de Curso: Guia prático para docentes e alunos da área da saúde. 2. ed. São Paulo: Látia; 2008.
- Campiotto S, Pinho JRR, Carrilho FJ, Silva LC, Souto FJD, Spinelli V, Pereira LM, et al. Geographic distribution of hepatitis C virus genotypes in Brazil. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*. 2005 [acesso em 2019 mar. 27]; 38(1):41-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-879X2005000100007.
- Almeida MI. Infecções hospitalares causadas por *Staphylococcus aureus* em um hospital de ensino. 68 fl. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de Maringá, Enfermagem, Maringá, 2006.
- Morales FR, Maroldi MAC. Home care: health professionals at risk for biological exposure. *Rev. esc. enferm. USP*. 2012 [acesso em 2019 mar. 27]; 46(1): 145-150. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000100020.
- Guilarde AO, Turchi MD, Martelli CM. Bacteremias em pacientes internados em hospital universitário. *Rev Assoc Med Bras*. 2007 [acesso em 2019 mar. 27]; 53(1):34-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302007000100016&script=sci_abstract&tlng=pt.
- Wenzel A, Hintze H, Mikkelsen L, Mouyen F. Radiographic detection of occlusal caries in noncavitated teeth. A comparison of conventional film radiographs, digitized film radiographs, and RadioVisio Graphy. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1991 [acesso em 2019 mar. 27]; 72:621-626. Disponível em: [https://www.oooojournal.net/article/0030-4220\(91\)90504-6/fulltext](https://www.oooojournal.net/article/0030-4220(91)90504-6/fulltext).

Estratégias de defesa adotadas por trabalhadores da saúde frente à violência relacionada ao trabalho na Saúde da Família

RESUMO

Objetivo: Analisar as estratégias de defesa adotadas pelos trabalhadores da saúde da Estratégia de Saúde da Família frente à violência relacionada ao trabalho. **Método:** Qualitativo, do tipo descritivo e exploratório cujo campo foi uma unidade de Estratégia de Saúde da Família situada no município do Rio de Janeiro. Participaram do estudo 27 trabalhadores da saúde. As entrevistas foram realizadas na unidade e gravadas após a autorização pelo Comitê de Ética em Pesquisa e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido no primeiro semestre de 2018. Trabalhou-se com a técnica de análise de conteúdo temática, sendo os resultados discutidos à luz da Psicodinâmica do trabalho. **Resultados:** Dentre as estratégias adotadas verificou-se o silêncio, a resignação, a banalização e fuga entre outros. **Conclusão:** A violência por afetar a saúde mental dos trabalhadores necessita de intervenção por parte da Estratégia de Saúde da Família de modo a manter a saúde do grupo e a qualidade do cuidado ofertado.

DESCRIPTORIOS: Equipe de Saúde; Estratégia Saúde da Família; Saúde do Trabalhador.

ABSTRACT

Objective: Analyze the defense strategies adopted by the health workers of the Family Health Strategy against work-related violence. **Method:** Qualitative, descriptive and exploratory type whose field was a Family Health Strategy unit located in the city of Rio de Janeiro. Twenty-seven health workers participated in the study. The interviews were conducted at the unit and recorded after authorization by the Research Ethics Committee and signing of the Informed Consent Term in the first semester of 2018. The thematic content analysis technique was worked out, and the results were discussed in light. Psychodynamics of work. **Results:** Among the adopted strategies were silence, resignation, trivialization and escape among others. **Conclusion:** Violence for affecting the mental health of workers needs intervention by the Family Health Strategy in order to maintain the group's health and the quality of care offered.

DESCRIPTORS: Health Team; Family Health Strategy; Worker's Health.

RESUMEN

Objetivo: Analizar las estrategias de defensa adoptadas por los trabajadores de salud de la Estrategia de Salud Familiar contra la violencia laboral. **Método:** Tipo cualitativo, descriptivo y exploratorio cuyo campo era una unidad de Estrategia de Salud Familiar ubicada en la ciudad de Rio de Janeiro. Veintisiete trabajadores de la salud participaron en el estudio. Las entrevistas se llevaron a cabo en la unidad y se registraron después de la autorización del Comité de Ética de Investigación y la firma del Término de Consentimiento Informado en el primer semestre de 2018. Trabajamos con la técnica de análisis de contenido temático y los resultados se discutieron a la luz. Psicodinámica del trabajo. **Resultados:** Entre las estrategias adoptadas se encuentran el silencio, la resignación, la trivialización y el escape, entre otros. **Conclusión:** La violencia por afectar la salud mental de los trabajadores necesita la intervención de la Estrategia de salud familiar para mantener la salud del grupo y la calidad de la atención ofrecida.

DESCRIPTORIOS: Equipo de Salud; Estrategia de Salud Familiar; Salud Ocupacional.

Caroline do Nascimento Leite

Mestre em Enfermagem pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro, professora do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estácio de Sá.

Elias Barbosa de Oliveira

Pós-doutor, professor associado do Programa de Graduação e Pós-graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

INTRODUÇÃO

Recorte de dissertação de mestrado que possui como objeto “Violência relacionada ao trabalho da equipe de saúde da Estratégia de Saúde da Família (ESF)”. O Ministério da Saúde define violência como evento representado por ações realizadas por indivíduos, grupos, classes ou nações que ocasionam danos físicos, emocionais, morais e/ou espirituais a si próprio ou a outros⁽¹⁾. A Organização Mundial de Saúde (OMS) reconhece a violência como um problema de saúde pública e, em sua definição, associa-se aos conteúdos ligados à intencionalidade com a prática do ato propriamente dito - uso intencional de força física ou poder ao seu alvo, a quem ou que grupo essa força/poder se dirige - “contra si próprio, outra pessoa, grupo ou comunidade” - e sobre os tipos de sofrimento/dano que resultariam ou poderiam resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação⁽²⁾.

Dentre os trabalhadores da saúde, aqueles que atuam na ESF estão sujeitos a sofrer situações de violência em seu cotidiano de trabalho. Por ser a porta de entrada dos usuários ao sistema, a ESF atende às demandas advindas de diferentes estratos sociais, lidando com uma clientela diversificada. A isso, associa-se o fato de os serviços estarem, preferencialmente, localizados em áreas de maior vulnerabilidade e risco social, o que pode de sobremaneira influenciar na ocorrência de violências no trabalho das equipes⁽³⁻⁵⁾. Pesquisas realizadas com profissionais da ESF apontam que esses trabalhadores avaliam seu trabalho como estressante e os resultados demonstram que a maioria apresenta níveis de estresse considerados altos⁽⁶⁾.

Considerando que o foco de trabalho das equipes da ESF é a promoção da saúde das pessoas e prevenção de agravos e envolve o convívio diário com pessoas fragilizadas, preocupadas e em sofrimento, deve-se considerar a vulnerabilidade dos profissionais ao adoecimento. Somam-se a isto algumas fragilidades na rede de atenção à saúde que se refletem no trabalho e afetam a resolutividade das ações⁽⁶⁾.

Diante do exposto, o presente estudo tem o objetivo de analisar as estratégias de defesa adotadas pelos trabalhadores da saúde da Estratégia de Saúde da Família frente à violência relacionada ao trabalho através da seguinte questão norteadora: **Quais as estratégias de defesa adotadas pelos trabalhadores da saúde da Estratégia de Saúde da Família frente à violência relacionada ao trabalho?**

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo, do tipo descritivo e exploratório, que teve aprovação dos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (CEP/UERJ - CAAE n.º 80489117.7.0000.5282, parecer n.º 2.509.816) e da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (CEP/SMS-RJ - CAAE n.º 80489117.7.3001.5279, parecer n.º 2.668.601). O estudo ocorreu com 27 trabalhadores da saúde de uma unidade de saúde da família localizada no município do Rio de Janeiro. Na ocasião em que os dados foram coletados, a unidade contava em seu quadro com um total de 50 profissionais.

Na inclusão dos participantes, foram adotados os seguintes critérios: trabalhadores da saúde que exerciam suas atividades laborativas a partir de 01 ano na ESF,

com atuação na unidade e no território, em pleno exercício de suas atividades na ocasião em que os dados foram coletados. Excluídos trabalhadores com menos de 01 ano de atuação bem como aqueles afastados devido a problemas de saúde, férias e licenças de outra natureza.

As entrevistas foram realizadas na própria unidade no primeiro semestre de 2018 após agendamento, disponibilidade e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos entrevistados. Optou-se pela técnica de entrevista semiestruturada mediante um roteiro com questões abertas, e para caracterização dos participantes foi utilizado um instrumento estruturado. Na descrição das falas dos participantes no corpus do texto e com o intuito de preservar a identidade, foram adotadas as seguintes convenções: ACS (agente comunitário de saúde), ASB (auxiliar de saúde bucal), ENF (enfermeiro), MED (médico), TE (técnico de enfermagem), TSB (técnico de saúde bucal) seguido de um número de acordo com a ordem das entrevistas. Após a transcrição, os depoimentos foram analisados mediante a técnica de análise de conteúdo do tipo temática⁽⁷⁾, sendo os resultados discutidos à luz da Psicodinâmica do trabalho⁽⁸⁾.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As características sociodemográficas e socioprofissionais são apresentadas nas tabelas 1 e 2, tendo sido verificadas a partir dos dados informados no instrumento de caracterização. Os dados foram submetidos à análise estatística descritiva (frequência absoluta e relativa), com o intuito de contribuir com a discussão e aprofundamento do estudo.

Tabela 1. Características sociodemográficas dos participantes do estudo. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2018 (n=27)

CARACTERÍSTICAS	F	%
Sexo		
Feminino	20	74
Masculino	07	26

Tabela 1. Características sociodemográficas dos participantes do estudo. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2018 (n=27)

CARACTERÍSTICAS	F	%
Total	27	100
Faixa Etária		
Até 35 anos	14	51,8
36 a 45	05	18,5
46 a 55	05	18,5
Acima de 55	03	11,2
Total	27	100
Estado Civil		
Solteiro (a)	09	33,3
Casado (a)	15	55,5
Divorciado (a)	02	7,4
Viúvo	01	3,8
Total	27	100
Renda (em salários mínimos*)		
1 a 2	08	29,7
3 a 5	12	44,4
6 a 8	05	18,5
Acima de 8	02	7,4
Total	27	100

Nota: Salário mínimo nacional em janeiro de 2018 - R\$ 954,00*.

Tabela 2. Características socioprofissionais dos participantes do estudo. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2018 (n=27)

CARACTERÍSTICAS	F	%
Categoria Profissional		
Agente Comunitário de Saúde	13	48,1
Auxiliar de Saúde Bucal	02	7,4
Enfermeiro	03	11,1
Médico	04	14,8
Técnico de Enfermagem	04	14,8
Técnico de Saúde Bucal	01	3,8

Tabela 2. Características socioprofissionais dos participantes do estudo. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2018 (n=27)

CARACTERÍSTICAS	F	%
Total	27	100
Escolaridade		
Nível Médio	13	48,1
Ensino Técnico	05	18,5
Nível superior	02	7,4
Pós-Graduação Lato sensu	06	22,2
Pós-Graduação Stricto sensu	01	3,8
Total	27	100
Carga horária semanal (na unidade)		
Até 40 horas	25	92,6
Até 20 horas	02	7,4
Total	27	100
Número de vínculos empregatícios		
1	24	88,8
2 ou mais	03	11,2
Total	27	100
Carga horária (considerando outros vínculos)		
Até 60 horas	24	88,8
Acima 60 horas	3	11,2
Total	27	100
Tipo de contrato		
CLT	27	100
Total	27	100

Na Tabela 1, observa-se que, independentemente da categoria profissional, prevalece o sexo feminino entre os trabalhadores entrevistados, perfil de fato predominante no setor de saúde. A faixa etária de até 35 anos foi a de maior prevalência no estudo, o que caracteriza uma equipe de trabalho em plena fase produtiva. A prevalência da renda, que se situou entre 3 e 5 salários mínimos, deve-

-se considerar que na menor faixa salarial encontram-se os ACS, os técnicos de enfermagem e técnicos de saúde bucal. Em relação às características socioprofissionais (Tabela 2), a maioria dos participantes são ACS sendo a escolaridade predominante composta por trabalhadores de nível médio e as demais de nível superior. Dos profissionais entrevistados com nível superior completo e que atuam em sua área de for-

mação, todos possuem especialização em Saúde da Família. Os trabalhadores, em sua maioria, possuem apenas um vínculo empregatício e todos são contratados pelo regime celetista.

Sendo o trabalho fator relevante na identidade social e organização psíquica do indivíduo, os profissionais elaboram estratégias individuais e coletivas centradas, principalmente, na minimização da ansie-

Não há neutralidade do trabalho em relação à saúde do trabalhador, haja vista que é no trabalho que o ser humano encontra meios de realizar seus desejos e necessidades, sendo fonte de satisfação ou sofrimento, quando as condições laborais forem desfavoráveis à saúde.

dade e do sofrimento, pois consideram que a solução efetiva da problemática relacionada à violência na ESF depende de ações por parte dos gestores, em termos de suporte psicoterápico aos trabalhadores vítimas da violência e realização de grupos de discussão, não sendo relatadas ações de cunho preventivo, como o treinamento para lidar com os episódios de violência. Salienta-se que, embora essas estratégias sejam importantes na minimização do sofrimento em face da violência, elas não operam mudanças em prol do coletivo, como identificado:

“Eu não penso em nada transformador ou inovador dentro desse cenário. Não tem nada que a gente possa fazer, a gente tem que conviver! A violência é algo que tá aí! Tem que conviver! É normal, tá em todo lugar! Entendeu? Não tem pra onde fugir não” (E8MED).

“Estratégia eu acho que sempre tem, mas não depende da gente, depende de órgãos maiores. A gente, infelizmente, banaliza. As primeiras situações aqui que eu corria, ficava assustada. Hoje, pra mim, é só mais um dia de tiroteio. A gente banalizou muito, então, se depender da gente, realmente não tem o que fazer” (E16TE).

“Quando estou lá, falo com todos, respeito todos, faço como se tudo fosse normal. Assim, se acontecer alguma coisa, eu posso me abrigar com eles sabe. O vínculo do ACS com a comunidade é o que ajuda ele a passar por certas coisas e sair ileso” (E2ACS).

Não há neutralidade do trabalho em relação à saúde do trabalhador, haja vista que é no trabalho que o ser humano encontra meios de realizar seus desejos e necessidades, sendo fonte de satisfação ou sofrimento, quando as condições laborais forem desfavoráveis à saúde. Sendo assim, o trabalho sempre estaria contribuindo para a saúde ou adoecimento dos indivíduos e, a partir das características desfavoráveis à saúde no trabalho, o trabalhador desenvolve estratégias de defesa que permitem que o sofrimento não seja instalado ou não venha a causar adoecimento⁽⁹⁾.

O enfrentamento da violência pelos profissionais e serviços de saúde é recente e os novos modos de lidar com este evento ainda não estão incorporados às práticas cotidianas dos serviços. Em muitos momentos, ao se depararem com a violência, esses profissionais apontam dificuldades no modo de enfrentá-la. A habilidade necessária para trabalhar com estes complexos cenários e seus eventos inesperados não é ofertada na formação profissional e nem prevista pelos gestores. Estes vivem, desse modo, situações geradoras de indignação, frustrações e frequente rotatividade na composição das equipes⁽¹⁰⁾.

Acerca do enfrentamento da violência por parte da organização do trabalho, os

trabalhadores perpassaram, em seus discursos, a violência institucional, em que se identificou a ausência de ações por parte dos gestores no intuito de garantir a segurança no local de trabalho e manutenção do atendimento aos usuários. Identificou-se, através dos depoimentos, a responsabilização do Estado com relação à adoção de medidas preventivas e de cunho estrutural de combate à violência territorial que, se fossem adotadas, diminuiriam os riscos de lesão e, até mesmo de morte, devidos aos tiroteios, diminuindo, também, o sentimento de desproteção diante da ausência de policiamento, inclusive na própria unidade.

“Tem até hoje as marcas de tiro na entrada. De repente, se o policiamento aumentasse aqui perto da gente, na nossa porta mesmo, eu e os colegas nos sentiríamos mais seguros, mas não sei” (E2ACS).

“Bom, dentro da unidade, nós sempre comentamos que seria bom um segurança, um guarda municipal, polícia [...]. Não sei! Alguma pessoa que imponha autoridade, mais respeito. E o policiamento mais ostensivo na rua, né? Já que a gente quase não vê! A gente só vê a polícia chegando na favela já dando tiro!” (E24ACS).

Apesar de as equipes da ESF sentirem a necessidade de policiamento como medida de proteção, os policiais também são repetidamente mencionados pelos trabalhadores, devido à insegurança que geram com suas presenças e modos de agir no território. Os profissionais da ESF analisam de forma bastante crítica as incursões policiais que geram medo e insegurança. Ao relatar que a violência presente nos territórios é motivada pelo descompromisso com o social reinante nestes cenários, a instituição polícia surge como a possibilidade de ordenamento ou reordenamento social, entretanto o seu modus operandi pode fortalecer a violência cotidianamente⁽¹⁰⁾.

Quanto a sugestões de tipos de estraté-

gias de cunho terapêutico que poderiam ser adotadas pela ESF, seria a de suporte psicoterápico aos trabalhadores, individual ou coletivamente, através de grupos de autoajuda. Ao contrário da psicoterapia individual, que seria usada para a livre expressão de sentimentos, medos e tensões, no grupo de autoajuda existe a possibilidade de trocas de experiências coletivas e organização dos trabalhadores que, juntos, poderiam elaborar projetos e ações que reverterem para o bem-estar de todos e da qualidade do atendimento, caracterizando as estratégias coletivas de defesa.

“O ideal seria um maior suporte psicológico. Ia nos ajudar no controle emocional, lidar melhor com a situação, sei lá. Não só quando acontecer alguma coisa! Toda a semana deveria ter uma roda de conversas, umas dinâmicas, alguma coisa pra desfocar um pouco, pra aliviar a tensão, atividade manual, não sei” (E21ASB).

Momentos de congraçamento são bem vindos e vistos como oportunidades de

trocas de informações e aconselhamentos sobre aspectos essenciais ao trabalho, que nem sempre podem ser abordados em ambientes formais⁽⁹⁾. É necessária a criação de um espaço onde os trabalhadores possam falar dos problemas que afligem o grupo e que seja validado pelos próprios trabalhadores, uma vez que é essencial que o trabalhador fale sobre o que o faz sofrer, tanto na vida profissional, quanto na vida pessoal⁽¹¹⁾.

CONCLUSÃO

No enfrentamento da violência no trabalho, identificou-se estratégias individuais e coletivas de defesa que, apesar de não promoverem ações efetivas frente à violência, contribuem para a minimização dos quadros de ansiedade e/ou sofrimento no trabalho. Os participantes frente à violência laboral, considerando a necessidade de se manterem produtivos apesar da ameaça constante de sofrerem violência psicológica e até mesmo física, adotam estratégias distintas que vão da resignação e naturalização, à fuga do local em que ocorre a violência no intuito de preservarem a sua integridade física e psíquica.

No que diz respeito às estratégias adotadas pela organização frente à violência, os trabalhadores, em seus depoimentos, evidenciaram sugestões voltadas para a segurança no local de trabalho, como o policiamento e a necessidade de apoio psicoterápico. Houve sugestões de realização de grupos de autoajuda e de atendimento individual, na ocorrência e manejo das situações de violência, como, também, no suporte àqueles que foram vítimas de violência e que desenvolveram algum tipo de sofrimento.

Diante disso, é necessário o desenvolvimento de estudos que possibilitem aos trabalhadores um melhor manejo das situações de violência vivenciadas no dia a dia, com vistas à manutenção de sua saúde e prevenção de agravos de ordem física e/ou psíquica. Há de se considerar os problemas ou encargos emocionais e sociais decorrentes da violência para a organização e os trabalhadores, devido à possibilidade de absenteísmo, afastamentos, demissão voluntária e, até mesmo, desistência da profissão, em função do sofrimento resultante da violência e da inexistência de estratégias efetivas de enfrentamento por parte da ESF. ■

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Portaria MS/GM n.º 737, de 16 de maio de 2001. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Diário Oficial da União, nº 96 Seção 1e – 18/05/2001. Brasília, DF, 2001.
2. Krug EG, et al. (Org.). World report on violence and health. Geneva: World Health Organization, 2002.
3. Kaiser DE, Bianchi F. A violência e os profissionais da saúde na atenção primária. Rev. Gauch enferm. 2008; 29(3):362-66.
4. Lancman S, et al. Repercussões da violência na saúde mental de trabalhadores do Programa Saúde da Família. Rev. Saúde Pública. 2009; 43(4):682-8.
5. Santos LFB, David HMSL. Percepções do estresse no trabalho pelos agentes comunitários de saúde. Rev. Enferm UERJ. 2011; 19(1):52-7.
6. Melquíades DD, Leite MCA. O estresse ocupacional em equipes de saúde da família. REBES. 2014; 4(2).
7. Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2011.
8. Dejours C. Subjetividade, trabalho e ação. Revista Produção. 2004; 14(3):27-34.
9. Dejours C, Abdoucheli E, Jayet C. Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. 1.ed. 11. Reimpressão. São Paulo: Atlas; 2012.
10. Machado CB, et al. Violência urbana e repercussão nas práticas de cuidado no território da saúde da família. Revista Enfermagem UERJ. 2016; 24(5):254-8.
11. Magnus CN, Merlo ARC. Sofrimento-Prazer: Dinâmica do Trabalho de Profissionais de Saúde Mental de um Hospital Psiquiátrico Público. Psico. 2012; 43(2):182-5.
12. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde).
13. Campos AS. Violência e Trabalho, In: MENDES, R. (Org.). Patologia do Trabalho. Rio de Janeiro: Atheneu; 2004. p. 1641-1655.
14. Dejours C. Entre o desespero e a esperança: como reencantar o trabalho. Revista Cult. 2009; 139:49-53.
15. Dejours C. Inteligência prática e sabedoria prática: duas dimensões desconhecidas do trabalho real. In: LANCMAN, S.; SZNELWAR, L.I. (Org.). 136. Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. 3. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2011.

Medidas não farmacológicas para o alívio da dor no recém-nascido prematuro na UTI neonatal

RESUMO

Objetivo: Descrever a importância das medidas não farmacológicas para alívio da dor no recém-nascido prematuro na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Método:** Estudo descritivo e exploratório, com base na revisão integrativa de literatura. A busca dos estudos foi realizada nas bases de dados da Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, Bases de Dados de Enfermagem e Medical Literature Analysis and a Retrieval System Online. **Resultados:** Foram encontrados 30 artigos referentes à temática e após utilização dos critérios de inclusão e exclusão, cruzamento de dados e avaliação da relevância dos estudos, foram selecionados 9 artigos para construção deste estudo. **Conclusão:** As medidas não farmacológicas têm sido recomendadas para o alívio e manejo da dor do recém-nascido prematuro, possuem eficácia comprovada e apresentam baixo risco para os bebês, assim como baixo custo operacional no que se refere aos cuidados intensivos.

DESCRITORES: Unidade de Terapia Intensiva Neonatal; Recém-Nascido Prematuro; Avaliação da Dor.

ABSTRACT

Objective: Describe the importance of non-pharmacological measures for pain relief in newborns in neonatal intensive care unit. **Methods:** Descriptive and exploratory study research based on integrative literature review. The search was done in the database of the Latin America and Caribbean Center on Health Sciences, Database in Nursing and the Medical Literature Analysis and a Retrieval System Online. **Results:** 30 articles were found related to the topic and after applying the inclusion and exclusion criteria, data crossing and relevance of the studies, 9 articles were selected for the construction of this study. **Conclusion:** The non-pharmacological measures were recommended for pain relief and management of premature newborns, have proven efficacy and low risk for the infants, as well as low operating costs for the intensive care.

DESCRIPTORS: Neonatal Intensive Care Unit; Premature Newborn; Pain Assessment.

RESUMEN

Objetivo: Describir la importancia de las medidas no farmacológicas para el alivio del dolor en recién nacidos prematuros en la Unidad de cuidados intensivos neonatales. **Método:** Estudio descriptivo y exploratorio, basado en la revisión integradora de la literatura. La búsqueda de los estudios se realizó en las bases de datos de Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud, bases de datos de enfermería y en el Sistema de Análisis y Recuperación de Literatura Médica en línea. **Resultados:** Se encontraron 30 artículos relacionados con el tema y después de utilizar los criterios de inclusión y exclusión, el cruce de datos y la evaluación de la relevancia de los estudios, se seleccionaron 9 artículos para la construcción de este estudio. **Conclusión:** Se han recomendado medidas no farmacológicas para el alivio y el tratamiento del dolor prematuro del recién nacido, han demostrado su eficacia y tienen un riesgo bajo para los bebés, así como bajos costos operacionales para los cuidados intensivos.

DESCRIPTORES: Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales; Recién Nacido Prematuro; Evaluación del Dolor.

Mariana Chaves Oliveira

Acadêmica de enfermagem da Universidade Estácio de Sá.

Ester Couto Leitão Xavier

Graduação em Enfermagem da Universidade Estácio de Sá.

Gabriel Santana da Silva

Acadêmico de enfermagem da Universidade Estácio de Sá.

Cláudia Oliveira de Andrade

Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal Fluminense. Docente da Graduação em Enfermagem da Universidade Estácio de Sá.

Caroline do Nascimento Leite

Mestre em Enfermagem pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Docente da Graduação em Enfermagem da Universidade Estácio de Sá.

INTRODUÇÃO

A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) é destinada à assistência integral aos recém-nascidos (RNs) no período que vai do nascimento até o 28º dia de vida⁽¹⁾. Em uma UTIN, os RNs têm uma grande demanda de procedimentos ao longo de sua internação e a maioria deles que remete a dor. A hospitalização os expõe a diversos procedimentos dolorosos repetitivos para fins de análises ou intervenções, podendo ocasionar consequências nocivas a curto e longo prazos.

A dor é fundamental para todo ser vivo e serve como um sinal de alerta e desencadeia reações fisiológicas e psicológicas no ser humano, que o leva a proteger-se de estímulos nocivos. A percepção da dor é uma qualidade inerente à vida, presente em todo ser constituído de sistema nervoso central (SNC), e no caso do RN, independente do grau de maturidade, ele apresenta condições anatômicas, neuroquímicas e funcionais para a percepção, integração e resposta aos estímulos dolorosos⁽²⁾. Ela pode ser entendida como uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a um dano real ou potencial dos tecidos, ou descrita em termos de tais lesões, podendo compreender a várias dimensões (fisiológica, afetiva, cognitiva, comportamental e sociocultural), que modificam a transmissão de estímulos nocivos ao cérebro⁽³⁾.

A dor quando não tratada pode causar efeitos negativos para o RN, principalmente, para os prematuros, pois durante essa fase que estão passando ocorre rápido desenvolvimento cerebral, no qual as vias nervosas estão em processo de desenvolvimento, podendo levar à consequências a longo prazo, como: atraso no crescimento pós-natal e desenvolvimento neurológico, alta ativação cortical e alterações no desenvolvimento cerebral, temperamento da afetividade negativa, déficit cognitivo e motor.

Diante do exposto, este estudo tem

por objetivo descrever a importância das medidas não farmacológicas para alívio da dor no recém-nascido prematuro na UTI neonatal através da seguinte questão norteadora: Qual a importância das medidas não farmacológicas para alívio da dor no recém-nascido prematuro na UTI neonatal?

A dor quando não tratada pode causar efeitos negativos para o RN, principalmente, para os prematuros, pois durante essa fase que estão passando ocorre rápido desenvolvimento cerebral, no qual as vias nervosas estão em processo de desenvolvimento, podendo levar à consequências longo prazo [...]

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo do tipo revisão integrativa da literatura considerando o objeto de estudo e suas características. A revisão integrativa é elaborada com o propósito de fornecer fundamentação teórica ao trabalho, bem

como a identificação do estágio atual do conhecimento referente ao tema e essa revisão não pode ser constituída apenas por referências ou sínteses dos estudos feitos, mas por discussão crítica do estado atual da questão⁽⁵⁾.

Para melhor elaboração do estudo, a revisão precedeu-se de 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. A questão norteadora foi elaborada por meio da estratégia PICO - P: paciente ou problema, I: intervenção, C: comparação e O: desfecho, do inglês outcomes⁽⁶⁾.

A busca dos artigos na literatura foi realizada nas bases de dados da Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Bases de Dados de Enfermagem (BDENF) e Medical Literature Analysis and a Retrieval System Online (MEDLINE) entre os meses de março e junho de 2018. Utilizou-se como critérios de inclusão: artigos referentes à temática do estudo em português, inglês e espanhol, publicados entre 2014 e 2018, disponíveis na íntegra. Como critérios de exclusão optou-se por não utilizar nenhum tipo de trabalho de conclusão (monografias, dissertações ou teses), resumos de anais de eventos, artigos duplicados e artigos de outros idiomas.

Os artigos foram localizados mediante consulta aos descritores em Ciências da Saúde (DeCS): “unidade de terapia intensiva neonatal”, “recém-nascido prematuro” e “avaliação da dor”, recorrendo ao operador booleano “AND” para cruzamento entre eles.

RESULTADOS

Para busca dos estudos nas fontes de dados mencionadas (Figura 1), foi elaborado um instrumento para síntese das informações, em que foram coletadas as

artigo

Oliveira, M.C.; Xavier, E.C.L.; Silva, G.S.; Andrade, C.O.; Leite, C.N.;

Medidas não farmacológicas para o alívio da dor no recém-nascido prematuro na UTI neonatal

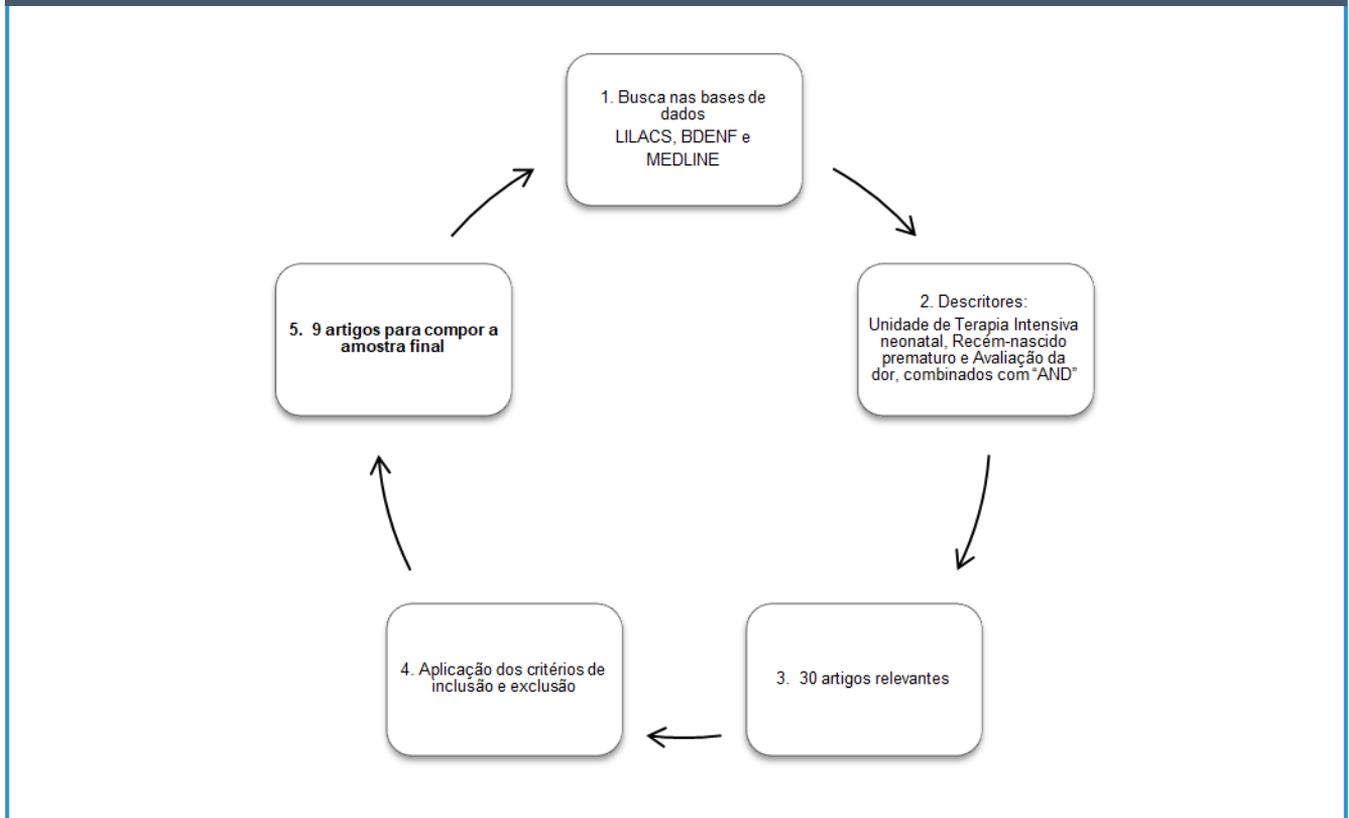
seguintes variáveis: fonte, título, autor/ano e objetivo do estudo. A leitura exploratória do material encontrado permitiu

verificar a relevância das obras à pesquisa. Na primeira busca foram encontrados 30 artigos, sendo selecionados 09 artigos que

abordavam o tema mais especificamente.

A partir do delineamento da pesquisa, foi elaborado um quadro com distribui-

Figura 1: Percurso metodológico para busca nas bases de dados. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 2018.



ção do título, autor/ano e os principais objetivos dos estudos (Quadro 1).

Tanto a análise quanto a síntese dos dados extraídos dos artigos foram minu-

ciosamente trabalhadas, possibilitando examinar, relatar e organizar os dados e

Quadro 1. Artigos selecionados de acordo com fonte, título, autor/ano e objetivo do estudo. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 2018.

FONTE	TÍTULO	AUTOR/ANO	OBJETIVO
MEDLINE	Prevenção e manejo não farmacológicos da dor no recém-nascido	DA MOTTA GCP e DA CUNHA MLC, 2015.	Apresentar os principais métodos não farmacológicos de alívio da dor no RN disponíveis para utilização na UTIN.
BDNF	Intervenções não farmacológicas no alívio da dor em unidade de terapia intensiva neonatal	OLIVEIRA CWL, et al., 2016.	Descrever as intervenções não-farmacológicas que podem ser empregadas nas estratégias que visam ao alívio da dor na UTIN.
LILACS	Equipe de enfermagem diante da dor do recém-nascido pré-termo	AMARAL JB, et al., 2014	Caracterizar a equipe de enfermagem e identificar as formas de avaliação e manejo da dor do RN prematuro.
BDNF	Escala de avaliação da dor: percepção dos enfermeiros em uma unidade de terapia intensiva neonatal	MONFRIM XM, et al., 2015	Conhecer a percepção de enfermeiros com relação à utilização de um instrumento para avaliação da dor em neonatos prematuros.

BDEF	Conhecimento da equipe de enfermagem sobre a dor no recém-nascido prematuro	MARCONDES C, et al., 2017	Identificar o conhecimento da equipe de enfermagem sobre a dor no RN prematuro.
MEDLINE	Avaliação e manejo da dor na UTI neonatal: análise de uma intervenção educativa para os profissionais de saúde	AYMAR CLG, et al., 2014	Conhecer a percepção de uma equipe UTIN sobre a avaliação e manejo dor antes e após uma intervenção educativa construída e implementadas na unidade.
MEDLINE	Procedimentos dolorosos e analgesia em UTI Neonatal: o que mudou na opinião e na prática profissional em dez anos?	PRESTES ACY, et al., 2016	Confrontar o uso de analgesia versus a percepção de neonatologistas quanto ao emprego de analgésicos para procedimentos dolorosos.
LILACS	Instrumentalização e implantação de escala para avaliação da dor em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal	CRUZ CT e STUMM EMF, et al., 2015	Descrever como ocorreu a instrumentalização da equipe de enfermagem de uma UTIN para implantação da escala para avaliação da dor de recém-nascidos.
BDEF	Manejo clínico na dor do recém-nascido: a percepção do enfermeiro na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal	COSTA KF, et al., 2016	Analisar a percepção do enfermeiro sobre a clínica da dor no neonato na UTIN.

reunir a produção do conhecimento acerca do tema explorado. Os achados foram e discutidos de forma descritiva a seguir.

DISCUSSÃO

A dor na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

Apesar de a dor ser considerada, hoje, como o quinto sinal vital, a mesma somente foi estudada em neonatos a partir de 1970 devido à crença de que os RNs eram incapazes de sentirem dor por possuírem um sistema nervoso central imaturo e ausência de memória para dor, o que levou muitos deles a serem submetidos a vários procedimentos invasivos. Assim, a busca por alternativas assistenciais não farmacológicas foi necessária para o cuidado ao neonato que vivencia o processo doloroso diariamente, pois pode melhorar significativamente a qualidade dos cuidados prestados ao RN⁽⁷⁾.

Sabe-se que o RN prematuro possui todos os componentes fisiológicos para a percepção da dor, porém, é incapaz de relatá-lo verbalmente⁽⁸⁾. Devido a essa incapacidade de expressar a dor, estes podem apresentar alterações comportamentais, como: choro, fronte saliente, olhos espremidos, lábios entreabertos, movimentação excessiva de membros e rigidez torácica, bem como alterações fisiológicas como aumento da frequência cardíaca e do cortisol e diminuição da saturação^(9,10).

Em uma UTIN, o RN prematuro recebe de 130 a 234 manipulações em 24 horas. Quanto mais manipulações, maior é a chance de sentir dor e de gerar, consequentemente, desestruturação do sistema orgânico. Em UTIN isso se torna bastante preocupante devido ao fato de a dor ser algo inevitável na exposição a procedimentos invasivos⁽¹¹⁾. Os profissionais de enfermagem no desempenho de suas atividades assistenciais têm responsabilidade no que se refere à avaliação sistemática da dor do RN, bem como implementação de medidas de prevenção, redução ou eliminação do desconforto produzido por estímulos indesejáveis ou procedimentos invasivos e dolorosos em unidades neonatais⁽¹²⁾.

Muitos profissionais de saúde ainda desconhecem os métodos de avaliação neonatal e essa é uma das dificuldades em se promover medidas terapêuticas. Esse fato predispõe o RN a situações estressantes que poderiam ser evitadas ou amenizadas, caso o profissional tivesse conhecimento teórico e científico sobre a fisiologia da dor, seu manejo e os métodos de avaliação⁽¹³⁾. É necessário considerar ainda que as inovações tecnológicas que estão presentes nas unidades hospitalares, principalmente nas UTIs, são utilizadas como forma de melhorias em diagnósticos e tratamentos. Porém, quando essas inovações são correlacionadas com a dor, percebe-se

o quão crescente é também o número de procedimentos que podem causar dor e alterar o sistema orgânico desse RN⁽¹²⁾.

A importância das medidas não farmacológicas

As medidas não farmacológicas vêm sendo estudadas há anos, sendo analisados diversos estudos que investigam o alívio da dor em neonatos através dessas intervenções. Entre suas vantagens, ficam evidentes: o baixo custo, a ausência de interações medicamentosas, e a facilidade de aplicação. Diante disso, e, considerando também as alterações fisiológicas que os fármacos são capazes de gerar, além dos riscos em suas interações, é necessária a identificação e aconselhável a aplicação dos métodos não farmacológicos para o alívio da dor⁽¹²⁾. O alívio da dor deve ser uma prioridade dos profissionais deste setor, no entanto, seu manejo em UTIN ainda mostra-se inadequado, e isto se deve à falta de conhecimento e sobre seus métodos de alívio, às experiências profissionais, crenças e atitudes dos profissionais.

Embora seja difícil eliminar completamente a dor nos neonatos, muito pode ser feito para reduzir sua quantidade e intensidade. O conhecimento dessas estratégias é fundamental, uma vez que a utilização de diferentes métodos associados pode potencializar o efeito analgésico⁽⁷⁾. Estu-

dos^(10,12) apontam que, dentre as principais medidas não farmacológicas para alívio da dor do RN estão: o ambiente humanizado, aleitamento materno, contato pele a pele método canguru, manobra de contenção facilitada e enrolamento, solução oral de glicose ou sacarose e sucção não nutritiva com chupeta, podendo-se considerá-las como as mais efetivas. É necessário que a equipe de saúde conheça esses métodos para melhor utilizá-los no dia a dia da UTIN, sendo importante, principalmente, que os profissionais que atuam nesses serviços se sensibilizem para o uso dessas medidas⁽¹³⁾.

CONCLUSÃO

Este estudo buscou descrever a importância das medidas não farmacológicas para

alívio da dor no recém-nascido prematuro na UTIN. Sabe-se que a enfermagem desempenha papel fundamental em todo o percurso do tratamento do RN na UTIN uma vez que cuidar pressupõe, também, estar atenta a subjetividade do paciente, de modo a intervir no curso dos sintomas, dentre eles a dor, permitindo conforto e bem-estar dessa clientela. A ação dos profissionais que prestam serviços em UTIN em relação ao uso de medidas não farmacológicas para um cuidado humanizado, busca intervir, de forma menos invasiva, na assistência a dor do RN prematuro.

Entre os resultados já existentes sobre o alívio da dor por meio das medidas não farmacológicas, os estudos vêm mostrando que há evidências da sua aplicabilidade clínica e do alcance de resultados. Sua aplicação traz consigo benefícios em relação aos

métodos não farmacológicos, pois possuem fácil aplicação, apresentam baixo custo para a instituição e possuem baixo risco de efeitos colaterais. Acredita-se que a capacitação das equipes que atuam nesse cenário proporcione o aprimoramento do processo de trabalho nas UTIN, na busca por um cuidado integral ao RN, estando a equipe consciente do seu papel na minimização e inibição dos fatores condicionantes da dor.

Diante do impacto negativo da dor, sobre questões neurológicas e psicomotoras, a enfermagem tem responsabilidade direta sob a recuperação, complicações e prolongamento da internação, por isso é tão importante que estes profissionais, que são os agentes diretos do cuidado estejam capacitados e tenham à sua disposição os métodos e medidas para o manejo da dor desses RNs prematuros na UTIN. ■

REFERÊNCIAS

1. Almeida MFB, et al. Infraestrutura para atendimento integral ao recém-nascido: documento científico do departamento de neonatologia da Sociedade Brasileira de Pediatria. Sociedade Brasileira de Pediatria. 2010 nov; 191(1):1-12.
2. Balda RCX, Guinsburg R. A linguagem da dor no recém-nascido. Atualizado em dezembro de 2018. Documento Científico do Departamento de Neonatologia Sociedade Brasileira de Pediatria. 2018 dez.; 1(1):117.
3. World Health Organization. Recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018.
4. Valeri BO, Holsti L, Linhares MBM. Neonatal Pain and Developmental outcomes in children born preterm: a systematic review. Clin J Pain. 2015;31(4):355-62.
5. Ggil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 7.ed. São Paulo: Atlas; 2012.
6. Souza MT, et al. Revisão integrativa: o que é e como fazer. Einstein. 2010; 8 (1pt1): 102-106.
7. Amaral JB, et al. Equipe de enfermagem diante da dor do recém-nascido pré-termo. Esc. Anna Nery. 2014; 18(2):241-246.
8. Marcondes C, et al. Conhecimento da equipe de enfermagem sobre a dor no recém-nascido prematuro. Rev Enferm Ufpe On-Line. 2017 set.; 1(1):1-6.
9. Ayumar CGL, et al. Avaliação e manejo da dor na UTI neonatal: análise de uma intervenção educativa para os profissionais de saúde. J. Pediatr. 2014; 90(2):308-315.
10. Motta GCP, Cunha MLC. Prevenção e manejo não farmacológicos da dor no recém-nascido. Rev. Bras. Enferm. 2015; 68(1):131-135.
11. Prestes ACY, et al. Procedimentos dolorosos e analgesia em UTI Neonatal: o que mudou na opinião e na prática profissional em dez anos? J. Pediatr. 2016; 92(1):88-95.
12. Oliveira CWL, et al. Intervenções não farmacológicas no alívio da dor em unidade de terapia intensiva neonatal. Ciências Biológicas e da Saúde. 2016 abr.; 3(2):123-134.
13. Cruz CT, Stumm EMF. Instrumentation and implementation of pain evaluation scale in a Neonatal Intensive Care Unit. Revista Dor. 2015; 16(3):1-1.
14. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas (BR). Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 4 v.: il.
15. Bueno M. Dor no período neonatal. Reflexões e Intervenções de Enfermagem. In: Leão ER, Chaves LD. Dor 5º sinal vital. São Paulo: Livraria e Editora Martinari; 2007. p. 227-50.
16. Costa KF, et al. Manejo clínico da dor no recém-nascido: percepção de enfermeiros da unidade de terapia intensiva neonatal. J. res.: fundam. care. 2016. 8(1):3758-3769.
17. Monfrim XM, et al. Escala de avaliação da dor: percepção dos enfermeiros em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Revista de Enfermagem da UFSM. 2015; 5(1):12-22.
18. Oliveira RM, et al. Implementação de medidas para o alívio da dor em neonatos pela equipe de enfermagem. Esc Anna Nery. 2011 abr/jun; 15(2):277-83.

Gerenciamento e liderança em enfermagem: desafios e propostas de enfermeiros intensivistas

RESUMO

Estabeleceu-se como objetivo apontar as dificuldades no processo de trabalho classificadas como prioritárias pelos enfermeiros e apresentar estratégias gerenciais que poderiam ser utilizadas, em conjunto com o planejamento de ações que poderiam ser elaborados para atenuar os problemas e favorecer a manutenção da qualidade do cuidado prestado. Trata-se de um estudo descritivo de delineamento transversal, com abordagem quantitativa, realizado no decorrer de 2017 com 33 enfermeiros, selecionados intencionalmente, nas Unidades de Terapia Intensiva de um hospital estadual, de médio porte, do Rio de Janeiro. Os principais resultados indicaram que as condições de trabalho podem ser insatisfatórias em decorrência de alguns fatores principais como: a baixa remuneração, pacientes pesados e déficit de controle de recursos materiais, ou a falta destes. Conclui-se que é indispensável que os gestores tenham conhecimento das dificuldades enfrentadas, exercer um dos princípios da liderança que é o "saber ouvir" se faz necessário para que estratégias sejam elaboradas e implementadas, contribuindo assim para o aperfeiçoamento do processo de trabalho.

DESCRITORES: Organização e Administração; Recursos Humanos de Enfermagem no Hospital; Administração de Serviços de Saúde.

ABSTRACT

The aim was to identify the difficulties in the work process classified as priority by nurses and to present management strategies that could be used, together with the planning of actions that could be elaborated to mitigate the problems and favor the maintenance of the quality of care provided. This is a descriptive cross-sectional study, with a quantitative approach, conducted during 2017 with 33 nurses, intentionally selected, in the Intensive Care Units of a state hospital, medium-sized, in Rio de Janeiro. The main results indicated that working conditions may be unsatisfactory due to some of the main factors such as: low pay, heavy patients and lack of control of material resources, or lack thereof. It is concluded that it is indispensable that managers are aware of the difficulties faced, to exercise one of the principles of leadership that is the "knowing to listen" is necessary for strategies to be developed and implemented, thus contributing to the improvement of the work process.

DESCRIPTORS: Organization and Administration; Nursing Staff Hospital; Health Services Administration.

RESUMEN

El objetivo fue identificar las dificultades en el proceso de trabajo clasificado como prioritario por las enfermeras y presentar estrategias de gestión que podrían utilizarse, junto con la planificación de acciones que podrían elaborarse para mitigar los problemas y favorecer el mantenimiento de la Calidad de la atención prestada. Este es un estudio descriptivo de corte transversal, con un enfoque cuantitativo, realizado durante el año 2017 con 33 enfermeras, seleccionadas intencionalmente en las Unidades de Cuidados Intensivos de un hospital estatal, de tamaño mediano, en Río de Janeiro. Los principales resultados indicaron que las condiciones de trabajo pueden ser insatisfactorias debido a algunos de los factores principales, tales como: salarios bajos, pacientes pesados y falta de control de los recursos materiales, o falta de ellos. Se concluye que es indispensable que los gerentes sean conscientes de las dificultades que enfrentan, para ejercer uno de los principios de liderazgo que es el "saber escuchar", que es necesario para que las estrategias se desarrollen e implementen, contribuyendo así a la mejora del proceso de trabajo.

DESCRIPTORES: Organización y Administración; Personal de Enfermería en Hospital; Administración de Servicios de Salud.

Rayane Ferreira Martins

Enfermeira - UVA

Julyana Cardoso Gama

Enfermeira - UVA

Aymê Christina Rosa de Carvalho

Enfermeira - UVA

Monyque Evelyn Silva

Mestre - Professora UVA

Fernando Rocha Porto

Pós Doc. Prof. Assistente EEAAP/UNIRIO

Cristiano Bertolossi Marta

Pós Doc. Diretor de Pesquisa e Coordenador Geral da Pos Graduação em Alta Complexidade da UVA. Professor Adjunto do Departamento de Fundamentos de Enfermagem da FENF-UERJ

Pedro Ruiz Barbosa Nassar

Doutor. Prof. Adjunto EEAAC/UFF

INTRODUÇÃO

A gerência do cuidado em enfermagem permeia aspectos distintos relacionados a processos do cuidado, estes processos se aglutinam de acordo com a especificidade de cada área. Os processos de enfermagem relacionados ao trabalho e a administração são desafios constantes para a prática do cuidado.

O processo de trabalho do enfermeiro pode ser fragmentado em dois âmbitos principais e complementares entre si: o cuidado direto e o indireto. No processo de trabalho assistencial, o objetivo do enfermeiro é promover, preservar e resgatar a saúde através do cuidado direto e integral. Para que a assistência ao ser humano de forma integral e holística seja realizada, o enfermeiro utiliza um instrumento de trabalho elaborado para direcionar a assistência, denominado Processo de Enfermagem - PE⁽¹⁻²⁾.

O processo de enfermagem baliza as ações assistenciais e administrativas e permite que a qualidade da assistência seja pautada nas necessidades do paciente. Dentre os aspectos gerenciais que se desdobram após a implementação do PE, destaca-se a instrumentalização da tomada de decisão, que dentro do cenário da terapia intensiva é fundamental para a qualidade da assistência de enfermagem⁽³⁻⁴⁾.

O PE é um conjunto de ações sistematizadas e inter-relacionadas que possibilita ao enfermeiro organizar, planejar e estruturar a ordem e a direção do

cuidado, ramificado em cinco etapas: Histórico de Enfermagem, Diagnóstico, Planejamento, Implementação e Evolução de Enfermagem, garante a qualificação do gerenciamento do cuidado em saúde⁽⁵⁾.

A função gerencial do enfermeiro consiste em prover, prever, manter e controlar os recursos materiais e humanos, organizar, direcionar, planejar e pleitear resultados, o compromisso indireto é o de sistematizar e coordenar, política e tecnicamente, o processo de trabalho, focando sempre na qualidade e satisfação do serviço prestado. Deste modo, é compreensível que o gerenciamento e a assistência do cuidado possuam o mesmo propósito e sejam indissociáveis e contíguos⁽⁶⁾.

O trabalho em equipe provoca resultados muito mais eficientes dos que atividades executadas individualmente e exige não só o conhecimento como também o reconhecimento do valor do trabalho do outro e a importância com o desenvolvimento de sua equipe, é indispensável a interação entre todos os componentes do setor para construir uma concordância de ideias quanto as necessidades e metas a serem alcançadas e o método mais adequado para conquistá-las⁽⁷⁾.

Nesta perspectiva, a assistência aos pacientes em situações de maior complexidade, cujo estado crítico exige cuidado e observação contínua, é realizada nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI), onde o trabalho é laborioso e o enfermeiro deve estar apto para prestar

cuidados aos pacientes que estão hemodinamicamente instáveis, ter competência para tomar decisões e destreza para executá-las com eficiência, assegurando sempre sua prática dentro dos princípios éticos e bioéticos da profissão⁽⁸⁾.

O planejamento do trabalho deve ser elaborado de acordo com as características da unidade, é preciso avaliar o perfil demográfico, epidemiológico, recursos humanos, materiais e equipamentos necessários disponíveis e analisar o comportamento e as atividades de toda a equipe, evidenciando sempre a importância do diálogo construtivo, a valorização e a importância do respeito⁽⁶⁾.

A UTI é caracterizada como um dos ambientes mais traumatizantes e agressivos do hospital, os profissionais presenciam situações extremamente difíceis, sua rotina inclui tempo prolongado de hospitalização, risco iminente de morte e alto grau de dependência do paciente. A rotina de um profissional da saúde em um ambiente de UTI é exaustiva, conviver com o sofrimento, dor e morte pode interferir diretamente na saúde dessas pessoas⁽⁹⁾.

As próprias características de uma UTI, como o ambiente fechado, refrigerado e seco, os ruídos constantes e ininterruptos, a iluminação artificial, a relação permanente entre as mesmas pessoas da equipe, a precaução excessiva e imprescindível da segurança, a afecção e a responsabilidade a respeito da dor, da morte, do conforto e da qualidade da assistência também colaboram com esta problemática⁽¹⁰⁾.

Diante dos fatos mencionados junto a outras complicações, como a hierarquia informal com os demais profissionais e o trabalho em turnos, que elevam a sonolência e diminuem o estado de vigília do profissional, em conjunto com aspectos ambientais referentes à terapia intensiva, são desafios para a gerência do cuidado para a manutenção da qualidade da assistência⁽¹¹⁾.

A constatação das adversidades presentes no serviço de uma UTI permite reconhecer como é improvável que o enfermeiro inserido neste setor consiga alcançar o bem-estar físico e mental, conservar sua saúde, educação, relacionamentos sociais entre outros parâmetros.

Neste sentido, iniciou-se a produção do tema a partir da seguinte questão norteadora: Quais os desafios do enfermeiro no processo de gerenciamento e liderança dentro do cenário de cuidados críticos?

Dado o exposto, estabeleceu-se como objetivo apontar as dificuldades no processo de trabalho classificadas como prioritárias pelos enfermeiros e apresentar estratégias gerenciais que poderiam ser utilizadas, em conjunto com o planejamento de ações e métodos para atenuar os problemas identificados.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo de delineamento transversal, com abordagem quantitativa, realizado no decorrer de 2017 nas Unidades de Terapia Inten-

siva (UTI) de um hospital estadual do Rio de Janeiro, de médio porte, que possui capacidade para aproximadamente 100 leitos.

Os sujeitos da pesquisa foram enfermeiros pertencentes ao quadro de funcionários das referidas UTIs da instituição proposta, atuantes em diferentes turnos, selecionados intencionalmente entre aqueles que manifestaram voluntariamente sua concordância em participar e de acordo com sua disponibilidade. Definiu-se como critério de exclusão, os profissionais que estavam de férias, afastados ou de licença durante a coleta de dados e os que apresentaram alguma situação que impossibilitava a participação.

A entrevista e a coleta de dados tomaram início após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Veiga de Almeida (CEP/UVA), de acordo com a Resolução n.º 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) com o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) – 68337417.0.0000.5265.

O levantamento de dados foi conduzido no próprio local de serviço pelas pesquisadoras que forneceram orientações sobre o preenchimento da entrevista semiestruturada individualizada durante os períodos de intervalo dos plantões, entrada ou saída dos profissionais ou de acordo com a disponibilidade de cada um.

A entrevista semiestruturada contém questões elaboradas pela equipe de pesquisa, fundamentadas a partir das ques-

tões norteadoras do presente estudo, abordando assuntos relacionados a percepção do profissional quanto as dificuldades enfrentadas no cotidiano que causam desmotivação do trabalho na UTI, a elaboração de novas estratégias para enfrentar essas dificuldades, a relação e a importância da interação da equipe e do diálogo para um trabalho eficaz, eficiente e uma assistência qualificada.

Todos os dados foram coletados pelos pesquisadores, para a análise foram considerados apenas os questionários com respostas completas e válidas. As eventuais dúvidas que surgiram durante o preenchimento dos instrumentos foram esclarecidas e o tempo médio de duração para o preenchimento dos instrumentos foi de 20 minutos.

Os resultados advindos da entrevista foram tabulados em planilhas eletrônicas do programa Microsoft Excel 2016, transferidos e analisados estatisticamente pelo programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences®), versão 21.0 e apresentados em forma de quadros e figuras.

Foram utilizadas técnicas estatísticas descritivas simples (média, mediana, desvio padrão e intervalo de confiança) e inferencial com utilização de teste de hipótese (test t student independente).

RESULTADOS

Neste sentido, os resultados foram estruturados em quadros, de maneira a possibilitar a visualização dos dados e análise das informações.

Quadro 1. Dados sociodemográficos obtidos pelos enfermeiros das UTIs de um hospital estadual. Rio de Janeiro, RJ Brasil, 2017 (n= 33).

	MÉDIA (±DP)	MEDIANA	IC-95% DA MÉDIA
Idade	36,2(±7,4)	33	[33,6-38,8]
		N	%
Sexo	Feminino	26	78,8%
	Masculino	7	21,2%
Duplo Vínculo Empregatício	Sim	25	75,8%
	Não	8	24,2%

Dando continuidade aos resultados, apresenta-se a seguir a figura que expressa as principais dificuldades retratadas expressas pela equipe pertencente ao cenário da pesquisa.

Com o objetivo de verificar quais são as principais dificuldades de serviço na UTI,

foram apresentadas catorze possibilidades, cada participante deveria assinalar as que, em sua opinião, mais influenciam de forma negativa o trabalho.

Na Figura 2 foram apresentadas as cinco estratégias gerenciais que, segundo os

enfermeiros, são desenvolvidas atualmente para melhorar a qualidade de vida dos mesmos nas UTIs.

Já na figura 3 foram apontadas as sete estratégias que poderiam ser executadas para atenuar as dificuldades citadas na figura 1.

Figura 1. Principais dificuldades enfrentadas no cotidiano dos enfermeiros nas UTIs. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2017 (n= 33).



Figura 2. Estratégias gerenciais aplicadas para melhorar a qualidade do processo de trabalho dos enfermeiros nas UTIs. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2017 (n= 33).

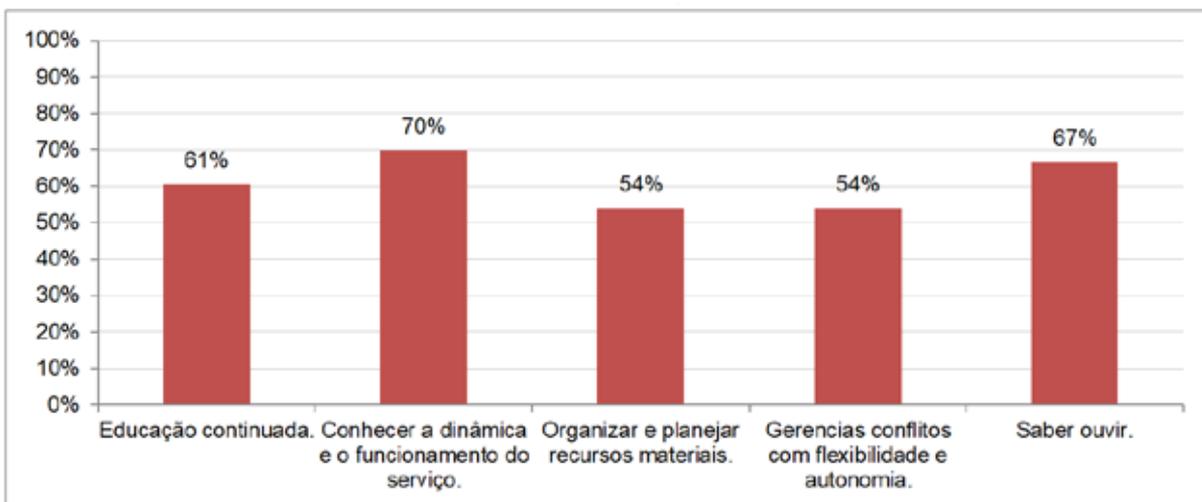
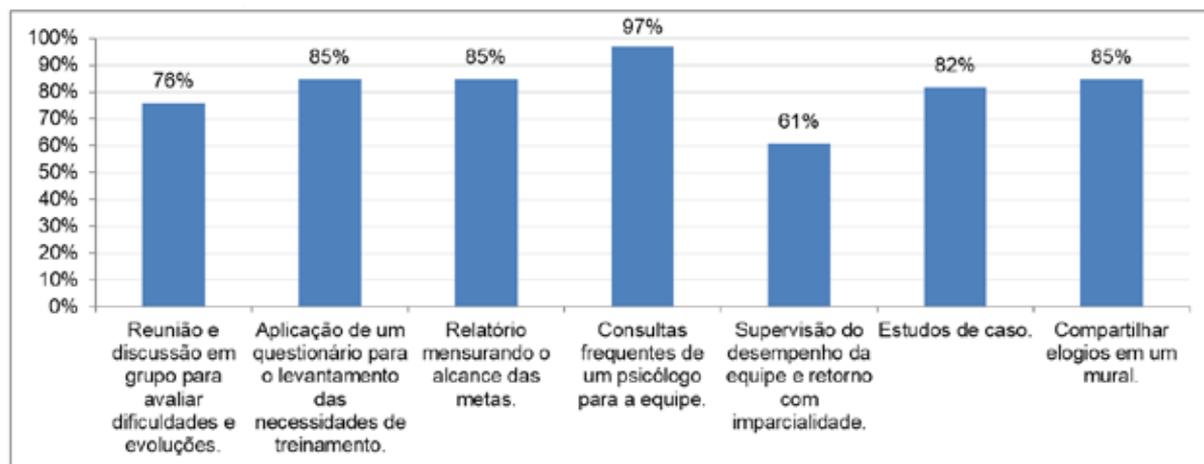


Figura 3. Estratégias gerenciais que poderiam ser executadas para melhorar a qualidade de vida dos enfermeiros, atenuar os problemas e favorecer a manutenção da qualidade do cuidado nas UTIs. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2017 (n= 33).



DISCUSSÃO

A prática do cuidado em enfermagem é fundamental na área da saúde, responsável por realizar assistência qualificada aos pacientes e usuários de maneira geral. No entanto, ao analisar os estudos pertinentes a área, relacionados à gestão do cuidado e as dificuldades no processo de trabalho, surgiram discussões acerca das evidências, que remetem a problemas e desafios vivenciados na prática profissional.

Os profissionais de saúde entrevistados avaliaram o convívio com a equipe positiva, apesar de todas as dificuldades enfrentadas, e há um consenso que a qualidade do processo de trabalho influencia diretamente na qualidade da assistência prestada aos pacientes. A relação interpessoal decorrente dos recursos humanos alocados oferece ao paciente e à sua família segurança e apoio emocional eficiente, favorecendo o processo de cuidar e de recuperação⁽¹²⁾.

Para os profissionais de saúde que participaram da pesquisa, as condições de trabalho podem ser insatisfatórias em decor-

rência de alguns fatores principais, como: a baixa remuneração, pacientes pesados e déficit de controle de recursos materiais, ou a falta destes.

A baixa remuneração, a falta de materiais e a complexidade dos procedimentos em pacientes, que por vezes são extremamente pesados e trabalhosos, em razão da gravidade ou da condição física, associados aos maus hábitos alimentares, sedentarismo, uso de álcool e fumo por parte da equipe, certamente alteram a qualidade do trabalho e da vida do profissional⁽¹³⁾.

O conhecimento acerca da dinâmica e do funcionamento do serviço e a comunicação no processo de trabalho são citados como estratégias gerenciais que estão sendo aplicadas atualmente para melhorar a qualidade de vida dos enfermeiros da UTI, consideradas estratégias de boa conduta pelos profissionais de saúde desta unidade.

A pesquisa expôs para estes profissionais de saúde, algumas estratégias gerenciais que poderiam ser executadas no ambiente de trabalho, a fim de melhorar a qualidade de vida da equipe, atenuar os

problemas e favorecer a manutenção do cuidado nas UTIs, todas foram consideradas condutas eficientes e que deveriam ser colocadas em prática no cotidiano.

Além destas, foram relatados que apoio frequente relacionado a saúde mental para a equipe seria a estratégia de maior utilidade no setor e a aplicação de um questionário para o levantamento das necessidades de treinamento, um relatório mensurando o alcance das metas e o compartilhamento de elogios em um mural, também seriam estratégias gerenciais profícuas.

A partir daí, nota-se que a gestão de pessoas deve ser valorizada, pois consiste na cooperação, capacitação e interação dos profissionais da empresa, na valorização do trabalho de cada funcionário e no comprometimento com o desenvolvimento da equipe⁽¹³⁾.

O acúmulo de dois ou mais vínculos empregatícios é um dos principais causadores de desgastes físicos e emocionais, os quais acarretam cada vez mais a sensação de exaustão por parte dos trabalhadores, reduzindo o tempo para o lazer e o convívio com amigos e familiares.

CONCLUSÃO

O estudo permitiu, a partir da análise dos dados, apontar para possíveis caminhos no gerenciamento em enfermagem dentro do cenário atual envolvendo desafios diários para manter a continuidade do processo de trabalho em enfermagem e a qualidade da assistência. Os problemas e sugestões dos enfermeiros refletem a relevância da figura do líder e do processo de tomada de decisão com pilares para a qualidade do cuidado prestado.

A melhoria da qualidade de vida dos

profissionais no ambiente de trabalho, através de boas práticas gerenciais, favorece a todos. Indivíduos satisfeitos podem melhorar sua produtividade e qualidade do ponto de vista profissional, revertendo, por tanto, em melhoria da assistência prestada.

É indispensável que os gestores tenham conhecimento das dificuldades enfrentadas, exercer um dos princípios da liderança que é o “saber ouvir”, se faz necessário para que estratégias sejam elaboradas e implementadas, contribuindo assim para o aperfeiçoamento

do processo de trabalho.

Como ponto de reflexão e reconsideração, aponta-se para possibilidades de futuros estudos acerca do impacto do duplo vínculo correlacionado à escala proposta pelas resoluções trabalhistas e ainda para o cálculo de pessoal, essas ações envolvem cultura administrativa, gestão de capital humanos e dimensionamento de pessoal, consolidando as ações da gerência do cuidado indireto, como ações que garantam a continuidade da assistência pautada na qualidade e na ética. ■

REFERÊNCIAS

- Christovam BP, Porto IS, Oliveira DC. Gerência do cuidado de enfermagem em cenários hospitalares: a construção de um conceito. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2012 [acesso em 26 ago 2019]; 46(3):729-35. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000300028>
- Silva AL, Ciampone MHT. Um olhar paradigmático sobre a assistência de Enfermagem: um caminho para o cuidado complexo. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2003 [acesso em 26 ago 2019]; 37(4):13-23. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342003000400002.
- Pivoto FL, Lunardi filho, WD, Lunardi VL, Silva PA. Organização do trabalho e a produção de subjetividade da enfermeira relacionada ao processo de enfermagem. *Esc. Anna Nery* [Internet]. 2017 [acesso em 26 ago 2019]; 21(1):e20170014. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20170014>.
- Riegel F, Junior NJO. Processo de enfermagem: implicações para a segurança do paciente em centro cirúrgico. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2017 Jan/mar [acesso em 26 ago 2019]; 22(4): 01-05. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i1.45577>
- Andrade JS, Vieira MJ. Prática assistencial de enfermagem: problemas, perspectivas e necessidade de sistematização. *Rev. bras. enferm.* [Internet]. 2005 [acesso em 26 ago 2019]; 58(3):261-265. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672005000300002>.
- Munari DB, et al. Sucessão de lideranças em enfermagem: pensar e agir hoje para garantir o amanhã. *Revista Eletrônica de Enfermagem* [Internet]. 2017 mar [acesso em 26 ago 2019]; 19. DOI: <https://doi.org/10.5216/ree.v19.46101>.
- Nogueira JWS, Rodrigues MCS. Comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: um desafio para a segurança do paciente. *Cogitare Enfermagem* [Internet]. 2015 set. [acesso em 26 ago 2019]; 20(3). DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v20i3.40016>.
- Goncalves MM, et al. Fatores associados à carga de trabalho de enfermagem em unidade de terapia intensiva: revisão integrativa. *Cienc. enferm.* [Internet]. 2017 [acesso em 26 ago 2019]; 23(2):69-79. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532017000200069>.
- Baasch D, Laner AS. Os significados do trabalho em unidades de terapia intensiva de dois hospitais brasileiros. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2011 [acesso em 26 ago 2019]; 16(Supl. 1):1097-1105. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700041
- Carneiro TM. Condições de trabalho em enfermagem na unidade de terapia intensiva / Taize Muritiba Carneiro. – Salvador: T.M.Carneiro, 2012. 104f. Dissertação (mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal Bahia.
- Guerra PC, Oliveira NF, Terreri MTS, Lemos RA, Len CA. Sono, qualidade de vida e humor em profissionais de enfermagem em Unidades de Terapia Intensiva Infantil. *Rev. Esc. Enferm. USP* [Internet]. 2016 Mar./Apr. [acesso em 26 ago 2019]; 50(2). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342016000200279&lang=pt
- Murakami BM, Santos ED. Enfermagem Em Terapia Intensiva. 1 ed. Manole, 2015 PEREIRA, M.E.R.; BUENO, S.M.V. Lazer – Um caminho para aliviar as tensões no ambiente de trabalho em UTI: uma concepção da equipe de enfermagem. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 1997 out. [acesso em 26 ago 2019]; 5(4):75-83. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11691997000400010&script=sci_abstract&tlng=pt
- Freire MEM, Sawada NO, França ISX, Costa SFG, Oliveira CDB. Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer avançado: uma revisão integrativa. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2014 [acesso em 26 ago 2019]; 48(2):357-67. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342014000200357&script=sci_arttext&tlng=pt

O acadêmico de enfermagem e o cuidado em pediatria: uma contribuição para o processo de ensino-aprendizagem

RESUMO

O objetivo foi descrever a percepção do acadêmico de enfermagem sobre o estágio supervisionado em saúde da criança, discutir a visão do acadêmico sobre o cuidar em pediatria com base no estágio e propor um plano de aula voltado para os discentes. Estudo descritivo de abordagem qualitativa. Sendo realizada numa Universidade privada do Rio de Janeiro, entrevistando 19 acadêmicos de enfermagem que cursavam o estágio supervisionado em saúde da criança. A análise dos dados foi por conteúdo de Bardin. Emergiram 03 categorias: a influência do estágio curricular na percepção do acadêmico sob o cuidar em pediatria; as interações presentes no cuidado da criança na concepção dos acadêmicos e a enfermagem e o cuidar em pediatria. Foi concluído que existe uma carência nas mais variadas áreas temáticas de ensino e prática. Neste contexto, esta investigação pode gerar estratégias de ensino-aprendizagem que aperfeiçoem a formação profissional destes futuros enfermeiros.

DESCRITORES: Saúde da Criança; Pediatria; Educação Superior.

ABSTRACT

The aim was to describe the nursing student's perception about the supervised child health stage, to discuss the scholar's view of pediatric care based on the stage, and to propose a lesson plan for the students. Descriptive study of a qualitative approach. It was held at a private university in Rio de Janeiro, interviewing 19 nursing academics who attended the supervised child health stage. Data analysis was by Bardin content. There emerged 03 categories: the influence of the curricular internship on the perception of the academic under the care in pediatrics; the interactions present in the care of the child in the conception of the students and the nursing and the care in pediatrics. It was concluded that there is a lack in the most varied areas of teaching and practice. In this context, this research can generate teaching-learning strategies that improve the professional training of these future nurses.

DESCRIPTORS: Child Health; Pediatrics; Higher Education.

RESUMEN

El objetivo era describir la percepción del estudiante de enfermería sobre la etapa de salud infantil supervisada, discutir la opinión del estudiante sobre la atención pediátrica basada en el escenario y proponer un plan de lección para los estudiantes. Estudio descriptivo de un enfoque cualitativo. Se llevó a cabo en una universidad privada en Río de Janeiro y se entrevistó con 19 académicos de enfermería que asistieron a la etapa de salud infantil supervisada. El análisis de los datos fue por el contenido de Bardin. Surgieron 03 categorías: la influencia de la pasantía curricular en la percepción del académico bajo el cuidado en pediatría; Las interacciones presentes en el cuidado del niño en la concepción de los estudiantes y la enfermería y el cuidado en pediatría. Se concluyó que hay una falta en las áreas más variadas de la enseñanza y la práctica. En este contexto, esta investigación puede generar estrategias de enseñanza-aprendizaje que mejoren la capacitación profesional de estas futuras enfermeras.

DESCRIPTORES: Salud Infantil; Pediatría; Educación Superior.

Maria Clara Marques Corrêa Messias

Acadêmica de enfermagem da Universidade Veiga de Almeida.

Nicole Gonçalves Camilo

Acadêmica de enfermagem da Universidade Veiga de Almeida.

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.

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.

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.

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. Orientadora da pesquisa.

INTRODUÇÃO

A saúde da criança é proveniente de fatores relacionados ao crescimento e desenvolvimento integral, através dos princípios fundamentais que garantem qualidade de vida, como: atenção, promoção, proteção e prevenção, sendo este direito assegurado pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). A valorização e o cumprimento dos direitos assegurados à população infantil, que garantem um desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social destes indivíduos, têm produzido um impacto importante na redução da mortalidade infantil^(1,2).

A assistência prestada no contexto pediátrico deve ser embasada em mecanismos articulados que gerem ações que assegurem o direito à saúde a esta clientela. Para tanto, é essencial o reconhecimento da maior vulnerabilidade e fragilidade que cerca esta população, quando comparada às demais áreas de cuidado^(3,4).

Para que as ações de enfermagem sejam efetivas frente à assistência prestada à população infantil, é primordial que o enfermeiro priorize compreender a criança em seu contexto biopsicossocial. Nesta conjuntura, se torna valiosa a inserção do acadêmico de enfermagem junto ao cuidado à criança, pois oportuniza ao estudante o conhecimento acerca da identificação de problemas de saúde e o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, fortalecendo sua vivência profissional. A incorporação do acadêmico em ações

de cunho teórico-prático favorece uma configuração de assistência mais próxima da perspectiva estabelecida pelo Sistema Único de Saúde - SUS⁽³⁾.

A realização do estágio curricular representa um momento de importante aprendizado para os graduandos de Enfermagem, visto que esta prática favorece aos estudantes a possibilidade de se deparar com situações reais presentes no cotidiano assistencial do enfermeiro⁽⁵⁾.

O Conselho Nacional de Educação (CNE) declara obrigatória a realização de estágio supervisionado nos Cursos de Graduação em Enfermagem, enfatizando que os assuntos abordados na formação do enfermeiro devem estar relacionados com o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, proporcionando integralidade das ações do cuidar. No que diz respeito ao estágio em pediatria, a CNE inclui a assistência de enfermagem à criança e ao adolescente como um dos conteúdos a serem contemplados entre as ciências da profissão⁽⁶⁾.

Na Instituição de Ensino Superior (IES) estudada, o contato do aluno com a saúde da criança é iniciado no 6º período, através da disciplina teórica denominada "Promoção à Saúde da Criança", na qual são abordados conteúdos com foco na atenção primária de saúde. No 7º período, esse contato é fortalecido na disciplina "Cuidado à Saúde da Criança Hospitalizada", que aborda as mais variadas temáticas relacionadas à criança enferma em ambiente hospitalar.

Além disso, os discentes são treinados durante a Graduação com aulas práticas em laboratórios e, antes do período de atuação hospitalar, pelo estágio supervisionado, passam por um período de imersão, onde os procedimentos e condutas são atualizados para garantir competência necessária para atuar na área.

As atividades práticas supervisionadas são iniciadas no 9º período, tendo o aluno a oportunidade de adquirir experiência nos mais variados cenários de atuação do enfermeiro. No 10º (último) período, os discentes, além de obstetrícia, centro cirúrgico e administração hospitalar, são inseridos em campo pediátrico com orientação de um professor especialista e com aderência profissional na área.

Através desta experiência, os discentes têm a oportunidade de vivenciar o contato com a criança hospitalizada e agregar valores de intenso aprendizado e conhecimento, além de avaliar sua aptidão adquirida durante a formação acadêmica. O conhecimento desta vivência a partir da visão dos acadêmicos de enfermagem é de suma importância, pois permite revelar as dificuldades e facilidades percebidas pelos alunos durante o estágio supervisionado. Tal entendimento pode servir como ferramenta valiosa para a gestão do curso e para o corpo docente, à medida que favorece a criação de estratégias que aperfeiçoem esta prática, melhorando o aproveitamento dos estudantes⁽⁵⁾.

Diante do exposto, este estudo teve como questão de pesquisa: Qual a percepção

ção do acadêmico de enfermagem do último período da Graduação sobre os cuidados de enfermagem relacionados à saúde da criança durante o estágio supervisionado?

Os objetivos traçados foram descrever a percepção do acadêmico de enfermagem sobre o estágio supervisionado em saúde da criança e discutir a visão do acadêmico sobre o cuidar em pediatria com base no estágio realizado.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, realizado em uma universidade privada localizada no Estado do Rio de Janeiro.

Os sujeitos da pesquisa foram 19 acadêmicos de enfermagem que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: ser maior de 18 anos, de ambos os sexos, estar devidamente matriculado no curso, estar cursando a disciplina de “Estágio Supervisionado II”. Foram excluídos os alunos que, apesar de estarem cursando a disciplina, ainda não tivessem passado pelo módulo de saúde da criança.

O número de participantes da pesquisa atendeu ao critério de saturação dos dados, que se refere ao princípio norteador de cessar a coleta de dados quando nenhuma informação nova é obtida e a redundância é atingida, o que ocorreu quando foi alcançado o quantitativo de sujeitos acima apontado⁽⁷⁾.

O anonimato dos sujeitos foi mantido, sendo identificados pela letra E seguida do número que indica a ordem das entrevistas realizadas.

A coleta de dados se deu por entrevista embasada em um instrumento semiestruturado elaborado para este estudo, que foi áudio-gravada e, posteriormente, transcrita para análise. E foi realizada após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Após a coleta de dados e a transcrição das entrevistas, os dados foram analisados pelo método da Análise de Conteúdo de Bardin⁽⁸⁾. A análise de conteúdo se deu na modalidade temática, seguindo as etapas pré-estabelecidas pelo referencial metodológico adotado, a saber: pré-análise, explo-

ração do material e tratamento dos dados.

Destaca-se mais uma vez, que foram respeitados neste estudo, todos os aspectos éticos previstos na Resolução CNS n.º 466/12, do Ministério da Saúde, que fixa as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos⁽⁹⁾. O projeto foi encaminhado para o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Veiga de Almeida (CEP/UVA), sendo aprovado pelo parecer consubstanciado n.º 3.443.724.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo 19 discentes do Curso de Graduação em Enfermagem, conforme já mencionado anteriormente. Destes, 17 eram do sexo feminino e 02 do sexo masculino. A faixa etária dos sujeitos foi de 21 a 54 anos, com maior predominância o intervalo de 22 a 34 anos de idade.

Os depoimentos dos discentes permitiram, após realizada a análise de conteúdo em todas as etapas anteriormente descritas, a elaboração das seguintes categorias analíticas, que serão apresentadas e discutidas a seguir: A influência do estágio curricular na percepção do acadêmico sobre o cuidar em pediatria, As interações presentes no cuidado da criança na concepção dos acadêmicos e A enfermagem e o cuidar em pediatria.

A influência do estágio curricular na percepção do acadêmico sobre o cuidar em pediatria

O estudo mostrou que os discentes enxergam benefícios advindos da vivência no estágio em saúde da criança. As possibilidades, o conhecimento e a experiência prática foram vantagens indicadas por eles, conforme ilustra as falas a seguir:

“Eu consegui destreza, consegui ter mais o conhecimento de como lidar com os responsáveis, com os pais, as crianças [...] É experiência da prática né. A atuação de emergência (pediátrica) pra mim foi algo assim muito novo, porque eu já tinha mais experiência na internação e

a emergência pra mim foi muito mais legal [...]” (E4)

“Muito importante! Porque se não tiver campo de estágio, quando for para trabalhar vai sentir certas dificuldades [...] já aprendi bastante coisa que eu tinha medo e achava que não conseguia fazer.” (E6)

“Os pontos positivos é que a gente consegue desenvolver algumas técnicas, né, relacionadas às crianças, e a gente vai pegando um pouco de experiência e interação com a mãe e a criança.” (E19).

O estágio curricular, realizado durante a Graduação em Enfermagem proporciona um momento de intenso aprendizado, pois o acadêmico vivencia situações realísticas do trabalho do enfermeiro em todos os níveis de atenção. Desta forma, é fundamental ter essa experiência em formação profissional para desenvolver habilidades técnicas e comportamentais que o suporte teórico não viabiliza⁽⁵⁾.

A carência de recursos materiais foi apontada pelos acadêmicos como algo que interfere no cuidar da clientela, dificultando o provimento de uma assistência de qualidade. Para os participantes, este déficit de recursos influencia nas condutas do enfermeiro e no processo de hospitalização da criança, como demonstrado adiante:

“A questão estrutural e a falta de material, pois está faltando muita coisa para poder estar trabalhando.” (E1).

“O ponto negativo é a falta de material, porque falta muita coisa para podermos trabalhar né, falta luva e até álcool, então esse é o ponto negativo.” (E2).

“Ah, eu acho que é a falta de material né, uma estrutura maior, porque aqui também é adaptado, porque o hospital da criança fe-

chou.” (E8).

As questões relatadas acima, infelizmente, são uma realidade de boa parte da assistência de saúde pública brasileira e, quando não bem enfrentadas, podem interferir negativamente na trajetória profissional destes alunos. Por esta razão, é extremamente válido aproveitar a exposição a estes fatores negativos para exercitar a capacidade de saber lidar com as mais variadas situações no decorrer do exercício da profissão, sejam elas favoráveis ou não.

Durante o estágio, o discente deve contar com a sagacidade e experiência do professor para lhe conduzir a um amplo conhecimento, que perpassa o conteúdo ensinado em aulas teóricas e para lidar com as situações mais complexas, sejam técnicas, de cunho pessoal ou emocional⁽⁵⁾.

Os sujeitos apontaram experiências marcantes vivenciadas durante o estágio, que os fizeram criar ou confirmar uma significativa afinidade pelo cuidar em pediatria, como mostrado nas falas a seguir:

“Cuidar de criança pra mim é tudo, eu adoro e estou amando essa experiência.” (E2)

“Ter em contrado uma criança com hidrocele, eu nunca tinha visto, foi comentado somente na faculdade.” (E3).

“Como o paciente com hidrocele, a gente estudou sobre isso em saúde da criança, mas nunca tinha tido a experiência de encontrar um paciente pós-cirúrgico nessa situação, e são situações importantes para gente, né!” (E12).

Conforme demonstrado nas falas, as experiências adquiridas na prática de estágio curricular podem nortear a trajetória profissional dos estudantes que, muitas vezes, ainda se encontra sem direção sobre o caminho a seguir após o término do Curso de Graduação.

A enfermagem representa uma profissão que reflete predominantemente o

cuidado, sendo fundamental a propagação desta prática para o engrandecimento da carreira. O estágio contribui para o desenvolvimento acadêmico e a formação profissional, proporcionando o amadurecimento de ideias e ampliando a visão crítica dos estudantes⁽⁵⁾.

Os conteúdos curriculares, as competências e as habilidades adquiridos no Curso de Graduação em Enfermagem devem conferir ao aluno terminalidade e capacidade acadêmica, promovendo seu desenvolvimento intelectual e tornando-o um profissional autônomo e permanente⁽⁶⁾.

As interações presentes no cuidado da criança na concepção dos acadêmicos

Essa categoria contempla a influência das interações ocorridas durante o estágio. Alguns elementos relacionais fazem parte no processo de adaptação do discente em campo hospitalar, como o professor supervisor, a equipe da instituição e a interação entre os alunos, conforme mostrado nas falas a seguir:

“[...] o professor nos ajudou muito, nossa interação foi muito boa com a equipe tanto nossos colegas de estágio, quanto a equipe do hospital também.” (E2).

“[...] tem equipe de enfermagem em alguns hospitais que não nos recebe muito bem ficam com um pouco de cara feia, mas enfim a gente tenta fazer o estágio [...], porém tem equipe que é show de bola e tem equipes que não são tão receptivas.” (E7).

“O comportamento de alguns colegas meus em estágio. Não sabem dividir, compartilhar, acham que sabem de tudo! Eles se acham e a humanização não existe.” (E11).

Sobre o relacionamento entre aluno e professor em campo de estágio, vale dizer que, o desenvolvimento profissional dos alunos frente ao cenário hospitalar está relacionado com esta interação docente-dis-

cente. O grande desafio para os educadores consiste em formar profissionais com base em uma educação humanista, que promova a construção de sujeitos críticos, autônomos e com capacidade de transformação⁽⁵⁾. A tríade acadêmico, professor supervisor e vivências práticas, quando bem construída, é de fundamental importância para o compartilhamento e apreensão do saber⁽¹⁰⁾.

Quanto à interação entre os discentes e profissionais do campo de estágio, foi possível identificar que ora o convívio se dá de forma agradável, e ora não. Esse deve ser considerado um ponto de destaque, visto que o bom relacionamento entre os acadêmicos e a equipe de saúde favorece o desenvolvimento das atividades com uma maior tranquilidade, além de resultar em benefícios para a assistência, para a pesquisa e para a capacitação profissional⁽¹¹⁾. Ademais, a relação profissional-acadêmico baseada em uma comunicação efetiva é essencial para a formação de um enfermeiro preparado para a atuação em equipe multiprofissional e em ações interdisciplinares⁽¹²⁾.

Os relatos apontam ainda divergências na relação entre os próprios discentes. Tal dado salienta a importância do desenvolvimento de uma dinâmica em equipe durante o processo de aprendizagem, pois é essencial a aquisição de um ambiente de trabalho agradável, um convívio harmônico entre os membros, alicerçado em diálogo e confiança⁽⁵⁾.

Em clínica pediátrica, a diáde criança-familiar é algo extremamente comum e a interação com este complexo foi apontada pelos participantes como algo influenciador do estágio e do cuidar em pediatria. Além disso, a relação de afetividade com a própria criança foi também descrita como algo agradável neste cenário de atuação, conforme ilustrado abaixo:

“A equipe tem uma interação melhor com a criança do que em outros locais, e de quando é com o adulto. A interação com as crianças aqui é melhor.” (E1).

“Foi a questão do cuidado com a criança e a questão dos pais, esta-

rem sempre junto, ajuda bastante no tratamento e na verdade é um direito que a criança tem.” (E3)

“[...] foi o dia a dia da pediatria, em que primeiro eu percebi que você tem que conquistar os pais que estão com a criança e depois a criança [...] Você tem que saber lidar com a criança, com o acompanhante, na verdade você tem dois pacientes e não um só.” (E4).

Em uma unidade de atendimento pediátrico, as relações interpessoais apresentaram repercussões importantes no estabelecimento da comunicação e das ações de cuidado. Neste contexto, está inserida a família de forma extremamente significativa, devendo ser juntamente com a criança, considerada foco de atenção. É primordial que a equipe de saúde, em especial, a enfermagem, lance mão de estratégias de humanização voltadas para o atendimento do familiar da criança hospitalizada, considerando suas peculiaridades, permitindo a satisfação de todos os indivíduos envolvidos na interação⁽¹³⁾.

A percepção dos discentes sobre a interação com a criança hospitalizada é de grande valia, pois o profissional da área pediátrica deve oferecer uma assistência pautada nas reais necessidades da criança atendida. É preciso ouvir e considerar as singularidades da clientela, caracterizando as ações de enfermagem segundo uma filosofia de cuidado humanizado e integral⁽¹⁴⁾.

A enfermagem e o cuidar em pediatria

Esta categoria abrange as concepções dos discentes sobre o cuidar em pediatria a partir de suas experiências e percepções acerca do estágio supervisionado.

Os discentes destacaram a extrema importância da atuação da equipe de enfermagem frente à clientela pediátrica, salientando as especificidades necessárias ao exercício desta atividade neste cenário de atuação. Tal dado é demonstrado nas falas que seguem:

“[...] porque o enfermeiro quando ele lida com a criança de uma

melhor forma e conhece bem o ambiente, tudo flui melhor.” (E1).

“Eu acredito ser um dom, não é para qualquer profissional, por que trabalhar com crianças é o que tem que vir de dentro do profissional. Ter afinidade para [...]” (E5).

“É ter responsabilidade em dobro, porque não é fácil ser enfermeiro de pediatria é ter uma responsabilidade muito grande, pois lidar com criança é um mundo totalmente deferente né, do que a gente vê em adultos. Então assim, é muito importante, difícil e tem que ter muita responsabilidade também.” (E7).

A percepção dos discentes acerca de uma assistência diferenciada em pediatria é pertinente com a realidade, visto que o cuidar neste cenário de atuação é muito específico e exige uma assistência norteada por carinho, atenção e solicitude. É de suma importância que as ações realizadas neste ambiente sejam reorganizadas cotidianamente priorizando práticas de cuidado que atendam as demandas da criança, assim como da família e dos profissionais⁽¹⁵⁾.

Os discentes apontaram a complexidade na realização das técnicas de enfermagem que cerca o cuidar da criança. Fica inferido pelos depoimentos que as atividades práticas quando realizadas em pacientes pediátricos são percebidas como mais difíceis.

“Porque a criança chora e você não tem como aplicar a injeção de jeito.” (E6).

“Foi a experiência de fazer uma punção em criança, porque é difícil, quer dizer bem difícil!” (E7).

“É uma área desafiadora, no qual temos que ter habilidade porque lidamos com criança.” (E11).

Conforme apontado nos depoimentos, o estágio em pediatria pode ser considerado para estes alunos como um momento

de autoaprendizado, entretanto, é um processo demasiadamente complexo que pode mobilizar efeitos desestabilizadores e estressantes.

Prestar assistência a crianças realmente gera desafios aos envolvidos, visto que este grupo possui fragilidades não encontradas em outros contextos. Dessa forma, para que a assistência neste cenário se dê de forma efetiva, é necessária a presença de profissionais capacitados⁽³⁾. Nesta perspectiva, a importância do estágio curricular supervisionado é confirmada, pois este oferece a oportunidade para o aluno aplicar e aprimorar as habilidades e técnicas ensinadas durante a Graduação⁽⁵⁾.

As experiências advindas do estágio supervisionado em saúde da criança somadas ao próprio perfil profissional dos alunos, fizeram com que alguns verbalizassem a falta de afinidade e empatia com este cenário de atuação, conforme os relatos a seguir:

“Na verdade, não é meu forte, pois eu não me identifico muito.” (E3).

“[...] minha afinidade fugiu pelo lado.” (E5).

“Porque eu tenho certa resistência com criança [...]. Não gosto!” (E6).

“Não. Porque eu não me sinto apta, mesmo amando criança, pois eu tenho pena e acho que não seria apta por ter pena.” (E12).

A ausência de afinidade percebida pelos estudantes pode estar relacionada à dificuldade sentida com relação aos procedimentos técnicos que regem o estágio nesta especialidade. Uma medida que poderia atenuar esta problemática seria o compartilhamento, durante o conteúdo teórico da disciplina, de dinâmicas práticas e subjetivas que retratassem melhor a vivência do cuidado da criança em cenário hospitalar.

Em contrapartida, outros alunos demonstraram extrema afinidade com este campo de prática, verbalizando inclusive o desejo por se especializar nesta área, conforme aponta as falas abaixo:

“[...] é a área que eu mais gosto!” (E1).

“[...] eu tinha pavor de criança e foi maravilhoso. No primeiro dia eu já fiquei apaixonada, falei até com a professora e queria mais, mas estou apaixonada.” (E17).

“[...] eu gostei muito da área de pediatria e de repente, seguirei essa área.” (E17).

“É o que eu quero, porque é um sonho que tenho e me identifico, porém, já me identificava antes.” (E4).

Conforme visto nos depoimentos, alguns já tinham afinidade anteriormente ao estágio supervisionado, porém, outros adquiriram o interesse após o contato com o campo de prática. Tal dado reforça a im-

portância da atividade prática em ambientes hospitalares para um melhor norte profissional dos acadêmicos de enfermagem.

É extremamente válido que tanto as afinidades como os distanciamentos dos alunos sejam reconhecidos, com intuito de buscar formas de intervir potencializando pontos positivos e aprimorando os negativos, a fim de romper as dificuldades advindas do processo ensino-aprendizagem. Neste contexto, os estágios curriculares devem oferecer oportunidades de praticar e vivenciar a realidade, revertendo as dificuldades encontradas em estratégias que aprimorem o conhecimento do aluno⁽¹⁰⁾.

CONCLUSÃO

A pesquisa atingiu os objetivos propostos, ficando claras as percepções que os graduandos de enfermagem têm acerca das atividades desenvolvidas no contexto de cuidar em pediatria.

Ficou evidente neste estudo que a abordagem metodológica voltada para a saúde da criança merece ser aperfeiçoada no sentido de se aplicar uma dinâmica mais direcionada às reais necessidades dos discentes.

Embora o suporte teórico não viabilize as mesmas experiências que a dinâmica prática, é importante o estabelecimento de estratégias de ensino-aprendizagem que direcionem o aluno o mais próximo possível da realidade profissional. É primordial ainda que o estudante seja preparado para as interações presentes na prática assistencial, sejam elas com o paciente, acompanhante ou colegas de profissão.

Os aspectos apurados nesta pesquisa perpassam o cuidado em saúde da criança, pois aponta carências nas mais variadas áreas temáticas de ensino e prática. Neste contexto, esta investigação pode gerar estratégias de ensino-aprendizagem que aperfeiçoem a formação profissional destes futuros enfermeiros. ■

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Lei nº 8.069/1990. Direito da Criança e do Adolescente. Diário Oficial da República Federativa do Brasil [Internet]. 1990 julho 13 [acesso em 2019 abril 16]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm.
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para a implementação. Brasília: Ministério da Saúde; 2018.
3. Mistura C, Jacobi CS, Begnini D, Roso CC, Vieira MCA, Gehrke F. Estágio curricular em enfermagem: relato de experiência no cenário da Estratégia Saúde da Família. Revista Espaço Ciência & saúde. 2017; 5(2): 100-117.
4. Andrade RD, Santos JS, Maia MAC, Silva MAI, Veríssimo MLORV, Mello DF. Visita domiciliar: tecnologia de cuidado utilizada pelo enfermeiro na defesa da saúde da criança. Texto Contexto Enferm. 2015; 24(4): 1130-8.
5. Restelatto MTR, Dallacosta FM. Vivências do acadêmico de enfermagem durante o estágio com supervisão indireta. Enferm. Foco. 2018; 9(4): 34-38.
6. Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior (BR). Resolução n.º 3, de 7 de novembro de 2001. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Diário Oficial da União 9 nov 2001; Seção 1.
7. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec; 2015.
8. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2016.
9. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução n.º 466, de 12 de dezembro de 2012 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [acesso 2019 abr 22]. Disponível em: http://www.conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html.
10. Martins KRM, Oliveira T, Bezerra ALD, Gouveia Filho PS, Almeida EPO, Souza MNA. Perspectivas de acadêmicos de enfermagem diante dos estágios supervisionados. C&D-Revista eletrônica de Fainor [Internet]. 2016 [acesso em 2019 abr 20]; 9(1): 56-73. Disponível em: <http://srv02.fainor.com.br/revista/index.php/memorias/article/view/522/263>.
11. Santos JA, Fonseca LJ, Pereira GS, Ribeiro JC, Silva EAL. Estágio curricular em enfermagem na unidade de saúde da família baiana: relato de experiência. Rev enferm UFPE on-line. 2016; 10(5): 1877-83.
12. Souza RV, Alves LC, Barra LLLB, Fernandes LM, Salgado PO, Viegas SMF. Imagem do enfermeiro sob a ótica do acadêmico de enfermagem. Enferm. Foco. 2017; 8(1): 47-50.
13. Azevêdo AVS, Lançoni Júnior AC, Crepaldi MA. Interação equipe de enfermagem, família, e criança hospitalizada: revisão integrativa. Ciência & Saúde Coletiva. 2017; 22(11): 3653-3666.
14. Santos PM, Silva LF, Depianti JRB, Cursino EG, Ribeiro CA. Os cuidados de enfermagem na percepção da criança hospitalizada. Rev Bras enferm [Internet]. 2016 [acesso em 2019 jun 15]; 69(4): 603-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n4/0034-7167-reben-69-04-0646.pdf>.
15. Silva TP, Silva IR, Lins SMSB, Leite JL. Percepções do cuidado de enfermagem à criança hospitalizada em condição crônica. Rev Enferm UFSM. 2015; 5(2): 339-348.

Cardiopatas: inserção da técnica minimamente invasiva em cirurgia cardíaca

RESUMO

Diante do crescimento tecnológico e avanços em cirurgia cardíaca, há alguns anos vem sendo introduzido no Brasil a técnica de cirurgia minimamente invasiva com o objetivo de aumentar a qualidade assistencial do cliente cardiopata, a fim de reduzir riscos, minimizar o trauma, o tempo de internação e oferecer uma melhor recuperação. Trata-se de uma revisão integrativa. Objetivou-se: identificar as evidências da literatura sobre a inserção da técnica minimamente invasiva em cirurgia cardíaca e suas vantagens. Obteve-se uma amostra de 11 artigos que atenderam aos critérios de inclusão. Evidenciou-se que a inserção da técnica minimamente invasiva é eficaz e segura para pacientes com doenças cardiovasculares, especialmente no que tange a redução do desconforto pós-operatório, melhorando os resultados estéticos, acelerando a recuperação pós-operatória, aliados às baixas complicações.

DESCRITORES: Cardiopatas; Cirurgia torácica; Procedimentos Cirúrgicos Minimamente Invasivos.

ABSTRACT

In the face of technological advances and advances in cardiac surgery, the technique of minimally invasive surgery has been introduced in Brazil for a number of years with the aim of increasing the quality of care of the cardiac patient in order to reduce risks, minimize trauma, and offer better recovery. This is an integrative review. The objective of this study was to identify the evidence from the literature about the insertion of the minimally invasive technique in cardiac surgery and its advantages. A sample of 11 articles that met the inclusion criteria were obtained. It has been shown that the insertion of the minimally invasive technique is effective and safe for patients with cardiovascular diseases, especially regarding the reduction of postoperative discomfort, improving aesthetic results, accelerating the postoperative recovery, together with the low complications.

DESCRIPTORS: Heart Diseases; Thoracic Surgery; Minimally Invasive Surgical Procedures.

RESUMEN

Ante el crecimiento tecnológico y avances en cirugía cardíaca, hace algunos años viene siendo introducido en Brasil la técnica de cirugía mínimamente invasiva con el objetivo de aumentar la calidad asistencial del cliente cardiopata, a fin de reducir riesgos, minimizar el trauma, el tiempo de internación y ofrecer una mejor recuperación. Se trata de una revisión integrativa. Se objetivó: identificar las evidencias de la literatura sobre la inserción de la técnica mínimamente invasiva en cirugía cardíaca y sus ventajas. Se obtuvo una muestra de 11 artículos que cumplieron los criterios de inclusión. Se evidenció que la inserción de la técnica mínimamente invasiva es eficaz y segura para pacientes con enfermedades cardiovasculares, especialmente en lo que se refiere a la reducción de la incomodidad postoperatoria, mejorando los resultados estéticos, acelerando la recuperación postoperatoria, aliados a las bajas complicaciones.

DESCRIPTORES: Cardiopatas; Cirugía Torácica; Procedimientos Quirúrgicos Mínimamente Invasivos.

Clara Fialho Carvalho Araujo

Enfermeira. Graduada pela Universidade Veiga de Almeida. Especialista em Enfermagem em Alta Complexidade pela Universidade Veiga de Almeida.

Lívia Monteiro Dantas

Enfermeira. Graduada pela Universidade Veiga de Almeida. Especialista em Enfermagem em Alta Complexidade pela Universidade Veiga de Almeida.

Lilian Prates Belém Behring

Enfermeira. Doutora em enfermagem cardiovascular pela Escola de Enfermagem Ana Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Coordenadora Nacional do programa da Rede Universitária de Telemedicina RUTE/SIG Enfermagem Intensivista e de Alta Complexidade.

Elson Santos Oliveira

Enfermeiro. Mestre em Enfermagem. Doutorando do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Biociências da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro.

Roberto Carlos Lyra da Silva

Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Professor Associado da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Pesquisador Líder do Laboratório de Avaliação Econômica e de Tecnologias em Saúde (LAETS).

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

As doenças cardiovasculares (DCV) correspondem ao principal fator de mortalidade no mundo, e no Brasil, segundo os dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), no ano de 2012 ocorreram 17,5 milhões de óbitos por doenças cardiovasculares⁽¹⁾.

O tratamento da doença cardiovascular pode ser clínico ou cirúrgico, os dois têm o intuito de melhorar a funcionalidade do coração de modo que minimize a sintomatologia e possibilite que o indivíduo volte a realizar suas atividades normais⁽²⁾.

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), o total de óbitos por doenças cardiovasculares no ano de 2016 foi de 349.938. Por este motivo, o número de cirurgias cardíacas em nosso país tem aumentado⁽³⁾ e pode-se afirmar que, atualmente, as operações cardíacas no Brasil estão em nível equivalente às cirurgias internacionais⁽⁴⁾.

A cirurgia cardíaca é feita quando a chance de uma vida útil é maior com o tratamento cirúrgico que com o tratamento clínico⁽²⁾. É uma técnica complexa que provoca alteração de diversos mecanismos fisiológicos, gerando excessivo estresse orgânico e psíquico, sendo classificada em três categorias: as corretoras (relacionadas aos defeitos do canal arterial, incluindo o do septo atrial e ventricular), as reconstrutoras (destinadas à revascularização do miocárdio e a plastia valvar aórtica, mitral ou tricúspide) e as substitutivas - que correspondem às trocas valvares e aos transplantes⁽⁵⁾.

Devido ao grande avanço tecnológico e a busca constante de melhores resultados na assistência aos pacientes cardiológicos, a cirurgia cardiovascular, avançou para métodos minimamente invasivos, como: cirurgia endovascular, implante de válvulas percutâneas, cirurgia por vídeo, cirurgia robótica, entre outros. Então diferentes habilidades começaram a ser necessárias, tais como: habilidade com cateteres, conhecimento apurado de métodos de imagem e cuidados pré e pós-operatório⁽⁶⁾.

Os procedimentos videocirúrgicos ou cirurgia por vídeo foram se tornando o método preferencial em cirurgia desde a sua introdução em diferentes especialidades, incluindo a cirurgia torácica. Apesar da aplicação global, a experiência com esse tipo de abordagem para procedimentos cardiovasculares, no Brasil, ainda é limitada⁽⁷⁾.

A cirurgia minimamente invasiva tem como finalidade reduzir o impacto cirúrgico, o período de internação e os custos hospitalares, além de apresentar um bom efeito estético. Isso expressa menor morbidade pós-operatória e tem reação direta no custo individual da técnica⁽⁷⁾.

Apesar das vantagens da cirurgia minimamente invasiva, a toracotomia mediana continua sendo a incisão mais usada para a realização da maioria das operações cardíacas, no entanto, o trauma cirúrgico envolvido é grande, tendo em vista o tamanho da incisão e a necessidade de secção completa do esterno, pode levar a dor pós-operatória, tempo relativamente prolongado para a recuperação funcional, além da pos-

sibilidade de infecções graves⁽⁸⁾.

O paciente submetido a uma cirurgia convencional é normalmente liberado para as atividades habituais após 45 a 60 dias, período que demora a cicatrização do osso. Já o paciente que realiza uma cirurgia minimamente invasiva, tem uma recuperação mais rápida e pode voltar as atividades habituais cerca de 10 dias⁽⁹⁾.

Diante do exposto, definiu-se como problema de pesquisa: A inserção da técnica minimamente invasiva na correção da cardiopatia no cliente adulto internado no CTI resulta em melhor recuperação, reduz o tempo de internação e a dor no pós-operatório imediato?

Para responder a essa pergunta, definiu-se como objetivo identificar as evidências da literatura sobre a inserção da técnica minimamente invasiva em cirurgia cardíaca e suas vantagens. O que poderá vir a contribuir para ampliação da discussão acerca da temática e contribuir também, para melhoria contínua na segurança do paciente.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura⁽¹⁰⁾, que utilizou a seguinte pergunta como orientação para o estudo: A inserção da técnica minimamente invasiva na correção da cardiopatia no cliente adulto internado no CTI resulta em melhor recuperação, reduz o tempo de internação e a dor no pós-operatório imediato?

A estratégia para a seleção de estudos foi a busca de publicações indexadas na

base de dados Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) e Base de Dados de Enfermagem (BDENF), por meio do portal da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). A pesquisa foi realizada em dezembro de 2018. Foram considerados dados da Sociedade Brasileira de Cardiologia e Sociedade de Cardiologia do Rio de Janeiro.

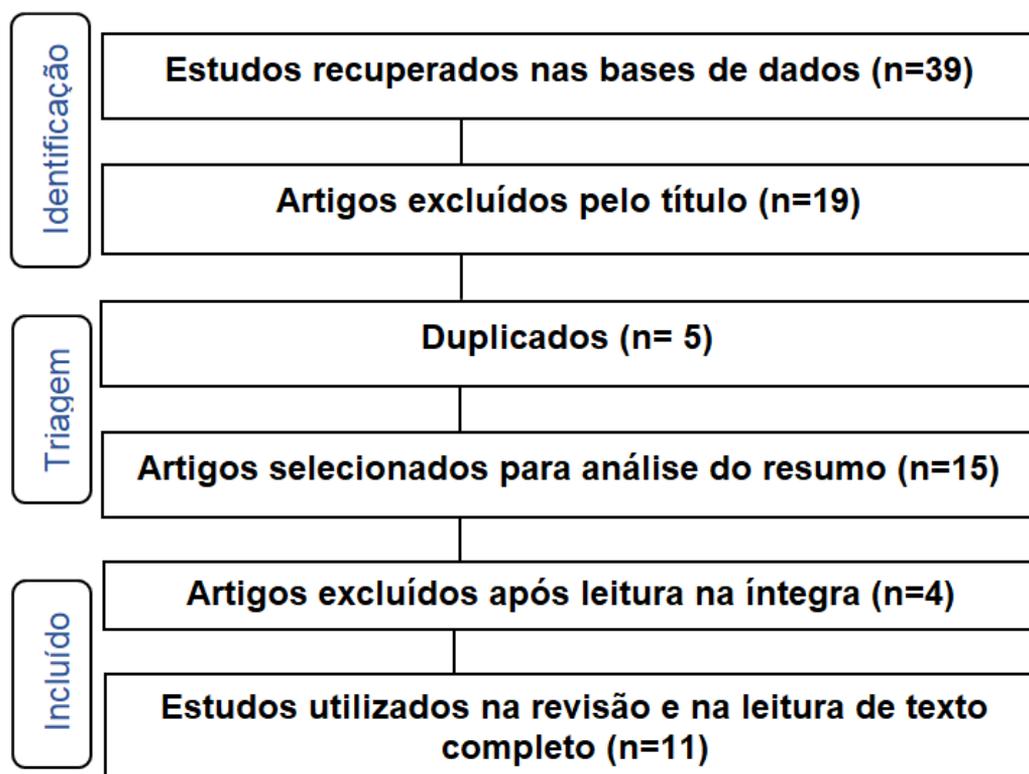
Foram utilizados os seguintes descritores: “cardiopatas”, “cirurgia torácica”, “procedimentos cirúrgicos minimamente invasivos”,

“procedimentos cirúrgicos cardiovasculares” e “história”, que fazem parte dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Foi realizada uma combinação para a pesquisa de artigos (“cardiopatas AND cirurgia torácica”), (“cardiopatas AND procedimentos cirúrgicos minimamente invasivos”), (“cardiopatas AND procedimentos cirúrgicos cardiovasculares”), (“cirurgia torácica AND história”), (“procedimentos cirúrgicos cardiovasculares AND história”) e (“cardiopatia AND história”).

Os critérios de seleção foram: artigos da língua portuguesa no período

de 1998 a 2018, com resumo e texto na íntegra disponíveis na base de dados selecionada. Os critérios de exclusão foram: publicações, que não atendiam o escopo do problema de pesquisa, em outros idiomas e os que não estavam disponíveis na íntegra. Após a leitura do título e resumo de 39 artigos para identificar os que atendiam aos critérios estabelecidos, 11 publicações foram selecionadas. Utilizou-se artigos dos últimos 20 anos (1998 a 2018) para ampliarmos a busca e enriquecer nossas discussões (Figura 1)

Figura 1. Fluxograma de seleção dos artigos. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 1998-2018



RESULTADOS

Em relação ao tema, objetivo, metodologia e resultados dos artigos, os dados coletados apresentam a distribuição, a seguir, apresentada no Quadro 1.

Quadro 1. Categoria dos Resultados: título, autor, metodologia, objetivo, resultados e conclusão. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 1998-2018

TÍTULO	AUTOR	METODOLOGIA	OBJETIVO	RESULTADOS	CONCLUSÃO
1-Acesso minimamente invasivo para troca da valva aórtica: resultados operatórios imediatos comparativos com a técnica tradicional	Tyszka AL, WatanabeR, Cabral MMC, Cason AM, Hayashi EK, Nogueira GA et al.	Doze pacientes consecutivamente submetidos à troca de valva aórtica isolada por acesso minimamente invasivo, a partir de junho de 2002, tiveram seus dados pré-operatórios, operatórios e pós-operatórios imediatos comparados com os 12 pacientes anteriormente operados na mesma instituição submetidos ao mesmo tipo de operação, porém com acesso convencional.	Comparar os resultados peri-operatórios dos pacientes submetidos à troca de valva aórtica por meio dos acessos minimamente invasivo e convencional	No pós-operatório, embora tenham sido menores os tempos de ventilação mecânica e o tempo total de permanência hospitalar, estes dados não mostraram diferença significativa. A morbidade pós-cirúrgica foi semelhante entre os dois grupos.	Esta abordagem oferece adequada exposição das estruturas necessárias para uma segura troca valvar e com o mesmo instrumental utilizado na cirurgia tradicional podemos oferecer as vantagens de um acesso menos invasivo com a mesma eficiência da cirurgia tradicional sem acrescentar riscos aos nossos pacientes.
2- Aspectos da personalidade e sua influência na percepção da dor aguda em pacientes submetidos à cirurgia cardíaca	Nobre TTX, Reis LA, Torres GV, Alchieri JC.	Pesquisa transversal, analítica, prospectiva de caráter correlacional, realizada em Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. A amostra foi composta por 25 pacientes, sendo 64% do sexo feminino, com menos de 60 anos (52%).	Verificar o papel e a influência da personalidade na percepção dolorosa aguda de pacientes submetidos à cirurgia cardíaca.	A percepção dolorosa foi experienciada com magnitudes variando de leve a moderada do primeiro ao quinto dia do pós-operatório e relacionada às características de personalidade. Nos pacientes com menos intensidade de dor, foi observada maior elevação significativa da pontuação obtida nos fatores preservação, individualismo, introversão e, nos pacientes com maior intensidade de dor, houve uma elevação significativa nos fatores de proteção, extroversão, retraimento, discrepância, afetividade, acomodação, retraimento, comunicabilidade e firmeza.	A ocorrência do fenômeno doloroso em pacientes submetidos à cirurgia cardíaca mostrou-se associada com manifestações comportamentais e com magnitudes variáveis quanto ao tempo do ato cirúrgico, tipo e posição de drenos, além do período pós-operatório imediato.

3-Autobiografia após as cirurgias de revascularização miocárdica: história de vida na UTI cardíaca	Moura RS, Lima VP, Albuquerque WDM, Costa VC, Barreto DML, Cavalcanti RC.	Pesquisa de campo de abordagem qualitativa	por meio da coleta das histórias de vida	Descrever as histórias de vida de pacientes submetidos às cirurgias de revascularização miocárdica (CRM), desvelando os possíveis dogmas através das suas narrativas do pré ao pós-operatório imediato em uma UTI cardiológica.	Foram entrevistados 08 pacientes, destes selecionamos 05, pois obtivemos o ponto de saturação. Os sujeitos da pesquisa foram caracterizados de acordo com as variáveis qualitativas: sexo, idade, religião, estado civil, filiação e período operatório, onde guiados por essas variáveis destacamos as narrativas mais importantes
4-Caracterização de pessoas em cirurgias cardíacas: estudo descritivo	Ponte KMA, Silva LF, Borges MCLA, Antonia Aragão EA, Arruda LP, Galiza FT	Pesquisa quantitativa, descritiva, de análise documental realizado pela análise de 176 prontuários de acordo com os aspectos éticos da resolução 196/96.	Caracterizar os pacientes submetidos à cirurgia cardíaca em hospital de referência da região norte do Ceará.	A permanência hospitalar foi baixa e por isso, percebe-se redução de riscos relacionados à internação e também dos custos com estes serviços, os quais influenciam para o aumento da rotatividade e disponibilização de leitos.	Apesar dos riscos de uma cirurgia cardiovascular no hospital estudado, os pacientes recuperam-se com grande sucesso as situações vivenciadas.
5-Cirurgia cardíaca videoassistida: 6 anos de experiência	Júnior JAF, Pereira ML, Martins ALM, Pereira DSC, Paz ME, Paludo L, Filho AB, et al.	Cento e trinta e seis pacientes foram submetidos à CCVA, após consentimento escrito, entre setembro de 2005 e outubro de 2011, sendo 50% do sexo masculino, divididos em dois grupos: com circulação extracorpórea (CEC) e sem CEC.	Apresentar nossa casuística com cirurgia cardíaca minimamente invasiva e videoassistida (CCVA), após 6 anos de uso do método.	No grupo com CEC a média de dias em UTI (DUTI) e de internação hospitalar (DH) foi, respectivamente, $2,4 \pm 4,5$ dias e $5,0 \pm 6,8$ dias. Doze pacientes apresentaram complicações no pós-operatório e cinco (4,8%) foram a óbito. Noventa e três (88,6%) pacientes evoluíram sem intercorrências, foram extubados no centro cirúrgico, permanecendo $1,8 \pm 0,9$ DUTI e $3,6 \pm 1,3$ DH. No grupo sem CEC foram $1,3 \pm 0,7$ DUTI e $2,9 \pm 1,4$ DH, sem intercorrências ou óbitos.	Os resultados encontrados nesta casuística são comparáveis aos da literatura mundial e confirmam o método como opção à técnica convencional.

artigo

Araujo, C.F.C.; Dantas, L.M.; Behring, L.P.B.; Oliveira, E.S.; Silva, R.C.L.; Marta, C.B.;
Cardiopatias: inserção da técnica minimamente invasiva em cirurgia cardíaca

6-Cirurgia cardíaca videoassistida: resultados de um projeto pioneiro no Brasil	Poffo R, Pope RB, Rafael Selbach A, Mokross CA, Fukuti F, Silva Júnior I, Agapito A, et al.	Entre fevereiro de 2006 e novembro de 2008, 102 pacientes foram submetidos consecutivamente a cirurgia cardíaca minimamente invasiva videoassistida.	Demonstrar as possibilidades da utilização da videotoracoscopia na cirurgia cardíaca com circulação extracorpórea (CEC).	Todas as cirurgias foram realizadas sem intercorrências. Não houve conversão para toracotomia. Dois pacientes evoluíram com fibrilação atrial no pós-operatório.	Este trabalho demonstra a abrangência de afecções possíveis de serem abordadas pela videocirurgia cardíaca com CEC, sendo um procedimento seguro, eficaz e com baixa morbidade e mortalidade. A cirurgia cardíaca minimamente invasiva videoassistida já é uma realidade no Brasil, demonstrando excelentes resultados estéticos e funcionais.
7-Cirurgia de Revascularização do Miocárdio através de Minitoracotomia Esquerda	Silveira WL, Leite AF, Artiaga EP, Queiroz FC, Ferreira KA, Carvalho MC, et al.	De maio/96 a outubro/97, 11 portadores de insuficiência coronária, com lesão única e proximal da artéria interventricular anterior (AIA), foram submetidos a revascularização do miocárdio (RM). A abordagem cirúrgica consistiu de uma toracotomia ânterolateral esquerda, de proximadamente 10cm, através do 4º espaço intercostal esquerdo, e nos últimos 6 casos com ressecção de parte da cartilagem da 4ª e 5ª costelas, dissecação da ATIE, abertura e reparo do pericárdio adjacente à AIA.	Atualmente existe uma tendência mundial para a realização de cirurgias através de incisões mínimas, denominadas minimamente invasivas, tornando o ato operatório cada vez menos agressivo.	O tempo de permanência hospitalar variou de 4 a 8 (média de 5,2) dias. Nenhum paciente apresentou alteração eletrocardiográfica no pós-operatório imediato. Um paciente apresentou no controle, trombose no 1/3 distal da ATIE com comprometimento importante de fluxo e, outro, estenose ao nível da anastomose, sendo ambos submetidos a angioplastia com sucesso. Não houve mortalidade no grupo estudado.	A ausência de mortalidade, sugere que a cirurgia de RM através de cirurgia minimamente invasiva, em grupos selecionados, é uma excelente alternativa de revascularização da AIA.
8- Cirurgia robótica em Cardiologia: um procedimento seguro e efetivo	Poffo R, Toschi AP, Pope RB, Cellulare AL, Benício A, Fischer CH, et al.	De março de 2010 a março de 2013, 21 pacientes foram submetidos à cirurgia cardíaca robô-assistida.	Avaliar os resultados em curto e médio prazo dos pacientes submetidos à cirurgia cardíaca minimamente invasivarobô-assistida.	O tempo médio de permanência em unidade de terapia intensiva foi de $1,67 \pm 1,46$ dias. Não houve conversões para esternotomia. Não houve óbito intra-hospitalar ou mesmo durante o seguimento em médio prazo dos pacientes. A média do tempo de acompanhamento dos pacientes foi de 684 ± 346 dias, variando de 28 dias a 1096 dias.	A cirurgia cardíaca robô-assistida mostrou-se exequível, segura e efetiva, podendo ser aplicada na correção de diversas patologias intra e extracardíacas.

9- Cirurgia Valvar Mitral e da Comunicação Interatrial - Abordagem Minimamente Invasiva ou por Esternotomia	Neto JVC, Melo E, Fernandes J, Gomes R, Freitas C, Machado J, Martins F, et al.	Estudo prospectivo onde quarenta pacientes foram submetidos a cirurgia para correção de cardiopatia valvar mitral (VM) ou comunicação interatrial (CIA). Foram divididos em: grupo A (GA) (n = 20), de acesso por minitoracotomia direita com videoassistência, e grupo B (GB) (n = 20), de acesso por EM. Comparamos: tempo de pinçamento aórtico e circulação extracorpórea, tempo de permanência na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), tempo de hospitalização e morbidade.	Comparar o acesso cirúrgico MI com a Esternotomia Mediana (EM) para tratar a cardiopatia Valvar Mitral (VM) e a Comunicação Interatrial (CIA).	Quinze pacientes foram submetidos a procedimento VM e 5 a correção de CIA, em cada grupo. As médias de tempo de pinçamento aórtico e circulação extracorpórea, em minutos, foram $65,1 \pm 29,3$ no GA, e $50,2 \pm 21,4$ no GB ($p = 0,074$); e $91,8 \pm 35$ no GA, e $63,7 \pm 27,3$ no GB ($p = 0,008$). As médias de tempo de UTI, em horas, foram $51,7 \pm 16,3$ no GA, e $55,8 \pm 17,5$ no GB ($p = 0,45$). Os tempos de hospitalização, em dias, foram $5,2 \pm 1$ no GA, e $6,4 \pm 1,5$ no GB ($p = 0,009$).	O acesso MI para correção da cardiopatia VM e da CIA implicou em maior tempo de circulação extracorpórea para a finalização do procedimento principal sem, no entanto, afetar a recuperação do paciente. Os pacientes tratados de forma MI tiveram alta hospitalar mais cedo que os pacientes tratados com esternotomia.
10- Cirurgias cardíacas convencionais e robótica: comparativo das atividades de vida diária	Barros ACG, Santos AA, Galvão ECF, Püschel VAA, Messias CM	Estudo qualitativo teve como método a "História Oral", a amostra foi constituída por quatro pacientes que aceitaram participar da pesquisa. Os dados foram obtidos por meio de entrevistas, transcritos e agrupados em categorias de análise.	Avaliar o impacto da cirurgia cardíaca robótica e convencional no pós-operatório tardio, correlacionando as influências nas atividades de vida diária (AVD).	Os resultados da investigação permitiram evidenciar que os sentimentos de medo e apreensão foram os mais vivenciados pelos entrevistados na fase pré-operatória, e que os cardiopatas operados pelo método robótico se beneficiaram da curta permanência na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), da alta precoce e do rápido retorno às AVD.	Conclui-se que a técnica cirúrgica robótica de revascularização do miocárdio, quando comparada à técnica convencional, influencia positivamente na recuperação cardíaca no que se refere às AVD e atividades instrumentais de vida diária
11- Dor aguda: julgamento clínico de enfermagem no pós-operatório de cirurgia cardíaca	Filho GSF, Caixeta LR, Stival MM, Lima LR	Estudo descritivo-exploratório de abordagem quantitativa, coorte transversal, realizado em um hospital geral de referência do interior do Estado de Goiás para tratamento cirúrgico de cardiopatas. A pesquisa foi realizada entre o período de outubro de 2009 e abril de 2010. A amostra foi constituída por 37 pacientes	Identificar o diagnóstico de enfermagem dor aguda em pacientes no 3º pós-operatório de cirurgia cardíaca.	A intensidade da dor na situação geral foi avaliada por meio da recategorização da dor. Nesse sentido, ficaram caracterizada pelos pacientes, respectivamente, as seguintes frequências de dor: 4 (10,8%): leve; 12 (32,4%): moderada; 7 (18,9%): intensa; e 10 (27%) pior dor possível. Quanto à localização da dor no 3º PO de cirurgia cardíaca (FIG. 3), observou-se que a região esternal prevaleceu (86,4%), a região abdominal foi apontada por 19 pacientes (51,3%) e membros inferiores, por 18 (48,6%).	Quanto à intensidade da dor no pós-operatório, notou-se que a dor geral foi descrita como moderada, na tosse foi moderada e na inspiração profunda, no vômito e no repouso foi considerada leve. O principal local relatado foi como mais comum foi a região esternal e o principal analgésico foi a dipirona.

DISCUSSÃO

De acordo com a pesquisa realizada, a técnica minimamente invasiva comparada com a técnica cirúrgica convencional (esternotomia ou toracotomia mediana) possui o mesmo resultado, as duas técnicas são procedimentos seguros, com a mesma eficiência e de baixa mortalidade. Porém, a técnica minimamente invasiva se destaca pelo resultado estético, curta permanência na UTI, com a alta precoce e rápido retorno as atividades.

Em relação à dor, por ela estar associada ao tempo de cirurgia e ao período do pós-operatório, no qual o paciente enfrenta medo, estresse, ansiedade e intolerância, a técnica minimamente invasiva também se mostra uma excelente alternativa.

Apresentou-se também a ocorrência do fenômeno doloroso em pacientes submetidos à cirurgia cardíaca e às manifestações comportamentais, como o medo e o estresse, que esses pacientes apresentam no período pré-operatório e pós-operatório.

Nesse contexto, os autores apresentaram, como método de avaliação de dor foi utilizado uma escala numérica de dor, que magnificava a percepção em um intervalo de 0 a 10, no qual 0 significa ausência de dor e 10 a mais intensa dor. E para avaliar as manifestações comportamentais e de personalidade foi utilizado o Inventário Millon de Estilos de Personalidade, traduzido e validado para o português.

A dor é uma reação natural ao ato cirúrgico, contudo, seu alívio resulta em conforto e diminui os problemas físicos e psicológicos. A dor pós-operatória é contínua ou provocada por movimentos e sua intensidade é influenciada, entre outros fatores, pelo local da incisão, extensão do trauma tecidual, presença de drenos e de fatores individuais, de natureza física, cultural ou emocional e por fatores

As vantagens do acesso minimamente invasivo foram apontadas por muitos artigos, nos quais observou-se ser um procedimento de eficiência, que não traz riscos ao paciente, que reduz a permanência na UTI, com positiva recuperação e redução do período pós-operatório, possibilitando o rápido retorno as atividades de vida diária.

ambientais⁽¹²⁾.

Alguns estudos relatam sobre as histórias de vida de pacientes submetidos às cirurgias de revascularização miocárdica (CRM), transcrevendo as mudanças significativas nos aspectos físicos e psicológicos. Constatou-se, nesses estudos, que a experiência de vivenciar uma CRM modifica o processo de viver do paciente cardíaco, enquanto as estratégias utilizadas no enfrentamento desse processo tornam a vivência menos traumática e fornecem base teórica para o cuidado em saúde⁽⁴⁾.

As vantagens do acesso minimamente invasivo foram apontadas por muitos artigos, nos quais observou-se ser um procedimento de eficiência, que não traz riscos ao paciente, que reduz a permanência na UTI, com positiva recuperação e redução do período pós-operatório, possibilitando o rápido retorno as atividades de vida diária.

Outros aspectos como a busca de melhor resultado estético, redução do desconforto pós-operatório observados nas grandes toracotomias e a rápida recuperação pós-operatória foram apontadas como os maiores objetivos da técnica, obviamente aliados às baixas complicações já conquistadas com a cirurgia convencional.

Um aspecto importante relacionado ao tempo de internação e permanência na UTI foi verificado e constatou-se que os cardiopatas operados pelo método robótico se beneficiaram da curta permanência na UTI e da alta precoce, enquanto os pacientes que se submeteram ao método robótico permaneceram, em média, dois dias na UTI e quatro dias internados, os que se submeteram ao método convencional permaneceram de dois a três dias na UTI, chegando até nove dias de internação pós-cirúrgica.

No mesmo artigo, no que se refere à capacidade funcional e retorno às atividades de vida diária, os pacientes submetidos à cirurgia robótica,

mais uma vez, obtiveram ganhos em relação ao outro grupo pesquisado, pois foram capazes de realizar suas tarefas básicas de autocuidado como banhar-se, vestir-se, alimentar-se e deambular, no período pós-operatório imediato. O outro grupo necessitou de auxílio por mais de quinze dias para realizar as mesmas tarefas. E em relação ao pós-operatório tardio, o artigo relata que a cirurgia minimamente invasiva com o método robótico também se destacou, pois os pacientes operados por esse método voltaram à sua rotina normal em média sete dias após a intervenção cirúrgica, tempo necessário para o início de atividades e os pacientes operados pelo método convencional demoraram trinta dias ou mais para retornarem ao cotidiano, incluindo as atividades laborais.

CONCLUSÃO

A presente revisão integrativa buscou dados na literatura nacional acerca das vantagens da inserção da técnica minimamente invasiva em cirurgia cardíaca, com o intuito de proporcionar uma melhor qualidade de vida aos pacientes que possuem doenças cardíacas.

A cirurgia cardiovascular continua em ascensão e a demanda de pacientes deve aumentar nos próximos anos, devido à aceleração do envelhecimento populacional, com o consequente aumento na incidência de doenças cardiovasculares.

Com isso, a inserção da técnica minimamente invasiva para cirurgias cardíacas vem sendo medida de escolha como principal contribuição para um efeito estético melhor, sem colocar em risco o paciente e sem a necessidade de aparelhos ou instrumental que aumentem o custo do procedimento. E é consenso, hoje, a preocupação com táticas e técnicas opera-

tórias para tornar os procedimentos menos agressivos.

Todos os artigos constataram que este é um procedimento reprodutível e seguro e seus resultados são comparáveis ao método convencional, podendo ser indicado como método de rotina.

Mas, apesar das vantagens da técnica, encontrou-se uma problemática, por ser uma técnica mais elaborada por necessitar de aprimoramento e treinamento específico, em alguns hospitais sua aceitação ainda é limitada.

Desta forma, essa revisão integrativa evidenciou que a inserção da técnica minimamente invasiva é eficaz e segura para pacientes com doenças cardiovasculares, especialmente no que tange à redução do desconforto pós-operatório, melhorando os resultados estéticos, acelerando a recuperação pós-operatória, aliados às baixas complicações. ■

REFERÊNCIAS

1. Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio de Janeiro. Manual de prevenção cardiovascular. 1.ed. Rio de Janeiro: SOCERJ; 2017.
2. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Morte por doenças cardiovasculares em 2016 [Internet]. Rio de Janeiro, 2017 [acesso em 27 ago 2019]. Disponível em: <http://www.cardiometro.com.br/antiores.asp>.
3. Braille DM, Godoy MF. História da cirurgia cardíaca no mundo. Rev Bras Cir Cardiovasc. 2012; 27(1):125-34.
4. Moura RS, Lima VP, Albuquerque WDM, Costa VC, Barreto DML, Cavalcante RC, Autobiografia após as cirurgias de revascularização miocárdica: história de vida na UTI cardíaca. R. Enferm. Centr. O. Mineir. 2017; 7:1110.
5. Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular. Acesso à residência médica em cirurgia cardiovascular. Comunicado SBCCV 1/8, 2017.
6. Júnior JAF, Pereira ML, Martins ALM, Pereira DSC, Paz ME, Paludo L, et al. Cirurgia cardíaca vídeo assistida: 6 anos de experiência. Rev Bras Cir Cardiovasc. 2012 jan./mar.; 27(1).
7. Neto Castro JV, Melo E, Fernandes J, Gomes R, Freitas C, Machado J, et al. Cirurgia Valvar Mitral e da Comunicação Interatrial - Abordagem Minimamente Invasiva ou por Es-
8. ternetomia. Arq Bras Cardiol. 2012; 99(2):681-687.
9. Costa F, Winter G, Ferreira ADA, Fernandes TA, Collatusso C, Tremel FT, et al. Experiência inicial com operações cardíacas minimamente invasivas. Rev Bras Cir Cardiovasc. 2012; 27(3):383-91.
10. Brasil. Hospital de SP faz primeira ponte de safena por meio de um robô, 2011. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2011/11/hospital-de-sp-faz-primeira-ponte-de-safena-por-meio-de-um-roboto>.
11. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto Contexto Enferm. 2008 Out-Dez; 17(4):758-64.
12. Tyszka AL, Watanabe R, Cabral MMC, Cason AM, Hayashi EK, Nogueira GA, et al. Acesso minimamente invasivo para troca de valva aórtica: resultados imediatos comparativos com a técnica tradicional. Rev Bras Cir Cardiovasc. 2004; 19(1):34-41.
13. Nobre TTX, Reis LA, Torres GV, Alchieri JC. Aspecto da personalidade e sua influência na percepção da dor aguda em pacientes submetidos à cirurgia cardíaca. J Bras Psiquiatr. 2011; 60(2):86-90.

Mapeamento em saúde como ferramenta para gerência do cuidado aos idosos hipertensos na atenção primária

RESUMO

Objetiva-se discutir o mapeamento em saúde como ferramenta da gerência do cuidado de enfermagem, pois permite agrupar informações e analisar situações, produzindo relações entre elas, através da localização de "objetos". Método: estudo epidemiológico descritivo, seccional, quantitativo, aplicando-se o mapeamento em saúde. Principais Resultados: predominância do sexo feminino; cor branca, seguida da cor parda e negra; a idade entre 66-71 anos representou 28% da amostra; 40,9% têm antecedentes familiares; o tabagismo mostrou-se elevado com 59,1%; e o sedentarismo foi negado por 40,9%. Conclusão: o mapeamento juntamente com as informações do perfil sociodemográfico e epidemiológico é capaz de fornecer subsídios para construção do plano de ações e cuidados de enfermagem, mais próximo a realidade e necessidades da população, devendo ser compreendido como estratégia da gerência do cuidado.

DESCRITORES: Mapeamento Geográfico; Hipertensão; Saúde do Idoso.

ABSTRACT

The aim is to discuss the mapping in health as a tool of nursing care management, since it allows grouping information and analyzing situations, producing relationships between them, through the localization of "objects". Method: Descriptive, cross-sectional, quantitative epidemiological study, applying the mapping in health. Main results: female predominance; White color, followed by brown and black color; The age between 66-71 years represented 28% of the sample; 40.9% have family history; Smoking was high with 59,1%; and Sedentarism was denied by 40.9%. Conclusion: the mapping along with the information of the sociodemographic and epidemiological profile may provide subsidies for the construction of the plan of actions and nursing care, closer to the reality and needs of the population, and should be Understood as care management strategy.

DESCRIPTORS: Geographic Mapping; Hypertension; Health of the Elderly.

RESUMEN

El objetivo es debatir el mapeo en la salud como una herramienta de gestión de la atención de enfermería, ya que permite agrupar información y analizar situaciones, produciendo relaciones entre ellas, a través de la localización de "objetos". Método: estudio epidemiológico descriptivo, transversal y cuantitativo, aplicando el mapeo en salud. Principales resultados: predominancia femenina; Color blanco, seguido de color marrón y negro; La edad entre 66-71 años representó el 28% de la muestra; 40,9% tienen antecedentes familiares; El tabaquismo fue alto con un 59, 1%; y el sedentarismo fue negado en un 40,9%. Conclusión: El mapeo junto con la información del perfil sociodemográfico y epidemiológico es capaz de proporcionar subsidios para la construcción del plan de acciones y cuidados de enfermería, más cerca de la realidad y las necesidades de la población, y debe ser Entendida como estrategia de gestión de la atención.

DESCRIPTORES: Mapeo Geográfico; Hipertensión; Salud de los Ancianos.

Marina Gomes dos Santos

Enfermeira. Mestre em Ciências do Cuidado em Saúde - EEAAC/UFF. Enfermeira no Programa Médico de Família de Niterói/RJ.

Bárbara Pompeu Christovam

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente EEAAC/UFF. Pesquisadora na área de Desenvolvimento Tecnológico da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro - FAPERJ. Niterói-RJ, Brasil.

Vinícius Mendes da Fonseca Lima

Enfermeiro. Especialista em Estratégia de Saúde da Família – ENSP-Sérgio Arouca/FIOCRUZ. Coordenador de Área no Programa Médico de Família de Niterói/RJ.

INTRODUÇÃO

A técnica de mapeamento em saúde, como ferramenta de territorialização, vem sendo amplamente difundida e implementada em diferentes campos da saúde, especialmente na atenção primária. O reconhecimento do território é um passo básico para a caracterização da população e de seus problemas de saúde, bem como para a avaliação do impacto dos serviços sobre os níveis de saúde dessa população. Além disso, destaca-se que é fundamental identificar e interpretar a organização e dinâmica das populações que nele habitam, as suas condições de vida e as diferentes situações ambientais que os afetam.

O território se constitui da acumulação de situações históricas, ambientais e sociais que promovem condições particulares para a produção de saúde e doenças. Para conhecê-lo, é fundamental que as equipes de saúde realizem o mapeamento, a fim de identificar as condições de vida, as necessidades de saúde, os riscos coletivos e as potencialidades deste território⁽¹⁾. Ou seja, a territorialidade orienta as ações em saúde a partir dos conceitos de integralidade e desinstitucionalização à medida que desloca as ações para o contexto social dos usuários, em sua existência concreta, na complexidade do contexto de vida, além dos limites físicos da unidade de saúde e suas organizações pouco maleáveis. Portanto, torna o território um princípio organizador das práticas de cuidado sob o pressuposto ético, além de ser um princípio técnico⁽²⁾.

Desta forma, o território pode ser compreendido como um espaço dinâmico em constante mudança em diversos aspectos – história, demografia, cultura e epidemiologia – e, conseqüentemente, sujeito a constante variabilidade de riscos e vulnerabilidades, características que reverberam na administração, política, tecnologia e sociedade dentro de suas fronteiras físicas e intangíveis⁽³⁾.

Assim, a territorialização, como um instrumento utilizado na prática da saúde pública, gera subsídios para elaboração de estratégias em saúde, através do mapeamento das áreas de ação da equipe de atenção básica, fornecendo aos profissionais de saúde as mais variadas informações sobre a população de determinada localidade. Em posse desse conhecimento,

estes profissionais poderão planejar estratégias de atuação que tem base nas ações de vigilância em saúde, possibilitando a compreensão da dinâmica que envolve o meio onde se estabelece o processo saúde/doença. Tal conduta visa a execução dos princípios norteadores do Sistema Único de Saúde (SUS), quais sejam, integridade, equidade e descentralização⁽⁴⁾.

O enfermeiro, enquanto agente promotor de saúde e no uso de suas atribuições e competências, tem o mapeamento em saúde como uma ferramenta que permite a busca de intervenções mais efetivas no que diz respeito ao monitoramento, prevenção de agravos e promoção da saúde da população; possibilita o conhecimento das reais necessidades de saúde da população, bem como o monitoramento dos fatores de risco à saúde de população específica, e a elaboração de estratégias que de fato serão de grande relevância, tanto no âmbito individual quanto no coletivo.

O espaço-território, onde um indivíduo ou população está inserido, vai muito além de um simples recorte político-operacional do sistema de saúde. Tendo em vista que este pode ser caracterizado por um grupo específico, vivendo em tempo e espaço singulares, com problemas e necessidades de saúde determinados, os quais para sua resolução devem ser compreendidos e visualizados espacialmente por profissionais dos serviços de saúde. Esse território apresenta, portanto, muito mais que uma extensão geométrica, também um perfil demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural que o caracteriza e se expressa num território em permanente construção e reconstrução⁽⁵⁾.

Neste sentido, a aplicação de ações como o mapeamento em saúde, pelo enfermeiro na atenção básica, pode ser utilizada nos seus mais variados âmbitos, fundamentando e subsidiando o planejamento da assistência e a adoção de estratégias de saúde dentro de um território delimitado.

O mapeamento em saúde deve contribuir para revelar subjetividades, coletar informações, identificar problemas, necessidades e construir identidades locais com características positivas que possua; e com base nestas o enfermeiro, deve definir estratégias e ações de saúde, a fim de interferir no processo saúde-doença, com vistas a redução das iniquidades.

Vale salientar que a construção de mapas deve ser possibilitar o monitoramento e avaliação periódica das ações implementadas e das populações em estudo, uma vez que estas estão em constante transformação.

Assim, torna-se possível inferir que a geografia poderia ser construída a partir da consideração do espaço como um conjunto de fixos e fluxos. Os elementos fixos, fixados em cada lugar, permitem ações que modificam o próprio lugar, fluxos novos ou renovados que recriam as condições ambientais e as condições sociais, e redefinem cada lugar. Os fluxos são um resultado direto ou indireto das ações e atravessam ou se instalam nos fixos, modificando a sua significação e o seu valor, ao mesmo tempo em que, também, se modificam⁽⁶⁾. Ou seja, o planejamento das ações de saúde sobre populações específicas pode estender, através do território, devendo ser constantemente observado, pois os territórios modificam-se conforme as dinâmicas das relações sociais.

Este estudo teve como objetivo discutir o mapeamento em saúde como uma ferramenta da gerência do cuidado na atenção primária que permite ao enfermeiro agrupar informações em saúde e analisar a situação de saúde e, com isso, produzir relações entre elas, por meio da localização de “objetos”, possibilitando um planejamento adequado para o desenvolvimento de suas ações de gerência do cuidado de enfermagem, assim levando à melhoria da qualidade do atendimento de enfermagem, resultando em benefícios para a população e criando oportunidades para futuras intervenções com vistas à melhoria da assistência em saúde.

Questão Norteadora: O mapeamento em saúde contribui ferramenta para a gerência do cuidado de enfermagem na atenção primária em saúde?

METODOLOGIA

Estudo epidemiológico descritivo, seccional, de abordagem quantitativa, aplicando-se o método de mapeamento em saúde. Desenvolvido a partir da seleção de sujeitos, por meio das fichas do Programa de Atendimento a Hipertensos e Diabéticos Hipertensão em uma Policlínica Regional do Município de Niterói no Estado do Rio de Janeiro, ten-

do como critérios de inclusão: idade superior ou igual a 60 anos, de ambos os sexos, cadastrados no período compreendido entre 2009 a 2013, com residência fixa e diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica (HAS). Foram excluídos do estudo os idosos portadores de Diabetes Mellitus (DM), tipo 1 ou tipo 2. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, dos 725 pacientes atendidos pelo programa hiperdia, no período citado, foram selecionados 93 idosos.

Trata-se de uma instituição cuja organização assistencial é classificada como de atenção de baixa e média complexidades, que se caracteriza por apresentar um conjunto de ações e serviços ambulatoriais que visam atender os principais problemas de saúde da população dos bairros de sua abrangência.

O bairro de inserção da policlínica de acordo com dados do IBGE (2010) é composto por 9.252 habitantes, onde a população masculina representa 4.392 habitantes, e a população feminina 4.860. Deste grupo total, 1212 são idosos compreendidos na faixa etária de 60 a 79 anos, onde 1030 declararam ser alfabetizados. Quanto à autodeclaração de renda, para pessoas com 10 anos ou mais, houve a informação por parte de 8066 pessoas, destas, 2715 afirmaram não possuir renda, seguidos de 1955 moradores que afirmaram ter entre $\frac{1}{2}$ a 1 salário mínimo.

A coleta de dados ocorreu por meio de consulta às fichas cadastrais do Programa Hiperdia e aos prontuários dos usuários e ao banco de dados do programa Gerenciador de Informações Locais (GIL).

Vale salientar que, de acordo com informações do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), além de ser útil para cadastro e identificação do usuário, conforme exposto anteriormente, o Programa Hiperdia tem como benefícios orientar os profissionais de saúde na adoção de estratégias de intervenção, além de permitir conhecer o perfil epidemiológico da HAS e do DM na população, permitindo uma gerência do cuidado de enfermagem de acordo com as necessidades e demandas em saúde do usuário e sua comunidade.

Os dados foram analisados estaticamente através das variáveis independentes e dependentes. Sendo consideradas para este estudo,

variáveis independentes: sexo, idade, altura, peso, índice de massa corporal (IMC), raça, antecedentes familiares, tabagismo, sedentarismo, acidente vascular cerebral (AVC), coronariopatias, doença renal, infarto agudo do miocárdio (IAM) e uso de medicações; e como variável dependente utilizou-se a pressão arterial. A partir destas houve análise das características dos elementos estudados, que variaram de elemento para elemento, e a estas foram atribuídos valores numéricos ou não numéricos. Após análise destes dados e a validação, tornou-se possível obter as informações desejadas, sendo tratadas estatisticamente por meio de análise uni, bi e multivariada⁽⁷⁾.

Para análise estatística (bi e multivariada) dos dados, optou-se pela adoção do Teste de Análise de Variância (ANOVA) para análise das médias das variáveis independentes (nominal/numérica), com base no valor da probabilidade de significância ou p-valor de significância, que no caso deste estudo o p médio = 34,3%, com nível de significância de 5% ($\alpha = 0,05$). Utilizou-se também o Teste de Correlação de Pearson (variáveis numérica/numérica), apresentando r médio = 0,23.

Após esta análise e com o objetivo de processar as informações obtidas de modo a simplificá-las e sintetizá-las, houve o cruzamento de múltiplas informações e dados, ou variáveis, no modelo de tabulação cruzada (Cross - Tables).

Foram respeitados todos os aspectos éticos relacionados à pesquisa com seres humanos contidos na Resolução n.º 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), publicada no Diário Oficial da União em 13 de julho de 2013. A coleta de dados obteve parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense (CEP/FMUFF) encontra-se sob n.º CAAE: 2866.0.000.258-10 na condição de Projeto de dissertação do Programa de Mestrado Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde da UFF. Torna-se relevante informar que foi garantido o sigilo e o anonimato de todas as informações contidas no presente estudo.

RESULTADOS

Por meio da técnica de mapeamento em

saúde tornou-se possível uma análise inicial do perfil dos sujeitos, onde houve predominância do sexo feminino; da cor branca, seguida da cor parda e negra, respectivamente, a idade compreendida entre 66 e 71 anos representou 28% da amostra; 40,9% dos sujeitos informaram ter antecedentes familiares; o tabagismo foi um fator de risco que se mostrou elevado com 59,1%; já o sedentarismo foi negado por 40,9%, no entanto não houve exposição de qual tipo de atividade física seria realizada por cada indivíduo. O AVC, as coronariopatias, as doenças renais e o IAM, tiveram baixa prevalência. No entanto, essas variáveis continham um percentual relativamente alto de não preenchimento na ficha cadastral hiperdia, ao realizar buscas nos prontuários, não foram encontradas informações a respeito; no item uso de medicação 95,7% das respostas foram positivas para o uso, porém não havia nenhuma informação relativa a tratamento não medicamentoso; quanto a variável IMC, houve discordância entre os resultados assinalados nas fichas e os resultados calculados com base na altura e peso de cada indivíduo, de acordo com as fichas ocorreu prevalência de indivíduos com IMC na faixa de peso normal a acima do peso, no entanto, ao realizar o cálculo, houve predominância de sobrepeso/obesidade.

DISCUSSÃO

Com base nos resultados encontrados, torna-se possível traçar ações e intervenções de enfermagem ao idoso hipertenso na atenção primária, com vistas à redução dos fatores de riscos e DSS, bem como a prevenção de agravos e promoção da saúde.

O desenvolvimento das DCNTS, e isto inclui a HAS, dar-se por meio da associação de fatores complexos e multivariáveis e são responsáveis por alterações objetivas e subjetivas no cotidiano do portador, consequentemente por mudanças comportamentais significativas, sendo os principais fatores de risco comportamentais, ou condutas de risco, para a as doenças cardiovasculares: os hábitos alimentares inadequados, o sedentarismo e a obesidade, associados às mudanças no estilo de vida como a cessação do tabagismo e o controle estresse, onde estes constituem metas primordiais e atingíveis da prevenção, educação e promo-

ção em saúde. No entanto, vale salientar que as condutas de risco podem ser consideradas como respostas às condições de vida adversas, sendo assim, cabe ao profissional de saúde incluir nas suas ações estratégias para a criação de ambientes favoráveis à saúde, com vistas a possibilitar o indivíduo conhecer e controlar os fatores de risco e os determinantes sociais em saúde, que influenciam direta e indiretamente em seu processo saúde-doença⁽⁸⁾.

Desta forma, tornar o indivíduo idoso o ator principal de seu cuidado, torna-se essencial, bem como estimular o autocuidado, por meio da conscientização da importância das modificações de comportamentos e hábitos de vida, além da adesão integral ao tratamento da hipertensão.

Corroborando ao exposto, a enfermeira, enquanto profissional de saúde, se destaca como propagadora de informações e esclarecimentos acerca da importância dos hábitos saudáveis para o controle da pressão arterial e contribui na implementação de intervenções favoráveis à saúde. Esta possui, portanto, importante papel na promoção da adesão do paciente ao tratamento, o que é fundamental ao controle da doença, pois, para que haja redução da morbidade e mortalidade associada aos riscos cardiovasculares das pessoas com hipertensão, torna-se indispensável a adesão ao

tratamento anti-hipertensivo⁽⁹⁾.

Para o planejamento de ações e estratégias em saúde, algumas ferramentas podem ser utilizadas pelo enfermeiro na atenção primária, dentre elas o mapeamento em saúde, que gera subsídios para o desenvolvimento das mesmas, por meio de informações sobre o ambiente ao qual a população está inserida, ou seja, o mapeamento possibilita o melhor reconhecimento das características e das reais necessidades e demandas de seu público-alvo, isto lhes fornecerá maiores chances de eficiência e efetividade para suas atividades.

CONCLUSÃO

O uso do mapeamento em saúde permite ao profissional da atenção básica delimitação de seu território de atuação, e a população sob sua responsabilidade, permitindo a identificação e o planejamento de ações prioritárias.

O desenvolvimento deste estudo permitiu uma aproximação com a tecnologia de mapeamento em saúde, a qual tem demonstrado ser de grande valia e vem se apresentando como mais uma ferramenta no processo de cuidar-planejar nos diferentes campos da saúde.

Foi possível compreender que a população em estudo é correspondente com o padrão de morbidade e inerente ao processo de transi-

ção demográfica corrente em nosso país e no mundo. O predomínio da população idosa, ou seja, que possui mais de 60 anos e, ainda, a baixa escolaridade, associada à baixa renda mensal, são aspectos sociodemográficos relevantes nesta população.

Neste cenário, o desenvolvimento do mapeamento em saúde na atenção básica torna-se uma ferramenta capaz de fornecer, juntamente com as informações do perfil sociodemográfico e epidemiológico de sua população, subsídios para a construção de um plano de ações e de cuidado de enfermagem, mais próximo a realidade e as necessidades de seu público, devendo este ser compreendido pelo enfermeiro como uma estratégia da gerência do cuidado.

Além do plano de ações e de cuidado, o enfermeiro inserido em uma equipe multiprofissional pode desenvolver uma das ações de gerenciamento do cuidado na atenção básica à pessoa idosa, de grande importância, que consiste na construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS). Tal ferramenta de abordagem ampla permite incluir o idoso e sua família e/ou cuidadores no processo de cuidado, corroborando com a identificação de problemas e no planejamento das estratégias de intervenção/ resolução de demandas, tornando o tratamento efetivo e eficiente, com redução das taxas de abandono ao tratamento. ■

REFERÊNCIAS

1. Santana PMA, Almeida AHS, Cavalcanti BMC, Silva ACS, Arcanjo CA. A importância do mapeamento no processo de territorialização. In: Anais do Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade; Belém, 2013. p. 168.
2. Lemke RA, Silva RAN. Itinerários de construção de uma lógica territorial do cuidado. *Psicologia & Sociedade*. 2013; 25(Spe.2):9-20.
3. Santos AL, Rigotto RM. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. *TrabEduc Saúde*. 2010; 8(3):387-406.
4. Cassiano AN, Reinalde EM, Moraes LF. O processo de territorialização como instrumento de ação da saúde pública. In: Anais/Resumos da 62ª Reunião Anual da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência; Natal, 2010.
5. Môra LB, Gomes JC, Moraes MLS, Albuquerque FM, Jorge PCV, Felix VKA, et al. O uso da territorialização para apoio ao planejamento das ações de uma unidade de saúde da família. In: Anais do 2º Congresso Brasileiro de política, planejamento e gestão em saúde. *Universalidade, igualdade e integralidade da saúde: um projeto possível*; Minas Gerais, 2013.
6. Santos MA. A Natureza do Espaço: Técnica e Tempo, Razão e Emoção. 4. ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 2006.
7. Ponte VMR, Oliveira MC, Moura HJ, Barbosa JV. Análise das metodologias e técnicas de pesquisas adotadas nos estudos brasileiros sobre balancedscorecard: um estudo dos artigos publicados no período de 1999 a 2006. In: I Congresso da Associação Nacional dos Programas de Pós-Graduação de Ciências Contábeis, 2007.
8. Ribeiro AG, Cotta RMM, Ribeiro SMR. A Promoção da Saúde e a Prevenção Integrada dos Fatores de Risco para Doenças Cardiovasculares. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012; 17(1):7-17.
9. Santos JC, Florêncio RS, Oliveira CJ, Moreira TMM. Adesão do idoso ao tratamento para hipertensão arterial e intervenções de enfermagem. *Rev Rene*. 2012; 13(2):343-53.

Complicações do pós-parto em mulheres que realizaram o pré-natal no SUS

RESUMO

Objetivou-se analisar as complicações pós-parto que acometem gestantes que realizaram o acompanhamento pré-natal no SUS. O estudo foi realizado a partir de análise descritiva simples em forma de frequência relativa e absoluta, com a coleta de dados de 64 gestantes atendidas nas 18 UBS de Maringá-PR. Conhecendo então os tipos de complicações e sua frequência. Observou-se que das 64 gestantes entrevistadas 39,4% não apresentaram nenhum tipo de complicação pós-parto, e entre as puérperas que tiveram complicações as principais foram amamentação e depressão pós-parto, sendo que mais de uma puérpera apresentou mais de um tipo de complicação. A partir dos resultados foi possível compreender que as gestantes necessitam de maior atenção no período do pré-natal visando diminuir a quantidade de complicações pós-parto no sistema único de saúde.

DESCRITORES: Saúde Pública; Atenção Primária; Puerpério.

ABSTRACT

The aim was to analyze as having been evaluated in the postpartum period with pregnant women who underwent prenatal follow-up in SUS. The study was performed from a simple descriptive analysis in the form of relative and absolute frequency, with a data collection of 64 pregnant women attended at 18 UBS of Maringá-PR. Knowing then the types of complications and their frequency. It was observed that of the 64 pregnant women interviewed, 39.4% did not present any type of complication after delivery, and among the postpartum women who had complications, the main ones were breastfeeding and postpartum depression, and more than one puerperal presented more than one type of complication. From the results, it was possible to understand that pregnant women need more attention in the prenatal period in order to reduce the amount of postpartum complications in the single health system.

DESCRIPTORS: Public Health; Primary Attention; Puerperal.

RESUMEN

Analizó las complicaciones posparto de las gestantes que realizaron el prenatal en el SUS. El estudio fue realizado a partir de un análisis descriptivo simple en forma de frecuencia relativa y absoluta, con la recolección de datos de 64 gestantes atendidas en las 18 UBS de Maringá-PR. Conociendo entonces los tipos de complicaciones y su frecuencia. Se observó que de las 64 gestantes entrevistadas el 39,4% no presentaron ningún tipo de complicación posparto, y entre las puérperas que tuvieron complicaciones las principales fueron lactancia y depresión posparto, siendo que más de una puérpera presentó más de un tipo de complicación. A partir de los resultados fue posible comprender que las gestantes necesitan de mayor atención en el período del prenatal para disminuir la cantidad de complicaciones posparto en el sistema único de salud.

DESCRIPTORES: Salud Pública; Atención Primaria; Puerperio.

Letícia Justino dos Santos

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

Gabrielle Neves Raifur

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

Marcos Benatti Antunes

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

Caroline Rodrigues de Almeida

Doutoranda no Programa de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Maringá (UEM). 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.

Willian Tiago de Oliveira

Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem pela Universidade Estadual de Maringá (UEM). Docente do curso de medicina do Centro Universitário de Maringá (UNICESUMAR), Maringá, Paraná, Brasil.

Patrícia Bossolani Charlo

Doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem pela Universidade Estadual de Maringá (UEM). Docente do curso de medicina do Centro Universitário de Maringá (UNICESUMAR), Maringá, Paraná, Brasil.

INTRODUÇÃO

No Brasil, a atenção pré-natal tem sido tema de preocupação da Saúde Pública e merecido destaque no que se refere ao cuidado à saúde materno-infantil desde 2000⁽¹⁾. Tal preocupação tem gerado discussões e buscas por soluções para o insistente problema da morbimortalidade de mulheres e crianças por complicações decorrentes da gravidez e do parto. Estas complicações estão entre as dez principais causas de morte de mulheres, sendo que a maioria, aproximadamente 92%, poderia ser evitada por uma assistência adequada. De acordo com o Caderno Estatístico do município de Maringá – PR, novembro de 2017, a taxa de mortalidade materna é de 41,73 para 100 mil nascidos vivos.

Apesar dos avanços na área obstétrica, a morbidade e a mortalidade materna ainda se fazem presentes no ciclo gravídico-puerperal e, principalmente, no período de puerpério. As complicações obstétricas maternas refletem, sobretudo, nos potenciais de risco durante o pré-natal, parto e puerpério⁽²⁾.

O levantamento desses dados desperta a necessidade de intervenções por parte dos Programas de Saúde Pública, na qual é responsável pela elaboração e organização de estratégias e ações que reduzem os indicadores de mortalidade materna⁽³⁾.

O período pré-natal é uma época de preparação física e psicológica para o parto e para a maternidade. Entretanto, neste momento várias complicações podem ocorrer e prejudicar o desenvolvimento da gestação e/ou parto, algumas dessas singularidades causam o aumento da mortalida-

de materna no município de Maringá-PR.

Com o intuito de aperfeiçoar a qualidade do pré-natal ofertado nos serviços de saúde do município de Maringá-PR, é essencial levantar os seguintes questionamentos: Quais as principais complicações obstétricas reconhecidas pelos profissionais de saúde? O Sistema Único de Saúde (SUS) fornece subsídios e fomenta a resolutividade dessas complicações por meio da Atenção Primária em Saúde?

Dessa forma, conclui-se que a pesquisa faz-se necessária, com o intuito de reduzir os danos ocasionados ao binômio mãe/filho, proporcionando uma melhor autonomia e emancipação de saberes das gestantes, com foco na promoção de saúde e prevenção de agravos para as usuárias, o que contribui efetivamente para a melhoria da assistência prestada pelos profissionais de saúde e pela redução dos índices de morbimortalidade materna e perinatal. O presente estudo teve por objetivo de identificar as principais complicações obstétricas do puerpério de mulheres que realizaram o acompanhamento pré-natal pelo SUS nas Unidades Básicas de Saúde da região de Maringá-PR.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de caráter quantitativo, exploratório e descritivo. Os sujeitos da pesquisa foram puérperas pertencentes à área de abrangência das Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Maringá-PR e que realizaram o parto natural ou cirúrgico no ano de 2017, sendo acompanhadas integralmente pelo SUS.

A população da pesquisa foi escolhida por amostragem estratificada simples, na

qual obtivemos 10% do total de mulheres de cada UBS. Dessa forma, a amostra da presente pesquisa foi de 64 mulheres.

O estudo realizado apresentou algumas limitações quanto ao tamanho da amostra, pois muitas mulheres já haviam retornado ao trabalho e outro fator limitante foi a grande quantidade de mulheres entrevistadas, mas que realizaram o pré-natal concomitantemente com os planos de saúde.

Os dados foram coletados no mês de novembro de 2018, no domicílio das usuárias, por meio de um instrumento objetivo estruturado, que continha informações referentes à caracterização das mulheres com a identificação do perfil sociodemográfico, renda, fatores de risco gestacionais e demais informações contidas na carteira de gestante.

Os dados foram analisados estatisticamente através de estatística descritiva simples e descritos em forma de frequência relativa e absoluta por meio do programa Microsoft Excel®.

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 2.899.725 do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Unicesumar. Além disso, cada um dos participantes, ao aceitar fazer parte da pesquisa, assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

Com os valores da frequência absoluta e relativa foi elaborada a Tabela 1 que ilustra o perfil das puérperas que realiza-

ram pré-natal no SUS. Sendo que entre as 64 puérperas entrevistadas, 39,1% tinham entre 22-26 anos, de 27-31 anos também se enquadraram em 39,1%, e apenas 9,4% tinham acima de 32 anos. Em relação ao

biotipo, a maioria era branca 59,4%, sobre o estado civil 56,3% casadas, de acordo com a religiosidade 42,2% evangélicas. Observando a escolaridade, apenas 3,1% tinham ensino superior completo. Cerca

de 33% estavam ativamente inseridas no mercado de trabalho e 60,9% recebiam em torno de 1 a 2 salários mínimos.

Com relação à história obstétrica das puérperas, foi possível ilustrar a Tabela

Tabela 1. Perfil sociodemográfico das usuárias que realizaram pré-natal no SUS. Maringá, PR, Brasil, 2018.

VARIÁVEIS	F (%)
IDADE	
17-21	8 (12,5%)
22-26	25 (39,1%)
27-31	25 (39,1%)
Acima de 32	6 (9,4%)
BIOTIPO	
Branca	38 (59,4%)
Negra	11 (17,2%)
Mestiça	15 (23,4%)
ESTADO CIVIL	
Casada	36 (56,3%)
Solteira/separada	28 (43,8%)
ESCOLARIDADE	
Ens. Fundamental Completo	11 (17,2%)
Ens. Fundamental Incompleto	5 (7,8%)
Ens. Médio Completo	29 (45,3%)
Ens. Médio Incompleto	10 (15,6%)
Ens. Superior Completo	2 (3,1%)
Ens. Superior Incompleto	7 (21,9%)
SITUAÇÃO DE EMPREGO	
Empregada	33 (51,6%)
Desempregada	14 (21,9%)
Do lar	14 (21,9%)
Estudante	3 (4,7%)
RELIGIÃO	
Católica	24 (27,5%)
Evangélica	27 (42,2%)
Não praticante	13 (20,3%)
RENDA	
Até 1 Salário Mínimo	10 (15,7%)
De 1-2 Salários Mínimos	39 (60,9%)
De 2-3 Salários Mínimos	14 (21,9%)
De 3-4 Salários Mínimos	1 (1,5%)

2, na qual apenas 6,2% das mulheres realizaram menos que 4 consultas, 79,6% tiveram o parto com uma idade gestacional de 37 a 41 semanas. Com relação ao total de partos vivenciados pelas mu-

lheres, 85,9% foram cirúrgicos, evidenciando mais uma vez a “preferência” por cesáreas, sendo o Brasil o líder em números de partos cesarianas⁽³⁾. Em questão ao fator de risco, observa-se a prevalên-

cia da hipertensão arterial com 15,6%. Entretanto, as principais complicações pós-parto elencadas pelas usuárias foram 17,1% com a amamentação e 14% tiveram depressão pós-parto.

Tabela 2. História Obstétrica, fatores de risco e complicações puerperais das usuárias do SUS. Maringá, PR, Brasil, 2018.

VARIÁVEIS	F (%)
CONSULTAS PRÉ-NATAL	
Inferior a 7	4 (6,2%)
De 7-10	32 (50%)
De 11-14	19 (29,7%)
Acima de 14	9 (14,1%)
IDADE GESTACIONAL	
32-36 semanas	11 (17,1%)
37-41 semanas	51 (79,8%)
Acima 42 semanas	2 (3,1%)
HISTÓRIA OBSTÉTRICA	
1 gestação	27 (42,2%)
2 gestações	18 (28,1%)
3 gestações	11 (17,2%)
4 gestações	6 (9,4%)
5 gestações	2 (3,1%)
TOTAL DE PARTOS	
Natural	53 (82,8%)
Cirúrgico	55 (85,9%)
Aborto	9 (14,1%)
FATORES DE RISCO	
Diabetes	3 (4,7%)
Hipertensão	10 (15,6%)
Etilismo	2 (3,1%)
Tabagismo	3 (4,7%)
Obesidade	6 (9,4%)
Outros	2 (3,1%)
Sem fator de risco	38 (59,4%)
COMPLICAÇÕES	
Hipoglicemia	1 (1,5%)
Anemia	1 (1,5%)
Dificuldade na Amamentação	11 (16,7%)
Processo Inflamatório	4 (6,1%)
Hemorragia	1 (1,5%)

Mastite	2 (3%)
Incontinência	3 (4,5%)
Depressão pós-parto	9 (13,7%)
Processo Infecioso	4 (6,1%)
Hipertensão	2 (3%)
Reação anestesia	1 (1,5%)
Convulsão	1 (1,5%)
Ausência de Complicação	26 (39,4%)

DISCUSSÃO

Pode se observar que a maioria das mulheres relata não ter nenhum tipo de complicação pós-parto, porém, com a análise dos instrumentos foi possível identificar a prevalência de duas complicações, sendo elas: dificuldades no processo de amamentação e depressão pós-parto.

Sabe-se que o puerpério é um período de alterações biológicas, psicológicas e sociais. Essa é considerada a época mais vulnerável para a ocorrência da depressão pós-parto⁽⁴⁾. Durante o pós-parto, a condição psiquiátrica mais comum é a depressão pós-parto, um problema de saúde pública de escala mundial. E que apesar de uma proporção significativa das mães apresentarem alto risco para tal, ainda assim, os transtornos depressivos geralmente não são detectados ou tratados, mesmo havendo disponibilidade de tratamentos eficazes⁽⁵⁾.

A depressão pós-parto pode ocorrer logo após o parto ou até mesmo um ano depois, porém, o início da perturbação do humor pode ocorrer ainda durante a gravidez⁽⁶⁾. A depressão é enfatizada nessa fase da vida, pois as mães se veem responsáveis pelo cuidado de seus filhos e pela insegurança devido à nova fase de sua vida, algo que nunca presenciaram antes, na qual a filha morre para que a mãe nasça.

É possível correlacionar a depressão pós-parto com o fator financeiro e não apenas hormonal e psicológico, na pesquisa a maioria das mulheres, 60,9%, relatou ter renda mensal de 1

A depressão pós-parto pode ocorrer logo após o parto ou até mesmo um ano depois, porém, o início da perturbação do humor pode ocorrer ainda durante a gravidez⁽⁶⁾. A depressão é enfatizada nessa fase da vida, pois as mães se veem responsáveis pelo cuidado de seus filhos e pela insegurança devido a nova fase de sua vida, algo que nunca presenciaram antes, na qual a filha morre para que a mãe nasça.

a 2 salários mínimos, e uma em cada sete gestantes referiu ter apresentado depressão pós-parto. Essa correlação é observada também no artigo “Depressão entre puérperas: prevalência e fatores associados” que no Brasil indicam que cerca de 30 a 40% das mulheres atendidas em UBS, na Estratégia Saúde da Família (ESF) com perfil socioeconômico baixo, apresentaram alto índice de sintomas depressivos⁽⁶⁾.

É possível observar que ao correlacionar as mulheres que tiveram depressão e seu estado civil na época, 77,8% eram solteiras/separadas, evidenciando o estado civil como um possível fator de risco. Esses dados podem ser corroborados em outras pesquisas, nas quais identificaram uma maior probabilidade de desenvolvimento de depressão em mulheres que não residiam com o companheiro⁽⁶⁾.

A importância da proximidade do/a companheiro/a na gestação é para que a mulher seja e se sinta assistida, tendo suporte e conforto durante esse período. Na gravidez, por conta das mudanças corporais e emocionais, a mulher se sente naturalmente mais sensível e insegura, e a presença do/a companheiro/a diminui esta angústia. Contudo, um dos bairros da cidade merece um destaque e atenção da Saúde Pública em que foram registrados 02 casos de depressão pós-parto, em 03 das entrevistadas.

Nota-se, também, a dificuldade com o processo de amamentação, como por exemplo, a pega e as fissuras mamárias, esses fatores são os principais responsáveis pelo desmame precoce,

os quais estão relacionados a fatores fisiológicos, como a dor ocasionada pelo ingurgitamento das mamas, que podem estar acompanhado ou não das fissuras⁽⁷⁾. Dessa forma, cabe aos profissionais da atenção primária o restabelecimento e manutenção desse vínculo mãe e filho, encorajando-a e a trazendo resolutividade para o problema, minimizando os índices de insatisfação no aleitamento materno.

Assim, outro estudo⁽⁸⁾ não encontrou a correlação entre o tipo de parto, idade e fatores socioeconômicos com as dificuldades na amamentação, mas é consenso que o profissional de saúde realize o processo de educação em saúde, sempre encorajando e apoiando as mulheres em todas as fases de sua vida⁽⁸⁾.

A preferência das puérperas pela cesárea ao invés do parto normal é outro ponto que merece destaque e discussão, visto que os benefícios do parto normal estão sempre sendo divulgados e esclarecidos. Os índices de cesáreas ainda sobressaíram ao parto natural, por uma diferença de 3,1%. Assim, como em outros estudos que comprovam que os índices de cesáreas no Brasil são apresentados como algo “abusivo”, “alarmante e preocupante”,

e conformariam uma verdadeira “epidemia”, “um problema de saúde pública”. Os altos índices de cesarianas ainda estão entrelaçados com o poder aquisitivo e com planos de saúde privados, visto a “glamourização” da cesariana, como meio de medir padrões sociais⁽⁹⁾.

O aumento de intervenções no ciclo gravídico-puerperal e a excessiva medicalização contribuíram para um novo cenário no qual a mulher passou a ser submetida a procedimentos desnecessários e sua autonomia deixou de ser respeitada⁽¹⁰⁾. Diante disso, mudanças têm sido propostas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), bem como pelo Ministério da Saúde (MS) que enfatizam o cuidado individual, olhando para as mulheres como seres humanos e não como apenas “mais um parto”, conduzindo a partir da perspectiva do parto humanizado⁽¹¹⁾.

CONCLUSÃO

Em virtude dos argumentos apresentados, é possível concluir que as duas principais complicações decorrentes do processo gestacional são a

depressão pós-parto e as dificuldades com a amamentação.

Contudo, as mulheres entrevistadas não possuíam conhecimento prévio de que todas as dificuldades com o processo de amamentação também são consideradas como complicações gestacionais, evidenciando o papel dos profissionais de saúde das UBS na orientação dessas puérperas sobre as técnicas de amamentação desde a primeira consulta do pré-natal até o pós-parto. Ressalta-se também a relação de depressão pós-parto com o estado civil e com o nível de vulnerabilidade dessas mulheres, visto que alguns bairros, em específico, há uma tendência para o desenvolvimento de sintomas depressivos.

Com isso, a presente pesquisa revela a necessidade de aprofundamento e novas pesquisas, para a implantação e implementação de novas ações e estratégias na atenção às gestantes/puérperas, principalmente, durante a realização do pré-natal, tendo como objetivo oferecer à mulher um acompanhamento mais amplo de sua gestação, assim como o suporte social e profissional de que necessita naquele momento. ■

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Assistência Pré-natal: Manual técnico. Brasília: SPS/Ministério da Saúde, 2000.
2. Barbosa GEF, et al. Dificuldades iniciais com a técnica de amamentação e fatores associados a problemas com a mama em puérperas. *Revista Paulista de Pediatria*. 2017 nov-dez; 35(3):265-272.
3. Rodrigues JCT, Almeida IESR, Neto AGO, Moreira TA. Cesariana no Brasil: uma análise epidemiológica. *Revista Multitexto*. 2016; 4(1):48-53.
4. Arrais AR, Araújo TCCF. Depressão pós-parto: uma revisão sobre fatores de risco e de proteção. *Revista de Psicologia, Saúde & Doenças*. 2017 ago-out; 18(3):828-845.
5. Ramos ASMB, Martins ACQ, Pessoa DLRP, Machado MCAM, Noronha FMF. Fatores associados a depressão pós-parto: revisão integrativa. *Enciclopédia Biosfera*. 2018 abr-jun; 15(27):4-13.
6. Hartmann JM, Mendonza-Sassi RA, Cesar JA. Depressão entre puérperas: prevalência e fatores associados. *Cadernos de Saúde Pública*. 2017 out-nov; 9(33):1-10.
7. Prado CVC, Fabro MRC, Ferreira GI. Desmame precoce na perspectiva de puérperas: uma abordagem dialógica. *Texto & Contexto Enfermagem*. 2016; 25(2):2-9.
8. Pinho SMA. Dificuldades na amamentação no primeiro mês de vida: impacto do contexto da amamentação e dos contextos de vida. (Dissertação) Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia, 2015.
9. Weidle WG, Medeiros CRG, Grave MTQ, Dal Bosco SM. Escolha da via de parto pela mulher: autonomia ou indução? *Caderno Saúde Coletiva*. 2014 abr-jun; 22 (1):46-53.
10. Possati AB, Prestes LA, Cremonese L, Scarton J, Alaves CN, Ressel LB. Humanização do parto: significados e percepções de enfermeiras. *Rev esc enferm Anna Nery*. 2017 jan-jun; 21(4):1-6.
11. Ministério da Saúde (BR). Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

Investigação sobre a assistência prestada à população LGBTQ+ na atenção primária de saúde

RESUMO

A presente pesquisa teve como objetivo investigar a assistência em saúde efetuada a indivíduos LGBTQ+ por profissionais da enfermagem atuantes na Atenção Primária de Saúde que contam com a Estratégia Saúde da Família. O estudo possui abordagem qualitativa, do tipo exploratório e pesquisa de campo. A coleta de dados foi realizada com o auxílio de um questionário o singular desenvolvido pelos autores, as entrevistas foram devidamente gravadas em um aparelho celular e posteriormente transcritas no Microsoft Word 2013. Os dados foram analisados segundo referencial de Bardin. Os resultados mostraram é existente a falta de conhecimento da Política Nacional de Saúde Integral de LGBT e o pouco interesse de buscar esse conhecimento, também foi possível analisar que os profissionais das APS, sequer conhecem os indivíduos LGBTQ+ e não sabem associar a quantidade que possuem em sua área de abrangência dificultando a criação de vínculos com estes usuários e um enfoque somente em ações para prevenção de agravos e não de promoção de saúde.

DESCRITORES: Saúde Pública; Enfermagem em Saúde Comunitária; Minorias Sexuais e de Gênero.

ABSTRACT

The present research aimed to investigate the health care provided to LGBTQ + individuals by nursing professionals working in Primary Health Care that rely on the Family Health Strategy. The data collection was performed with the help of a single questionnaire developed by the authors, the interviews were duly recorded in a cellular device and later transcribed in Microsoft Word 2013. The results of the study were qualitative, exploratory type and field research. data were analyzed according to Bardin's benchmark. The results showed that there is a lack of knowledge of the National Policy of Integral Health of LGBT and the lack of interest in seeking this knowledge, it was also possible to analyze that the PHC professionals do not even know LGBTQ + individuals and do not know how to associate the amount they have in their coverage area, making it difficult to creation of links with these users and a focus only on actions to prevent injuries and not health promotion.

DESCRIPTORS: Public Health; Community Health Nursing; Sexual and Gender Minorities.

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo investigar la atención médica brindada a personas LGBTQ + por profesionales de enfermería que trabajan en Atención Primaria de Salud que dependen de la Estrategia de Salud Familiar. La recolecta de datos se realizó con la ayuda de un único cuestionario desarrollado por los autores, las entrevistas se registraron debidamente en un móvil y luego se transcribieron en Microsoft Word 2013. Los resultados del estudio fueron de tipo cualitativo, de tipo exploratorio e investigación de campo. Los datos fueron analizados según el punto de referencia de Bardin. Los resultados enseñaron que existe una falta de conocimiento del Política nacional de salud integral de LGBT y la falta de interés en buscar este conocimiento, también fue posible analizar que los profesionales de PHC ni siquiera conocen a las personas LGBTQ + y no saben como asociar la cantidad que tienen en su área de cobertura, lo que dificulta la creación de vínculos con estos usuarios y se enfoca solo en acciones para prevenir lesiones y no en la promoción de la salud

DESCRIPTORES: Salud Pública; Enfermería en Salud Comunitaria; Minorías Sexuales y de Género.

Mauro Belino Piratelli Filho

Acadêmico do curso de enfermagem do Centro Universitário de Maringá (UNICESUMAR), Maringá, Paraná, Brasil.

Mariana Eny Irie Soda

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

Marcos Benatti Antunes

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

Caroline Rodrigues de Almeida

Doutoranda no Programa de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Maringá (UEM). 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.

Willian Tiago de Oliveira

Mestre em em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem pela Universidade Estadual de Maringá (UEM). Docente do curso de medicina do Centro Universitário de Maringá (UNICESUMAR), Maringá, Paraná, Brasil.

Patrícia Bossolani Charlo

Doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem pela Universidade Estadual de Maringá (UEM). Docente do curso de medicina do Centro Universitário de Maringá (UNICESUMAR), Maringá, Paraná, Brasil.

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária de Saúde (APS) é vista atualmente como a porta de entrada para com os usuários, principalmente, quando contam com a Estratégia de Saúde da Família (ESF), esses locais simbolizam os espaços para se realizar ações embasadas nas políticas públicas destinadas ao princípio da equidade disposta pela legislação do Sistema Único de Saúde - SUS⁽¹⁾.

O Comitê Técnico de Saúde da População LGBTQ+ teve, como uma de suas funções, criar a proposta da Política Nacional de Saúde Integral a Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transsexuais (PNSILGBT), em que tal política obtivessem diretrizes, tais como: “eliminação das homofobias e demais formas de discriminação que geram a violência contra a população LGBT no âmbito do SUS, contribuindo para as mudanças na sociedade em geral” e “produção de conhecimentos científicos e tecnológicos visando à melhoria da condição de saúde da população LGBT” e, fazendo valer os princípios do SUS de universalidade, equidade e integralidade^(2,3).

O principal objetivo dessa política é realizar a promoção de saúde integral, fazendo a exterminação da discriminação e preconceito instalados institucionalmente, quando realizado esse levantamento a respeito do preconceito institucional, a própria PNSILGBT reconhece a vulnerabilidade de tal população quando são expostas ao preconceito por parte de funcio-

nários de saúde. Esses dados trazem uma visão de assistência desqualificada e um engajamento da eficiência do SUS⁽⁴⁾.

O termo sexualidade traz referências errôneas de igualdade entre orientação sexual e identidade de gênero, esses são conceitos distintos, tendo como orientação sexual o sexo por qual o indivíduo se atrai (seja sexualmente ou emocionalmente) e identidade de gênero o sexo em que a pessoa se reconhece. Estudo recente⁽⁵⁾ realizado com a população LGBTQ+ sobre o preconceito vivido em todo e qualquer lugar, traz a informação que “Além das consequências diretas da homofobia, o grupo LGBTQ+ pode sofrer um processo de internalização do preconceito e da homonegatividade a partir da hegemonia heterossexual”.

Dentro do âmbito da saúde, tal cenário fornece um grave problema endêmico, pois os eventos preconceituosos na sociedade e nos serviços de saúde podem causar vários transtornos mentais no indivíduo, como: baixa autoestima, isolamento social, dificuldades da criação de vínculos em geral, episódios depressivos e maior susceptibilidade ao suicídio⁽⁶⁾.

Se faz necessário, então, avaliar o conhecimento durante as fases de implementação dessa política que vem sido desenvolvida desde o ano de 2003, também torna-se essencial tornar público o nível de conhecimento dos profissionais sobre as particularidades no atendimento à população LGBTQ+ de sua área, sobre a implementação de ações destinadas a eles, garantidas

em política nacional publicada, sobre a qualidade da assistência prestada por parte dos funcionários de saúde e os condicionantes e determinantes que criam ou não barreiras para o acesso de tal população⁽⁴⁾.

Nesse contexto, a resistência por parte de alguns profissionais em se aprofundar e qualificar, quando o assunto é saúde LGBTQ+, pode ocorrer por inúmeros fatores, entre eles cultural, religioso e até mesmo o social⁽⁷⁾.

Fatores como discriminação e/ou propriedades quanto a oferta de atenção à população LGBTQ+ contribuem para a evasão dessa parcela social em âmbitos do SUS, esse ocorrido está relacionado diretamente a desatenção quanto as questões de identidade de gênero e orientação sexual, o que gera um bloqueio de assistência e, conseqüentemente, um descumprimento dos princípios de integridade e universalidade do SUS⁽⁸⁾.

Segundo o pensamento de Buss e Pellegrini Filho⁽⁹⁾, para que haja uma mudança no acesso à saúde LGBTQ+, profissionais e gestores de saúde devem considerar que fatores como orientação sexual e identidade de gênero são determinantes no processo de saúde/doença. Com essa informação, Pereira⁽⁷⁾ afirma a importância do estudo hermenêutico diante de verbalizações dos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde), visando a revelação de ideologias e crenças quanto a essa população.

Tomando por base a importância da participação da população LGBTQ+ na APS para promoção de saúde e prevenção

de agravos dos mesmos e levando em conta a evasão de tais usuários desses locais de saúde, a pesquisa é justificada através da busca necessária dos métodos de atendimento realizados para com esse público e também do motivo da baixa vinculação no âmbito primário de saúde. A pesquisa se fundamentou na seguinte pergunta: Qual o tipo de assistência prestada pelos profissionais enfermeiros à população LGBTQ+ e quais os conhecimentos destes profissionais quanto às particularidades desta população? Sendo assim, o objetivo geral deste estudo foi investigar a assistência em saúde efetuada a indivíduos LGBTQ+ por profissionais da enfermagem atuantes na Atenção Primária de Saúde (APS) que contam com a Estratégia Saúde da Família (ESF).

METODOLOGIA

O presente estudo tratou-se de uma abordagem qualitativa, do tipo exploratório e pesquisa de campo. O presente estudo possuiu um total de 17 entrevistados, identificados com denominação de passaros aleatórios, sendo utilizado como critérios de inclusão somente enfermeiros constituintes da equipe da ESF e que trabalhassem em APS com selos de qualidade e; como critério de exclusões: profissionais da enfermagem que não possuísem graduação completa, que não participassem da ESF e profissionais ausentes em mais de três tentativas de contato.

Segundo o Ministério da Saúde - MS(10), utiliza-se um instrumento para a realização da avaliação do PMAQ-AB no intuito de certificar e gerar os selos de qualidade para os serviços de saúde em âmbito primário. Esse instrumento está dividido em três módulos de avaliação: Módulo 1 (Selo Bronze) – Avalia-se a infraestrutura da APS; Módulo 2 (Selo Prata) – Entrevista com o profissional sobre o processo de trabalho e a conferência da documentação da APS; Módulo 3 (Selo Ouro) – Entrevista com usuários da APS sobre os condicionantes e determinantes de saúde.

A coleta de dados foi realizada de fevereiro a março de 2019, e contou com o

auxílio de um questionário singular desenvolvido pelos autores e composto por quatro questões norteadoras, sendo elas: 1 - Você conhece a política nacional de saúde integral de LGBT? se sim, o quanto conhece? Se não, por qual motivo acredita que nunca chegou a seu conhecimento tal política?; 2 - Sabe quantos indivíduos LGBTQ+ têm em sua área de abrangência? Você já atendeu algum desses indivíduos? Como você classificaria o atendimento desde a entrada do sujeito até a saída?; 3 - Você, como enfermeira (o), já cogitou realizar alguma ação de busca ativa e/ou ação de promoção de saúde para essa população?; 4 - Como você classificaria a vinculação e o acesso da população LGBTQ+ aos serviços oferecidos pela APS e por qual motivo classifica assim?

As entrevistas foram devidamente gravadas em um aparelho celular e posteriormente transcritas no Microsoft Word® 2013. Os dados foram analisados segundo referencial de Bardin⁽¹¹⁾ que são técnicas de análise das comunicações por procedimentos sistemáticos com objetivos de descrições do conteúdo obtidas na coleta de dados, visando adquirir conhecimentos necessários sobre as variáveis inferidas. As informações obtidas através dessas análises foram trabalhadas da seguinte forma:

- I. Organização da Análise: organização de todo o material e exploração;
- II. Codificação: os dados foram transformados e agrupados permitindo a caracterização de cada grupo;
- III. Categorização: as informações obtidas foram reorganizadas de acordo com as características pertinentes levando-se em consideração pontos estratégicos comumente descritos pelos sujeitos, concentrando e organizando essas informações em grupos de temas genéricos.

Os aspectos éticos da pesquisa basearam-se na Resolução n.º 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde – CNS/MS⁽¹²⁾. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição de ensino Centro Universitário de Maringá (Unicesumar), com o seguinte número de parecer: n.º 3.022.134 e com CAAE n.º

02581318.0.0000.5539.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Após a leitura flutuante e aprofundada dos materiais coletados, foi possível identificar quatro categorias: Desconhecimento da PNSILGBT, Desconhecimento da População, Inexistência de Ações em Saúde e Vínculo com a População Alvo.

Desconhecimento da PNSILGBT

A Política Nacional de Saúde Integral destinada a população LGBTQ+ tem como o principal objetivo eliminar a discriminação e o preconceito institucionalizado e proporcionar uma redução na desigualdade a fim de consolidar os princípios do SUS - universalidade, integralidade e equidade. A própria PNSILGBT reconhece uma aversão quanto à orientação sexual e identidade de gênero e, como isto, reflete na determinação social de saúde, na discriminação decorrente do preconceito que esta população está exposta⁽¹³⁾.

É notável a dificuldade por parte dos profissionais de saúde de atender essa clientela e, muitas vezes, tal dificuldade se explica pela falta de conhecimento da política, pois esta traz várias explicações e métodos para resolução adequada dos problemas relacionados a esta população⁽¹³⁾.

Tal problemática afirma-se no relato de alguns enfermeiros (as) entrevistados (as):

“Sinceramente, não! Nós já até tivemos alguns treinamentos, mas eu não participei [...] pode ser talvez por falta de oportunidade ou até mesmo falta de interesse [...]”.
(Andorinha).

“Não, profundamente não, eu sei que existem mas nunca me inteirei dela. Acho que mesmo por falta de interesse [...]”.
(Canário).

“Eu desconheço, nunca me interessei nas particularidades, talvez até tenha surgido alguns cursos de for-

mação mais profundo mas nunca me interessei em participar [...]”
(Urubu).

“Não tenho conhecimento não, pois nunca foi feito um treinamento nem nada sobre esse público, nunca recebi nenhuma orientação sobre.”
(Periquito).

“Não, porque ninguém nunca me passou e eu nunca procurei.”
(Pinguim).

“Não. Nunca foi divulgado pela secretaria de saúde e se foi eu peço porque não me atentei [...]”
(Bem-te-vi).

Com tais relatos expostos, fica explícita a urgência quanto a renovação do conhecimento dos profissionais de saúde quando o assunto é “saúde LGBTQ+”, sabendo disso, o próprio MS tem disponibilizado cursos sobre tal política com o propósito de acrescentar humanização no trabalho dos profissionais de saúde no momento de realizarem ações de promoção da saúde e prevenção de agravos⁽¹⁴⁾.

Com os relatos acima, observa-se que mesmo com as oportunidades oferecidas para aprimoramento do conhecimento sobre a causa, falta interesse por inúmeros profissionais quanto a temática, o que ocasiona em um prejuízo no processo de saúde-doença desta população carente de atendimento humanizado.

Desconhecimento da População

Nesse contexto, a ESF, é um dos principais eixos que estruturam o SUS quando falamos de APS, pois tem como objetivo a integralidade na atenção ao indivíduo família e coletividade⁽¹⁵⁾. Quando comparamos o grupo LGBTQ+ às demais populações, notam-se barreiras simbólicas, morais e sociais por parte dos profissionais da ESF que influenciam diretamente no conhecimento deste grupo em vulnerabilidade social⁽¹⁶⁾.

Desafios são impostos aos profissionais

de saúde da APS para que conheçam e compreendam essa população e suas necessidades, tornando o ponto de atenção primária eficaz em suas ações para promoção de saúde⁽¹⁷⁾, pois quando esse conhecimento populacional (mapeamento da área) não é efetivo, as ações, consequentemente, se tornam ineficazes, podendo gerar um aumento na busca de serviços de saúde de atenção secundária⁽¹⁸⁾.

Nos citados abaixo, torna-se visível o desconhecimento dessa população quando questionado ao enfermeiro(a):

“Não sei quantos temos, algumas pessoas a gente sabe oficialmente que são, mas outras não [...]”
(Calopsita).

“Olha, é até difícil de enumerar isso, porque ainda muito deles, quando é feito seu cadastro, eles omitem [...]”
(Andorinha).

“Não, porque nem todos se identificam, né!”
(Tuim).

“Tem bastante, não sei te precisar o número, mas tem bastante.”
(Pomba).

As falas dos profissionais de saúde ressaltam o anonimato por parte dos usuários, o que acaba sendo uma justificativa para a falta de conhecimento dessa população em específico, porém, isso traz o questionamento das razões para os indivíduos não revelarem sua orientação sexual ou identidade de gênero.

A ideia de esconder a sexualidade e mantê-la em segredo surge da ideia de certo e errado, o que resulta no surgimento do “armário” determinado pela sociedade como um controle da sexualidade alheia, garantindo a visibilidade da heterossexualidade e a invisibilidade de outras orientações sexuais^(19,20).

Viver no anonimato de sua sexualidade, quando ela é distinta do imposto como padrão na sociedade, pode ocasionar um

sofrimento, angustias e a própria morte, o que respalda a decisão de permanecer em um caminho mais fácil, a invisibilidade de sua condição⁽¹⁹⁾.

A falta de conhecimento do número de usuários LGBTQ+, assim como a existência dos mesmos na área de abrangência de uma ESF, reforça a suposição de que não há um espaço para essa população na APS⁽²¹⁾, o distanciamento desses indivíduos na rede pública de saúde pode ser justificado por classificarem como “um serviço inacessível e incapaz de resolver os problemas”, uma vez que essa foi a primeira impressão causada⁽²²⁾.

Inexistência de Ações em Saúde

Um estudo⁽²³⁾ apontou que os serviços de saúde estão diretamente envolvidos na resposta de violência relacionada à homofobia que persiste no Brasil, porém, os problemas relacionados ao acolhimento dessa população envolvem a estigmatização dessa população que só são vistas como “pacientes que possuem ou possuirão o vírus HIV” e também envolve a falta de integralidade, fazendo com que profissionais de saúde só tenham contato com esses indivíduos e momentos de urgência ou emergência.

Estudos^(14,20) apontam a necessidade de ações para promoção de saúde para tal público-alvo, pouco se vê ocorrendo efetivamente, uma vez que os próprios profissionais nem ao menos cogitam em realizar qualquer tipo de atividade para esses fins e só pensam na prevenção de agravos, as falas abaixo comprovam essa observação, uma vez que estão respondendo a indagação “Você, como enfermeiro(a), já cogitou realizar ações de promoção em saúde para essa população?”

“Não, nunca pensei em fazer, nós fazemos para a população em geral, pra prevenção de DSTs em geral.”
(Arará).

“Aqui não, não tem procura, até os testes rápidos são pouco procurados [...]”
(Bem-Te-Vi).

“Não, nunca tivemos nada e nenhum serviço separado pra eles, a gente oferece o que tem, tipo exames de rotina, de exames rápidos tipo HIV, sífilis e etc.”
(Canário).

“Não. Nunca pensamos nessa população em específico [...]”
(Urubu).

“Quando necessário a gente faz busca ativa, em casos de Hepatite C, Hepatite B, HIV, mas não tem nada específico pra eles [...]”
(Tucano).

“Não, porque eu não tenho nem avaliação de quanto tem na minha área e pra propor uma ação eu preciso saber quantos tem na minha área e não tenho isso”
(Agapornis).

“Não, nunca cogitei também, pois o próprio serviço te consome durante o dia a dia.”
(Cardeal).

Educações e/ou ações em saúde devem ser criadas a partir de uma problemática frente a realidade dos usuários, o que demanda uma reflexão sobre essa problematização. Quando se faz essa reflexão, é necessário que o profissional enfermeiro tenha um olhar holístico para todos os grupos populacionais, além de planejar as futuras ações baseando-se nos princípios éticos, como respeito, privacidade e sigilo garantido na sexualidade⁽¹⁴⁾.

O profissional enfermeiro atuante na APS deve realizar ações juntamente ao grupo LGBTQ+, proporcionando sempre informações sobre prevenção de doenças, assim como promoção da saúde e auxílio em problemáticas mais graves como o suicídio, que aumenta entre esse grupo cada vez mais⁽²⁴⁾.

Pesquisas^(25,26) trazem a informação de que o comportamento suicida se relaciona diretamente com as orientações sexuais e identidades de gênero divergentes do “normal” que foi imposto pela sociedade,

ou seja, não ser heterossexual ou cisgênero se torna um fator de risco para a autocídio devido ao preconceito e discriminação que podem ocasionar no sofrimento psíquico.

Pela falta de pesquisas no Brasil sobre essa temática, os dados são de uma pesquisa realizada nos Estados Unidos, na qual foi visualizado que em indivíduos homossexuais a taxa de suicídio foi de 20% e em pessoas transgêneros a taxa foi de 41%, todavia, entre os heterossexuais foi de 4% e cisgêneros 1,6%^(27,28).

Os profissionais de saúde, em geral, devem desenvolver abordagens não somente dos fatores de risco ao suicídio nessa população, mas sim promover a resiliência a fim de prevenir a consumação do ato de auto-extermínio e ajudar esses indivíduos em sofrimento reconhecendo suas particularidades e auxiliando-os nesse caminho⁽²⁹⁾.

Vínculo com a população alvo

Um grande desafio no cuidado da população LGBTQ+ é a identificação dos aspectos não explícitos que impactam diretamente na saúde do sujeito, principalmente, quando não são identificados por preceitos pessoais, porém, sabemos que a atuação do profissional exemplar é o que se necessita para uma assistência de qualidade nessa população⁽³⁰⁾.

Em ambientes que a discriminação não é o fator predominante, o indivíduo sente que o atendimento foi de qualidade e tende a criar vínculos com o serviço de saúde e profissionais ali atuantes, o que gera um resultado positivo na sua saúde. O acolhimento adequado a essa população resulta em confiança no serviço e retorno do mesmo ao ambiente⁽³⁰⁾.

A escassez da vinculação entre serviço de saúde e população LGBTQ+ fica evidente nos relatos abaixo.

“[...] o que me preocupa pra criar vínculo são profissionais do sexo, doente mental, morador de rua, criança em risco, mas essa população não classifico e nem sei como começar isso.”
(Bem-te-vi).

“Há, tem alguns indivíduos que vêm, procura só quando precisa e desaparece [...]”
(Tuim).

“Olha, eu atendi uma pessoa, mas se você perguntar pra mim eu não sei quem é [...]”
(Flamingo).

“[...] O vínculo é feito sob a necessidade do paciente independente da população que ele pertence [...]”
(Agapornis).

“Isso daí vai muito do local e da característica de cada um, a pessoa que já é LGBT ele já vai com pré-conceito achando que vamos falar alguma coisa, ficar cutucando né, mas o próprio paciente cria isso, vou te falar que não tem preconceito? Isso tem! [...]”
(Periquito).

“Bem restrito, porque eles só vêm aqui para uma emergência.”
(Andorinha).

“Bom, pra começar, nessa UBS aqui tem pouquíssimos, em outra que trabalhei tinha mais gay, sapatão, aqui nem vejo muito [...]”
(Cardeal).

“Existe um vínculo sim, nós não temos um grupo específico formado apenas por LGBT, mas temos aquele que é, e que frequenta o grupo de hipertenso, ou psiquiátrico.”
(Calopsita).

“[...] Os LGBT tem vínculos com a UBS, inclusive todos que procuraram para fazer teste rápido, ainda tem acompanhamento devido aos resultados. Além daqueles que vem realizar o preventivo anualmente, aqueles psiquiátricos, ou os hipertensos.”
(Urubu).

Após tudo isso exposto, ressaltamos

que a assistência prestada em qualquer âmbito de saúde pública que conta com profissionais enfermeiros qualificados para tal atendimento, auxilia no processo de adesão ao tratamento necessário, vinculação e confiabilidade do usuário⁽³¹⁾.

Nota-se também nos dois últimos relatos a relação de vínculos associados à outra patologia, uma vez que tais enfermeiros só possuem vínculos por serem pacientes pertencentes aos grupos de hiperdia e de medicamentos controlados, o que nos leva a reflexo: Será que a escuta qualificada para esses indivíduos pertencentes aos grupos são voltadas para as patologias ou para os problemas relacionados a sua sexualidade e/ou identidade de gênero?

CONCLUSÃO

Com base neste estudo, por meio dos relatos dos profissionais atuantes na ESF da APS, tornou-se possível a identificação do modelo da assistência prestada pelo profissional enfermeiro(a) quando os usuários LGBTQ+ se tornam o público-alvo, todavia, notou-se a falta de conhecimento da PNSILGBT e o pouco interesse de buscar esse conhecimento, também foi possível analisar que os profissionais das APS sequer conhecem os indivíduos LGBTQ+ e não sabem associar a quantidade que possuem em sua área de abrangência, dificultando a criação de vínculos com estes usuários e um enfoque somente em ações para prevenção de agravos e não de promoção de saúde.

Deve-se ter um incentivo para o aperfeiçoamento profissional com capacitações voltadas a essa temática, esse in-

centivo, na maioria das vezes, parte dos gestores e das esferas superiores a fim de melhorar o atendimento e ter eficácia no atendimento, entende-se que a divulgação da PNSILGBT é essencial para que chegue ao conhecimento dos profissionais de saúde, portanto, faz-se necessária também a proliferação dessa política em eventos, debates, campanhas e cartazes.

O estudo possui algumas limitações por ser abrangido somente enfermeiros da ESF e não de toda APS, assim como ter sido realizado em um município só, todavia, tornou-se visível a carência de conhecimento sobre o tema e a relevância para a assistência de enfermagem. Ainda é um assunto pouco trabalhado e quase nada debatido em âmbito de APS, sendo necessária a realização de mais estudos sobre o assunto. ■

REFERÊNCIAS

- Carvalho DM, Santos MAS, Stopa SR, Vieira JSB, Melo EA, Reis AAC. A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2016 [acesso em 2018 ago 30]; 21(2):327-338. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2016.v21n2/327-338/pt>.
- Sena, AGN, Souto, KMB. Avanços e desafios na implementação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT. *Tempus Actas de Saúde Coletiva* [Internet]. 2017 [acesso em 2018 ago 30]; 11(1): 09-28. Disponível em: <http://www.tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/1923/1746>.
- Ministério da Saúde (BR). Portaria n.º 2.836, de 01 dezembro de 2011. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Brasília, 2011.
- Guimarães RTP, Cavadinha ET, Mendonça AVM, Sousa MF. Assistência à saúde da população LGBT em uma capital brasileira: o que dizem os Agentes Comunitários de Saúde? *Tempus Actas de Saúde Coletiva* [Internet]. 2017 [acesso em 2018 ago 30]; 11(1): 121-139. Disponível em: <http://www.tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/2327/1754>.
- Cerqueira-Santos E, Calvetti PU, Rocha KB, Moura A, Barbosa LH, Hermel J. Percepção de Usuários Gays, Lésbicas, Bissexuais e Transgêneros, Transexuais e Travestis do Sistema Único de Saúde. *Interamerican Journal of Psychology* [Internet]. 2010 [acesso em 2018 ago 30]; 44(2): 235-245. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28420641004>.
- Cardoso MR, Ferro LF. Saúde e população LGBT: demandas e especificidades em questão. *Psicol Ciênc Prof* [Internet] 2012. [Acesso em 2018 ago 30]; 32 (3): 552-563. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6133775>
- Ferreira BO, Pereira EO, Tajra FS, Araújo ZAM, Freitas FRNN, Pedrosa JIS. Caminhos e vivências de investigação acerca da saúde da população LGBT em uma capital do nordeste brasileiro. *Tempus Actas de Saúde Coletiva* [Internet]. 2017 [acesso em 2018 ago 30]; 11(1): 41-49. Disponível em: <http://www.tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/1855/1748>.
- Pereira EO, Ferreira BO, Amaral GS, Cardoso CV, Lorenzo CFG. Unidades Básicas de Saúde em Teresina-PI e o acesso da população LGBT: o que pensam os médicos? *Tempus Actas de Saúde Coletiva* [Internet]. 2017 [acesso em 2018 ago 30]; 11(1): 51-67. Disponível em: <http://www.tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/1812/1772>.
- Buss PM, Pellegrini Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: Rev. Saúde Coletiva* [Internet]. 2007 [acesso em 2018 ago 30]; 17(1): 77-93. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/physis/2007.v17n1/77-93/pt>.
- Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica (BR). Saúde mais perto de você: acesso e qualidade: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) - Manual instrutivo [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 62p. [acesso em 2018 set 18]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acesso_qualidade_programa_melhoria_pmaq.pdf.
- Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
- Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução n.º 466/12. Trata de pesquisas em seres humanos e atualiza a resolução 196.

REFERÊNCIAS

- [Internet]. Diário Oficial da União. 12 dez. 2012 [acesso 13 jun. 2013]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html.
13. Querino MS, Almeida SS, Oliveira SCS, Umann J, Moraes LMF. Ações da equipe de enfermagem na implementação da política de lésbicas, gays, bissexuais, travestis, e transexuais - revisão de literatira. *Rev. Cient. Sena Aires* [Internet]. 2017 [acesso em 2019 mai 13]; 6(1): 46-58. Disponível em: <http://revistafacsa.senaaires.com.br/index.php/revisa/article/view/277/177>.
14. Garcia FG, Batista DS, Santos MC. A política nacional de saúde integral LGBT no Sistema Único de Saúde (SUS). *Rev Cient Inst Ideia* [Internet]. 2016 [acesso em 2019 mai 13]; 2 :1-18. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf.
15. Fertoni HP, Pires DEP, Biff D, Scherer MDA. The health care model: concepts and challenges for primary health care in Brazil. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2015 [acesso em 2019 mai 13]; 20(6): 1869-78. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n6/en_1413-8123-csc-20-06-1869.pdf.
16. Lunn MR, Cui W, Zack MM, Thompson WW, Blank MB, Yehia BR. Sociodemographic Characteristics and Health Outcomes Among Lesbian, Gay, and Bisexual U.S. Adults Using Healthy People 2020 Leading Health Indicators. *LGBT Health* [Internet]. 2017 [acesso em 2019 mai 14]; 4(4): 283-94. Disponível em: <https://www.liebertpub.com/doi/pdf/10.1089/lgbt.2016.0087>.
17. Baptiste-Roberts K, Oranuba E, Werts N, Edwards LV. Addressing Health Care Disparities Among Sexual Minorities. *Obstet Gynecol Clin North Am* [Internet]. 2017 [acesso em 2019 mai 14]; 44(1): 71-80. Disponível em: [https://www.obgyn.theclinics.com/article/S0889-8545\(16\)30092-4/abstract](https://www.obgyn.theclinics.com/article/S0889-8545(16)30092-4/abstract).
18. Garcia CL, Albuquerque GA, Drezett J, Adami F. Saúde de Minorias Sexuais do Nordeste Brasileiro: Representações, Comportamentos e Obstáculos. *J Hum Growth Dev* [Internet]. 2016 [acesso em 2019 mai 14]; 26(1): 94-100. Disponível em: <http://www.periodicos.usp.br/jhgd/article/view/110985/112305>.
19. Silva LV, Barbosa BRSN. Sobrevivência no armário: dores do silêncio LGBT em uma sociedade de religiosidade heteronormativa. *Rev estudos de religião* [Internet]. 2016 [acesso em 2019 jul 03]; 30(3): 129-154. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6342616>.
20. Sedgwick EK. A epistemologia do armário. *Cadernos pagu* [Internet]. 2007 [acesso em 2019 jul 03]; (28): 19-54. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/cpa/n28/03.pdf>.
21. Belém JM, Alves MJH, Pereira EV, Moreira FTLS, Quirino GS, Albuquerque GA. Atenção à saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais na Estratégia Saúde da Família. *Rev baiana enferm* [Internet]. 2018 [acesso em 2019 mai 14]; 32(26475): 1-13. Disponível em: <https://rigs.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/26475/17380>.
22. Carvalho LS, Philippi MM. Percepção de lésbicas, gays e bissexuais em relação aos serviços de saúde. *Universitas: Ciênc Saúde* [Internet]. 2013 [acesso em 2019 mai 14]; 11(2): 83-92. Disponível em: <https://www.publicacoesacademicas.uniceub.br/cienciasaude/article/view/1837/2286>.
23. Bittercurt D, Fonseca V, Segundo M. Acesso da população lgbt moradora de favelas aos serviços públicos de saúde: entraves, silêncios e perspectivas. *Conexões PSI* [Internet]. 2014 [acesso em 2019 mai 14]; 2(2): 60-85. Disponível em: <http://apl.unisiam.edu.br/revistas/index.php/conexoespsi/article/view/542/504>.
24. Alves CMR, Gonçalves MAM. O papel da enfermagem no rompimento dos preconceitos LGBT nos serviços de saúde. 16º congresso nacional de iniciação científica [Internet]. 2016 [acesso em 2019 mai 14]; 1-11. Disponível em: <http://conic-semesp.org.br/anais/files/2016/trabalho-1000022939.pdf>.
25. Baêre F, Zanello V. O gênero no comportamento suicida: Uma leitura epidemiológica dos dados do Distrito Federal. *Estudos da psicologia* [Internet]. 2018 [acesso em 2019 jul 04]; 23(2): 168-178. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epsic/v23n2/a08v23n2.pdf>.
26. Botega NJ. Crise suicida: avaliação e manejo. 1.ed. Porto Alegre, Brasil: Artmed; 2015.
27. Hatzenbuehler ML. The social environment and suicide attempts in lesbian, gay, and bisexual youth. *Pediatrics* [Internet]. 2011 [acesso em 2019 jul 04]; 127(5): 896-903. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3081186/>.
28. Grant JM, Mottet LA, Tanis J, Herman JL, Harrison J, Keisling M. National transgender discrimination survey report on health and health care. *National Transgender Discrimination Survey Report on Health and Health Care* [Internet]. 2010 [acesso em 2019 jul 04]; S/N: 01-40. Disponível em: https://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:1HBjtl1vmQJ:scholar.google.com/+National+transgender+discrimination+survey+report+on+health+and+health+care.&hl=pt-BR&as_sdt=0,5.
29. Nafaguchi T, Adorno RCF. Suicídio, Gênero e Sexualidade na era digital. *Sau. & Transf. Soc* [Internet]. 2016 [acesso em 2019 jul 04]; 7(3): 22-35. Disponível em: <http://stat.elogo.in-cubadora.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/4199/4645>.
30. Reymond LPP. Acolhimento da população lgbtq+ no distrito federal: do primeiro acesso à criação de vínculos [monografia] [Internet]. Brasília: Universidade De Brasília Faculdade De Ciências Da Saúde - UnB-FS; 2018. [acesso em 2019 mai 15]. Disponível em: http://bdm.unb.br/bitstream/10483/21102/1/2018_LaurentPhilippePratesReymond_tcc_parcial.pdf.
31. Nogueira VPF, Gomes II AMT, Machado II YY, Oliveira DC. Cuidado em saúde à pessoa vivendo com HIV/AIDS: representações sociais de enfermeiros e médicos. *Rev. Enfermagem UERJ* [Internet]. 2015 [acesso em 2019 mai 15]; 23(3): 331-7. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v23n3/v23n3a07.pdf>.

A complexidade das ações do cuidador familiar junto ao idoso com doença de Alzheimer

RESUMO

Objetivos: Identificar fatores que provocam o desgaste biopsicossocial e espiritual no cuidador familiar de idosos com Alzheimer e citar a complexidade das ações familiares no cuidado aos idosos com Alzheimer. **Metodologia:** Trata-se de estudo com abordagem qualitativa, do tipo revisão integrativa. Ao término da análise, emergiram 12 artigos semelhantes ao tema. **Resultados:** Foram identificadas três categorias temáticas: O cuidado intergeracional; O cuidador familiar principal; O desgaste espiritual do cuidador familiar. O cuidador familiar vive um cenário demandante de cuidado ao seu ente adoecido, seja por dever intergeracional ou conjugal impactando diretamente sobre a sua própria condição de saúde. Deve também apoiar ao idoso e a outros componentes da família, aumentando seu desgaste biopsicossocial, inclusive, por sua própria rotina. **Conclusão:** A promoção da qualidade de vida do cuidador deve ser levada em consideração pela equipe de saúde multidisciplinar que assiste ao idoso, pois impactará diretamente na condição de saúde dessas famílias.

DESCRITORES: Cuidadores; Doença de Alzheimer; Relações Familiares.

ABSTRACT

Objectives: Identify factors that cause biopsychosocial and spiritual burnout in the family caregiver of elderly people with Alzheimer's disease and to cite the complexity of family actions in the care of the elderly with Alzheimer's disease. **Methodology:** This is a study with a qualitative approach, such as integrative review. At the end of the analysis, 12 articles similar to the theme emerged. **Results:** Three thematic categories were identified: Intergenerational care; The main family caregiver; The spiritual wear of the family caregiver. The family caregiver lives a demanding scenario of care for their sick person, whether due to intergenerational or conjugal duty impacting directly on their own health condition. It should also support the elderly and other components of the family, increasing their biopsychosocial, even by their own routine. **Conclusion:** The promotion of the quality of life of the caregiver should be taken into account by the multidisciplinary health team that assists the elderly, as it will directly impact on the health condition of these families.

DESCRIPTORS: Caregivers; Alzheimer's Disease; Family Relationships.

RESUMEN

Objetivos: Identificar los factores que provocan el desgaste biopsicosocial y espiritual en el cuidador familiar de ancianos con Alzheimer y citar un trastorno de movimiento familiar en el cuidado a los ancianos con la enfermedad de Alzheimer. **Metodología:** Se trata de estudio con el abordaje cualitativo, del tipo revisión integrativa. Al término del análisis, surgieron 12 artículos referentes al tema. **Resultados:** fueron máster categorías temáticas: El cuidado intergeneracional; El director principal familiar; El gasto espiritual del cuidador familiar. El cuidador familiar vive un escenario de cuidado a su ritmo endulzado, sea por deber intergeneracional o conyente impactando directamente sobre su propia condición de salud. Lo mismo debe hacerse a lo largo de la vida ya otros componentes de la familia, incluyendo su uso biopsicosocial, incluso, por su propia rutina. **Conclusión:** La promoción de la calidad de vida del cuidador debe ser realizada de forma multidisciplinar que auxilie al anciano, pues impactará directamente en el equipo de salud de esas familias.

DESCRIPTORS: Cuidadores; Enfermedad de Alzheimer; Relaciones Familiares.

Matheus Augusto da Silva Belidio Louzada

Acadêmico de Enfermagem - Faculdade de Enfermagem UNESA.

Lucas de Almeida Campos

Acadêmico de Enfermagem - Faculdade de Enfermagem UNESA.

Rodrigo Oliveira de Carvalho da Silva

Mestre em Educação na Saúde. Enfermeiro, Professor do Curso de Graduação em Enfermagem da UNESA.

Antônio da Silva Ribeiro

Doutorando em Enfermagem e Biociências (UNIRIO). Enfermeiro, Professor do Curso de Graduação em Enfermagem da UNESA.

Priscila Cristina Pereira de Oliveira da Silva

Mestre em educação. Departamento de Metodologia, EEAN- UFRJ. Enfermeira, Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da UNESA.

Renata Jabour Saraiva

Pós-Doutora em Ciências do Cuidado em Saúde. EEAAC – Universidade Federal Fluminense - Doutora em Enfermagem, EEAN-Universidade Federal do Rio de Janeiro, Professora da Graduação, Pós-Graduação do Curso de Enfermagem e Coordenadora do Curso de Gestão Hospitalar – EAD da Universidade Estácio de Sá.

Introdução

Envelhecer faz parte de um fenômeno natural, uma fase da vida, assim como a infância e a maturidade, sendo marcado por mudanças individuais e significativas nos âmbitos biopsicossocial e espiritual, que sofrem influência de acordo com o estilo de vida, meio ambiente e cultura de cada indivíduo⁽¹⁾.

Com a transição demográfica vivenciada no Brasil, nos dias atuais, espera-se que haja um aumento significativo no número de idosos em todo o território nacional nos próximos anos. Uma criança brasileira nascida em 2015 tem uma expectativa de vida de 20 anos a mais que uma nascida na década de 60⁽²⁾. Estudos apontam que em 2020 a população idosa seja a sexta maior do mundo, superando a marca de 30 milhões de pessoas⁽³⁾.

Essa mudança demográfica tende a ocasionar um aumento de doenças predominantes na população idosa, sendo a Doença de Alzheimer (DA) uma das com estimativas mais altas, onde é esperado que em 2020 a incidência de idosos cresça de 7,6% para 7,9%⁽⁴⁾.

A Doença de Alzheimer é um transtorno degenerativo e progressivo das funções neurológicas, manifestando deterioração cognitiva e perda de memória⁽⁵⁾. Seus sintomas se agravam com a progressão das fases da doença, na qual tarefas como: reconhecer ambientes, familiares e seus cuidados domésticos e pessoais, que antes eram tidos como simples, passam a ser interferidos de forma gradativa⁽⁶⁾.

A pesquisa originou-se de questionamentos de um grupo de acadêmicos da Graduação em Enfermagem, a respeito da

qualidade de vida do cuidador familiar do idoso com Alzheimer. Foi percebida a necessidade da construção de um trabalho que pudesse orientar as práticas assistenciais para melhoria da qualidade de vida dos idosos com a doença de Alzheimer, e orientação familiar frente a progressão da doença.

O presente estudo se faz relevante, pois há uma estimativa significativa no aumento do número de idosos com Doença de Alzheimer em 2020, e um número maior para os próximos 30 anos. Assim, levando a elevação do número de cuidadores e, principalmente, dos familiares.

O objetivo traçado na pesquisa é discutir o cuidado familiar como principal provedor de assistência ao idoso com doença de Alzheimer e como este cuidado integral pode afetar diretamente a vida dos familiares de forma significativa. O presente estudo tem como objetivos identificar fatores que provocam o desgaste biopsicossocial e espiritual no cuidador familiar de idosos com Alzheimer e citar a complexidade das ações familiares no cuidado aos idosos com Alzheimer.

A escolha do tema se justifica em razão da possibilidade de auxiliar na promoção da qualidade de vida do cuidador familiar e, com isso, oportunizar menor desgaste e mais autonomia a seu dia a dia, diminuindo o sofrimento psicossocial espiritual do binômio cuidador familiar-idoso com Demência de Alzheimer.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo do tipo revisão integrativa, com abordagem qualitativa, onde foram identificados materiais que

abordassem o cuidado familiar como forma de suporte ao idoso com DA.

Já a revisão de literatura foi compreendida pela ampla análise metodológica, permitindo a compreensão do fenômeno analisado a partir de estudos técnicos-científicos com cunho experimental e não-experimental. Compreende-se que a revisão integrativa da literatura concebe o estabelecimento de critérios bem definidos sobre a coleta de dados, análise e apresentação dos resultados, desde o início do estudo, a partir de um protocolo de pesquisa previamente elaborado e validado⁽⁷⁾.

Além disso, utiliza, para sua construção, seis etapas: estabelecimento da hipótese ou questão de pesquisa, amostragem ou busca na literatura, categorização dos estudos, avaliação dos estudos incluídos na revisão, interpretação dos resultados e síntese do conhecimento ou apresentação da revisão⁽⁸⁾.

Os artigos foram identificados e acessados através de busca nas bases de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS): BDENF, LILACS, INDEX PSICOLOGIA e MEDLINE no período de dezembro de 2018 e janeiro de 2019.

Iniciou-se pela busca de materiais que contivessem os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): “Cuidadores”, “Doença de Alzheimer” e “Relações Familiares”. Foram adotados os seguintes critérios de inclusão de artigos: materiais completos, em língua portuguesa, no formato de artigo e com recorte temporal de cinco anos (2014 – 2018), visando selecionar as publicações mais recentes e atualizadas. Os critérios de exclusão foram: estudos duplicados.

Emergiram 12 materiais com os cri-

térios citados anteriormente, que foram lidos e utilizados para a construção do conteúdo, visto que estes atendiam ao objetivo proposto. A partir daí, iniciou-se a análise dos artigos que foram agrupados por similaridade sob forma de categorias.

Na primeira fase, pré-análise, foram desenvolvidas as operações preparatórias para a análise propriamente dita. Consistiu num processo de escolha dos documentos ou definição do corpus

de análise, formuladas as hipóteses e os objetivos da análise, elaboração dos indicadores que fundamentam a interpretação final⁽⁹⁾.

Na segunda fase, a exploração do material consiste no processo através do qual os dados brutos foram transformados sistematicamente e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição exata das características pertinentes ao conteúdo expresso no texto⁽⁹⁾.

A terceira fase compreendeu o tratamento dos resultados. Nela foram colocadas em relevo as informações fornecidas pela análise, através de quantificações simples ou mais complexas, como a análise fatorial, permitindo apresentar os dados em diagramas, figuras, modelo, entre outros⁽⁹⁾.

RESULTADOS

Quadro 1. Características dos artigos analisados no período de dezembro de 2018 a janeiro de 2019 na base de dados BVS. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2014-2018

TÍTULO	AUTORIA	PERIÓDICO/BASE DE DADOS	OBJETIVO	RESULTADO	CONCLUSÃO
Suporte familiar ao cuidador da pessoa com Doença de Alzheimer	Luana Machado Andrade; Edite Lago da Silva Sena; Patrícia Anjos Lima de Carvalho;	Revista Kairós Gerontologia, 17(4), pp. 275-295; 2014 / LILACS	Descrever a percepção do familiar cuidador da pessoa com doença de Alzheimer sobre o suporte recebido (ou não) de sua família para o cuidado.	Foram abordadas em três categorias: a compreensão do grupo doméstico na perspectiva das experiências vividas no cuidar, a recompensa do cuidar ressignificando posições sociais e o hábito do cuidado, demonstrado através da negação da ajuda.	O estudo aponta uma nova compreensão sobre o suporte familiar ao cuidado, a qual abre possibilidade à transcendência do cuidador em um outro eu mesmo.
Qualidade de vida do cuidador do portador de Doença de Alzheimer	Bruna Mantovani Bagnel; Renata Cristina Gasparinoll	Rev enferm UERJ, Rio de Janeiro, 2014 mar/abr; 22(2):258-63. / LILACS	Avaliar a qualidade de vida do cuidador do portador da Doença de Alzheimer e sua relação com o nível de independência funcional do portador.	A avaliação da qualidade de vida pode contribuir para a diminuição do processo de adoecimento do cuidador, através de elaboração de estratégias pelos profissionais.	A avaliação da qualidade de vida pode contribuir para a diminuição do processo de adoecimento do cuidador, através de elaboração de estratégias pelos profissionais.
Refletindo acerca da Doença de Alzheimer no contexto familiar do idoso: implicações para a enfermagem	Silomar Ilha; Claudia Zamberlan; Gláucia Dal Omo Nicola; André Santana Araújo; Dirce Steinhilber Backes	R. Enferm. Cent. O. Min. 2014 jan/abr; 4(1):1057-1065 / LILACS, BDEF	Refletir acerca das dificuldades geradas pela doença de Alzheimer no contexto familiar do idoso.	A DA causa danos na família, necessitando de uma reorganização. É necessário que o paciente tenha uma atenção integral, e geralmente esse cuidado fica para um familiar específico, denominado como cuidador principal.	Os profissionais de saúde, em especial os da enfermagem, por serem os que permanecem mais tempo junto aos indivíduos/famílias possuem abordagens integradoras e capazes de incluir a família nas estratégias de cuidado.

<p>Relação no cuidado entre o cuidador familiar e o idoso com Alzheimer</p>	<p>Marcia Daniele Seima; Maria Helena Lenardt; Célia Pereira Caldas</p>	<p>Rev Bras Enferm. 2014 mar-abr; 67(2): 233-40. / MEDLINE, LILACS, BDNF</p>	<p>Interpretar a relação no cuidado entre cuidadores familiares e idosos com Alzheimer.</p>	<p>Revelou-se que a relação envolve o amor, fidelidade e a presença. Por meio do amor, o cuidador promete fidelidade e permanece em relação presente no cuidado ao idoso com DA.</p>	<p>A relação entre o familiar e o idoso com Alzheimer envolve amor, fidelidade, esperança e presença. Interpretar esta relação possibilita ao enfermeiro desenvolver a sensibilidade e a criatividade para atuação profissional considerando a subjetividade e o mistério das relações humanas.</p>
<p>Grupo para familiares/cuidadores de idosos com Alzheimer: vivência de docentes à luz da complexidade</p>	<p>Silomar Ilha; Dirce Stein Backes; Silvana Sidney Costa Santos; Daiane Porto Gautério-Abreu;</p>	<p>Rev Rene. 2015 jul-ago; 16(4):603-12. / LILACS</p>	<p>Compreender as relações vivenciadas por um grupo de docentes da área da saúde direcionadas aos familiares/cuidadores de pessoas idosas com doença de Alzheimer.</p>	<p>Identificaram-se seis categorias: Dificuldade na sensibilização dos participantes acerca da doença de Alzheimer; A interdisciplinaridade nas orientações; Troca de conhecimento; Adquirir/ buscar mais conhecimento; Expansão/ socialização do conhecimento sobre a doença de Alzheimer: um desafio ainda existente;</p>	<p>A desordem é uma realidade vivenciada pelos docentes no grupo, que se (re) organizam constantemente em busca da melhor forma de orientar e promover cuidados.</p>
<p>(Re)organização das famílias de idosos com Alzheimer: percepção de docentes à luz da complexidade</p>	<p>Silomar Ilha; Dirce Stein Backes; Marli Terezinha Stein Backes; Marlene Teda Pelzer;</p>	<p>Escola Anna Nery Revista de Enfermagem 19(2) Abr-Jun 2015 / LILACS</p>	<p>Conhecer a percepção de docentes dos cursos da área da saúde que integram um projeto universitário de apoio a familiares/cuidadores de idosos com a doença de Alzheimer.</p>	<p>Possibilitou compreender parte das fragilidades encontradas neste processo de (re) organização familiar, bem como sinalizar possíveis estratégias que possam contribuir para esse processo, como a articulação entre as redes de apoio existentes.</p>	<p>Os docentes reconhecem que a (re) organização familiar é um processo complexo, gradual e singular, compreendido à medida em que surgem as alterações geradas pela doença.</p>
<p>Organização da família no cuidado ao idoso com Doença de Alzheimer</p>	<p>Ana Laura Zuchetto Pizolotto; Marinês Tambara Leite; Leila Mariza Hildebrandt;</p>	<p>Revista Espaço Para A Saúde Londrina V. 16 N. 4 P. 41-54 Out/Dez. 2015 / LILACS</p>	<p>Analisar como a família se organiza para prestar cuidados ao idoso com doença de Alzheimer no espaço domiciliar.</p>	<p>Identifica-se que o familiar cuidador realiza adequações em seu cotidiano - assume novas funções no ambiente doméstico, abandona determinadas responsabilidades, tarefas e atividades de lazer, para dedicar-se ao cuidado da pessoa com DA.</p>	<p>Verifica-se que há mudanças pessoais, físicas, psíquicas e organizacionais na vida do familiar cuidador, para dar conta do cuidado ao idoso que apresenta DA no espaço domiciliar. Entende-se ser relevante a atenção da equipe de enfermagem neste contexto.</p>

Potenciais cuidados na situação crônica do alzheimer: cenas do cuidado pelo homem-esposo	Thaís Eufrásia Costa de Souza; Ítala Paris de Souza; Laura Filomena Santos de Araújo;	Rev Min Enferm. 2016; 20:e946 / LILACS, BDEF	Compreender o cuidado produzido pelo homem-esposo à idosa que vivencia adoecimento por Alzheimer, apreendendo os potenciais cuidados nessa relação.	O artigo apresenta a relação do Esposo como cuidador do paciente com DA. Sendo o principal suporte. Foi evidenciado que a relação com respeito e amor por anos de casamento fortaleceu a vontade de querer ajudar, se dedicar no cuidado, sendo recíproco e recompensando os anos vividos.	Tal compreensão possibilitou dar relevo ao fato de que a família requer boas práticas profissionais em saúde, em especial por enfermeiros, e que estas “perdurem” no tempo e estejam implicadas na experiência familiar.
O cuidado na doença de Alzheimer: as representações sociais dos cuidadores familiares	Cynthia Filgueira Maciel Mendes; Anderson Lineu Siqueira dos Santos	Saúde Soc. São Paulo, v.25, n.1, p.121-132, 2016 / LILACS	Observar e identificar as representações dos cuidadores familiares sobre o cuidado e analisar como influenciam em suas práticas de cuidado	Emergiram as seguintes representações sociais: o cuidado como prisão; como missão; como desarmonia de identidades sociais e como gratidão.	Não foi possível alcançar de forma direta suas repercussões sobre a prática de cuidado pela ausência de observação da rotina de cuidado durante esta pesquisa.
A dádiva e o cuidado no tempo do vivido em família	Ítala Paris de Souza; Laura Filomena Santos de Araújo; Roseney Bellato	J. res.: fundam. care. online 2017. out./nov. 9(4): 990-998 / LILACS, BDEF	Compreender a modelagem do cuidado familiar ao longo do tempo à idosa que vivencia o Alzheimer, inscrevendo-o no circuito da dádiva.	Identificou-se a relação interfamiliar no cuidado com um ente adoecido. Evidenciou-se o intenso esforço despendido pela família na provisão e gerenciamento dos cuidados à idosa, cada vez mais aprimorados.	Tal compreensão se mostra importante aos profissionais de saúde para que reflitam sobre modos de produzir boas práticas que perdurem no tempo, mobilizando recursos para apoiar a família com o substrato necessário ao seu cuidar.
O impacto do comportamento do idoso com doença de alzheimer na vida do cuidador	Aline Miranda da Fonseca Marins; Jaqueline da Silva	Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro 2017; 7/2484 / LILACS, BDEF	Propor uma reflexão, à luz do Interacionismo Simbólico, sobre o comportamento do idoso com doença de Alzheimer e seus desdobramentos na vida do cuidador.	A partir da interação do cuidador com o idoso com DA, evidenciou-se a elaboração da vida diária a partir de implementações que visam a compreensão da doença e efetivação da assistência	Essas demandas apresentam possibilidades reais de intervenção de enfermagem e precisam ser conduzidas a partir da interpretação atribuída e individualizada por cada cuidador.
A percepção da consulta de enfermagem por idosos e seus cuidadores	Marina da Silva Emiliano; Mirian da Costa Lindolpho;	Rev enferm UFPE on line., Recife, 11(5):1791-7, maio., 2017 / BDEF	Conhecer a percepção dos idosos com Alzheimer e seus cuidadores consultados no programa de extensão Enfermagem.	Foram construídas categorias e analisadas com base na teoria do autocuidado de Dorothea Orem. Os resultados indicaram a aceitação e satisfação dos participantes perante a consulta de enfermagem realizada no cenário escolhido para estudo	Para os idosos e os cuidadores, a consulta de enfermagem é percebida como meio de orientação, o qual proporciona esclarecimento, novos conhecimentos e apresenta resolução diante dos problemas identificados.

O Quadro 1 apresenta, de modo sintético, as informações consideradas fundamentais para uma análise mais apro-

fundada e que produzisse interpretações relevantes e fidedignas sobre o tema estudado.

Para tal, foram selecionados os seguintes itens de análise: título do material, autoria, periódico e base de dados

onde foram publicados, objetivo das produções, resultados e conclusões. Através deste fracionamento e posterior comparação, foi possível identificar perfis temáticos comuns entre os achados como, por exemplo, base de dados e periódicos.

Dentre as bases de dados onde os estudos são indexados, 10 deles se encontram na LILACS, 06 na BDNF e 01 na MEDLINE. Como um mesmo estudo pode ser encontrado em mais de uma base, a totalidade de apresentações supera o número de materiais analisados.

Devido a heterogeneidade de periódicos nas publicações (apenas 02 artigos foram publicados em uma mesma revista – Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro) foram determinadas três classificações no presente estudo: periódicos de enfermagem, periódicos de gerontologia e demais periódicos. Os periódicos de enfermagem foram os mais utilizados sendo 08 artigos (66,7%) encontrados neste perfil de revista; um periódico de gerontologia publicou 01 artigo (8,3%) e os demais periódicos publicaram 03 materiais (25%).

DISCUSSÃO

O cuidado intergeracional

Normalmente, os familiares são os primeiros a identificar as mudanças que a DA ocasiona no idoso. Essa percepção vem acompanhada de sentimentos de angústia, raiva e indignação, pois o diagnóstico e o medo do desconhecido podem se apresentar de forma negativa, ocasionando negação entre os entes, além de um choque nas relações e estruturas familiares. A DA é uma doença que atinge diretamente toda a família e danifica sua estabilidade^(10,11).

O relacionamento intrafamiliar tem influência dos valores herdados pelas gerações, ocasionando impacto em suas vidas. A família vivencia um processo de reorganização, no qual, gradativamente, ocorrerá a adaptação da nova realidade.

Esta nova realidade se dá pela inver-

Os valores, crenças e a maneira como o familiar compreende a doença, a velhice e o cuidado também influenciarão de forma direta no cuidado. Nesse sentido, e afirmado que o cuidado com o idoso dependerá de situações prévias e do relacionamento intrafamiliar. O cuidado pode ser estabelecido por diversos fatores, sendo a reciprocidade o principal motivador para os familiares cuidarem de seus entes com DA. [...]

são nos papéis do pai para o filho, em que o filho assume o papel de cuidador, ocasionando sentimentos de quebra do pré-estabelecido. Além das relações intrapessoais, ocorre uma nova responsabilidade para cada membro que, inclusive, pode gerar sentimentos negativos entre esses⁽¹⁰⁾.

A DA gera uma reorganização nas relações e atividades familiares, que pode ser difícil de enfrentar, sendo necessário apoio para lidar com esta nova realidade. A falta de aceitação ou o medo podem ocasionar afastamento de alguns familiares, decorrente do desconhecimento da progressão da doença. Estes acontecimentos direcionam a responsabilização do cuidado em apenas um membro familiar.

O cuidado familiar é moldado dependendo da maneira que os membros da família enfrentarão o processo de adoecimento e das relações intrafamiliares. Deste modo, o cuidado de cada ente será de forma individual para o idoso⁽⁷⁾.

Este cuidado sofre influência do relacionamento que antecede o diagnóstico e o momento atual entre o cuidador e o idoso. Os valores, crenças e a maneira como o familiar compreende a doença, a velhice e o cuidado também influenciarão de forma direta no cuidado. Nesse sentido, é afirmado que o cuidado com o idoso dependerá de situações prévias e do relacionamento intrafamiliar⁽¹²⁾.

O cuidado pode ser estabelecido por diversos fatores, sendo a reciprocidade o principal motivador para os familiares cuidarem de seus entes com DA. Este cuidado pode ser atribuído a uma cobrança social, na qual o cônjuge, os filhos e, principalmente, as filhas teriam obrigação de exercer o papel de cuidador principal^(10,13).

A reciprocidade é a troca entre duas pessoas ou grupo. As relações intrafamiliares devem ser embasadas na reciprocidade, tendo estímulos das relações prévias ao adoecimento^(7,14).

A afetividade do cuidado é a maneira de sentir o outro indivíduo. O cuidado passa a ter sentimentos e o cuidador

manifesta a vontade de cuidar do ente querido. Seu cuidado expressa amor, afeto e carinho

A família fornece auxílio, orientações e apoio. É importante a aproximação familiar, pois esse amplo cuidado familiar melhora o prognóstico. Este idoso tende a se sentir mais amado e volta a perceber que sua vida tem valor^(7,14,16).

Os laços entre o binômio paciente-cuidador são fortalecidos com o cuidado intergeracional, pois a doação do cuidador para o paciente acompanha-se de amor, gratidão e solidariedade.

O cuidador principal

A DA é uma doença que impacta toda a família, gerando danos no âmbito biopsicossocial dos entes do adoecido. Este idoso demandará de cuidados específicos e, geralmente, essa responsabilidade é atribuída a apenas um membro da família, o cuidador principal⁽¹⁶⁾.

Habitualmente, este cuidado intergeracional fica por responsabilidade dos filhos, mas há uma grande expectativa social para que este seja provido por uma filha. Esta sensação de obrigação pode ocasionar sentimentos negativos e de obrigação, entendendo-se como uma submissão atribuída por ser mulher.

Esse fator explica-se pelo contexto histórico, no qual os homens são provedores da renda da casa e as mulheres as responsáveis pelas tarefas domésticas e dos cuidados ao cônjuge e filhos. Mesmo com as mudanças sociais vivenciadas pela sociedade nos últimos anos, onde o empoderamento feminino e a luta feminista vêm ganhando espaço para as mulheres e igualdade de gênero, continuam tendo destaque como principal cuidador.

A disponibilidade pelas mulheres mostra-se maior, na qual as cuidadoras geralmente são esposas que não possuem função trabalhista ou são aposentadas, evidenciando o conceito histórico mencionado previamente e por filhas que atuam como estudantes ou do lar^(14,16). Os homens que atuam como cuidador

principal são os desempregados ou com maior facilidade em organizar os horários, assim sendo possível conciliar as tarefas⁽¹⁶⁾.

Esse dado aponta a relação direta entre a sobrecarga da mulher cuidadora, a qual vivencia o cuidado nas responsabilidades como mãe, esposa, dona de casa, na profissão e ainda com o cuidado ao idoso^(14,17)

O desgaste biopsicossocial do cuidador familiar

Desde o diagnóstico da DA, o cuidador passa por um processo de adaptação. Observa as mudanças e limitações progressivas de seu familiar, vê-se impactado pela nova dinâmica/rotina domiciliar e percebe seu próprio autocuidado prejudicado, principalmente, nos cenários em que o cuidado é desenvolvido exclusivamente por ele. Por conseguinte, há uma sobrecarga evidenciada, principalmente, quando o cuidador não tira intervalos para descanso ou para suas atividades de lazer⁽¹⁸⁾.

O cuidador passa por um processo exaustivo, que tende a piorar com a progressão da doença, por isso, faz-se necessário que o mesmo elabore medidas que minimizem os prejuízos à sua saúde⁽⁷⁾. Os sinais e sintomas manifestados pela DA influenciarão de forma direta ao desgaste do cuidador, pois esse necessitará de uma atenção mais especial e minuciosa^(6,7).

Os diferentes sintomas apresentados pelos pacientes com DA interferem, de forma significativa, o estado psicossocial do cuidador. Com os delírios apresentados pelos pacientes, ações como negação de cuidados, queixas, esquecimento, dentre outras queixas são comuns do paciente para o cuidador ou para outros membros familiares^(7,11,17).

O desgaste do cuidador familiar vai desde a frustração, por se sentir falho em seu cuidado, até a percepção da desesperança, quando identifica a progressão da doença até a uma eventual hospitalização. É comum que nas fases mais avança-

das da DA o cuidador comece a apresentar estresse excessivo, insônia e fadiga.

Além do esgotamento físico, o cuidador passa por um processo doloroso com seu ente adoecido. Na DA é comum que os pacientes apresentem apatia, onde a indiferença propagada pelo idoso abala o psicológico do cuidador^(11,15).

O dano financeiro é outro contribuidor para o amplo desgaste⁽⁷⁾. Muitos cuidadores abandonam seus empregos para se dedicarem integralmente ao cuidado ao ente adoecido. Neste cenário, é comum que um déficit financeiro faça parte da família. Dívidas e corte de despesas passam a se tornar rotineiras, podendo ocasionar conturbações severas.

A equipe multidisciplinar, principalmente, o profissional enfermeiro deve promover o autocuidado do paciente idoso com DA, visto que, com esta prática, o cuidador tende a viver além do binômio doença-paciente, possibilitando um momento para execução das suas atividades pessoais, sociais e familiares

É necessário que o cuidador mantenha suas relações sociais, pois é comum que estes apresentem isolamento em virtude do sofrimento psíquico. A família deve se submeter a uma nova reorganização afim de melhorar o relacionamento de todos os componentes e minimizar a sobrecarga dos cuidadores principais para que possam se apoiar e estabelecer uma qualidade de vida mínima, tanto para o ente adoecido, quanto para todos os envolvidos neste contexto⁽²⁰⁾.

CONCLUSÃO

Conclui-se que a DA é uma patologia degenerativa de evolução progressiva. Com o avançar dos sinais e sintomas, o paciente torna-se mais introvertido e debilitado. Com isso, há a necessidade de cuidadores em sua rotina para executar suas atividades de vida diária e instrumentais.

Esse cuidador normalmente é um familiar, o qual fica com a responsabilidade de prover a assistência, a fim de proporcionar uma melhor qualidade de vida

ao idoso. Entretanto, esta entrega total traz consequências significativas para o cuidador, ocasionando um desgaste biopsicossocial espiritual.

O desgaste tem grande probabilidade de causar déficits na assistência e no relacionamento entre cuidador-paciente. Sentimentos de frustrações podem aparecer mais facilmente com o avan-

çar dos sintomas e da sobrecarga do cuidador, onde, principalmente, intervenções de internações hospitalares são acompanhadas de sentimento de culpa ou ineficácia. O cuidador familiar vive em um cenário de cuidado integral ao seu ente adoecido, seja por dever intergeracional ou conjugal. Este cuidador, deveria ter toda a família como suporte,

a fim de minimizar o desgaste biopsicossocial espiritual que sua rotina tende a produzir.

A promoção da qualidade de vida do cuidador deve ser levada em consideração pela equipe de saúde multidisciplinar que assiste ao idoso, que impactará diretamente no cotidiano dessas famílias. ■

REFERÊNCIAS

1. Ávila AH, Guerra M, Meneses MPR. Se o velho é o outro, quem sou eu? A construção da autoimagem na velhice. *Pensamento Psicológico*. 2007; 3(8), 7-18.
2. Carvalho JAM, Garcia RA. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. *Cad. Saúde pública*. 2003; 19:726-732.
3. Chang M. Relatório mundial de envelhecimento e saúde. Organização Mundial da Saúde. 30p. 2015
4. Burlá C, Pessini L, Siqueira JE, Nunes R. Envelhecimento e doença de Alzheimer: reflexões sobre autonomia e o desafio do cuidado. *Revista de Bioética [Internet]*. 2014 [acesso em 12 set 2018]; 5(1):85-93. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/bioet/v22n1/a10v22n1.pdf>.
5. Ministério da Saúde (BR). Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas. Doença De Alzheimer. Portaria SAS/MS n.º 1.298, de 21 de novembro de 2013 [Internet]. Brasília. 2013 [acesso em 12 out 2018]; 5(1):147-167. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/abril/02/pcdt/doenca-de-alzheimer-livro-2013.pdf>.
6. Brunner LS, Suddarth DS. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008
7. Souza TEC, Souza IP, Araújo LFS, Bellato R, Soares JL. Potenciais Cuidativos Na Situação Crônica Do Alzheimer: Cenas Do Cuidado Pelo Homem-Esposo. *Reme – Rev Min Enferm [Internet]*. 2016; [acesso em 12 out 2018]; 20:E946. DOI: 10.5935/1415-2762.20160028.
8. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão Integrativa: Método De Pesquisa Para A Incorporação De Evidências Na Saúde E Na Enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2008 Out-Dez; 17(4):758-64
9. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011. P. 229
10. Ilha S, Backes DS, Backes MTS, Pelzer MT, Lunardi VL, Costerano RGS. (Re) organização das famílias de idosos com Alzheimer: percepção de docentes à luz da complexidade. *Esc Anna Nery [Internet]*. 2015 [acesso em 28 ago 2019]; 19(2):331-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n2/1414-8145-ean-19-02-0331.pdf>.
11. Ilha S, Zamberlan C, Nicola GDO, Araújo AS, Backes DS. Refletindo acerca da doença de Alzheimer no contexto familiar do idoso: implicações para a - enfermagem. *R. Enferm. Cent. O. Min. [Internet]*. 2014 jan/abr [acesso em 26 ago 2019]; 4(1):1057-1065. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/378/580>.
12. Mendes CFM, Santos ALS. O cuidado na doença de Alzheimer: as representações sociais dos cuidadores familiares. *Marabá, PA, Brasil. Revista Saúde Soc. São Paulo [Internet]*. 2016; 25(1):121-132. DOI 10.1590/S0104-12902015142591.
13. Souza IP, Araújo LFS, Bellato R. Gift and care during the time lived with the family. *Rev Fun Care Online [Internet]*. 2017 out/dez [acesso em 26 ago 2019]; 9(4):990-998. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i4.990-998>
14. Marins AMF, Silva J. O Comportamento do idoso com doença de Alzheimer: reflexões à luz do interacionismo simbólico. *R. Enferm. Cent. O. Min. [Internet]*. 2017 [acesso em 26 ago 2019]; 7:e2484. DOI: <https://doi.org/10.19175/recom.v7i0.2484>
15. Andrade LM, Sena ELS, Carvalho PAL, Matos ALP, Mercês MC, Oliveira DS. Suporte familiar ao cuidador da pessoa com Doença de Alzheimer. *Revista Kairós Gerontologia*. 2014 dez; 17(4):275-295.
16. Ilha S, Backes DS, Santos SSC, Gautério-Abreu DP, Zamberlan C, Blasi TC. Grupo para familiares/cuidadores de idosos com Alzheimer: vivência de docentes à luz da complexidade. *Rev Rene [Internet]*. 2015 jul-ago [acesso em 26 ago 2019]; 16(4):603-12. DOI: 10.15253/2175-6783.2015000400018
17. Bagne BM, Gasparino RC. Qualidade de vida do cuidador do portador de Doença de Alzheimer. *Rev enferm UERJ [Internet]*. 2014 mar/abr [acesso em 26 ago 2019]; 22(2):258-63. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v22n2/v22n2a18.pdf>.
18. Emiliano MS, Lindolpho MC, Valente GSC, Chriszóstimo MM, Sã SPC, Rocha ICM. A Percepção da Consulta de Enfermagem por Idosos e seus Cuidadores. *Rev enferm UFPE on-line [Internet]*. 2017 mai [acesso em 26 ago 2019]; 11(5):1791-7. DOI: 10.5205/reuol.11077-98857-1-SM.1105201706
19. Seima MD, Lenardt MH, Caldas CP. Relação no cuidado entre cuidador familiar e o idoso com Alzheimer. *Rev bras enferm [Internet]*. 2014 [acesso em 26 ago 2019]; 67(2):233-240. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672014000200233&script=sci_abstract&tlng=pt.
20. Pizolotto ALZ, Leite MT, Hildebrandt LM, Costa MC, Resta DG. Organização da família no cuidado ao idoso com doença de Alzheimer. *Santa Maria – RS. Revista Espaço para a Saúde*. 2015 out/dez; 16(4):41-54.

Cultura e Saúde: uma reflexão da campanha antivariólica e movimentos anti-vacina

RESUMO

Trata-se de um estudo reflexivo a partir de artigos científicos de revistas brasileiras de Enfermagem, com a finalidade de analisar e descrever a campanha antivariólica, a revolta da vacina e os movimentos atuais para a vacinação. A imunização é uma prática de saúde pública que vem sendo realizada há séculos no mundo, e ao pensar no contexto histórico-político do país e no contexto atual, percebe-se que ainda há interpretações que são reproduzidas de diversas maneiras nas práticas que levaram a Revolta da Vacina antigamente. A medida que os epidemiologistas foram se desenvolvendo e se mostraram mais focados na quantificação dos riscos à saúde e também no perfil das doenças transmissíveis, há uma reformulação da cultura da saúde. Sendo assim, movimentos sociais e a organização da sociedade provocam uma mudança cultural das políticas de saúde reformulando ideias, condutas e intervenções para melhor atender a sociedade.

DESCRITORES: Cultura; Saúde; Vacinas.

ABSTRACT

This is a reflexive study based on scientific articles from Brazilian nursing journals, with the purpose of analyzing and describing the smallpox campaign, the vaccine revolt and the current movements for vaccination. Immunization is a public health practice that has been carried out for centuries in the world, and when thinking about the historical-political context of the country and the current context, it is noticed that there are still interpretations that are reproduced in different ways in the practices that led to the Revolt of the vaccine before. As epidemiologists developed and became more focused on the quantification of health risks and on the profile of communicable diseases, there is a reformulation of the health culture. Thus, social movements and the organization of society provoke a cultural change in health policies by reformulating ideas, behaviors and interventions to better serve society.

DESCRIPTORS: Culture; Health; Vaccines.

RESUMEN

Se trata de un estudio reflexivo a partir de artículos científicos de revistas brasileñas de Enfermería, con la finalidad de analizar y describir la campaña antivariólica, la revuelta de la vacuna y los movimientos actuales para la vacunación. La inmunización es una práctica de salud pública que se viene realizando desde hace siglos en el mundo, y al pensar en el contexto histórico-político del país y en el contexto actual, se percibe que todavía hay interpretaciones que se reproducen de diversas maneras en las prácticas que llevaron a la práctica Revolta de la vacuna. A medida que los epidemios se desarrollaron y se mostraron más enfocados en la cuantificación de los riesgos para la salud y también en el perfil de las enfermedades transmisibles, hay una reformulación de la cultura de la salud. Siendo así, movimientos sociales y la organización de la sociedad provoca un cambio cultural de las políticas de salud reformulando ideas, conductas e intervenciones para atender mejor a la sociedad.

DESCRIPTORES: Cultura; Salud; Vacunas.

Eliza Aguiar de Almeida

Mestranda do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da UERJ. Professora Substituta UFF. Enfermeira pela UFF.

Mercedes Neto

Professora do Departamento de Saúde Pública da FAENF-UERJ. Doutora em Ciências pela UNIRIO, Mestre em Ciências pela UNIRIO, Enfermeira pela UNIRIO.

Camilly de Oliveira Novaes

Acadêmica de Enfermagem da FAENF-UERJ. Bolsista de Iniciação Científica PIBIC. Monitora da Sub-área Bioquímica e Farmacologia.

Fernando Porto

Professor Adjunto do Departamento Materno-Infantil da UNIRIO. Phd em Ciências da Saúde pela USP. Doutor em Enfermagem pela UFRJ. Mestre em enfermagem pela UNIRIO. Bacharel em História pela UCAM.

Sonia Acioli

Professora Associada do Departamento de Saúde Pública da FAENF-UERJ. Phd em Enfermagem pela Universidade de Coimbra. Doutora em Saúde Coletiva pela UERJ. Mestre em Ciências da Saúde pela FIOCRUZ. Enfermeira pela PUC-Rio.

Ricardo de Mattos Russo Rafael

Professor do Departamento de Saúde Pública da FAENF-UERJ. Phd em Ciências da Saúde pela UNIRIO. Doutor em Ciências Médicas pela UERJ. Mestre em Saúde da Família pela UNESA. Enfermeiro pela UNIG.

INTRODUÇÃO

A saúde pública em seu contexto histórico tem realizado estratégias de planejamento de intervenções, enquanto a antropologia tem histórico, tão longo quanto, de não intervenção intencional. Isto porque a disciplina de antropologia assume que as diferenças entre culturas são fenômenos que devem ser mais explicados e menos modificados. O conceito de cultura reconhece, define o que é a condição humana e fundamenta a maneira como os antropólogos buscam entender o comportamento dos seres humanos e diversas sociedades⁽¹⁾.

O processo saúde-doença também pode ser compreendido pela perspectiva antropológica e, para isso, é necessário diferenciar cultura de natureza. Lévi-Strauss⁽²⁾ aponta que para estudar e compreender cultura, é necessário que haja um diálogo com o conceito de natureza, quando diz que: “O homem é um ser biológico ao mesmo tempo que um indivíduo social. Entre as respostas que dá às excitações exteriores ou interiores, algumas dependem inteiramente de sua natureza. Outras de sua condição.”

A constância e a regularidade existem tanto na natureza, quanto na cultura, mais fortemente na primeira. Aquilo que é constante em todos os homens escapa ao domínio dos costumes. Tudo que é universal no homem depende da ordem da natureza e é caracterizado pela espontaneidade^(1,2). Percebe-se que a cultura também influencia a saúde e a formação de padrão de doença, isto porque está intimamente relacionada aos tipos de decisões individuais e padrões de comportamento de uma determinada sociedade. O meio em que vivemos, ambiente de trabalho, formas de alimentação, atividades realizadas,

Lévi-Strauss⁽²⁾ aponta que para estudar e compreender cultura, é necessário que haja um diálogo com o conceito de natureza, quando diz que: “O homem é um ser biológico ao mesmo tempo que um indivíduo social. Entre as respostas que dá às excitações exteriores ou interiores, algumas dependem inteiramente de sua natureza. Outras de sua condição.”

em combinação com os comportamentos aprendidos, como mal-entendidos, mentiras e conhecimentos, a forma como nos adaptamos e nos ajustamos ao ambiente e

as maneiras de sentir e acreditar em algo, tudo isto influencia a suscetibilidade de uma população a doenças. Corpos e patógenos são determinados não apenas por ações físicas, mas também por crenças sobre o que é importante⁽³⁾.

A presente reflexão objetivou salientar as contribuições da antropologia para a produção social e psicossocial da saúde e da enfermagem, ressaltando o conceito de cultura e suas interfaces com a saúde, sobretudo na perspectiva da história da vacina. Para nortear este estudo, foi definida como pergunta norteadora: Qual a relação da cultura da campanha antivariolosa e os movimentos anti-vacinas?

Esta temática foi escolhida por se ter relação direta ao objeto de estudo do projeto de pesquisa em desenvolvimento em defesa do título de mestre da autora.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo reflexivo a partir de artigos científicos de revistas brasileiras de Enfermagem, com a finalidade de melhor analisar e descrever o tema em questão. Esta pesquisa aconteceu entre os meses de junho e julho de 2018 como produto da disciplina obrigatória de Produção Social e Psicossocial da Saúde e da Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), que teve a finalidade de refletir, com os textos de autores propostos em sala de aula, balizados a Antropologia, Sociologia, Psicologia Social e Filosofia, articulação teórica com o objeto de pesquisa do aluno em Curso de Mestrado e Doutorado.

Para este trabalho de reflexão, os teóricos trabalharam os conceitos de Cultura que emergem da Antropologia. A construção se deu pela reflexão do comportamen-

to humano ao longo da história na prevenção de doenças transmissíveis, desde a campanha antivariólica e revolta da vacina aos dias atuais.

No final do século XVIII e no princípio do seguinte, o termo germânico Kultur era utilizado para simbolizar todos os aspectos espirituais de uma comunidade, enquanto a palavra francesa Civilization referia-se principalmente às realizações materiais de um povo. Ambos os termos foram sintetizados no vocábulo inglês Culture, que "tomado em seu amplo sentido etnográfico é este todo complexo que inclui conhecimentos, crenças, arte, moral, leis, costumes ou qualquer outra capacidade ou hábitos adquiridos pelo homem como membro de uma sociedade". Esta definição abrangia em uma só palavra todas as possibilidades de realização humana, além de marcar fortemente o caráter de aprendizado da cultura em oposição à ideia de aquisição inata, transmitida por mecanismos biológicos⁽⁴⁾.

O conceito de Cultura, pelo menos como utilizado atualmente, foi, portanto, definido pela primeira vez por Tylor. Mas o que ele fez foi formalizar uma ideia que vinha crescendo na mente humana. A ideia de cultura, com efeito, estava ganhando consistência talvez mesmo antes de John Locke que, em 1690, ao escrever Ensaio acerca do entendimento humano, procurou demonstrar que a mente humana não é mais do que uma caixa vazia por ocasião do nascimento, dotada apenas da capacidade ilimitada de obter conhecimento através de um processo que hoje chamamos de endoculturação. Locke refutou fortemente as ideias correntes na época de princípios ou verdades inatas impressos hereditariamente na mente humana, ao mesmo tempo em que ensaiou os primeiros passos do relativismo cultural ao afirmar que os homens têm princípios práticos opostos, ou seja, nenhuma ordem social é baseada em verdades inatas, uma mudança no ambiente resulta numa mudança no comportamento^(4,5).

No período que decorreu entre Tylor e a afirmação de Kroeber, em 1950, o monumento teórico que se destacava pela sua

Locke refutou fortemente as ideias correntes na época de princípios ou verdades inatas impressos hereditariamente na mente humana, ao mesmo tempo em que ensaiou os primeiros passos do relativismo cultural ao afirmar que os homens têm princípios práticos opostos, ou seja, nenhuma ordem social é baseada em verdades inatas, uma mudança no ambiente resulta numa mudança no comportamento^(4,5).

excessiva simplicidade, construído a partir de uma visão da natureza humana, elaborada no período iluminista, foi destruído pelas tentativas posteriores de clarificação do conceito. A reconstrução deste momento conceitual, a partir de uma diversidade de fragmentos teóricos, é uma das tarefas primordiais da antropologia moderna. Sendo assim, a primeira definição de cultura que foi formulada do ponto de vista antropológico, como vimos, pertence a Edward Tylor, no primeiro parágrafo de seu livro Primitive Culture. Tylor procurou, além disto, demonstrar que cultura pode ser objeto de um estudo sistemático, pois trata-se de um fenômeno natural que possui causas e regularidades, permitindo um estudo objetivo e uma análise capazes de proporcionar a formulação de leis sobre o processo cultural e a evolução^(4,6).

Ao longo dos anos, diversos outros teóricos vêm estabelecendo tentativas de noções e conceitos desdobrados de leituras destes teóricos, que propulsionaram a Antropologia, e que deixam gravitar perguntas até os dias atuais. As preocupações dos estudiosos com relação à cultura referem-se a sua origem e como o homem adquiriu este processo extra-somático que o diferenciou de todos os animais e lhe deu um lugar privilegiado na vida terrestre. Uma resposta simplificada da questão seria a de que o homem adquiriu, ou melhor, produziu cultura a partir do momento em que seu cérebro, modificado pelo processo evolutivo dos primatas, foi capaz de assim proceder.

Não resta dúvida que a discussão de cultura na saúde é pertinente no que tange às ações que implicam prevenir riscos e promover saúde. E quando se trata de prevenção, a intervenção acontece nos costumes das pessoas, nas mudanças de rotina, ou seja, na Cultura.

DISCUSSÃO

A imunização é uma prática de saúde pública que vem sendo realizada há séculos no mundo. No Brasil, foi consagrada como direito pela redemocratização do país a partir de 1985, mas não advém desse contexto es-

pecífico. A imunização como cultura também transborda estes limites explicativos de contextos históricos ou unicausalidades. A vacina/vacinação vieram como tecnologias de incorporação de territórios e populações ao país, de promoção da cidadania biomédica e da regulação da interdependência sanitária. Também dizem respeito a poder, desigualdade, inclusão, controle, direitos civis, políticos e sociais⁽⁷⁾.

Um marco importante na história da vacina no Brasil é a erradicação da varíola no país, que não se inicia e nem se esgota com a criação da Campanha de Erradicação da Varíola (CEV) em agosto de 1966 e a certificação internacional de erradicação obtida em agosto de 1973. A história da vacinação antivariolosa no Brasil inicia-se no século XIX, a doença esteve no topo da agenda sanitária do país por longos anos. Outras doenças começaram a se destacar durante o decorrer dos anos, como febre amarela e malária, que logo foram controladas, porém, a varíola não; em relação a ela foi produzida uma espécie de convivência social e dificuldades no diagnóstico específico da doença⁽⁸⁾.

Com o avançar do número de casos da varíola no país, Oswaldo Cruz lançou um projeto-lei reinstaurando a obrigatoriedade da vacinação e revacinação em todo o país, que nunca tinham sido cumpridas. A lei continha cláusulas rigorosas que incluíam multas e exigência de atestado de vacinação para matrículas nas escolas,

acesso aos empregos públicos, casamentos e viagens, além de permitir que os profissionais adentrassem nas residências para vacinar os moradores. A aprovação desta lei, naquela época, foi precedida de muitos debates e denominada como “Código de Torturas” pela população. Evento este que serviu de estopim para mobilização de antivacinistas, militares e civis monarquistas, positivistas, sindicatos, elites políticas, setores da população urbana, cada grupo com os seus próprios motivos para lutarem contra esta imposição do governo. A partir destas mobilizações, entre os dias 10 e 16 de novembro de 1904, estourou na cidade do Rio de Janeiro, a “Revolta da Vacina”, que gerou dura repressão aos revoltosos, prisões e deportações^(7,8).

Ao relacionar as práticas antigamente realizadas como forma de contenção da varíola com os conceitos de antropologia no vocabulário atual de saúde pública, percebe-se que foram realizadas tentativas organizadas de influenciar o pensamento, a motivação, o comportamento humano e o ambiente em que ocorre tal comportamento. Estas práticas são denominadas intervenções, e pesquisa interventiva é o seu próprio domínio⁽³⁾.

Ao pensar no contexto histórico-político do país em 1902 e o contexto atual. Nota-se que ainda são reproduzidas algumas práticas que levaram a Revolta da Vacina antigamente, só que de outra forma. Antigamente não se discutia saúde pública

nos modelos que nos norteiam atualmente, mas sim em um modelo sanitarista, centralizado na doença, sem importância da participação popular. Hoje em dia, as práticas de exigência de cartão de vacinação atualizado para inclusão em escolas e empregos, programas de auxílios do governo, a prática da vacinação domiciliar ainda é reproduzida, valorizando a cultura da vacinação.

CONCLUSÃO

A história das intervenções de saúde pública fornece uma variada lista de problemas e remédios propostos, desde a remoção da sujeira até a imunização, eliminação da pobreza e redução da desigualdade. A medida que os epidemiologistas foram se desenvolvendo e se mostraram mais focados na quantificação dos riscos à saúde, também passaram a se dedicar a cada vez mais, elaborar programas para reduzir tais riscos, reformulando assim, a cultura da saúde. Como exemplo do desenvolvimento destas intervenções, a erradicação da varíola veio como oportunidade para a constituição de um Programa Nacional de Imunização e um Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica^(1,3,9).

Sendo assim, movimentos sociais e a organização da sociedade provocam uma mudança cultural das políticas públicas de saúde reformulando ideias, condutas e intervenções para melhor atender a sociedade. ■

REFERÊNCIAS

1. Martin, D. *Natureza e Cultura: Ferramentas Teóricas para a prática da Enfermagem*. In: Nakamura, E. Martin, D e Santos, J.F.Q. (Orgs.) *Antropologia para Enfermagem*. Barueri: Manole Editora; 2009.
2. Lévi-Strauss C. *O etnólogo perante a condição humana*. In: *O Olhar distanciado*. Lisboa: 70; 1983.
3. Trostle, J. *Epidemiologia e cultura*. Tradução: Vera de Paula Assis. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2013.
4. Tylor, Edward Burnett. *Encyclopædia Britannica*. XXVII XI ed. New York: Encyclopædia Britannica; 1832. p. 498.
5. Locke J. *Ensaio acerca do entendimento humano*, Rio de Janeiro: Nova Cultura Editora; 1999, p.29.
6. Tylor EB, DCL, LLD, FRs. *Primitive Culture. Reserches into the development of mytology, philosophy, religion, language, art, and custom*. Vol. 1. London; 1920.
7. Hochman G. *A era do saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil*. São Paulo: Hucitec/Anpocs; 1998.
8. Hochman G. *Regulando os efeitos da interdependência: sobre as relações entre Saúde Pública e Construção do Estado (Brasil 1910-1930)*. *Estudos Históricos*. 1993; 6(11):40-61.
9. Hochman G. *Vacinação, varíola e uma cultura da imunização no Brasil*. *Ciênc. saúde coletiva*. 2011 fev; 16(2):375-386.

Atuação do enfermeiro nos protocolos de cirurgia segura

RESUMO

O presente estudo teve o objetivo de conhecer quais são as ações do Enfermeiro na promoção da Cirurgia Segura. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, de natureza descrita e abordagem qualitativa de pesquisas publicadas de 2010 a 2018 nas bases: LILACS, BDNF e SciELO, no portal da Biblioteca Virtual de Saúde. Resultados: A busca de materiais resultou na seleção de cinco artigos e dois manuais que favorecem as práticas e condutas relacionadas à segurança do paciente cirúrgico. Observou-se que o enfermeiro necessita conhecer os processos e riscos que envolvem pacientes e equipe, sendo sua atuação fundamental para estabelecer medidas padronizadas e efetivas para o cumprimento destes protocolos. Conclui-se que o checklist é uma ferramenta muito utilizada e recomendada mundialmente para promoção da cirurgia segura, sua utilização é resultado do trabalho de uma equipe multiprofissional, terreno fértil para liderança e atuação efetiva do enfermeiro, contribuindo para a segurança do paciente cirúrgico e da própria equipe e garantindo êxito em todo o processo.

DESCRITORES: Segurança do Paciente; Cirurgia; Assistência de Enfermagem.

ABSTRACT

The present study aimed to know what the nurse's actions in the promotion of Safe Surgery are. This is an integrative literature review of a described nature and qualitative approach to research published from 2010 to 2018 in the databases: LILACS, BDNF and SciELO, on the Virtual Health Library portal. Results: The search for materials resulted in the selection of five articles and two manuals that favor practices and procedures related to surgical patient safety. It was observed that nurses need to know the processes and risks that involve patients and staff, being their fundamental role to establish standardized and effective measures to comply with these protocols. It is concluded that the checklist is a widely used and recommended tool worldwide for the promotion of safe surgery, its use is the result of the work of a multidisciplinary team, fertile ground for leadership and effective performance of nurses, contributing to the safety of the surgical patient and the patient. own team and ensuring success throughout the process.

DESCRIPTORS: Patient Safety; Surgery; Nursing Care.

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo saber cuáles son las acciones de la enfermera en la promoción de la cirugía segura. Esta es una revisión bibliográfica integradora de una naturaleza descrita y un enfoque cualitativo para la investigación publicada entre 2010 y 2018 en las bases de datos: LILACS, BDNF y SciELO, en el portal de la Biblioteca Virtual en Salud. Resultados: La búsqueda de materiales resultó en la selección de cinco artículos y dos manuales que favorecen prácticas y procedimientos relacionados con la seguridad del paciente quirúrgico. Se observó que las enfermeras necesitan conocer los procesos y riesgos que involucran a los pacientes y al personal, siendo su función fundamental establecer medidas estandarizadas y efectivas para cumplir con estos protocolos. Se concluye que la lista de verificación es una herramienta ampliamente utilizada y recomendada en todo el mundo para la promoción de una cirugía segura, su uso es el resultado del trabajo de un equipo multidisciplinario, terreno fértil para el liderazgo y el desempeño efectivo de las enfermeras, lo que contribuye a la seguridad del paciente quirúrgico y del paciente. propio equipo y asegurando el éxito en todo el proceso.

DESCRIPTORES: Seguridad del Paciente; Cirugía; Cuidado de Enfermería.

Kenya Monaly Dias Jordão

Enfermeira especialista em centro cirúrgico e central de Material e esterilização. Enfermeira na Oncológica do Brasil Ribeirão Preto/SP.

Rosimeire Ângela de Queiroz Soares

Doutora em ciências da saúde. Enfermeira do Instituto do Coração do Hospital das Clínicas de São Paulo. Docente de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.

Ingridy Tayane Gonçalves Pires Fernandes

Enfermeira. Mestranda em Políticas Públicas pela Universidade Mogi das Cruzes. Especialista em Docência do Ensino Superior e Saúde Pública. Docente de Enfermagem no Centro Universitário Anhanguera de São Paulo - Vila Mariana. Coordenadora de Professores do Curso Técnico em Enfermagem da Escola Almeida Santos.

Aparecida Lima do Nascimento

Enfermeira. Mestranda em Ciências da Saúde pelo Centro Universitário Anhanguera - Pirituba. Especialista em UTI Adulto, Administração Hospitalar, Docência do Ensino Superior e Saúde Pública. cursando Psicopedagogia. Docente do curso de Enfermagem da Faculdade Anhanguera de Taboão da Serra.

Márcia Zotti Justo Ferreira

Doutora em Enfermagem pela Unicamp. Docente da Faculdade Anhanguera de Taboão da Serra e Faculdade Sequencial.

Silvia Maria dos Santos

Enfermeira. Especialista em Docência do ensino superior e em Saúde Pública. Enfermeira na Psico Nursing Serviços de Saúde.

INTRODUÇÃO

A ocorrência de eventos adversos põe em risco a segurança do paciente e é um motivo de preocupação mundial. Em 2002, a Organização Mundial de Saúde (OMS) reconheceu a necessidade de minimizar danos causados por erros médicos e estabeleceu uma resolução para aumentar a segurança do paciente, dentro das políticas públicas mundiais, resultando em movimentos ligados à segurança do paciente⁽¹⁾.

Em 2004, foi estabelecida a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente (World Alliance for Patient Safety) e, desde 2005, define temas prioritários, conhecidos como desafio global, atualizados a cada dois anos. O desafio global para a segurança do paciente indica ações para evitar e implantar riscos para pacientes e, ao mesmo tempo, orienta os países que tenham interesse em implantá-los⁽¹⁾.

O primeiro desafio global focou nas infecções relacionadas a assistência à saúde, envolvendo: higienização das mãos; procedimentos clínicos e cirúrgicos seguros; segurança do sangue e de hemoderivados; administração segura de injetáveis e de imunobiológicos; e segurança da água, saneamento básico e manejo de resíduos⁽²⁻⁴⁾.

Já o segundo desafio global estabeleceu o foco na melhoria da segurança no ambiente cirúrgico (Cirurgia Segura), com o objetivo de aumentar os padrões de qualidade e segurança do cuidado cirúrgico, por meio de quatro ações importantes:

Em 2004, foi estabelecida a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente (World Alliance for Patient Safety) e, desde 2005, define temas prioritários, conhecidos como desafio global, atualizados a cada dois anos.

prevenção de infecções do sítio cirúrgico, anestesia segura, equipes cirúrgicas seguras e indicadores da assistência cirúrgica⁽⁵⁾.

Em 2008, o Ministério da Saúde do Brasil aderiu à campanha mundial propagada pela OMS, Cirurgias Seguras Salvam Vidas, cujo principal objetivo foi a imple-

mentação de uma lista de verificação padronizada para ajudar as equipes cirúrgicas na redução de erros e danos ao paciente. Um check list que deveria ser feito em três fases: antes do início da anestesia (Sign In), antes da incisão na pele (Time Out) e antes da saída do paciente da sala cirúrgica, em todas as cirurgias - Sign Out⁽¹⁾.

No Sign In é verificada a identidade do paciente, a marcação do sítio cirúrgico, a assinatura do termo de consentimento e a conformidade dos materiais solicitados. Além da avaliação a possíveis dificuldades de intubação e o risco de hemorragias^(1,4,6).

No Time Out, uma breve pausa de menos de um minuto antes da incisão, todos os membros da equipe cirúrgica – cirurgiões, anestesistas, enfermeiros e quaisquer outras pessoas envolvidas – se apresentam, antecipam as possíveis complicações da cirurgia, confirmam verbalmente a identificação do paciente, o sítio cirúrgico, o procedimento a ser feito e a posição do paciente. Nessa etapa também são confirmados: a aplicação de antimicrobianos e tromboembólicos profiláticos, quando indicados; a conformidade dos exames de imagem e o funcionamento e a correta esterilização dos materiais^(1,7).

No Sign Out, o procedimento é novamente checado, os materiais usados são conferidos e contados, as amostras, encaminhadas e os planos pós-operatórios discutidos. Em cada uma das três fases, o coordenador do check list deve confirmar se a equipe cirúrgica completou todas as tarefas para aquela etapa, antes de avançar

para a nova fase⁽¹⁾.

Sabe-se que a implementação deste protocolo nos serviços promove a comunicação efetiva entre os profissionais da equipe multiprofissional e contribui para a segurança do paciente, dos profissionais e sucesso do procedimento.

Estudos^(3,8,9) indicam o enfermeiro como profissional de escolha para a implementação e aplicação desta ferramenta, como uma das potencialidades voltadas para o uso do check list, aponta-se o papel do enfermeiro como gestor no processo, otimizando o trabalho e integração da equipe multiprofissional, reforçando a atuação conjunta na prestação de uma assistência segura e de qualidade ao paciente cirúrgico.

Sabe-se que faz parte do trabalho do enfermeiro atividades de liderança e gestão de processos, habilidades que favorecem a elaboração, orientação e implementação de processos que corroborem para a segurança do paciente no ambiente cirúrgico junto à equipe multidisciplinar^(10,11).

Diante da importância do uso de check list para a segurança do paciente, questiona-se: Como o enfermeiro pode contribuir para atender às práticas da Cirurgia Segura no uso desta ferramenta? Pautados neste questionamento, este estudo teve o objetivo de conhecer quais as ações do enfermeiro nos protocolos de Cirurgia Segura.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, de natureza descritiva e abordagem qualitativa. Para tanto, esta revisão foi baseada em obras secundárias que abordam o tema em questão, publicadas no período de 2010 a 2018. A coleta do material para a pesquisa foi realizada no período de setembro de 2018.

O levantamento foi realizado em ambiente virtual na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), nas bases: LILACS, BDENF e SciELO e em uma busca livre de textos completos incluídos no Google Acadêmico, com os seguintes descritores: “assistência de enfermagem”, “cirurgia” e “segurança do paciente”. Estes termos, foram utilizados da forma conjunta, separados através do operador booleano “OR” ou/e “AND” e isolados. As obras idênticas, repetidas em bases diferentes, foram eliminadas, considerou-se seu primeiro registro.

Os critérios de inclusão foram estudos em forma de artigos ou manuais, publicados no período de 2010 a 2018, em português, disponíveis na íntegra e de forma online e que atendessem aos objetivos do estudo sobre atuação do enfermeiro nos protocolos de cirurgia segura. Os critérios de exclusão foram outros tipos de publicação (teses, monografias), em outros idiomas e publicações anteriores a 2010.

Tendo em vista que o objeto da pesqui-

sa foi conhecer quais as ações do enfermeiro enfermagem na promoção da cirurgia segura, ao utilizar os descritores “assistência de enfermagem”, “cirurgia” e “segurança do paciente” foram encontrados 08 artigos que se adequavam aos parâmetros estabelecidos.

Primeiramente, as obras foram armazenadas em computador, para que em seguida fosse realizada uma pré-seleção de acordo com a leitura dos resumos. Nessa fase, buscou-se a relação entre o conteúdo, título, resumo, e se atendiam ao objeto do estudo.

Na fase de seleção, as obras foram lidas na íntegra, com atenção especial para os resultados e conclusão das obras, os trabalhos que não apresentavam qualquer relação com as ações da enfermagem na assistência à cirurgia segura foram excluídos. Apenas 01 artigo foi descartado. Na fase de interpretação, as obras foram lidas e analisadas sendo que os eixos temáticos resultantes da análise textual foram organizados, de acordo com as fases da metodologia da assistência de enfermagem, para que fossem discutidos. A amostra final compreendeu a 07 artigos selecionados em concordância com a relevância do tema abordado. A distribuição dos artigos nos periódicos estudados no período delimitado pode ser analisada conforme destacado na Tabela 1.

Tabela 1. Distribuição dos artigos de acordo com os periódicos selecionados em ambiente da BVS. Mogi das Cruzes, SP, Brasil, 2010-2018

PERIÓDICOS	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	TOTAL
Organização pan-Americana de Saúde, Ministério da saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária.	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Agência Nacional de Vigilância Sanitária.	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1
Rev.Ciê.n.Saúde Coletiva	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1
Rev Bras Ortop	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1
Rev. SOBECC	-	-	-	-	-	1	1	-	-	2
NIP	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1
TOTAL	1	0	1	1	0	1	2	0	0	

RESULTADOS

Nesse item, com o objetivo de uma melhor compreensão dos trabalhos iden-

tificados pela coleta dos dados, construímos um quadro analítico com as publicações levantadas conforme podem ser evidenciados abaixo.

DISCUSSÃO

A análise das pesquisas alerta para a magnitude do problema da segurança do pacien-

Quadro 1. Publicações selecionadas para discussão capturadas nas bases LILACS, BDEFN e SciELO. Mogi das Cruzes, SP, Brasil, 2010-2018.

AUTOR; ANO; PAÍS.	OBJETIVO DA PESQUISA	MÉTODO/ TAMANHO DA AMOSTRA/ TIPO DE ESTUDO	PRINCIPAIS ACHADOS	CONCLUSÃO DO ARTIGO
Reis, C.T.; Martins, M.; Laguardia, J., Rio de Janeiro 2012.	Apresentar o discurso sobre a segurança do paciente a partir do século XXI, enfocando sua relevância enquanto problema global de saúde pública.	Trata-se de uma revisão bibliográfica, baseado em coleta de dados em prontuários, por meio de um desenho de coorte retrospectivo.	Reconhecendo a magnitude do problema da segurança do paciente a nível global, a OMS estabeleceu em 2004 a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente (World Alliance for Patient Safety). O propósito dessa iniciativa foi definir e identificar prioridades na área da segurança do paciente em diversas partes do mundo e contribuir para uma agenda mundial para a pesquisa no campo.	A investigação sobre a segurança do paciente ainda não possui o benefício de ter suas diretrizes bem estabelecidas. Múltiplas barreiras e desafios precisam ser enfrentados na concepção de delineamento de estudos e na utilização de novas técnicas, as quais envolvem o paciente como parceiro na identificação do risco e na resolução dos problemas.
Mota Filho, G.R.; Silva, L.D. F.N.D Ferracini, A.M. E Bähr, G.L, 2010	Analisar o grau de conhecimento do Protocolo de Cirurgia Segura da OMS pelos ortopedistas Brasileiros	Estudo exploratório de caráter quantitativo, baseado na aplicação de um questionário sobre o tema Cirurgia segura a 3,231 ortopedistas que participaram do 44º Congresso Brasileiro de Ortopedia e traumatologia, em Salvador, em novembro de 2012	O obstáculo mais crítico para o bom desempenho de uma equipe é a própria equipe: os cirurgiões, os anestesistas, os enfermeiros e outros membros devem ter um bom relacionamento e uma comunicação efetiva. Uma equipe que trabalhe unida para usar seus conhecimentos e suas habilidades em benefício do paciente pode prevenir uma proporção considerável das complicações que ameaçam a vida.	Considerando que a especialidade ortopédica é a responsável por grande parte dos eventos adversos cirúrgicos, a maioria evitável por meio do uso do Protocolo de Cirurgia Segura da OMS, faz-se necessário não só o conhecimento do mesmo como importante ferramenta para melhorar a segurança em ambiente cirúrgico, como também o treinamento das equipes e o incentivo ao uso desse protocolo pelos ortopedistas brasileiros.

<p>Agência Nacional De Vigilância Sanitária, 2017.</p>	<p>Prevenir e reduzir a incidência de eventos adversos relacionados à assistência nos serviços de saúde.</p>	<p>Manual de orientação para segurança do paciente</p>	<p>Medidas simples e efetivas podem prevenir e reduzir riscos e danos nestes serviços, tais como: mecanismos de dupla identificação do paciente; melhoria da comunicação entre profissionais de saúde; uso e administração segura de medicamentos; realização de cirurgia em local de intervenção, procedimento e paciente corretos; higiene das mãos para a prevenção de infecções e prevenção de quedas e lesões por pressão.</p>	<p>Ressaltamos, que o desafio para o enfrentamento da redução dos riscos e dos danos na assistência à saúde dependerá da necessária mudança de cultura dos profissionais para a segurança, nos próximos anos, alinhada à política de segurança do paciente, instituída nacionalmente. Desta forma, investir na mudança de sistema, no aperfeiçoamento da equipe de saúde, na utilização de boas práticas e no aprimoramento das tecnologias e melhoria dos ambientes de trabalho constitui questões primordiais para o alcance dos melhores resultados para os usuários dos serviços de saúde, família e comunidade.</p>
<p>Agência Nacional De Vigilância Sanitária, 2010</p>	<p>Despertar a consciência profissional e o comprometimento político para uma melhor segurança na assistência à saúde e apoiar os Estados Membros no desenvolvimento de políticas públicas e na indução de boas práticas assistenciais.</p>	<p>O projeto teve início no outono de 2006 e incluiu um encontro internacional para consultas realizado em janeiro de 2007 com a presença de especialistas de todo o mundo</p>	<p>A área escolhida para o primeiro Desafio Global, em 2005–2006, foi a infecção relacionada à assistência à saúde. Esta campanha estabeleceu padrões simples e claros para higienização das mãos, uma campanha educacional e o primeiro Manual para higienização das mãos na assistência à saúde da OMS. A área problemática escolhida para o segundo Desafio Global para a Segurança do Paciente, em 2007–2008, é a segurança da assistência cirúrgica. A preparação deste esboço do Manual para Cirurgia Segura seguiu as etapas recomendadas pela OMS.</p>	<p>O Ministério da Saúde do Brasil, em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde da Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) tem a satisfação de apresentar este Manual de Implementação de Medidas para o projeto Segurança do Paciente: “Cirurgias Seguras Salvam Vidas”, com a certeza de que ele contribuirá para a plena percepção do risco, primeiro passo para a mudança, ou o reforço, no sentido de uma prática efetiva de medidas preventivas, que potencializam os avanços tecnológicos observados na assistência cirúrgica.</p>
<p>Gomes, C.D.P.P.; Santos, A.A.D.; Machado, M.E.; Treviso, P. 2016</p>	<p>Conhecer a percepção de profissionais de enfermagem que atuam em centro Cirúrgico em relação à utilização do check list cirúrgico</p>	<p>Pesquisa exploratória com abordagem qualitativa. Os dados foram coletados em março e abril de 2015, por meio de entrevista gravada, com roteiro semiestruturado contendo dez, analisada sob a ótica da análise temática.</p>	<p>A OMS sugere que o check list deva ser realizado pelo enfermeiro, porém, pode ser realizado por outro profissional de saúde devidamente habilitado para esse fim e envolvido com o procedimento cirúrgico proposto.</p>	<p>O entrosamento entre a equipe, a redução da chance de erros e a participação ativa dos enfermeiros aparecem como as principais potencialidades do check list. Em contrapartida a resistência por parte da equipe médica é sinalizada como uma das principais fragilidades. Processos educativos são necessários para sensibilizar a equipe quanto a importância desse instrumento de verificação, bem como promover maior integração da equipe multiprofissional.</p>

<p>Sales, F.S.; Neres, R.G.; Azevedo, E.R 2015</p>	<p>Buscar analisar os parâmetros pelos quais deve se orientar o enfermeiro no Protocolo de Cirurgia Segura Salva Vidas, como é proposto pela OMS.</p>	<p>Trata-se de um levantamento bibliográfico, com busca de materiais em livros, artigos publicados sobre o assunto e documentos publicados pela OMS e Ministério da Saúde. A busca de artigos foi feita na Biblioteca Virtual em Saúde, mediante os seguintes critérios de inclusão: publicação entre os anos de 2009 e 2015; em língua portuguesa e completa.</p>	<p>Diante da relevância das normas dispostas no check list elaborado pela OMS e levantando-se em conta que o enfermeiro é um dos maiores responsáveis pela sua verificação nos centros cirúrgicos é que foi escolhido o tema da Cirurgia segura Salva Vidas para a elaboração do artigo.</p>	<p>O enfermeiro tem papel relevante na implementação e uso do check list, desde a preparação do paciente, até a sua saída da sala de cirurgia, contribuindo para tornar a comunicação entre os membros da equipe cirúrgica mais eficaz, proporcionando segurança a todas as pessoas envolvidas no procedimento.</p>
<p>Corona, A.R.D.P.D; Peniche, A.D.C.G 2015</p>	<p>Analisar o papel determinante da cultura de segurança do paciente na adesão do Protocolo para Cirurgia Segura do Ministério da Saúde realizado pelas equipes cirúrgicas nas organizações de saúde.</p>	<p>Trata-se de uma reflexão teórica crítica, fundamentada em revisão narrativa da literatura científica. O período de coleta dos dados ocorreu nos meses de julho a dezembro de 2014. Na estratégia de busca, foram incluídos estudos primários publicados no período de 2004 a 2014</p>	<p>O movimento mundial da segurança do paciente, promovido em 2004 pela Organização Mundial da Saúde, culminou com o Segundo Desafio Global "Cirurgia Segura Salva Vidas", levando o governo brasileiro a lançar, em 2013, o Programa Nacional de Segurança do Paciente, no qual instituiu o Protocolo para Cirurgia Segura.</p>	<p>É necessário mudar o paradigma da cultura da culpabilização para uma cultura justa diante dos incidentes relacionados aos cuidados em saúde para que a Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica inserida nesse protocolo seja reconhecida e valorizada pelas equipes cirúrgicas.</p>

te em nível mundial, várias iniciativas foram realizadas no intuito de fomentar melhores práticas na assistência ao paciente, nos vários cenários de saúde mundiais, denominadas desafios globais. Tais medidas são metas a serem atingidas para minimizar os riscos inerentes à assistência à saúde^(5,12).

Embora os benefícios da adoção de check list e medidas para a segurança do paciente cirúrgico sejam mundialmente reconhecidos, observa-se ainda resistência por parte de membros da equipe multiprofissional para seguir e garantir a adequada utilização destas ferramentas⁽¹⁾.

A participação ativa dos enfermeiros aparece como as principais potencialidades da aplicação do check list, a utilização desta ferramenta possibilitou o entrosamento en-

tre a equipe, reduziu a chance erros e a maior qualidade do processo cirúrgico. Dados da literatura apontam este profissional como importante aliado às práticas que garantem a segurança de paciente em vários cenários e contexto assistencial^(9,13).

As principais atribuições do enfermeiro quanto à aplicação do check list de cirurgia segura incluíram a implementação de um instrumento adaptado à sua realidade profissional, na construção e elaboração de um roteiro que contemplasse as necessidades e especificidades de sua população^(9,10,13).

No Brasil, embora seja de eficácia consensual e incontestável, observa-se que ainda há resistência por parte de profissionais da equipe multiprofissional. Dentre os principais fatores que dificultam a implantação e

adequada utilização estão o desconhecimento acerca dos benefícios, da sua aplicação e dos itens presentes no instrumento e a falta de envolvimento da equipe⁽¹⁴⁾.

Para o sucesso da utilização, o profissional que vai aplicar o check list precisa conhecer os itens a serem checados e validados, bem como a fidelidade aos aspectos abordados, conferindo-lhe autonomia para suspender o processo caso alguma etapa não esteja de acordo com o item preconizado no instrumento^(9,10,13).

Pesquisas mostraram que o check list cirúrgico é uma ferramenta que tem sido utilizada com êxito obtendo melhores resultados quando este procedimento é realizado pelo enfermeiro⁽¹⁰⁾.

Sendo assim, o enfermeiro pode ser responsável pela elaboração e implementação

do check list cirúrgico, supervisionando e incentivando sua aplicação durante o processo.

Esta afirmação favorece a aplicação do check list e encoraja sua aplicação, evidenciando o papel do enfermeiro como orientador e educador da equipe, contribuindo para o aprimoramento e aumento do conhecimento da equipe, além da supervisão e avaliação contínua do processo.

CONCLUSÃO

Dentro dos protocolos de segurança do paciente cirúrgico, o check list é uma ferramenta amplamente utilizada e recomendada mundialmente para promoção da cirurgia segura. A análise das pesquisas evidenciou a contribuição do enfermeiro no processo de

check list da cirurgia segura, bem como os riscos que envolvem pacientes e equipe para estabelecer medidas padronizadas e efetivas, garantindo a manutenção de rigorosos padrões de qualidade e fidelidade ao instrumento.

O principal obstáculo para o bom desempenho de uma equipe pode ser a própria equipe multiprofissional, sinalizando a necessidade de entrosamento entre todos os membros, em que anestesistas, cirurgiões, auxiliares, técnicos, enfermeiros devem ter um bom relacionamento e uma comunicação efetiva.

Neste sentido, ressalta-se a função educativa do enfermeiro, para além da supervisão e implementação de protocolos, orientando, sensibilizando e direcionando a equipe para que esteja envolvida neste processo e, de fato, traga bons resultados.

Além da supervisão e orientação, observa-se a importância da avaliação contínua buscando garantir a qualidade e fidelidade ao check list. Não basta que o enfermeiro conheça e esteja apto a implantar medidas para implementação e utilização de ferramentas que favoreçam a cirurgia segura; este profissional precisa estar envolvido e sensibilizar a equipe para atuar conjuntamente e garantir a efetividade dos processos.

Conclui-se que a utilização do check list é resultado de trabalho de uma equipe multiprofissional, terreno fértil para liderança e atuação efetiva do enfermeiro, contribuindo para a correta utilização desta ferramenta e segurança do paciente e da própria equipe durante o procedimento cirúrgico. ■

REFERÊNCIAS

- Motta Filho GR, Silva LDFND, Ferracini AM, Bahr GL. Protocolo de Cirurgia Segura da OMS: O grau de conhecimento dos ortopedistas brasileiros. *Rev. Bras. Ortop* [Internet]. 2013 [acesso em 28 set 2018]; 48(6):554-562. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbort/v48n6/pt_0102-3616-rbort-48-06-00554.pdf.
- AMAYA MR, et al. Análise do registro e conteúdo de checklists para cirurgia segura. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2015 [acesso em 28 set 2018]; 19(2):246-251. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n2/1414-8145-ean-19-02-0246.pdf>.
- Elias AGP. Avaliação da adesão ao check list de cirurgia segura em hospital universitário público. *Rev. Sobecc* [Internet]. 2015 [acesso em 28 set 2018]; 20(3): 128-133. DOI: <http://dx.doi.org/10.5327/21414-4425201500030002>.
- Grazziano ES. Segurança no cuidado em cirurgias: onde estamos? *Rev sobecc* [Internet]. 2015 [acesso em 28 set 2018]; 20(2). Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1414-4425/2015/v20n2/a5015.pdf>.
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Manual Cirurgias Seguras Salvam Vidas. Brasília [Internet]. 2010 [acesso em 28 set 2018]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_cirurgias_seguras_salvam_vidas.pdf.
- Sousa RM, Araujo MGS, Veríssimo RCSS, Comassetto J, Bernardo FAS. Aplicabilidade do check list de cirurgia segura em centro cirúrgico hospitalares. *Rev. Sobecc* [Internet]. 2016 [acesso em 28 set 2018]; 21(4):192-197. Disponível em: <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/67>.
- Manrique BT, et al. Segurança do paciente no centro cirúrgico e qualidade documental relacionadas à infecção cirúrgica e à hospitalização. *Acta paul. enferm.* [Internet]. 2015 [acesso em 28 set 2018]; 28(4): 355-360. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201500060>.
- Reeves S. Porque precisamos da educação interprofissional para um cuidado efetivo seguro. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2016 [acesso em 28 set 2019]; 20(56):185-197. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.0092>.
- Gomes CDPP, Santos AAD, Machado ME, Treviso P. Percepção de uma Equipe de Enfermagem sobre a Utilização do Checklist Cirúrgico. *Rev. SOBECC* [Internet]. 2016 [acesso em 28 set 2019]; 21(3): 140-145. Disponível em: http://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/12/827197/sobecc-v21n3_pt_140-145.pdf.
- Sales FS, Neres RG, Azevedo ER. A Relevância do Enfermeiro no Protocolo de Cirurgia Segura Salva Vidas: Revisão da Literatura. *Faculdades Promove* [Internet]. 2015 [acesso em 28 set 2018]. Disponível em: http://nippromove.hospedagemdesites.ws/anais_simposio/arquivos_up/documentos/artigos/bacfdcb4465c1ef59e9463e2b63c334.pdf.
- Roscani ANCP, Ferraz EM, Oliveira Filho AG, Freitas MIP. Validação de check list cirúrgico para prevenção de infecção de sítio cirúrgico. *Acta paul. enferm.* [Internet]. 2015 [acesso em 28 set 2018]; 28(6):553-565. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201500092>.
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática [Internet]. 2017 [acesso em 26 dez 2018]. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/...Assistencia+Segura...Reflexao.../97881798-cea0-4974-9d9b-077>.
- Corona AMP, Penich ACG. A cultura de segurança do paciente na adesão ao protocolo da cirurgia segura. *Rev. sobecc* [Internet]. 2015 [acesso em 28 set 2018]; 20(3):179-185,2015. DOI: <http://dx.doi.org.105327/21414-4425201500030009>.
- Reis CT, Martins M, Laguardia JA. A Segurança do Paciente como Dimensão da Qualidade do Cuidado de Saúde um Olhar sobre a Literatura. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2013 [acesso em 28 set 2019]; 18 (7): 2029-2036. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n7/18.pdf>.

Reprocessamento e reutilização de material hospitalar de uso único: revisão integrativa da literatura

RESUMO

A prática de reuso de materiais médicos é comum em todo território nacional e mundial, porém, falta um consenso sobre os riscos e benefícios, além de ser necessária uma análise econômica e ética sobre o assunto. O objetivo desse trabalho é conhecer o custo benefício do reprocessamento e do reuso de materiais de uso único. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, de natureza descrita e abordagem qualitativa de pesquisas publicadas de 2010 a 2018 nas bases: LILACS, BDNF e SciELO, no portal da Biblioteca Virtual de Saúde. É preciso adequar melhor os procedimentos de reuso dos materiais de uso único, bem como informar melhor os profissionais responsáveis por esses procedimentos. A prática pode ser segura e viável, mas carece de maiores pesquisas e evidências científicas para garantir a segurança e eficiência quanto aos procedimentos e ao reuso de materiais de uso único.

DESCRIPTORIOS: Instrumentos Cirúrgicos; Reutilização de Equipamentos; Segurança do Paciente.

ABSTRACT

The practice of reusing medical materials is common throughout the national and global territory, however, there is a lack of consensus on risks and benefits, as well as an economic and ethical analysis on the subject. The aim of this study is to know the cost benefit of reprocessing and reusing single use materials. This is an integrative literature review of a described nature and qualitative approach to research published from 2010 to 2018 in the databases: LILACS, BDNF and SciELO, in the portal of the Virtual Health Library. It is necessary to better adapt the procedures for reuse of materials, as well as to better inform the professionals responsible for these procedures. The practice may be safe and feasible, but it needs further research and scientific evidence to ensure the safety and efficiency of procedures and reuse of single use materials.

DESCRIPTORS: Surgical Instruments; Equipment Reuse; Patient Safety.

RESUMEN

La práctica de reutilizar materiales médicos es común en todo el país y en todo el mundo, pero existe una falta de consenso sobre los riesgos y beneficios, así como un análisis económico y ético sobre el tema. El objetivo de este trabajo es conocer el costo beneficio de reprocessar y reutilizar materiales de un solo uso. Se trata de una revisión bibliográfica integradora de una naturaleza descrita y un enfoque cualitativo de la investigación publicada entre 2010 y 2018 en las bases de datos: LILACS, BDNF y SciELO, en el portal de la Biblioteca Virtual en Salud. Es necesario adaptar mejor los procedimientos para la reutilización de materiales, así como para informar mejor a los profesionales responsables de estos procedimientos. La práctica puede ser segura y factible, pero necesita más investigación y evidencia científica para garantizar la seguridad y eficiencia de los procedimientos y la reutilización de materiales de un solo uso.

DESCRIPTORIOS: Instrumentos Quirúrgicos; Reutilización de Equipos; Seguridad del Paciente.

Ionice Gonçalves Castilho

Enfermeira. Especialista em Centro Cirúrgico e Central de Material e Esterilização. Enfermeira da Oculare Oftalmologia.

Rosimeire Ângela de Queiroz Soares

Doutora em ciências da saúde. Enfermeira do Instituto do Coração do Hospital das Clínicas de São Paulo. Docente de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.

Ana Paula De Almeida Moraes

Enfermeira. Especialista em Cardiologia. Enfermeira do Instituto do Coração de São Paulo.

Ingridy Tayane Gonçalves Pires Fernandes

Enfermeira. Mestranda em Políticas Públicas pela Universidade Mogi das Cruzes. Especialista em Docência do Ensino Superior e Saúde Pública. Docente de Enfermagem no Centro Universitário Anhanguera de São Paulo - Vila Mariana. Coordenadora de Professores do Curso Técnico em Enfermagem da Escola Almeida Santos.

Márcia Zotti Justo Ferreira

Doutora em Enfermagem pela Unicamp. Docente da Faculdade Anhanguera de Taboão da Serra e Faculdade Sequencial.

Sandra Maria da Penha Conceição

Enfermeira. Mestre em Ciências da Saúde pela Instituição CEDEP/IAMSPE-USP. Doutoranda em Ciências da Saúde pelo CEDEP-IAMSPE. Editora de congressos e simpósios nacionais e internacionais. Docente pela Faculdade das Américas (FAM).

Patricia Alves Marinho

Enfermeira. Especialista em Enfermagem do Trabalho, Docência do Ensino Médio e Técnico e em Saúde Pública. Docente da Faculdade Anhanguera de Taboão da Serra.

INTRODUÇÃO

A questão do reuso de materiais de uso único no Brasil é uma preocupação antiga, desde 1985, quando foi promovida a reunião de especialistas no assunto para discutir a problemática do reuso de materiais, resultando na Portaria Ministerial n.º 4, que publicou as definições e as diretrizes referentes ao reuso de materiais de uso único. Na ocasião, foi elaborada uma lista com 14 itens definidos como proibidos para reuso. Entretanto, esta lista tornou-se obsoleta e passou por várias alterações com o advento das novas tecnologias. “Presume-se que atualmente haja mais de 300.000 itens de materiais com estas características, disponíveis no mercado”⁽¹⁾.

Cada vez mais os produtos médicos utilizados nos procedimentos assistenciais de saúde tornam-se mais complexos. Autores⁽²⁾ definem que artigos reusáveis ou de uso único são definidos pelo fabricante.

Já os artigos “reusáveis são considerados bens duráveis e sua reutilização requer a ação do reprocessamento, que inclui limpeza, teste de avaliação de desempenho, desinfecção ou esterilização e controle de qualidade em todas as suas etapas”. Segundo os mesmos autores, “os artigos ou produtos de uso único são designados para serem utilizados apenas uma vez”, entretanto, a prática de reuso desses materiais é uma realidade mundial conhecida⁽²⁾.

A reutilização de produtos de uso único proporciona benefícios econômicos e ambientais reduzindo a poluição, uma vez

Cada vez mais os produtos médicos utilizados nos procedimentos assistenciais de saúde tornam-se mais complexos. Autores⁽²⁾ definem que artigos reusáveis ou de uso único são definidos pelo fabricante.

que a reutilização diminui a necessidade de incineração, de aterros de lixo e locais de entulho, que interferem desde a produção do produto até o descarte de resíduos⁽³⁾.

Entretanto, o processo de reuso destes dispositivos não pode ser encarado de maneira simplista, conforme advertem, é preci-

so estar atentos às considerações ético-legais acerca do reuso de materiais originalmente concebidos para uso único, sem negligenciar a preocupação como a segurança do paciente. Em grande parte dos casos, as variáveis conhecidas de risco para a alteração destes artigos decorrentes do reprocessamento ainda são desconhecidas, em muitos casos constam ordinariamente dos padrões de esterilização praticados em hospitais.

Desde 2001, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) tem realizado esforços com a tentativa de atualizar a lista de materiais de uso único proibidos para reuso. Observam-se várias normas e resoluções buscando regulamentar e estabelecer normas e diretrizes para padronizar e garantir medidas de reutilização e reprocessamento destes materiais médicos elaborados inicialmente para uso único^(4,5).

A possibilidade de reuso de materiais hospitalares de uso único pode trazer inúmeros benefícios sociais e econômicos, como a diminuição do lixo contaminante e diminuição de gastos com a aquisição destes produtos, porém, ainda se observa a prevalência de interesses econômicos e financeiros das instituições. Trata-se de um assunto atual e bastante controverso, uma vez que os níveis de segurança e confiabilidade destes equipamentos ainda não são totalmente conhecidos e discutidos⁽¹⁾.

Com objetivo de solucionar problemas enfrentados pelos profissionais de saúde, como sobrecarga de trabalho em central de material e esterilização (CME), garantir a disponibilidade e a qualidade de material,

há mais de 50 anos se utilizam materiais de uso único. Porém, alguns desses materiais passaram a ter custo muito elevado, em razão da tecnologia avançada incorporada em sua fabricação: circuitos eletrônicos, tecnologia de membrana, componentes de óptica de alto custo e componentes miniaturizados, razão pela qual os estabelecimentos de saúde passaram a reutilizá-los⁽⁶⁾.

Na discussão sobre a temática, há diversas argumentações contraditórias: aqueles que defendem o reuso, pautados em interesses financeiros da unidade de saúde, das entidades profissionais, da indústria produtora, da empresa reprocessadora e dos órgãos governamentais, envolvendo questões técnicas, médicas, éticas, econômicas, ambientais e morais⁽⁶⁾. Tais argumentos precisam ser estudados com parcimônia, uma vez que a segurança do paciente deve sempre prevalecer.

Apesar de interesses estarem pautados nas questões econômica, de meio ambiente e de saúde pública, há advertência que a segurança e a funcionalidade devam nortear as controvérsias da reutilização de produtos de uso único⁽⁷⁾.

Estar diariamente envolvido com tema em pauta leva a crescentes questionamentos acerca das melhores práticas e confiabilidade sobre o reprocessamento e reuso de material de uso único, tendo em vista a crescente preocupação com a segurança do paciente.

Tais observações levaram ao seguinte questionamento: Desde 1985, quando estas questões começaram a ser levantadas, existem evidências na literatura atual acerca dos custos (riscos e benefícios) desta prática para os pacientes? Na busca de atender a este questionamento, este estudo teve como objetivo realizar revisão da literatura nacional para conhecer o custo (risco) benefício do reprocessamento e utilização de material hospitalar de uso único.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, de natureza descritiva e abordagem qualitativa. Para tanto, esta revisão foi baseada em obras secundárias que abordam o tema em questão, publicadas no período de 2010 a 2018. A coleta do material para a pesquisa foi realizada no período de setembro de 2018.

O levantamento foi realizado em ambiente virtual na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), nas bases: LILACS, SciELO e Google Acadêmico e em uma busca livre de textos completos incluídos, nos resultados com os seguintes descritores: “Instrumentos cirúrgicos”, “Reutilização de equipamentos”, “Custos hospitalares” e “Segurança do paciente”. Estes termos foram utilizados de forma conjunta e isolados. As obras idênticas, repetidas em

bases diferentes, foram eliminadas, considerou-se seu primeiro registro. Estes termos, foram utilizados de forma conjunta, separados através do operador booleano “OR” ou/e “AND” e isolados. As obras idênticas, repetidas em bases diferentes, foram eliminadas, considerou-se seu primeiro registro.

Foram selecionados para este estudo somente artigos que, na leitura demonstrasse semelhanças com o processo de custo benefício em reprocessamento e reutilização de material hospitalar de uso único, utilizando como fontes periódicos da área da saúde publicados no Brasil, que estavam disponíveis nos locais selecionados para a coleta.

Foram selecionados nessa fase 11 artigos; em seguida, foi realizada uma pré-seleção de acordo com a leitura dos resumos. Nessa fase, buscou-se a relação entre conteúdo, título, resumo e se atendiam ao objetivo do presente estudo. Para fundamentação, pautou-se os dados que atendessem ao objetivo proposto. Contudo, na fase de interpretação, as obras foram lidas e analisadas sendo que os eixos temáticos resultantes da análise textual foram organizados, de acordo com a metodologia proposta, para que fossem discutidos.

A distribuição dos artigos nos periódicos estudados no período delimitado pode ser analisada conforme destacado na Tabela 1.

Tabela 1. Distribuição dos artigos de acordo com os periódicos selecionados em ambiente da BVS. Mogi das Cruzes, SP, Brasil, 2006-2018.

PERIÓDICOS	2006	2010	2011	2012	2013	2015	2018	TOTAL
Rev.LatinoAmericana de Enf.	1	-	-	-	-	-	-	1
REME – Rev.Min.Enf.	1	-	-	-	-	-	-	1
Rev.Acta Paul.Enferm.	1	-	-	-	-	-	-	1
Rev.Ciência Cuidado e Saúde	-	1	-	-	-	-	-	1
Rev.Sobecc	-	-	1	-	1	1	-	3
Rev.Ciênc & Saúde Coletiva	-	-	1	-	-	-	-	1
Rev.Saúde Pública	-	-	-	1	-	-	-	1
Rev.Epidem.Controle Infec.	-	-	-	-	1	-	-	1
Rev.Enf.UFJF On Line	-	-	-	-	-	1	-	1
TOTAL	3	1	2	1	2	2	0	11

RESULTADOS

Com o objetivo de possibilitar ao

leitor uma melhor compreensão dos trabalhos identificados pela coleta dos dados, construímos um quadro

analítico, conforme pode ser evidenciado abaixo.

Quadro 1. Publicações selecionadas para discussão, capturadas nas bases LILACS, SciELO e Google Acadêmico. Mogi das Cruzes, SP, Brasil, 2006–2018.

AUTOR; ANO; PAÍS.	OBJETIVO DA PESQUISA	TIPO DE ESTUDO	PRINCIPAIS ACHADOS	Conclusão do artigo
Denser et. al., 2006; Brasil.	Buscar evidências científicas que suportem ou não a prática de reprocessamento e reutilização de odonto-médico-hospitalares originalmente de uso único.	Revisão bibliográfica.	Ainda que sem consenso, a prática de reutilização de materiais de uso odonto-médico-hospitalares é ampla no Brasil e no mundo. O risco que essa prática traz para a saúde é reconhecido, embora haja evidências que a prática realizada com segurança produz pouca adversidade.	A prática de reutilização desses materiais não pode acontecer indiscriminadamente, sendo necessário verificar caso a caso e validar protocolos de reprocessamento e reuso, baseando-se em conhecimento científico bem elaborados.
Graziano et. al., 2006; Brasil.	Identificar os AUU utilizados no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, com indicação para o reprocessamento, propor um instrumento de avaliação do grau de risco dos AUU para a limpeza;	Pesquisa metodológica.	Identificação dos AUU; dificuldades encontradas para a limpeza dos mesmos; auxílio na tomada de decisão quanto ao reuso.	A limpeza é o cerne que garante a desinfecção e esterilização dos materiais de reuso.
Oliveira et. al., 2006; Brasil.	Realizar uma investigação acerca do reprocessamento em hospitais de Belo Horizonte, MG; verificar como esta tem sido realizada, quais são os produtos reprocessados e o controle desses produtos.	Pesquisa qualitativa.	Ausência de critérios para justificar o descarte de materiais; o reprocessamento de materiais de uso único tem sido visto com vantagem, além de ser ecológico e econômico.	Os serviços terceirizados são os que mais utilizam a prática do reprocessamento de produtos de uso único; ausência de protocolo e parâmetros para justificar o descarte de materiais.
Souza et. al., 2010; Brasil.	Refletir sobre outros riscos referentes ao reuso de materiais de uso único, além do risco já apontado de infecção.	Revisão bibliográfica. Reflexão Sobre a legislação em vigor no ano de 2010.	Os riscos existentes no reuso de materiais de uso único é alto no Brasil. A Anvisa encontra dificuldades em elaborar um novo protocolo para nortear procedimentos corretos quanto ao reuso desses materiais. A lacuna na legislação aumenta outros riscos quanto ao reuso dos materiais, que vai além das infecções.	A atual legislação não contempla todos os riscos quanto ao reuso dos materiais de uso único. Atribui essa responsabilidade as instituições de saúde. Contudo abre-se um parêntese quanto ao descarte de materiais que podem ser reutilizados, até por questão de sustentabilidade, desde que os procedimentos para o reuso seja correto.

Costa et. al., 2011; Brasil.	Contextualizar os sistemas de regulação dos produtos médicos; analisar as implicações operacionais para a prática hospitalar brasileira.	Revisão bibliográfica.	A prática do reuso de materiais de uso único nos hospitais brasileiros; os esquemas regulatórios de materiais médicos no Brasil e no mundo, enquanto subsídio para esses procedimentos no Brasil; os problemas acarretados por esses produtos, sob os aspectos técnico-operacional, econômico, jurídico, político e ético.	A fiscalização quanto aos procedimentos empregados no reuso dos materiais de uso único não é eficiente; a Vigilância sanitária reconhece o problema de saúde pública ocasionada pelos reprocessamentos de produtos médicos.
Costa et.al., 2011; Brasil.	Revisar o estado da arte sobre os riscos associados ao reprocessamento de produtos médicos de uso único e visa obter subsídios para nortear esta prática,	Pesquisa bibliográfica	A maioria das pesquisas sobre a temática utiliza metodologias distintas e resultados variados.	Ao considerar a necessidade de realizar tais práticas, duas condições são fundamentais: limpeza adequada do produto como também testes de integridade e funcionalidade.
Magalhães et. al., 2012; Brasil.	Analisar condições técnicas de reprocessamento de produtos médicos em hospitais.	Estudo descritivo.	Inadequação quanto às técnicas de reprocessamento dos produtos médicos; dificuldades na organização dos hospitais analisados; inadequação também nas condições estruturais e nos centros de material e esterilização.	Nos casos analisados, os procedimentos apontaram riscos para a saúde dos pacientes; ausência de um controle sanitário maior por parte do Estado; adequação do gerenciamento de riscos dos hospitais analisados.
Costa, 2013; Brasil	Revisar o estado da arte sobre risco associado ao reprocessamento de produtos, bem como elaborar uma metodologia de gerenciamento de risco para serviços hospitalares.	Pesquisa de revisão da literatura.	Há uma complexidade da avaliação de riscos, relacionados ao reprocessamento de produtos para saúde, tanto os considerados reusáveis, quanto os de uso único, ambos difíceis de serem quantificados e analisados por avaliações do tipo dose-resposta.	Os achados subsidiaram a formulação de uma metodologia de gerenciamento de risco associado ao reprocessamento de produtos, à luz do princípio da precaução.
Guerra et. al., 2013; Brasil.	Avaliar evidências que apoiem ou não a prática de reprocessamento e reutilização de instrumentos médico-hospitalares, a princípio, de uso único.	Pesquisa bibliográfica	Ineficiência no processo de esterilização; identificação da presença de microorganismos no final do processo de esterilização, variedades tanto de instrumentos reutilizados quanto na forma de reprocessamento dos mesmos.	O artigo conclui que é importante considerar a validade dos protocolos de reprocessamento e reuso dos materiais cirúrgicos, além das literaturas existentes sobre o assunto. Salienta ainda que não pode ser a prática do reuso algo indiscriminado.
Salimena et. al., 2015; Brasil.	Conhecer a prática do enfermeiro no reprocessamento de materiais e seu conhecimento sobre deles nos Centros de Material Esterilizado.	Pesquisa Qualitativa.	O significado de reprocessamento de artigos de uso médico para o enfermeiro; descrição do procedimento pelo enfermeiro; o papel do enfermeiro e sua atualização acerca do procedimento.	O conhecimento dos enfermeiros entrevistados sobre a necessidade de aprimoramento, inclusive sobre o domínio das técnicas utilizadas para o procedimento.

Costa et.al, 2015; Brasil.	Analisar as condições técnicas do reprocessamento de produtos médicos, tendo em vista a qualidade e segurança sanitária da população usuária de produtos reprocessados.	Pesquisa avaliativa de estudo de casos múltiplos	Participaram os Centros de Material e Esterilização de dez hospitais públicos da Bahia. Foram estudadas cinco variáveis independentes que influenciam as condições do reprocessamento de produtos médicos. Adicionalmente, cada variável foi analisada em três níveis de avaliação de qualidade.	Os hospitais deste estudo possuem práticas de reprocessamento inadequadas, apontando possíveis problemas para o cuidado assistencial e para os órgãos fiscalizadores.
----------------------------	---	--	--	---

DISCUSSÃO

Essa revisão bibliográfica permitiu a análise de 11 artigos sobre o reprocessamento e reutilização de material hospitalar de uso único, os quais permitiram constatar o quanto ainda é necessário discutir sobre essa temática.

A definição dos artigos de uso único ou reusáveis são feitas pelos fabricantes. O reprocessamento desses materiais requer etapas como limpeza, teste de avaliação e desempenho, desinfecção e esterilização em todas as etapas do procedimento, conforme esclarece⁽²⁾.

Verificou-se que, embora os produtos de uso único sejam definidos para serem usados apenas uma vez, a sua reutilização é uma prática comum no Brasil e no mundo⁽⁷⁾. Essa prática indiscriminada gera riscos para os pacientes, que ficam expostos a diversas complicações devido a procedimentos mal executados. A desinformação dos profissionais ligados a saúde é um dos fatores que agravam essa problemática.

Percebeu-se também a existência de duas categorias distintas de material de uso único: uma que de fato precisa ser descartável porque não há possibilidade de reuso; e a segunda, de materiais que podem e devem ser reutilizados nos hospitais, desde que devidamente reprocessados. Dentro dessa segunda categoria, foi possível apurar os seguintes benefícios do reaproveitamento dos materiais para reuso: diminuição do lixo hospitalar, economia para as insti-

tuições de saúde, preservação do meio ambiente, entre outros⁽³⁾.

Torna-se importante observar que a questão do reuso destes materiais não pode girar apenas em torno de custos financeiros, há que se investir em estudos que avaliem os custos humanos (riscos) efetivos desta prática, tendo em vista os benefícios reais para o paciente, que devem sobrepor aos interesses financeiros, controvérsia já pontuada por estudo⁽¹⁾.

Outro ponto que foi abordado nas análises bibliográficas diz respeito à falta de diretrizes e protocolos mais claros com relação aos materiais de uso único, tanto por parte dos fabricantes quanto por parte das instituições de saúde. A lacuna provocada por essa carência de informações faz aumentar as dúvidas quanto à responsabilidade em relação aos procedimentos corretos de reutilização dos materiais de uso único nos hospitais brasileiros.

Percebe-se a incipiência de orientações atualizadas nesta área, gerando dúvidas e abrindo precedentes para que esta prática seja realizada de maneiras díspares, comprometendo a segurança do paciente, frente a necessidade de estudos mais atuais sobre a temática, tendo em vista que as publicações mais recentes levantadas eram de 2015^(8,9).

Corroborando, estudo⁽¹⁰⁾ revela que a falta de definição e orientações objetivas quanto aos métodos mais adequados de reprocessamento dos materiais de uso único gera nos profissionais dos hospitais várias dúvidas em relação ao modo correto de utilização, manipula-

ção e esterilização.

Não obstante, observou-se que existem várias tentativas da ANVISA a fim de solucionar estas questões, haja vista ser um tema extremamente atual e de grande pertinência, tanto para fabricantes quanto os profissionais da saúde.

Infelizmente, o conhecimento acerca desta temática ainda é controverso e incipiente, e não existe uma padronização, entretanto, observou-se em todas as publicações a preocupação dos pesquisadores e serviços de saúde em estabelecer medidas seguras de manipulação e processamento destes materiais. É preciso lembrar que as normas de segurança em reuso de materiais de uso único geram maior segurança para pacientes e economia para diversos segmentos a que estão ligadas.

CONCLUSÃO

As evidências da literatura demonstram que o reuso indiscriminado de produtos de uso único gera diversas complicações para os pacientes, que vão além das infecções hospitalares. É necessário um conhecimento maior na literatura já existente, além de ampliar a discussão quanto a essa prática.

Também foi possível perceber que não se trata de um problema único existente no Brasil, mas sim de uma prática mundialmente rotineira. Verificou-se a prática de reuso de material hospitalar de uso único como viável economicamente e correta do ponto de vista ético, desde que devidamente re-

alizados os procedimentos necessários para assegurar a esterilização e segurança em sua (re)utilização.

Baseado no conhecimento que já se tem sobre o assunto, pesquisas apontam para a necessidade de se desenvolver novas discussões sobre a temática, tendo em vista o reuso de materiais hospitalares já serem uma prática bastante comum nas instituições de saúde. Entretanto, e por este motivo é necessário validar com segurança esses procedimentos, uma vez que se trata de um assunto de saúde pública, ética, econômica, sustentável e política.

A ANVISA vem tentando validar procedimentos, por meio de protocolos e consultas sobre o assunto. Contudo, nota-se que a lacuna existente na legislação que trata do reuso dos materiais de uso único que não contempla com a mesma eficiência aos tópicos

que deveria conceber, abrindo uma lacuna que pode comprometer a segurança dos processos.

É necessário oferecer subsídios para um entendimento maior por parte dos profissionais da saúde com relação aos procedimentos para o processamento do reuso dos materiais de uso único. A ausência de informações pertinentes aumenta as chances de inadequações quanto ao modo correto de proceder na limpeza dos materiais de reuso hospitalar.

Finalmente, conclui-se que a prática de reutilização dos materiais de uso único já se sedimentou enquanto uma prática frequente e é muito presente nas instituições de saúde. As pesquisas apontaram que esta prática proporciona redução de custos e de agressão ao meio ambiente, a medida que a reutilização também reduz a produção de

lixo hospitalar.

Diante desta nova realidade, observa-se que o conhecimento é incipiente e muitas vezes as iniciativas estão pautadas apenas em custos (financeiros, ambientais).

Face a esta lacuna, é importante que o enfermeiro busque conhecimento específico nesta área e esteja atento aos riscos e benefícios desta prática, em que pese como diferencial a segurança do paciente, sendo fundamental assegurar adequadas condições de reprocessamento, estabelecer critérios de controle de qualidade destes materiais reprocessados, bem como orientar os profissionais que atuam na área e validar protocolos que garantam os melhores procedimentos, somente assim será possível efetivar a prática já existente de forma segura e adequada. ■

REFERÊNCIAS

1. Graziano KUS, Psaltikidis A, Molina E. *Enfermagem em Centro de Material e Esterilização*. 1. ed. São Paulo: Editora Manole; 2011.
2. Costa EAM, Costa EA. Risco e segurança sanitária: análise do reprocessamento de produtos médicos em hospitais de Salvador, BA. *Revista Saúde Pública* [Internet]. 2012 [acesso em 28 set 2019]; 46(5):800-807. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012000500006>.
3. Oliveira AC, Oliveira KA, Noronha AAHT, Gome OMS, Braga FR. Reprocessamento de produtos de uso único nas instituições hospitalares de Belo Horizonte. *REME* [Internet]. 2006 jan/mar [acesso em 28 set 2018]; 10(2):138-144. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/398>.
4. Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Resolução RDC n.º 156, de 11 de agosto de 2006. Dispõe sobre o registro, rotulagem e reprocessamento de produtos médicos e dá outras providências [Internet]. Brasília; 2006 [acesso em 24 set 2018]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2006/res0156_11_08_2006.html.
5. Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Resolução n.º 2.606, de 11 de agosto de 2006. Dispõe sobre as diretrizes para elaboração, validação e implantação de protocolos de reprocessamento de produtos médicos e dá outras providências [Internet]. Brasília; 2006 [acesso em 24 set 2018]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2006/res2606_11_08_2006.html.
6. Guerra LM, Almendra Neto OM, Costa DA, Mesquita GV, Costa DA. *Processamento dos materiais médico-hospitalares: uma revisão bibliográfica sobre a eficácia da esterilização*. *Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção* [Internet]. 2013 [acesso em 28 set 2018]; 3(2):62-66. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/2959>. <https://doi.org/10.17058/reci.v3i2.2959>.
7. Costa MAE, Costa E. Reprocessamento de produtos médicos: da política regulatória à prática operacional. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2011 [acesso em 28 set 2018], 16(12). Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63020981027>.
8. Costa EAM, Dórea EO, Alves MAN, Nery FS, Schettini FH, Belmonte M, Santana MS, Santos GJ, Pastor L. Reprocessamento de produtos para saúde: análise da qualidade sanitária em hospitais públicos. *Revista sobecc* [Internet]. 2015 [acesso em 24 set 2018]; 20(1):17-23. Disponível em: <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/75>.
9. Salinema AMO, Garcia FR, Melo MCSC, Silva GA. Reprocessamento de artigos de uso hospitalar: Dicotomia entre o saber e o fazer na enfermagem. *Revista Enfermagem UFJF* [Internet]. 2015 jan-jun [acesso em 28 set 2018]; 1(1):33-38. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/enfermagem>.
10. Denser CPAC, Lacerda RA. Reprocessamento e reutilização de material odonto-médico-hospitalar de uso único: busca de evidências pela revisão sistemática de literatura científica. *Acta Paulista de Enfermagem* [Internet]. 2006 [acesso em 28 set 2018]; 19(3). Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307023807010>.

Características dos casos notificados de febre amarela silvestre nas regiões sul e sudeste do Brasil no período entre 2013-2016

RESUMO

Objetivo: descrever as características dos casos notificados de febre amarela silvestre nas regiões Sul e Sudeste do Brasil no período entre 2013 e 2016. **Método:** estudo descritivo-exploratório de abordagem quantitativa, realizado em março de 2019, com dados que constam no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Foram analisados por estatística descritiva. **Resultados:** foram notificados 51 casos de febre amarela silvestre, com predomínio para o ano de 2016 na região sudeste com 92,2% dos casos. O sexo masculino foi o mais acometido (98%), na faixa etária de 40-59 anos (44%), residentes em áreas rurais (94%) e com predominância de notificações no mês de dezembro (94%). A taxa de letalidade foi de 62,8%. **Conclusão:** observou-se elevada taxa de letalidade, com predominância de casos de febre amarela silvestre em homens, residentes de área rural e em idade economicamente ativa, permitindo elencar estratégias educativas para minimizar o risco da disseminação da doença.

DESCRITORES: Febre Amarela; Epidemiologia Descritiva; Brasil.

ABSTRACT

Objective: Describe the characteristics of the reported wild yellow fever cases in southern and southeastern Brazil between 2013 and 2016. **Method:** A descriptive exploratory study with a quantitative approach, conducted in March 2019, with data from the Department of Informatics of Unified Health System. They were analyzed by descriptive statistics. **Results:** 51 cases of wild yellow fever were reported, with a predominance for 2016 in the southeast region with 92.2% of the cases. Males were the most affected (98%), aged 40-59 years (44%), living in rural areas (94%) and with the predominance of notifications in December (94%). The case fatality rate was 62.8%. **Conclusion:** a high case fatality rate was observed, with predominance of cases of wild yellow fever in men, rural residents and economically active age, allowing to list educational strategies to minimize the risk of spreading the disease.

DESCRIPTORS: Yellow Fever, Epidemiology; Descriptive; Brazil.

RESUMEN

Objetivo: Describir las características de los casos reportados de fiebre amarilla salvaje en las regiones sur y sureste de Brasil entre 2013 y 2016. **Método:** Estudio exploratorio descriptivo con enfoque cuantitativo, realizado en marzo de 2019, con datos del Departamento de Informática. Sistema de Salud: fueron analizados por estadística descriptiva. **Resultados:** se notificaron 51 casos de fiebre amarilla salvaje, con predominio para 2016 en la región sureste con el 92.2% de los casos. Los hombres fueron los más afectados (98%), de 40 a 59 años (44%), que vivían en zonas rurales (94%) y predominaban las notificaciones en diciembre (94%). La tasa de letalidad fue del 62.8%. **Conclusión:** se observó una alta tasa de letalidad, con predominio de casos de fiebre amarilla salvaje en hombres, residentes rurales y edad económicamente activa, lo que permitió enumerar estrategias educativas para minimizar el riesgo de propagación de la enfermedad.

DESCRIPTORES: Fiebre Amarilla; Epidemiología Descriptiva; Brasil.

Ana Paula Moro

Discente do Curso de Enfermagem das Faculdades Integradas Santa Cruz de Curitiba. Brasil.

Camila Carmo Mota

Discente do Curso de Enfermagem das Faculdades Integradas Santa Cruz de Curitiba. Brasil.

Lucas Adriano Hreçay

Discente do Curso de Enfermagem das Faculdades Integradas Santa Cruz de Curitiba. Brasil.

Nathan Dzivenka Vieira

Discente do Curso de Enfermagem das Faculdades Integradas Santa Cruz de Curitiba. Brasil.

Natielen Pierobon

Discente do Curso de Enfermagem das Faculdades Integradas Santa Cruz de Curitiba. Brasil.

Josemar Batista

Professor Adjunto do Curso de Enfermagem das Faculdades Integradas Santa Cruz de Curitiba. Doutorando em Enfermagem pela Universidade Federal do Paraná. Brasil.

Larissa Marcondes

Professora Adjunta do Curso de Enfermagem das Faculdades Integradas Santa Cruz de Curitiba. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Paraná. Brasil.

INTRODUÇÃO

A febre amarela é uma doença infecciosa febril aguda transmitida por vetores artrópodes e causada por um vírus do gênero *Flavivirus*, família *Flaviviridae*⁽¹⁾. A doença acomete, principalmente, países de clima tropical, com destaque para os situados na África e Américas do Sul e Central⁽²⁾, e sua transmissão ocorre pela picada de mosquitos do gênero *Haemagogus* e *Sabethes* (forma silvestre) e *Aedes* - forma urbana^(1,3).

As formas assintomáticas ou leves são prevalentes entre os casos de febre amarela. Entretanto, cerca de 20% evolui para formas ictericas graves e com letalidade variando entre 20 e 60%⁽³⁾. Em 2013, um estudo⁽²⁾ de modelagem apontou que somente na África o número de casos graves foi de 84.000 a 170.000, enquanto o número de óbitos foi estimado entre 29.000 e 60.000. Nos últimos anos, países como a Angola, Brasil, Nigéria e República Democrática do Congo enfrentam a crescente circulação viral em seus territórios, o que por sua vez, não representa risco apenas para suas respectivas populações, mas sim para disseminação da febre amarela a nível global, sobretudo na Ásia, haja vista, que dois bilhões de pessoas não se encontram imunizadas e vivem em áreas de risco e densamente povoadas⁽⁴⁾.

A partir da introdução da vacina contra a febre amarela no Brasil em 1937, o ciclo de transmissão urbana passou a não ter registros. No entanto, o ciclo de transmissão silvestre tornou-se endêmico, acometendo inclusive, a região

extra-amazônica, caracterizando a reemergência do vírus no país. Sabe-se que o aumento da circulação viral nestas regiões ocorre, principalmente, devido a ciclos envolvendo primatas não humanos (PNH) e mosquitos silvestres arbóreos⁽¹⁾. Considerando que a febre amarela é uma doença que apresenta risco da transmissão urbana por *Aedes Aegypti*, esforços devem ser empreendidos para detecção precoce e a resposta oportuna do serviço, o que pode favorecer a minimização dos riscos e dos efeitos de uma epidemia na população humana pela adoção oportuna das estratégias de prevenção e controle⁽⁵⁾.

Frente aos diversos surtos de febre amarela silvestre identificados nas regiões Sul e Sudeste brasileiras^(3,6) há que se considerar que analisar os casos notificados possa ser relevante para elaboração de estratégias educativas, cuja finalidade será de contribuir para o elenco de medidas corretivas com vistas a aprimorar as ações de vigilância e controle da febre amarela e, assim, reduzir o risco de reintrodução viral na área urbana. Desta forma, o objetivo desta pesquisa é descrever as características dos casos notificados de febre amarela silvestre nas regiões Sul e Sudeste do Brasil no período entre 2013 e 2016, levantando o questionamento: Qual o número de casos notificados de febre amarela silvestre e suas características nas regiões Sul e Sudeste do Brasil entre 2013 a 2016?

METODOLOGIA

Estudo descritivo-exploratório de

abordagem quantitativa, realizado em março de 2019, com dados que constam no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), através da ferramenta TABNET, a qual faz uso do banco de dados de doenças e agravos de notificação, assim como informações demográficas e socioeconômicas - censos, estimativas e projeções⁽⁷⁾.

Os dados estão, em maior parte, vinculados ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), alimentado através de Fichas de Notificação Individual (FNI) e Fichas de Investigação Individual (FII), configurando um mecanismo que possibilita a investigação da fonte de infecção, os mecanismos de transmissão da doença e a confirmação ou descarte da suspeita⁽⁸⁾.

Foram considerados como critérios de inclusão todas os casos notificados e confirmados por exames laboratoriais para febre amarela silvestre, nas regiões Sudeste e Sul do Brasil entre os anos de 2013 a 2016. Optou-se por esse recorte temporal para poder sintetizar os casos mais recentes e pela indisponibilidade de dados completos para os anos subsequentes. As regiões Sul (Paraná, Santa Catarina, Rio Grande Sul) e Sudeste (Minas Gerais, São Paulo, Espírito Santo, Rio de Janeiro) do Brasil contam com uma estimativa populacional de 107.751.321 habitantes, cerca de 56,49% do total da população brasileira. As duas regiões possuem 1.501.308,777 km² de extensão territorial e 2.859 municípios, correspondendo a 17,64% de todo o território brasileiro⁽⁹⁾.

Os casos notificados foram distribu-

idos por ano e Unidade da Federação (UF) de ocorrência, segundo as variáveis: idade, sexo, escolaridade, raça, município de infecção, local provável de infecção (autóctone município de residência ou alóctone), mês do 1º sintoma e evolução (óbito ou cura). Os dados foram transcritos em planilha eletrônica do Microsoft Office Excel®, e após foram analisados por estatística descritiva distribuídos em fre-

quências simples absoluta e relativa.

Tendo em vista que foram utilizados dados secundários provenientes de plataforma de domínio público, a pesquisa não necessitou ser aprovada por Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). No entanto, cabe destacar que todos preceitos éticos estabelecidos na Resolução n.º 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) foram seguidos e atendidos.

RESULTADOS

No período de 2013-2016 foram confirmados 51 casos de febre amarela silvestre, com predomínio de notificações no ano de 2016 (Tabela 1). Do total de casos, 62,8 % (n=32) evoluíram ao óbito, representando letalidade de 62,7%. Em dois anos (2013 e 2014) não foram reportados casos, desta forma, foram suprimidos dos resultados.

Tabela 1. Distribuição de casos notificados de febre amarela silvestre na região sul e sudeste do Brasil. Curitiba, PR, Brasil, 2013- 2016.

VARIÁVEIS	REGIÃO SUL		REGIÃO SUDESTE		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
ANO DE NOTIFICAÇÃO/ CONFIRMAÇÃO						
2015	01	100	03	6,0	04	7,8
2016	-	-	47	94,0	47	92,2
LOCAL PROVÁVEL DE INFECÇÃO						
Autóctone município de residência	-	-	04	8,0	04	7,8
Alóctone	01	100	04	8,0	05	9,8
Indeterminado	-	-	42	84,0	42	82,4
EVOLUÇÃO DO CASO						
Óbito	1	100	31	62,0	32	62,8
Cura	-	-	15	30,0	15	29,4
Ignorado/branco	-	-	04	8,0	04	7,8
Total	01	2,0	50	98,0	51	100

Fonte: SINAN/DATASUS, 2019.

A Tabela 2 mostra as características sociodemográficas dos indiví-

duos acometidos por febre amarela. Não houve notificação na faixa etá-

ria ≤19 anos.

Houve prevalência de casos notificados em

Tabela 2. Distribuição das características dos indivíduos acometidos por febre amarela na região sul e sudeste do Brasil. Curitiba, PR, Brasil, 2013-2019.

VARIÁVEIS	REGIÃO SUL		REGIÃO SUDESTE	
	n	%	n	%
SEXO				
Masculino	01	100	49	98,0
Feminino	-	-	01	2,0
IDADE (EM ANOS)				
20-39	01	100	15	30,0
40-59	-	-	22	44,0
60-64	-	-	06	12,0

artigo

Moro, A.P.; Mota, C.C.; Hreçay, L.A.; Vieira, N.D.; Pierobon, N.; Batista, J.; Marcondes, L.

Características dos casos notificados de febre amarela silvestre nas regiões sul e sudeste do Brasil no período entre 2013-2016

65-69	-	-	01	2,0
70-79	-	-	01	2,0
BRANCO/IGNORADO	-	-	05	10,0
Raça				
Branca	-	-	03	6,0
Parda	-	-	01	2,0
Preta	-	-	02	4,0
Branco/Ignorado	01	100	44	88,0
ESCOLARIDADE				
Ensino fundamental completo	-	-	02	4,0
Ensino Médio Completo	-	-	03	6,0
Branco/Ignorado	01	100	45	90,0
ZONA DE RESIDÊNCIA				
Urbana	-	-	03	6,0
Rural	01	100	47	94,0
MESES DE PREDOMINÂNCIA				
Janeiro	-	-	02	4,0
Março	01	100	01	2,0
Dezembro	-	-	47	94,0
Total	01	100	50	100

Fonte: SINAN/DATASUS, 2019.

municípios do estado de Minas Gerais com 47 casos (92,2%) conforme aponta a Tabela 3.

DISCUSSÃO

Os dados mostraram que entre os anos de 2013 e 2016 houve aumento no número

Tabela 3. Distribuição dos casos de febre amarela na região sul e sudeste do Brasil, segundo município notificador. Curitiba, Paraná, Brasil, 2013-2016.

MUNICÍPIO	NOTIFICAÇÕES	
	n	%
Ladainha	10	19,2
Imbé de Minas	05	9,6
Piedade de Caratinga	04	7,6
Caratinga	03	5,8
Malacacheta	03	5,8
Ipanema	02	3,9
Itambacuri	02	3,9
Poté	02	3,9
São Sebastião do Maranhão	02	3,9
Teófilo Otoni	02	3,9
Ubaporanga	02	3,9
Itapiranga	01	1,9

Manacapuru	01	1,9
Delfinópolis	01	1,9
Entre Folhas	01	1,9
Frei Gaspar	01	1,9
Inhapim	01	1,9
Novo Cruzeiro	01	1,9
Américo Brasiliense	01	1,9
Bady Bassitt	01	1,9
Ribeirão Preto	01	1,9
São Caetano do Sul	01	1,9
São Paulo	01	1,9
Goiânia	01	1,9
São Luís de Montes Belos	01	1,9
Senador Canedo	01	1,9
Total	52	100

Fonte: SINAN/DATASUS, 2019.

Em relação as características demográficas, o grupo mais acometido por febre amarela silvestre são adultos jovens do sexo masculino e trabalhadores de áreas rurais⁽¹¹⁾.

ro de notificação, principalmente, para a região Sudeste e entre os municípios do estado de Minas Gerais. Desde o final do ano de 2016, o Brasil apresenta um dos maiores surtos de febre amarela de transmissão silvestre da sua história, com ocorrência em estados da região Sudeste,

principalmente Minas Gerais e Espírito Santo, mas também no Rio de Janeiro e em São Paulo⁽⁶⁾.

As epidemias de febre amarela silvestre têm relação direta com as mudanças climáticas e sociais. Sabe-se que os desmatamentos, as tragédias naturais ou pela ação direta do homem, determinam deslocamentos populacionais para áreas próximas de florestas, além de ocasionar desequilíbrios ambientais e aumentar a possibilidade de contato com mosquitos infectados⁽³⁾. Essa característica, explica em parte, o maior número de casos notificados no estado de Minas Gerais, principalmente, após o rompimento da barreira de Mariana em 2015. Nesta ocasião, 62 milhões de rejeitos atingiram cidades próximas, ocasionando mudanças no ecossistema da região e elevando o risco de proliferação do mosquito⁽¹⁰⁾.

Neste sentido, a mudança do perfil epidemiológico associado a diminuição da imunidade da população à infecção, da colonização de ambientes silvestres, dos movimentos migratórios da população e das mudanças climáticas têm influenciado no número de casos reportados em âmbito nacional⁽⁵⁾, o que incita autoridades sanitárias intensificarem ações em prol de controlar e evitar a disseminação da doença, em especial, em áreas densamente

povoadas, com baixa cobertura vacinal e infestadas pelo mosquito *Aedes aegypti*^(1,6), o que traz à tona a necessidade de se conhecer melhor os fatores relacionados à dispersão e à emergência do vírus em áreas consideradas indenes ou livres de risco⁽⁵⁾, principalmente, ao reconhecer a elevada taxa de letalidade da doença, a qual representou na presente pesquisa 62,8%.

No Brasil, a partir da análise da série histórica (2000-2012) a taxa de letalidade média foi de 47,8%, e o estado de Minas Gerais foi o que notificou o maior número de casos de febre amarela silvestre⁽¹¹⁾. É reconhecido que as formas graves e malignas dessa doença acometem entre 15% a 60% das pessoas com sintomas que são notificadas durante epidemias, com evolução para óbito entre 20% e 50% dos casos⁽¹⁾.

Em relação as características demográficas, o grupo mais acometido por febre amarela silvestre são adultos jovens do sexo masculino e trabalhadores de áreas rurais⁽¹¹⁾. De 2000 a 2010, a doença acometeu, no estado de São Paulo, preponderantemente, homens com idade entre 15 e 59 anos - 62,5%; n=20⁽¹²⁾. Outro estudo epidemiológico⁽¹¹⁾, ecológico e descritivo, cujo objetivo foi descrever o perfil epidemiológico da febre amarela silvestre no Brasil no período de 2000 a 2012 relatou

a ocorrência de 326 casos confirmados. Destes, 268 acometeram jovens adultos do sexo masculino, retratando proporção de 4,62 homens para cada uma mulher que adoeceu pela doença, reforçando a predominância do sexo masculino na composição dos casos notificados de febre amarela silvestre no país e corroborando com os dados da presente pesquisa.

Esses dados indicam a vulnerabilidade do sexo masculino para esse tipo de agravo, o que, por sua vez, pode ser justificado pelo fato de que os homens estão mais suscetíveis à febre amarela silvestre pelo maior contato com mosquitos transmissores da doença em áreas florestais, decorrente muitas vezes pela atividade laborativa^(11,13). Soma-se ainda, ao fato de que muitos jovens estão mais vulneráveis a contrair a doença pela prática de ecoturismo, que envolve trilha em matas sem vacinação prévia⁽¹³⁾. Aliás, pode-se inferir que o acometimento maior em homens se dá pelo fato da mulher ser mais assídua na participação de campanhas de saúde mantendo vacinas em dia, o que já há mais resistência por parte do sexo masculino. Esse fato merece ser melhor explorado em estudos subsequentes, haja vista a relação direta entre a não vacinação e a transmissão da forma silvestre da doença⁽¹²⁾.

Em áreas de alto risco, onde a cobertura vacinal é baixa, o reconhecimento imediato e o controle de surtos usando imunização em massa são fundamentais. É importante vacinar a maioria (80% ou mais) da população em risco para reduzir a transmissão em uma região com surto de febre amarela⁽²⁾. Neste sentido, dada a relevância da vacinação como forma para evitar a reurbanização da doença, o Strategic Advisory Group of Experts, da Organização Mundial da Saúde (OMS), revisou estudos e concluiu que a utilização de um quinto da dose normal da febre amarela pode vir a proteger a população por um período de 12 meses ou mais. A dose fracionada pode ser estratégia segura e eficaz para as campanhas de vacinação em massa frente ao controle de surtos urbanos, em situações de insuficiência vacinal⁽¹⁴⁾.

Os dados aqui, ora apresentados, mos-

Entre os fatores relacionados a reemergência e a dispersão do vírus, podem-se ser citados a elevada temperatura e pluviosidade; alta densidade de vetores e hospedeiros primários; presença de indivíduos suscetíveis; baixas coberturas vacinais; e eventualmente, novas linhagens do vírus⁽¹⁾ e, assim, são variáveis proeminentes a serem consideradas pelas vigilâncias em saúde em prol de reduzir o surgimento de novos casos.

traram, majoritariamente, que o mês de dezembro foi prevalente entre os meses de notificação em ambas as regiões investigadas. Esse resultado contrapõe a outro estudo⁽¹¹⁾ brasileiro ao que se refere à sazonalidade da febre amarela silvestre no período de 2000 a 2012. Este apontou que os meses de janeiro a junho registraram 95% dos 326 casos notificados; entretanto, o maior número de notificações se iniciou no mês de dezembro. Recomenda-se que no período sazonal, que se estende entre dezembro e maio, haja maior atenção pelos serviços de saúde frente ao monitoramento epidemiológico e identificação precoce da circulação viral^(5,15). Entre os fatores relacionados a reemergência e à dispersão do vírus, podem-se ser citados a elevada temperatura e pluviosidade; alta densidade de vetores e hospedeiros primários; presença de indivíduos suscetíveis; baixas coberturas vacinais; e eventualmente, novas linhagens do vírus⁽¹⁾ e, assim, são variáveis proeminentes a serem consideradas pelas vigilâncias em saúde em prol de reduzir o surgimento de novos casos.

Na presente pesquisa, houve elevado índice de registros em branco ou ignorados, o que, por sua vez, possibilita uma subestimação das informações dos casos notificados de febre amarela silvestre. Falhas na completitude ocorrem devido ao mau preenchimento das fichas de notificações pelos profissionais de saúde bem como pela incipiência do resgate destas variáveis incompletas ou inconsistentes pelos setores de vigilância epidemiológica hospitalar e municipal⁽¹⁶⁾. Desta forma, torna-se relevante capacitar os profissionais de saúde ao que concerne a importância da investigação e notificação de casos suspeitos/confirmados, mapeando áreas geográficas e padrão de ocorrência sazonal, ampliando, assim, a resposta positiva pelos serviços de saúde.

CONCLUSÃO

No período de 2013 a 2016, observou-se que nas regiões Sul e Sudeste do Brasil houve predomínio de casos notificados por febre amarela silvestre em homens,

em idade economicamente ativa e residentes na área rural, em especial no estado de Minas Gerais. Controlar a proliferação dos vetores, promover campanhas de vacinação e planejar educação em saúde para alertar a população frente aos riscos oriundos da doença, principalmente, em trabalhadores de áreas rurais são estratégias a serem adotadas pelos serviços de saúde com vistas a controlar a febre amarela silvestre e evitar a reurbanização do vírus.

Os resultados apontam a necessidade de melhorar os registros dos itens contidos nas fichas de notificações. A incompletude

dessas informações e a não investigação da cobertura vacinal para realização de testes de associação entre as variáveis foram limitações do presente estudo.

Apesar da febre amarela ter sua prevenção com a vacina distribuída gratuitamente para a população brasileira, sendo esta de baixo custo, o domínio da disseminação através do controle do vetor demonstra-se ser um desafio para os profissionais de saúde e gestores. Desta forma, observar o cenário atual através da visualização dos dados epidemiológicos trazidos nesta pesquisa é possível

compreender a importância da vacinação na população geral com a periodicidade apontada no calendário vacinal do Ministério da Saúde do Brasil, a fim de diminuir os riscos de ter esta patologia.

Ressalta-se também a importância desta pesquisa para a enfermagem pelo fato dos enfermeiros serem, na maior parte, os capacitados por realizarem a notificação da febre amarela nos serviços de atenção à saúde, fazendo, assim, de forma completa e idônea, com o objetivo de disponibilizar dados de qualidade para a divulgação pelos sistemas de notificação. ■

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde (BR). *Febre amarela: guia para profissionais de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde* [Internet]. – 1. ed., atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018 [citado 23 ago 2019]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/images/pdf/2018/janeiro/18/Guia-febre-amarela-2018.pdf>.
2. World Health Organization. *Yellow fever* [Internet]. 2019 [citado 20 ago 2019]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/yellow-fever>.
3. Medeiros EAS. Challenges in the control and treatment of yellow fever in Brazil. *Acta paul. Enferm.* [Internet]. 2018 [citado 12 mar 2019]; 31(2):III-IV. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201800017>.
4. World Health Organization. *Bulletin of the World Health Organization* [Internet]. 2018 [citado 12 mar 2019]; 96:374-375. DOI: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.18.020618>.
5. Ministério da Saúde (BR). *Boletim Epidemiológico. Secretaria de Vigilância em Saúde* [Internet]. 2015 [citado em 25 ago 2019]; 46(23). Disponível em: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:KQ4iPLYxtvkj:www.saude.gov.br/images/pdf/2015/agosto/07/2015-008---FA.pdf+&c-d=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>.
6. Cavalcante KRLJ, Tauil PL. Risco de reintrodução da febre amarela urbana no Brasil. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2017 [citado em 12 mar 2019]; 26(3):617-620. DOI: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742017000300018>.
7. Ministério da Saúde (BR). *Datasus. Sistema de Informações em saúde. Febre amarela - casos confirmados notificados no sistema de informação de agravos de notificação 2013-2016* [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2019 [citado em 13 mar 2019]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATA-SUS/index.php?area=0203&id=29878153>.
8. Sistema de Informação de Agravos de Notificação. SINAN. *Funcionamento* [Internet]. 2017 [citado 12 mar 2019]. Disponível em: <http://portalsinan.saude.gov.br/funcionamentos>
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BR). *O Brasil em Síntese* [Internet]. 2019 [citado 12 mar 2019]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br>.
10. Rodrigues DE, Cruz MAC, Dias APM, Silva CVP, Lages CS, Marcelini MV et al. Algumas análises sobre os impactos à saúde do desastre em Mariana (MG). In: Milanez B, Losekann C. *Desastre no Vale do Rio Doce: antecedentes, impactos e ações sobre a destruição Rio de Janeiro: Folio Digital: Letra e Imagem; 2016.*
11. Cavalcante KRLJ, Tauil PL. Características epidemiológicas da febre amarela no Brasil, 2000-2012. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2016 [citado em 23 ago 2019]; 25(1):11-20. DOI: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742016000100002>.
12. Saad LDC, Barata RB. Surtos de febre amarela no estado de São Paulo, 2000-2010. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2016 [citado em 12 mar 2019]; 25(3): 531-540. DOI: <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742016000300009>.
13. Vasconcelos PFC. Febre Amarela. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.* [Internet]. 2003 [citado em 12 mar 2019]; 36(2): 275-293. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0037-86822003000200012>.
14. Organização Mundial da Saúde. P&R: surto de febre amarela em Angola e na República Democrática do Congo [Internet]. 2016 [citado 25 ago 2019]. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/yellow-fever/mediacentre/qa/pt/>.
15. Romano APM, Ramos DG, Araújo FAA, Siqueira GAM, Ribeiro MPD, Leal SG, et al. Febre amarela no Brasil: recomendações para a vigilância, prevenção e controle. *Epidemiol Serv Saude* [Internet]. 2011 [citado em 24 ago 2019]; 20(1):101-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742011000100011>.
16. Maia DAB, Frias PG, Assunção RS, Vidal AS, Moraes Vanderlei LC. Avaliação da implantação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação em Pernambuco, 2014. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2019 [citado 25 ago 2019]; 28(1):1-13. DOI: <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742019000100002>.

Afetos expressos por acadêmicos de enfermagem na iminência de cuidar do portador de sofrimento psíquico

RESUMO

A pesquisa aborda os afetos expressos pelos acadêmicos de enfermagem frente a iminência de cuidar do portador de sofrimento psíquico no Centro de Atenção Psicossocial. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de abordagem sociopoética, produzida com graduandos do 6º período do Curso de Enfermagem de uma universidade pública. A produção de dados deu-se por meio do dispositivo grupo pesquisador, com aplicação da técnica de análise classificatória da sociopoética. Foram depreendidas duas categorias de análise: afetos alegres na iminência do cuidado destes usuários e afetos tristes influenciados pela representação da doença mental. Conclui-se que há necessidade de aprimorar o ensino dos aspectos socioemocionais na formação dos enfermeiros para melhor atuarem na Atenção Psicossocial, considerando-se que os afetos envolvidos no encontro estudante-portador de sofrimento psíquico são impregnados por representações sociais negativas da doença mental. Os afetos alegres podem ser motivados pela promoção de encontros sensíveis entre acadêmicos e usuários da Atenção Psicossocial.

DESCRITORES: Serviços de Saúde Mental; Ensino de Enfermagem; Emoções.

ABSTRACT

The research addresses the affects expressed by nursing students facing the imminence of taking care of the person suffering from psychological distress at the Psychosocial Care Center. This is a qualitative research with a sociopoetic approach, produced with undergraduate students of the 6th period of the Nursing Course of a public university. Data were produced through the researcher group device, applying the sociopoetic classificatory analysis technique. Two categories of analysis were inferred: happy affects on the imminent care of these users and sad affects influenced by the representation of mental illness. It is concluded that there is a need to improve the teaching of socio-emotional aspects in the education of nurses to better work in Psychosocial Care, considering that the affections involved in the student-suffering encounter are impregnated by negative social representations of mental illness. Joyful affections can be motivated by the promotion of sensitive encounters between academics and Psychosocial Care users.

DESCRIPTORS: Mental Health Services; Nursing Teaching; Emotions.

RESUMEN

La investigación aborda los afectos expresados por los estudiantes de enfermería que enfrentan la inminencia de cuidar a la persona que sufre de angustia psicológica en el Centro de Atención Psicossocial. Esta es una investigación cualitativa con un enfoque sociopoético, producida con estudiantes de pregrado del sexto período del Curso de Enfermería de una universidad pública. Los datos se produjeron a través del dispositivo del grupo de investigadores, aplicando la técnica de análisis clasificatorio sociopoético. Se infirieron dos categorías de análisis: afectos felices en la atención inminente de estos usuarios y afectos tristes influenciados por la representación de enfermedades mentales. Se concluye que existe la necesidad de mejorar la enseñanza de los aspectos socioemocionales en la educación de las enfermeras para trabajar mejor en la Atención Psicossocial, considerando que las afecciones involucradas en el encuentro de sufrimiento de los estudiantes están impregnadas de representaciones sociales negativas de enfermedades mentales. Los afectos alegres pueden estar motivados por la promoción de encuentros sensibles entre académicos y usuarios de atención psicossocial.

DESCRIPTORES: Servicios de Salud Mental; Enseñanza de Enfermería; Emociones.

Raquel Tavares Brito Fernandes

Mestranda do Programa Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde (PACCS). Universidade Federal Fluminense (UFF). Especialista em Dependência Química pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

Cláudia Mara de Melo Tavares

Doutora em Enfermagem, Professora Titular do Programa Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde (PACCS). Universidade Federal Fluminense.

Rafael Rodrigues Polakiewicz

Doutorando do Programa Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde (PACCS), Professor de Enfermagem em saúde coletiva (MEM). Universidade Federal Fluminense (UFF).

Marcela Pimenta Muniz

Doutora em Enfermagem, Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica (MEP), Vice-coordenadora da Residência de enfermagem de Saúde Coletiva (MEM). Universidade Federal Fluminense (UFF).

Rejane Eleuterio Ferreira

Doutoranda do Programa Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde (PACCS). Universidade Federal Fluminense (UFF).

INTRODUÇÃO

Nos novos modos de atenção em saúde mental preconiza-se que o enfermeiro cuide do paciente considerando o território de relações por ele habitado, e não apenas o espaço hospitalar ou manicomial, locus tradicional dos cuidados profissionais da enfermagem psiquiátrica, mediado pela perspectiva da doença e remissão de sintomas. O atual modelo de atenção em saúde mental exige grande transmutação dos cuidados profissionais de enfermagem dada a sua complexidade, requerendo a produção de cuidados na comunidade de forma horizontal e cidadã, utilizando-se tecnologias criativas de cuidado e desenvolvimento de estratégias de inclusão⁽¹⁾.

O cuidado implementado pelo enfermeiro no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) exige interação social com o paciente, familiares, equipes profissionais que participam da rede de matriciamento e o próprio território – exigindo formação das competências de natureza socioemocionais.

Assim, a mudança de perspectiva no modo de cuidar em saúde mental exige repensar os modos de ensinar enfermagem psiquiátrica, já que a realidade de ensino que se esboça parece não condizer com as demandas de assistência dos novos dispositivos de atenção à saúde mental. É consenso na literatura da área que, apesar da ampliação do papel do enfermeiro nos novos serviços de saúde mental, esse profissional pouco tem ocupado esse espaço.

Os autores são unânimes em afirmar que a formação desses profissionais para atuar nesses locais tem sido deficitária, interferindo no desempenho esperado para os enfermeiros de saúde mental⁽²⁾.

No Brasil não há consenso e nem regulamentação acerca das competências específicas do enfermeiro especialista em saúde mental. Também não há diretrizes específicas para o ensino de enfermagem psiquiátrica e de saúde mental, de modo que cada curso apresenta diferentes conteúdos, carga horária mínima de formação, período de ocorrência da disciplina, presença ou ausência de estágio curricular na Rede de Atenção Psicossocial, perspectiva pedagógica distinta e objetivos diversos. Como consenso, aponta-se o ensino orientado pelos princípios da Reforma Psiquiátrica - RP⁽³⁾.

As Diretrizes Curriculares Nacionais para formação do enfermeiro não definem as competências para a formação do enfermeiro em saúde mental em consonância com os preceitos atuais⁽⁴⁾. Essa tarefa fica a cargo dos Projetos Políticos Pedagógicos das Escolas que, raramente, delimitam competências específicas em saúde mental, o que dificulta um alinhamento das competências desenvolvidas na própria prática profissional de enfermagem. Esse problema parece estar relacionado à perspectiva generalista de formação, uma vez que também ocorre em outras disciplinas⁽⁵⁾.

Para autores⁽⁶⁾, adiciona-se a esse complexo contexto de formação do enfermeiro de saúde mental, as representações so-

ciais sobre a loucura e a pessoa portadora de sofrimento psíquico. As negatividades apontadas para esse sujeito não só afetam o interesse em atuar na área de enfermagem psiquiátrica como o próprio processo de ensino-aprendizagem de cuidar em saúde mental. Este desafio fica ainda mais problemático quando se trata de preparar os novos profissionais de enfermagem para o cuidado nos diversos cenários de atenção psicossocial em saúde mental.

O presente investiga os afetos dos acadêmicos de enfermagem diante da iminência do estágio curricular em serviço de atenção psicossocial. Buscamos com os resultados demonstrar a necessidade de desenvolver as competências socioemocionais no ensino de enfermagem psiquiátrica, tomando os afetos como ponto de partida ao conhecimento do campo de saúde mental. Conforme afirmaram autores⁽⁷⁾, a relação com o outro é, ao mesmo tempo, recurso, meio, motivo e condição do desenvolvimento e das ações do sujeito. Diante disto, este estudo levanta a seguinte hipótese para esta questão: O desenvolvimento do ensino de enfermagem nas disciplinas teórico-práticas dos Cursos de Graduação em enfermagem é ainda insuficiente para o enfermeiro atender as demandas de cuidado exigidas na Atenção Psicossocial? Com base no contexto acima apresentado, o estudo teve como objetivo analisar as experiências emocionais dos estudantes de enfermagem para lidar com a pessoa portadora de

sofrimento psíquico em dispositivos assistenciais de atenção psicossocial.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo, com abordagem Sociopoética, realizado com 21 alunos do 6º período do Curso de Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense (EAAAC/UFF), localizada no município de Niterói, Rio de Janeiro.

De acordo com estudo⁽³⁾, a sociopoética é um método de pesquisa que visa a produção de subjetividade, utilizando a sensibilidade, a criatividade e a relação com o corpo no processo de pesquisa, sendo o grupo-pesquisador o dispositivo de encontro para produção de dados. Na sociopoética, o grupo pesquisador não é uma técnica de pesquisa, mas um quadro dentro do qual diversas técnicas podem ser desenvolvidas, onde o pesquisador usa um “tema orientador” como ponto de partida para chegar àquilo que ele quer⁽⁸⁾.

Nesse estudo, a produção de dados deu-se através de experimentação estética utilizando-se a técnica dos sentidos com “A Caixa do Inesperado”, técnica inspirada no estudo desenvolvido por Fonseca⁽⁹⁾. Nessa técnica, caixas fechadas com matérias desconhecidas pelos participantes são colocadas sobre uma mesa, devendo os mesmos tocar os objetos em seu interior estando de olhos vendados. Todas as caixas estavam internamente forradas por plástico e continham, individualmente, um objeto/material diferente. Foram usadas: terra, chaves, slime, moedas e pedras polidas. A sexta caixa continha somente o plástico que forrava seu interior.

A experimentação iniciou-se com a apresentação da pesquisadora, do propósito da pesquisa a ser realizada e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Em seguida, os participantes foram vendados, tendo início o relaxamento através de uma música tranquila, com sons da natureza. Foi solicitado ao grupo que, ao relaxar, apro-

priassem-se à percepção de seus corpos. Após relaxamento, os co-participantes foram levados – ainda vendados – pelos facilitadores a 3 caixas para que tocassem seu conteúdo. Foi entregue a cada participante uma folha de papel dobrada em três partes, para que os mesmos descrevessem as sensações/percepções/afetos sentidos ao manuseio dos objetos/elementos contidos nas caixas, relacionando-os ao cuidado da pessoa portadora de sofrimento psíquico em serviços de atenção psicossocial.

Após a experimentação, foi realizado um momento onde o grupo-pesquisador produziu a escrita desses afetos sentidos. A escrita foi feita de forma anônima. Após a produção de dados na forma escrita, o grupo-pesquisador relatou verbalmente sua experiência, sendo essa etapa da pesquisa considerada para contra-análise.

Após transcrição, os dados foram organizados a partir de semelhanças e oposições, confluências e divergências. Para Gauthier⁽⁸⁾, quando identificados oposições e semelhanças, o interessante é ver como essas se ligam, como se pode passar de uma para outra. Essa análise categórica é conhecida na sociopoética como estudo viril/classificatório.

O estudo obedeceu a Resolução n.º 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense (CEP/FMUFF), n.º 3.302.315.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Mediante a experimentação estética utilizada, os afetos expressos pelos acadêmicos de enfermagem relacionadas ao cuidado do paciente portador de sofrimento na atenção psicossocial foram agrupadas nas seguintes categorias: Afetos alegres relacionados ao portador de sofrimento psíquico e Afetos tristes relacionados ao portador de sofrimento psíquico.

O sentido explorado na experimentação estética foi o tato, cuja sensação

permitiu ao participante experimentar, a partir de objetos presentes no ambiente cotidiano, afetos relacionados ao cuidar em saúde mental.

Acredita-se que o ser humano tem seis afetos básicos: felicidade, tristeza, medo, surpresa, raiva e nojo. Contudo, os afetos podem compor-se entre si de inúmeras maneiras, surgindo muitas variações. Os afetos podem assim não se apresentarem de forma material e dependem dos corpos e de seus tamanhos na consideração das afecções. Uma lembrança de um abraço pode ser um afeto feliz, potencializador, que move uma grande emoção e, por sua vez, considerado um afeto com um grande corpo⁽¹⁰⁾. Vários afetos podem formar distintas emoções. O resultado da pesquisa nos mostra inúmeras emoções materializadas, sendo formadas por múltiplos afetos. Foi observado nas experimentações afetos específicos formadores de emoções diversas e, para isso, as categorias formadas foram: Afetos alegres relacionados ao portador de sofrimento psíquico e Afetos tristes relacionados ao portador de sofrimento psíquico.

Os afetos apresentados foram: prazer, força, nojo, nostalgia, angústia, vazão, tristeza, contradição, medo e peso. Apesar de muitos aspectos afetivos aparecerem como afetos tristes e não alegres, torna-se curioso já observar a relação desses afetos com a história social da psiquiatria. Nos cabe refletir sobre o imaginário social da psiquiatria e sobre a própria representação social existente nesse local existencial de exclusão. Na iminência do cuidado em saúde, os discentes apresentaram-se distantes da autopoiese do cuidado, na relação de cuidar do outro, mantendo a dialética troca sensível, evidenciado nas emoções apresentadas, já que em sua maioria apresenta-nos impedimentos constitutivos para a prática do cuidado.

Afetos alegres relacionados ao portador de sofrimento psíquico

Segundo estudo⁽¹⁰⁾, nossa mente algumas vezes age e outras padece. Alguns

afetos são primitivos, como a alegria e a tristeza. Esse é um afeto proveniente do amor e esse seria gozar uma coisa e unir-se com ela, principalmente as suas qualidades. Ou seja, é reconhecida a qualidade nesses corpos existenciais que geram afetos positivos, como a alegria. Caso contrário, no desagrado de uma afecção dos corpos, os afetos são negativos e tristes. Poucos afetos positivos foram encontrados nesse estudo. Os afetos relacionados à psiquiatria não se dão necessariamente pelo contato humano, mas pelo imaginário social de exclusão, sugidade, violência, dor e impossibilidade.

Em relação aos afetos alegres formadores de boas emoções, o prazer se apresentou na experimentação como um dos afetos dos discentes, que nós consideramos como a contra-análise do estudo, podendo ser observadas representativas falas, como a seguir: “Algo bom de tocar, prazeroso, uma experiência boa, relaxante”. Outro discente continua: “Sensação de sucesso. A condição socioeconômica está diretamente ligada à relação do ser com ele e com o mundo”. O devir infantil foi observado na produção dos dados relacionados ao afeto do prazer evidenciado da seguinte forma: “O slime com as bolinhas de isopor me deixou com nervoso. Fiquei com vontade de brincar”. A força foi outro afeto encontrado em objetos que havia nas caixas. Podendo ser referenciado nas seguintes falas: “As pedras remetem a dureza e força, para desfragmentá-la é preciso de força, pela maneira que a mesma se encontra é possível remeter a sensação de dureza e força que é preciso para lidar com a vida”. Já outro discente exprime que: “Onde uma sensação é capaz de suportar a outra (a força supera a dureza), sendo assim nos obstáculos da vida”.

Um dos afetos alegres apresentados foi o de novidade, revelado pelo discente da seguinte forma: “Senti novidade, tranquilidade e preenchimento. Fiquei um tempo analisando os formatos das pedras. Me lembra um paciente com várias personalidades, pode ser que tenha um sofrimento psíquico, mas meio que

seria a essência dele. Várias caixinhas de vários formatos dando o formato de uma pessoa. A pessoa é agradável, tem um problema mental que precisa ser analisado”. A nostalgia foi outro afeto encontrado. Uma das falas chama a atenção pela representação social das chaves serem o oposto ao ato de trancar, punir e proibir, conforme podemos verificar: “Saudades, as chaves me fizeram sentir saudades da casa da minha mãe, em minha cidade natal”.

De uma outra maneira, quando mais confortável durante a experimentação os afetos de prazer apareceram, e, para um dos participantes: “Me senti tranquila e mais preenchida, tocando mais, tendo mais segurança”. Já para outro participante: “Vontade de rir e ao sentar meu corpo vibra como se estivesse sentindo uma alma entrando em mim”. O prazer é um afeto alegre. Cabe ressaltar que os afetos podem ser de muitas maneiras, pelas quais sua potência de agir é aumentada ou diminuída, enquanto outras tantas não tornam sua potência de agir nem maior e nem menor⁽¹⁰⁾.

Para um estudo⁽¹⁰⁾, a alegria é a passagem de uma perfeição menor para uma maior. E se diz passagem pelo fato desta não ser perfeita, por poder ter esse afeto sem ter sido afetado. No entanto, é uma passagem para um melhor estado de si e em referência a outros corpos que, nesse estudo, é esse local onde a psiquiatria se encontra na sociedade e no imaginário. A alegria de discentes de estarem no convívio de usuários da psiquiatria, de estarem dentro de locais que geram a produção do serviço, necessariamente não tem a ver apenas com o presente contato ou com a fundamentação técnico-científica, mas sim com toda o imaginário social da psiquiatria. Afetos alegres podem ter relação com uma sensibilidade no encontro com corpos. Esses são a extensão dos encontros e pelo movimento ou repouso que fazem durante a existência. Professores, familiares, a mídia, a sociedade, tudo pode gerar afetos alegres ou tristes, sobre uma coisa, mesmo antes de um encontro.

Afetos tristes relacionados ao por-

tador de sofrimento psíquico

Os afetos tristes são aqueles que fazem a passagem do homem de uma perfeição maior para uma menor. Não podendo se negar que a tristeza é um afeto que gera passagem para uma perfeição menor, mas não na perfeição menor em si, pois a potência de agir é diminuída ou reprimida, são afetos despotencializadores⁽¹⁰⁾. Muitos afetos tristes foram contemplados pelos discentes, esse afetos estão relacionados ao nojo, vazio, nostalgia, angústia, contradição, medo, peso. Um dos pesquisados exprimiu literamente o afeto tristeza, sendo possível observar na seguinte fala:

“Em segundo lugar, ao tocar em moedas, senti tristeza por pensar na possibilidade de relacionar à Saúde Mental. A partir disso, veio à minha mente como muitas vezes esses pacientes são negligenciados por não apresentarem muito impacto na economia do país. A maioria dos indivíduos em sofrimento mental não trabalha ou estuda e não produzem economicamente. Por isto, estas condições ainda são negligenciadas e não recebem a devida atenção das autoridades e nem investimento financeiro”.

Os afetos tristes, negativos e, por muitas vezes, despotencializadores nos apresentaram vários afetos que demonstram o imaginário social sobre a psiquiatria, nem sempre possível de ser substituído por afetos alegres, possivelmente pela ausência desse encontro. Segundo um dos participantes o nojo seria um dos afetos: “Senti nojo, na verdade o sentimento dela é o mais forte que vivi entre elas. Acho que é algo que a pessoa possa sentir ao se reconhecer na situação que vivencia”. Para outro participante, foi o vazio que o movimentou: “Me senti vazio, sem nenhuma emoção e com medo do que estava ali”. A contradição também foi observada em: “Sensação dubia de liberdade e aprisionamento, uma vez que o mesmo material pode causar

o aprisionamento e construir a barreira e esse mesmo material pode libertar de uma barreira, como nas algemas, nas prisões, nas casas”.

A angústia foi observada em muitos participantes da pesquisa, podendo ser compilada na fala de um dos participantes: “Senti um estranhamento e angústia em tocar, pois grudam. Relacionei com a solidão, muitas vezes sentida por indivíduos que sofrem psiquicamente.” O medo foi outro afeto apresentado pelos participantes: “Medo do que ia sentir, insegurança. Pegajoso, sensação de estranheza. Quando algo não é conhecido e causa estranhamento.” Bem como aconteceu com o medo: “A terceira caixa foi, para mim, a que mais disse algo que eu pude trazer para a minha realidade. Senti o peso que o dinheiro exerce sobre todos nós e como ele pode ser um fator influenciador em todo o tratamento de um paciente.

O afastamento e o medo social do despotencializado lugar da psiquiatria, segundo o imaginário social, nos remete as falas relacionadas ao afeto da frieza e da pobreza:

“Os pacientes estavam em um quarto frio, todos no chão e amontoados [...] senti um sentimento de miséria, pobreza. Eu imagino que é assim que os usuários se sentem em um ambiente desconhecido. Pessoas míseras e vulneráveis a situação a que foram impostas, algo comparado à impotência.”

Constatamos que são muitas as emoções envolvidas no encontro entre estudantes de enfermagem-pessoa portadora de sofrimento psíquico. Nesse processo de desenvolvimento da competência emocional para cuidar em saúde mental, as emoções tornam-se ponto de partida para o processo de formação da consciência, se fundindo com os conhecimentos teóricos recebidos. Deste modo, conforme autores⁽⁷⁾, a relação com o outro é, ao mesmo tempo recurso, meio, motivo e condição do desenvolvimento e das ações de cuidar.

CONCLUSÃO

Os afetos expressos pelos acadêmicos de enfermagem relacionados ao cuida-

do do paciente portador de sofrimento psíquico na atenção psicossocial são, em sua maioria, tristes, estando sob forte influência das representações sociais da doença mental, posto que manifestam-se antes mesmo de ocorrer encontro entre os corpos.

Há necessidade de se aprimorar o ensino dos aspectos socioemocionais na formação dos enfermeiros para que possam atuar na Rede de Atenção Psicossocial de Saúde Mental, considerando-se que os afetos envolvidos no encontro estudante-portador de sofrimento psíquico são impregnados por representações sociais negativas da doença mental, dificultando a formação de vínculo e até de interesse por esse campo profissional. Os afetos alegres podem ser motivados pela promoção de encontros sensíveis entre estudantes de enfermagem e o portador de sofrimento psíquico.

Estudar, portanto, o desenvolvimento das emoções no ensino de saúde mental é, sem dúvida, um recurso importante e necessário para formar novas gerações de enfermeiros para cuidar de modo mais abrangente e afetivo de pessoas portadoras de sofrimento psíquico. ■

REFERÊNCIAS

1. Cortes JM, et al. Saberes e fazeres que integram o ensino de enfermagem psiquiátrica na perspectiva de enfermeiros docentes. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. 2014; 12:34-42.
2. Vargas D, Maciel MED, Bittencourt MN, Lenate JS, Pereira CF. O ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental no Brasil: análise curricular da graduação. *Texto contexto enferm*. 2018; 27(2):e2610016.
3. Tavares CMM, Gama LN, Souza MMT, Paiva LM, Silveira PG, Mattos MMGR. Competências específicas do enfermeiro de saúde mental enfatizadas no ensino de graduação em enfermagem. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. 2016 out; Spe4:25-32.
4. Ministério da Educação, Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior (BR). Resolução CNE/CES N. 3, de 07 de novembro de 2001. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. *Diário Oficial da República Federativa da União*. Brasília, 09 nov. 2001. Seção 1, p. 37. Brasília (DF): Ministério da Educação e Cultura; 2001.
5. Regis CG, Batista NA. O enfermeiro na área da saúde coletiva: concepções e competências. *Rev. Bras. Enferm*. 2015 out; 68(5):830-836.
6. Carvalho JCM, Tavares CMM. Nursing students? Depiction of mental disorder. *The Journal of Mental Health Training, Education and Practice*. 2017; 12:323-330.
7. Smolka ALB, Laplane ALF, Magiolino SLL, Dainez D. O problema da avaliação das habilidades socioemocionais como política pública: explicitando controvérsias e argumentos. *Educação & Sociedade*. 2015; 36(130):219-242.
8. Gauthier J. O oco do vento. *Metodologia da pesquisa socio-poética e estudos transculturais*. Curitiba: CRV; 2012.
9. Fonseca PIMN. O autoconhecimento e sua multidimensionalidade aplicada a equipes de transplantes. (Tese de Doutorado. Universidade Federal Fluminense. Niterói (RJ): 2017.
10. Espinosa B. Ética. Tradução Tomaz Tadeu. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora; 2015.

Desafios na construção de um instrumento de passagem de plantão em um hospital de cardiopneumologia

RESUMO

Trata-se de um relato de experiência das autoras acerca da idealização e construção de um instrumento de passagem de plantão para otimizar a assistência de enfermagem a pacientes em unidade de internação de um hospital de ensino de alta complexidade. A metodologia SBAR tem sido utilizada no mundo todo como processo de otimização dos processos de comunicação e informações em diversas áreas. A construção do instrumento de passagem de plantão baseado nesta metodologia possibilitou o registro padronizado e preciso das informações relacionadas à assistência. Observou-se seu potencial para sistematizar a passagem de plantão, potencializando a troca de informações, tornando este momento mais rápido e objetivo, priorizando a continuidade e segurança da assistência. Vislumbra-se a necessidade de treinar os enfermeiros para sua utilização em todas as unidades do hospital.

DESCRITORES: Comunicação; Enfermagem; Segurança do Paciente.

ABSTRACT

This is an experience report of the authors about the idealization and construction of a shift instrument to optimize nursing care to patients in an inpatient unit of a high complexity teaching hospital. The SBAR methodology has been used worldwide as a process for optimizing communication and information processes in various areas. The construction of the shift change instrument based on the methodology enabled the standardized and accurate recording of care-related information. Observed its potential to systematize the shift, enhancing the exchange of information, making this moment faster and more objective, prioritizing the continuity and safety of care. There is a need to train nurses for its use in all units of the hospital.

DESCRIPTORS: Communication; Nursing; Patient Safety.

RESUMEN

Este es un informe de la experiencia de los autores sobre la idealización y la construcción de un instrumento de turno para optimizar la atención de enfermería a los pacientes en una unidad de hospitalización de un hospital de enseñanza de alta complejidad. La metodología SBAR se ha utilizado en todo el mundo como un proceso para optimizar los procesos de comunicación e información en diversas áreas. La construcción del instrumento de cambio de turno basado en la metodología permitió el registro estandarizado y preciso de información relacionada con la atención. Observó su potencial para sistematizar el cambio de turno, mejorando el intercambio de información, haciendo este momento más rápido y más objetivo, priorizando la continuidad y seguridad de la atención. Es necesario capacitar a las enfermeras para su uso en todas las unidades del hospital.

DESCRIPTORES: Comunicación; Enfermería; Seguridad del Paciente.

Rosimeire Angela de Queiroz Soares

Enfermeira no Instituto Coração Incor. Docente do curso de graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Doutora em Enfermagem pela EEUSP, especialista em cardiologia pelo Programa de Aprimoramento de Pessoal do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Fabiana Cristina Bazana Remédio Miname

Enfermeira no Instituto Coração Incor, mestre em enfermagem pela EEUSP, especialista em cardiologia Programa de Aprimoramento de Pessoal do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e gerenciamento em Enfermagem pelo Centro Universitário São Camilo, bacharel em direito.

Aparecida Ferreira Mendes

Enfermeira Chefe da Unidade de Internação Geral da Coordenação de Enfermagem do Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo HCFMUSP. Mestre em Bioética pelo Centro Universitário São Camilo. Preceptora do Programa de Residência em Enfermagem em Cardiopneumologia de alta complexidade. Especialista em Enfermagem em Cardiologia pelo Programa de Aprimoramento de Pessoal do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Luci Maria Ferreira

Diretora da unidade de internação de Cardiopneumologia do Incor –HCFMUSP. Especialista em gestão da Clínica; Qualidade e segurança no cuidado ao paciente pelo Instituto Sírio Libanês, Especialista em Administração Hospitalar pela Faculdade São Camilo, MBA Pela IBMEC (2008), Especialista em gestão da clínica e em Clínica médico-cirurgia pela Unifesp.

Catia Maria Gonçalves Santos

Enfermeira no Instituto Coração HCFMUSP. Especialista em cardiologia Programa de Aprimoramento de Pessoal do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Especialista em gerenciamento de enfermagem pelo Centro Universitario São Camilo.

André Renato Zecca

Enfermeiro no Instituto do Coração - HCFMUSP. Especialista em urgência e emergência, terapia intensiva pela Universidade Cruzeiro do Sul e Gerenciamento de Enfermagem pelo Centro Universitário São Camilo.

Silvana Gondim Ribeiro Maglioni

Enfermeira Encarregada da Unidade de Internação Geral da Coordenação de Enfermagem do Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo HCFMUSP. Especialista em cardiologia. Especialista em Gestão em Enfermagem pelo Centro Universitário São Camilo.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define segurança do paciente como “a redução do risco de danos desnecessários durante os processos assistenciais e uso das boas práticas para alcançar os melhores resultados para o cuidado de saúde⁽¹⁾.”

Evidencia-se uma preocupação crescente com a temática envolvendo profissionais e serviços de saúde. No contexto hospitalar, a comunicação se torna ainda mais relevante, uma vez que as informações atualizadas são a base para o processo de decisão das intervenções que podem fazer a diferença entre a vida e a morte^(1,2).

A passagem de plantão é uma das etapas fundamentais no processo de trabalho em enfermagem. Consiste na troca de informações objetivas, pontuais e concisas sobre a assistência entre a equipe que assistiu ao paciente e aquela assumirá os próximos cuidados, assegurando sua continuidade. Requer uma sistematização a fim de que esta dinâmica seja realizada em um menor tempo possível, com foco na qualidade das informações⁽³⁻⁵⁾.

A qualidade das informações na passagem de plantão exige habilidade, tempo e envolvimento dos profissionais através de um trabalho bem articulado, reflexivo e que objetive reavaliar condutas e melhorar a assistência⁽⁵⁾.

Segundo o Código de Ética em Enfermagem “são deveres e responsabilidades dos profissionais prestar informações escritas e verbais, completas e fidedignas, necessárias para assegurar a continuidade da assistência”⁽⁶⁾.

Sabe-se que a comunicação não é uma habilidade inata, necessitando ser aprendida e é influenciada por diversos fatores (sexo, idade, hierarquia, posição social, escolaridade, idade). Na área da saúde, observa-se que estes fatores influenciam substancialmente a troca de informações e abordagem entre os profissionais, podendo colocar em risco a segurança do paciente^(2,7).

Ressalta-se a importância de implementar estratégias para promover uma comunicação eficaz, bem como a revisão periódica dos instrumentos e práticas utilizadas, buscando seu aprimoramento e a adequação na transmissão das informações, cruciais para a continuidade de uma

assistência segura e de qualidade⁽⁸⁾.

Constatava-se, durante a prática assistencial no hospital do estudo, uma evidente disparidade na transmissão de informações durante a passagem de plantão. Os profissionais realizavam este processo sob óticas muito particulares, não existindo critérios bem definidos que sistematizassem este momento da assistência de enfermagem.

Observou-se que a falta de sistematização induzia a falhas na comunicação interpessoal, gerando a informações incompletas ou duvidosas, acarretando atrasos, acúmulo de atividades e conflitos entre os profissionais durante a troca de turno. Desta forma, percebeu-se a necessidade de padronização destas informações trocadas entre os profissionais de enfermagem.

Diante da importância do tema comunicação para a segurança do paciente, entende-se a necessidade da construção de um instrumento que padronizasse esta linguagem e pudesse ser utilizado durante a passagem de plantão. Buscou-se elaborar um instrumento conciso, objetivo e relevante, de forma a agilizar esta troca de informações entre os profissionais e dispo-

Diante da importância do tema comunicação para a segurança do paciente, entende-se a necessidade da construção de um instrumento que padronizasse esta linguagem e pudesse ser utilizado durante a passagem de plantão. Buscou-se elaborar um instrumento conciso, objetivo e relevante, de forma a agilizar esta troca de informações entre os profissionais e disponibilizá-las de maneira rápida e segura.

nibilizá-las de maneira rápida e segura.

Consistente com estes objetivos, considerou-se pertinente a utilização de um instrumento baseado na metodologia SBAR⁽⁹⁾, para sistematizar a passagem de plantão, contribuindo para uma assistência eficaz e segura. Estes apontamentos levaram-nos a indagar sobre a necessidade de otimizar e uniformizar a transmissão de informações relativas aos pacientes durante a passagem de plantão, levando ao seguinte questionamento: Seria possível a elaboração de um instrumento que padronizasse este momento da assistência e contribuísse para a promoção da segurança do paciente?

Objetivou-se relatar a experiência de enfermeiras na construção e implementação de um instrumento de passagem de plantão de enfermagem em uma unidade de internação médico-cirúrgica de um hospital de ensino de alta complexidade.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência acerca da construção de um instrumento de passagem de plantão desenvolvido pelas autoras, com vistas a otimizar os processos de comunicação relacionados à transmissão de informação, assegurando a continuidade da assistência, para melhor segurança do paciente.

O estudo foi desenvolvido em quatro etapas, no período de janeiro a dezembro de 2017: investigação, elaboração, validação e implementação.

Investigação (janeiro a maio): na primeira fase, foram realizadas reuniões com enfermeiros líderes do hospital, nas quais se discutiram o cuidado profissional, o processo de enfermagem e suas etapas, bem como as teorias de enfermagem, com foco na segurança do paciente.

Diante desta necessidade, foi sugerido o método SBAR⁽⁹⁾ como estratégia para melhorar os processos comunicacionais segundo critérios de segurança e creditação hospitalar. Fez-se necessário buscar evidências acerca do seu uso e implicações para a prática. Nesta fase inicial, buscou-se evidências na literatura que justificassem a

utilização desta ferramenta de comunicação na passagem de plantão.

Durante os meses de abril e maio de 2017, realizou-se um levantamento bibliográfico acerca da utilização da metodologia SBAR e sua implicação para a segurança do paciente na Plataforma de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS); recuperados das bases de dados SciELO (Scientific Electronic Library Online), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e Medline (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online). Utilizou-se como descritores: “troca de informações em saúde”, “assistência de enfermagem”, “segurança do paciente” e as palavras chaves: “método SBAR” e “comunicação”, separadas pelo operador “AND”. Todos os 16 artigos encontrados estavam em inglês. Utilizou-se como critério a disponibilização de texto completo, obtendo 13 referências. Após leitura dos resumos, selecionou-se 07 artigos que contribuíam de forma efetiva para o embasamento teórico que subsidiasse a escolha desta metodologia para construção do instrumento. Evidenciou-se que esta metodologia tem sido utilizada com sucesso em processos de informação com resultados favoráveis à comunicação e transmissão de informações entre equipes de saúde e à segurança do paciente, através da padronização e melhoria dos processos de comunicação e informação em saúde.

Ainda nesta etapa (durante o mês de maio de 2017), uma das autoras visitou outros dois serviços que utilizavam instrumentos baseados nesta metodologia, percebeu-se que o seu uso era restrito às Unidades de Terapia Intensiva (UTIs). Tais observações indicaram a pertinência de formulação de um instrumento para ser utilizado durante a passagem de plantão da enfermagem em uma enfermaria médico-cirúrgica.

Na fase seguinte, foi idealizado e elaborado o instrumento para passagem de plantão adaptando as informações do termo em inglês SBAR (Situação-Base para avaliação; Assistência; Recomendação).

Nesta etapa de elaboração (de maio e junho de 2017), o instrumento foi revi-

sado pelos próprios enfermeiros líderes e apresentado inicialmente para os enfermeiros assistenciais do turno da manhã. Após este primeiro manuseio do instrumento, foi novamente discutido entre o grupo de liderança e modificado a partir das críticas e contribuições dos enfermeiros assistenciais que o utilizaram. Como resultado, foi construído um instrumento buscando objetividade e clareza dos registros, facilidade de leitura e pontuação de aspectos relevantes para a continuidade da assistência.

Validação: nesta terceira etapa (entre os meses de junho a outubro), o instrumento foi apresentado aos demais enfermeiros assistenciais, que passaram a utilizá-lo durante a passagem de plantão nos três turnos. Nesta etapa, os enfermeiros fizeram alguns apontamentos e sugestões, e o instrumento inicialmente proposto foi adaptado e readequado segundo as demandas apontadas pelos enfermeiros assistenciais. Diante da necessidade de um refinamento que permitisse uma maior praticidade, dinamicidade e aplicabilidade do instrumento na prática cotidiana adaptando-o à realidade no serviço. Finalmente, após algumas sugestões e apontamentos, o instrumento foi elaborado e readequado às necessidades relatadas pelos enfermeiros assistenciais da unidade de internação médico-cirúrgica e ao perfil de pacientes desta unidade, tendo como foco a otimização do processo de troca de informações e a segurança do paciente.

DISCUSSÃO

Aponta-se que os muitos ruídos presentes nos serviços de saúde, e sua dinamicidade, são fatores que podem levar a sérios problemas de comunicação⁽⁷⁾, por isso torna-se importante estabelecer medidas de boas práticas que favoreçam a gestão da informação. Propõe-se a implementação de métodos que sistematizem a comunicação de forma estruturada, rápida e objetiva. Neste sentido, o método SBAR mostrou-se eficiente para otimizar e dinamizar o processo de comunicação em várias áreas da saúde⁽¹⁾. Originalmente desenvolvido

No campo da saúde, demonstrou-se em vários estudos sua eficácia e efetividade quanto a sua aplicabilidade nos processos de comunicação, no acesso e registro de informações com precisão e rapidez, facilitando a tomada de decisão em momentos críticos⁽¹⁰⁻¹⁴⁾. Incrementando medidas de segurança do paciente. Evidenciando-se que a construção de instrumentos sob esta perspectiva possa melhorar os processos de comunicação e a troca de informações realizadas habitualmente entre os profissionais de todas as áreas, em especial da saúde.

nos EUA, o sistema SBAR foi introduzido nos cuidados em saúde no final de 1990, sendo utilizado nos hospitais de todo o mundo como um método simples e eficaz de padronizar a comunicação entre os profissionais favorecendo a cultura de segurança do paciente⁽⁹⁾.

No campo da saúde, demonstrou-se em vários estudos sua eficácia e efetividade quanto à sua aplicabilidade nos processos de comunicação, no acesso e registro de informações com precisão e rapidez, facilitando a tomada de decisão em momentos críticos⁽¹⁰⁻¹⁴⁾. Incrementando medidas de segurança do paciente. Evidenciando-se que a construção de instrumentos sob esta perspectiva possa melhorar os processos de comunicação e a troca de informações realizadas habitualmente entre os profissionais de todas as áreas, em especial da saúde.

Sendo assim, o instrumento construído foi baseado em experiências práticas das enfermeiras, respaldado nas evidências da literatura. Buscando-se elaborar um impresso adequado ao perfil dos pacientes internados, ao perfil da unidade (clínica médico-cirúrgica) e à cultura organizacional, de fácil registro e visualização de informações e ações assistenciais; que priorizasse o registro de informações relevantes, pontuais, prioritárias e que necessitassem maior atenção ou ações imediatas.

O processo de construção deste instrumento teve o objetivo de guiar a passagem de plantão, direcionar, sistematizar e uniformizar a transmissão das informações, possibilitando o seu fácil registro e pronto acesso. Após uma avaliação inicial, pautados em critérios de segurança do paciente (dados de identificação, data de nascimento e medidas para controle de infecção), o instrumento construído compreendeu 07 linhas: 01- dados de identificação (n.º do leito, nome do paciente, idade e data de nascimento); 02- Situação: pontos relevantes da assistência que requeiram atenção imediata e ou contínua; 03- Base do cenário (hipótese diagnóstica, antecedentes patológicos, biopsicossociais, estado mental); 04- Artefatos, alergias; 05- Recomendação:

pontos críticos ou situações que requeiram atenção e acompanhamento permanente do enfermeiro, exames ou procedimentos que o paciente esteja aguardando, 06- Data prevista para alta hospitalar e pendências: aspectos da assistência que precisam ser resolvidos; 07- na última linha foi acolhida a sugestão dos enfermeiros do grupo de liderança, com a inclusão das escalas de Morse⁽¹⁴⁾ e Fugulin⁽¹⁵⁾, além do registro da data da realização da última limpeza terminal, atendendo aos critérios da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH).

As principais dificuldades relatadas pelos enfermeiros foram: o reduzido tamanho da letra e a dificuldade em anotar as informações de maneira concisa e objetiva, dificuldades atribuídas à falta de familiaridade com o instrumento. Portanto, na fase final, houve o aumento da fonte para tamanho padrão 12.

O emprego deste instrumento na pas-

sagem de plantão possibilitou registrar as informações de maneira clara e objetiva, contribuindo para a otimização das informações passadas em plantão, além de uma organização visual mais concisa e objetiva do instrumento.

Percebeu-se que esta sistematização direcionou a apresentação de um relatório de plantão simples, objetivo e seguro (priorizando o registro de informações pontuais, indispensáveis à sequência da assistência).

CONCLUSÃO

A passagem de plantão na unidade médico-cirúrgica há muito tempo era feita de maneira subjetiva e pouco sistematizada pela equipe de enfermagem. Propor e construir um instrumento para esta finalidade constituiu um desafio à toda a equipe envolvida pois pressupõe abandonar velhos hábitos e costumes e pautar-se em uma linguagem padronizada baseada em

evidências científicas, corroborando para a melhoria da assistência. Evidenciou-se o papel relevante do enfermeiro na busca de conhecimento e no gerenciamento das informações, bem como a possibilidade de contribuir de forma efetiva na construção de recursos que ampliem estratégias de segurança do paciente

Além disso, a construção do instrumento de passagem de plantão baseado na metodologia SBAR possibilitou o registro padronizado e preciso das informações relacionadas à assistência, evidenciando seu potencial para sistematizar a passagem de plantão, potencializando a troca de informações, tornando este momento mais rápido e objetivo, priorizando a continuidade e segurança da assistência.

Aponta-se para a possibilidade de treinamento de toda a equipe de enfermagem, de forma a padronizar e sistematizar a passagem de plantão, e a implementação do formulário em outros setores do hospital. ■

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). Patient Safety. The conceptual framework for the International Classification for Patient Safety v1.1. Final technical report and technical annexes [Internet]. Geneva; 2009 [citado 2017 Fev 23]. Disponível em: https://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf
2. Agincourt-Canning LG, Kissoon N, Singal M, Pitfield AF. Culture, communication and safety: lessons from the airline industry. *Indian J Pediatr.* 2011 Jun; 78(6):703-8.
3. Portal KM, Magalhães AMM. Passagem de plantão: um recurso estratégico para a continuidade do cuidado em enfermagem. *Rev. Gaucha Enferm.* 2008 jun; 29(2):246-53.
4. Siqueira ILCP, Kurcgant P. Passagem de plantão: falando de paradigmas e estratégias. *Acta Paul Enferm.* 2005; 18(4):446-51.
5. Velji K, et al. Effectiveness of an adapted SBAR communication tool for a rehabilitation setting. *Healthc Q.* 2008; 11(3):72-9.
6. Meester K, Verspuy M, Monsieurs KG, Van Bogaert P. SBAR improves nurse-physician communication and reduces unexpected death: a pre and post intervention study. *Resuscitation.* 2013; 84(9):1192-6.
7. Vardaman JM, Cornell P, Gondo MB, Amis JM, Townsend-Gervis M, Thetford C. Beyond communication: the role of standardized protocols in a changing health care environment. *Health Care Manage Rev.* 2012; 37(1):88-97.
8. Boaro N, Fancott C, Baker R, Velji K, Andreoli A. Using SBAR to improve communication in interprofessional rehabilitation teams. *J Interprof Care.* 2010; 24(1):111-4.
9. Deslandes SF, Mitre RMA. Processo comunicativo e humanização em saúde. *Interface (Botucatu).* 2009; 13(Suppl 1):641-649.
10. Silva EE Campos. Passagem de plantão na enfermagem: revisão de literatura. *Cogitare Enferm.* 2007 out/dez; 12(4):502-507.
11. Randmaa M, Mårtensson G, Leo Swenne C, Engström M. SBAR improves communication and safety climate and decreases incident reports due to communication errors in an anaesthetic clinic: a prospective intervention study. *BMJ Open.* 2014; 4(1): e004268.
12. Fay-Hillier TM, Regan RV, Gallagher Gordon M. Communication and patient safety in simulation for mental health nursing education. *Issues Ment Health Nurs.* 2012 nov; 33(11): 718-26.
13. Bello J, Quinn P, Horrell L. Maintaining patient safety through innovation: an electronic SBAR communication tool. *Comput Inform Nurs.* 2011; 29(9):481-3.
14. Urbanetto JS, Creutzberg M, Franz F, Ojeda BS, Gustavo AS, Bittencourt HR, et al. Morse Fall Scale: tradução e adaptação transcultural para a língua portuguesa. *Rev. esc. enferm. USP.* 2013 Jun; 47(3):569-575.
15. Fugulin FMT, Gaidzinski RR, Kurcgant P. Sistema de Classificação de Pacientes: identificação do perfil assistencial dos pacientes das unidades de internação do HU-USP. *Rev Latino-am Enfermagem.* 2005; 13(1):72-8.

Exposição do trabalhador rural ao uso de agrotóxicos: uma revisão integrativa

RESUMO

O presente artigo tem por objetivo identificar e analisar a produção de conhecimento sobre o risco à saúde do trabalhador rural, relacionado à exposição ocupacional pelo uso de agrotóxicos no Brasil. Trata-se de uma revisão integrativa, que compreende o período entre 2012 e 2019, descrita nas bases de dados eletrônicas: MEDLINE via PUBMED, LILACS, CINAHL e SCOPUS. Treze artigos foram selecionados. Após análise qualitativa, surgiu a importância de discutir acerca de quatro categorias temáticas: a necessidade de políticas públicas de prevenção de doenças crônicas não transmissíveis; as diretrizes regulatórias sobre a exposição ao uso de agrotóxicos pela comunidade rural; a necessidade de novas pesquisas de verificação dos riscos, associados à exposição diante do uso de agrotóxicos; e a educação permanente e o aperfeiçoamento dos profissionais que atuam com os trabalhadores rurais. Evidenciou-se, conseqüentemente, a necessidade de algumas medidas, no intuito de ampliar o cuidado com o trabalhador exposto aos agrotóxicos, o que proporcionaria um novo olhar de todos os profissionais envolvidos com atividades agrícolas e de cuidado em saúde; e a adoção de medidas educativas, preventivas e de promoção à saúde do trabalhador rural, na perspectiva de minimizar os riscos.

DESCRITORES: Agrotóxicos; Exposição Ambiental; Saúde do Trabalhador Rural.

ABSTRACT

This study aims to identify and analyze the production of knowledge about the health risk of rural workers, related to occupational exposure due to the use of pesticides in Brazil. This is an integrative review, covering the period from 2012 to 2019, described in the electronic databases: MEDLINE via PUBMED, LILACS, CINAHL and SCOPUS. Thirteen articles were selected. After qualitative analysis, the importance of discussing four thematic categories emerged: the need for public policies to prevent noncommunicable chronic diseases; regulatory guidelines on exposure to pesticide use by the rural community; the need for further risk verification research associated with exposure to pesticide use; and the continuing education and improvement of professionals who work with rural workers. Consequently, it was evidenced the need for some measures in order to increase the care with workers exposed to pesticides, which would provide a new look of all professionals involved in agricultural and health care activities; and the adoption of educational, preventive and health promotion measures for rural workers, in order to minimize the risks.

DESCRIPTORS: Agrochemicals; Environmental Exposure; Rural Health.

RESUMEN

Este artículo tiene como objetivo identificar y analizar la producción de conocimiento sobre el riesgo para la salud de los trabajadores rurales, relacionado con la exposición ocupacional debido al uso de pesticidas en Brasil. Esta es una revisión integradora, que abarca el período de 2012 a 2019, descrita en las bases de datos electrónicas: MEDLINE a través de PUBMED, LILACS, CINAHL y SCOPUS. Se seleccionaron trece artículos. Después del análisis cualitativo, surgió la importancia de discutir cuatro categorías temáticas: la necesidad de políticas públicas para prevenir enfermedades crónicas no transmisibles; pautas regulatorias sobre la exposición al uso de pesticidas por la comunidad rural; la necesidad de una mayor investigación de verificación de riesgos asociada con la exposición al uso de pesticidas; y la educación continua y la mejora de los profesionales que trabajan con trabajadores rurales. En consecuencia, se evidenció la necesidad de algunas medidas para ampliar la atención a los trabajadores expuestos a pesticidas, lo que proporcionaría una nueva imagen de todos los profesionales involucrados en actividades agrícolas y de atención médica; y la adopción de medidas educativas, preventivas y de promoción de la salud para los trabajadores rurales, a fin de minimizar los riesgos.

DESCRIPTORES: Pesticidas; Exposición Ambiental; Salud del Trabajador Rural.

Angélica Pinto da Silva

Farmacêutica Sanitarista. Mestranda. Programa Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde. Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa. Universidade Federal Fluminense - UFF/RJ.

Alessandra Conceição Leite Funchal Camacho

Enfermeira. Doutora. Docente no Programa Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde. Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa. Universidade Federal Fluminense - UFF/RJ.

Harlon França de Menezes

Enfermeiro. Doutorado. Programa Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde. Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa. Universidade Federal Fluminense - UFF/RJ.

Ana Cláudia Felipe Thomaz dos Santos

Enfermeira. Mestranda. Programa Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde. Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa. Universidade Federal Fluminense - UFF/RJ.

Gilberto Santos de Aguiar

Enfermeiro. Especialista em Saúde do Trabalhador. Programa Saúde do Trabalhador. Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura Municipal Casimiro de Abreu - RJ.

Janas D'arc dos Santos Barros Siqueira

Técnica de Enfermagem do Trabalho. Programa Saúde do Trabalhador. Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura Municipal de Casimiro de Abreu - RJ.

Ottassano de Souza Panetto

Biólogo. Mestre em Ciências. Fiscal do Conselho Regional de Engenharia e Agronomia. Rio de Janeiro - RJ.

INTRODUÇÃO

No decorrer dos anos, o notório avanço do agronegócio tem, inevitavelmente, provocado modificações profundas no processo produtivo do meio rural, as quais visam atender à competitividade econômica, gerada nas últimas décadas. Tais mudanças envolvem a mecanização das lavouras e a implantação de técnicas, associadas ao aumento da utilização de agentes químicos, ou seja, dos defensivos utilizados no controle de pragas, conhecidos na literatura como agrotóxicos⁽¹⁾.

Atualmente, o Brasil ocupa o lugar de maior consumidor de agrotóxicos no mundo. De acordo com a Lei n.º 7.802, de 11 de julho de 1989, ainda vigente, os agrotóxicos são produtos e agentes de processos físicos, químicos ou biológicos, destinados ao uso no cultivo, armazenamento e beneficiamento de produtos agrícolas, para alterar a composição da flora ou da fauna, a fim de preservá-las da ação de seres vivos nocivos⁽²⁾. Sua principal finalidade, portanto, é a proteção dos produtos agrícolas da ação de pragas, causadoras de prejuízos, como por exemplo, alguns insetos. Utilizados em larga escala na agricultura, os agrotóxicos são substâncias, as quais os trabalhadores rurais, por meio do

seu manuseio, estão, potencialmente, expostos em sua rotina de trabalho⁽³⁾.

Para a saúde pública, os impactos do seu uso são amplos, atingem vastos territórios e envolvem diferentes grupos populacionais, como trabalhadores de diversos ramos. Estão entre os mais importantes fatores de risco à saúde da população em geral, especialmente, dos trabalhadores e do meio ambiente^(4,5). Existem estudos, acerca do consumo de alimentos pela população mundial, os quais afirmam que esses são produzidos, na sua maioria, com a utilização de agrotóxicos e adubos químicos. De acordo com o “Dossiê: Alerta sobre os Impactos dos Agrotóxicos na Saúde”, elaborado pela Associação Brasileira de Saúde Pública⁽⁶⁾, os alimentos com maior teor de agrotóxicos são: o pimentão (91,8%), o morango (63,4%), o pepino (57,4%), a alface (54,2%), a cenoura (49,6%), o abacaxi (32,8%), a beterraba (32,6%) e o mamão (30,4%).

As intoxicações por agrotóxicos, que se verificam no local de prestação laboral, durante o trajeto ou em deslocamentos relacionados ao serviço, são classificadas como acidentes de trabalho. Correspondem aos envenenamentos intencionais ou não intencionais, decorrentes da ingestão,

da inalação ou da absorção dérmica dessas substâncias químicas⁽⁷⁾. Em sua maioria, essas intoxicações ocorrem com os trabalhadores da agropecuária e estão sujeitas ao monitoramento e vigilância da saúde, uma vez que são consideradas como um problema de saúde pública⁽⁸⁾.

Por essa razão, torna-se relevante o conhecimento de publicações a respeito do assunto, com o propósito de: criar subsídios voltados ao ensino, à assistência e à pesquisa para os profissionais de saúde; estimular perspectivas críticas, capazes de atuar nos cuidados em saúde da comunidade rural; e contribuir com planejamento e estratégias profissionais de prevenção e promoção dessa comunidade. Como questão norteadora dessa pesquisa, optou-se: Quais as evidências disponíveis sobre os fatores de risco ambiental advindos do uso de agrotóxicos para sua saúde do trabalhador rural?

METODOLOGIA

A estratégia metodológica elegida para responder aos objetivos propostos foi a revisão integrativa da literatura, realizada entre 01 de março de 2018 e 31 de março de 2019. Este método permite identificar, analisar e descrever as evidências disponí-

veis sobre o tema investigado. Com base na metodologia escolhida, a construção desse estudo contou com seis etapas: 1) a seleção da pergunta de pesquisa; 2) a definição dos critérios de inclusão; 3) a escolha das bases de dados e a busca das produções científicas; 4) a análise crítica dos achados, identificando as diferenças e os conflitos; 5) a interpretação dos resultados; e 6) a explicação, de modo objetivo e claro, sobre a evidência encontrada. A questão norteadora foi elaborada com auxílio da estratégia PICo (P: trabalhador rural; I: exposição ao uso de agrotóxicos; C: influência na saúde;).

Os estudos foram provenientes de periódicos indexados nas bases de dados: Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE via PUBMED), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS

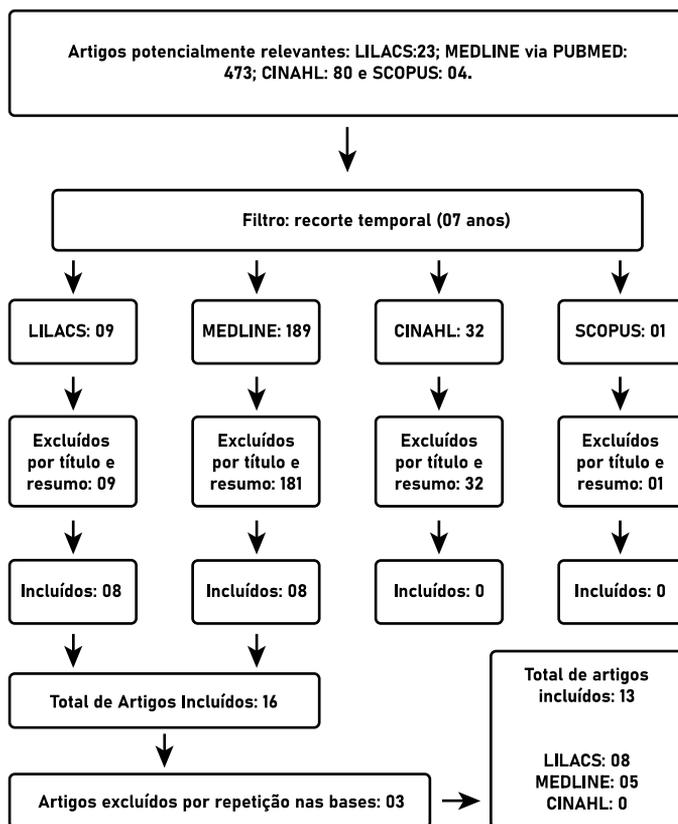
via BVS), Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) e SCOPUS. Nos procedimentos de busca, para as bases de dados em língua portuguesa e espanhola, foram utilizados os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e, para a busca nas bases eletrônicas em língua inglesa, os Medical Subject Headings (MeSH) correspondentes. Utilizaram-se os operadores booleanos “AND” para cruzar os descritores da seguinte maneira: 1º “Agrotóxicos/Agrochemicals” “AND” 2º “Exposição ambiental” / “Environmental Exposure” “AND” 3º “Saúde da População Rural” / “Rural Health”.

Para esse estudo, foram utilizados critérios de inclusão e de exclusão. Os de inclusão foram: as publicações em formato de artigos científicos; os artigos nos idiomas inglês, português e espanhol, publicados no período entre 2012 a mar-

ço de 2019; e os artigos com menção aos fatores de risco ambiental, relacionados à saúde do trabalhador rural devido à exposição aos agrotóxicos. Por seu turno, os de exclusão foram: os artigos com ausência de aderência às questões sobre os fatores de risco oriundos do uso de agrotóxicos com exposição tanto da saúde do trabalhador como de todo o ambiente físico do seu entorno; as dissertações, teses e artigos duplicados.

A busca e a seleção dos estudos foram realizadas por dois pesquisadores, simultaneamente. Nas situações de divergência, buscou-se um consenso com a participação de um pesquisador auxiliar. O processo de busca e seleção dos estudos seguiu as recomendações Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) e está representado na Figura 1.

Figura 1. Fluxograma de identificação do processo seletivo dos estudos, oriundos da revisão integrativa. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2018.



A análise dos estudos escolhidos ocorreu com base nas variáveis pré-selecionadas na construção do protocolo. Para organizá-las, utilizou-se uma planilha, criada no Software Microsoft Excel com o propósito de extrair, organizar e sumarizar as informações, bem como facilitar a elaboração de um banco de dados com os seguintes itens: autor, local, periódico, ano, objetivo(s), método e nível de evidência. A análise e discussão dos resultados pautou-se por meio de categorias temáticas na literatura nacional e internacional sobre a saúde da população rural e os riscos à saúde.

RESULTADOS

Três artigos foram identificados e analisados, sendo eles: três artigos (23%) de revisão crítica integrativa; dois (15%), do tipo descritivo-exploratório; dois (15%), do tipo estudo seccional descritivo; dois (15%), do tipo estudo transversal descritivo; um (8%), do tipo empírico observacional; um (8%), do tipo estudo de percepção de risco; um (8%) artigo com análise crítica; e um (8%), epidemiológico. Quanto ao ano: sete (37,5%) artigos, em 2012; três (37,5%), em 2014; um (12,5%), em 2013; um (12,5%), em 2016; e um (12,5%), em 2017. Sobre as recomendações dos autores, 46,14% das referências encontradas enfatizavam a necessidade

de políticas públicas de prevenção das doenças crônicas não transmissíveis, assim como de diretrizes regulatórias sobre a exposição ao uso de agrotóxicos pela comunidade rural; 38,46% dos estudos salientavam a importância de novas pesquisas de verificação da invisibilidade dos riscos, associados à exposição diante do uso de agrotóxicos; e 15,38% apontavam a urgência na educação permanente e no aperfeiçoamento para os profissionais atuantes com trabalhadores rurais. Em relação a força das evidências quantificadas⁽⁹⁾, constatou-se que 53,84% dos artigos apresentavam nível de evidência 4 e que 46,16%, um nível de evidência 5, de acordo com o Quadro 01.

Quadro 1. Caracterização dos estudos no período entre 2012 e 2019. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2019.

AUTOR/ LOCAL/ PERIÓDICO/ ANO	OBJETIVO	MÉTODO	NÍVEL DE EVIDÊNCIA
Costa VIB/ Rio de Janeiro/ Saúde em Debate/ 201711	Avaliar a associação de agrotóxicos com a indução de Linfoma Não Hodgkin (LNH)	Revisão integrativa baseada na metodologia de Whitmore e Knafel	5
Viero CM, et al. /Rio de Janeiro/ Esc. Anna Nery/ 201617	Conhecer as percepções de trabalhadores rurais sobre os riscos advindos do uso de agrotóxicos para sua saúde.	Estudo do tipo descritivo-exploratório	4
Selmi GFR, Trapé AZ/ Rio de Janeiro/ Cadernos de Saúde Pública/ 20143	Levantar as limitações, envolvidas no processo de quantificação da exposição dérmica, e ressaltar a importância e a necessidade de ações que contribuam para o desenvolvimento de uma metodologia nacional, padronizada para quantificação da exposição dérmica de trabalhadores rurais, durante a condução dos estudos de monitoramento ocupacional em campo.	Revisão crítica, exploratória das principais metodologias.	4
Abreu PHB, Alonzo HGA/ Rio de Janeiro/ Ciência & Saúde Coletiva/ 201416	Identificar o risco potencial de intoxicação de trabalhadores rurais e a abrangência com que as diversas medidas de segurança, descritas como determinantes para a manipulação "correta" e com "controle dos riscos" dos agrotóxicos.	Revisão crítica de investigação, baseada em dados empíricos com abrangência temporal	5
Soares WL, Porto MFS/ São Paulo/ Rev. Saúde Pública/2012 10	Estimar externalidades associadas às intoxicações agudas por agrotóxicos.	Estudo probabilístico em banco de dados	4
Rigotto RM et al. / Rio de Janeiro/ Ciência & Saúde Coletiva/ 20129	Conhecer por meio de pergunta, quem deve, pode e quer promover políticas públicas como foco de diálogo	Estudo de opinião de especialistas com avaliação crítica.	5
Araújo-Pinto M et al. / Rio de Janeiro/ Ciências Saúde Coletiva/ 201222	Estimar externalidades, associadas às intoxicações agudas por agrotóxicos, por meio do modelo FPEEEA, na análise dos principais riscos à saúde e ao ambiente, relacionados ao uso de agrotóxicos na agricultura do Estado do Rio de Janeiro	Revisão descritivo-exploratória	4

Siqueira DF, et al./ Fortaleza/ Rev. Bras. Promo. Saúde / 201324	Analisar o uso e manuseio de agrotóxicos por trabalhadores rurais de dez comunidades do município de Vitória de Santo Antão-PE	Estudo observacional, seccional, descritivo	4
Belo MSSP et al./São Paulo/ Rev. bras. saúde ocup./ 201221	Identificar e discutir alguns dos principais riscos associados ao uso de agrotóxicos na produção de soja do estado de Mato Grosso	Estudo exploratório- descritivo	5
Francis MR, et al./Índia/ New Sohut/ 201323	Avaliar a consciência das esposas dos agricultores e trabalhadores rurais, sobre os efeitos de saúde e do uso de agroquímicos para identificar lacunas no seu conhecimento.	Estudo transversal	4
Preza DLC, et al./ São Paulo/ Rev. bras. saúde ocup./ 201212	Identificar características sociodemográficas, de saúde e de uso de agrotóxicos, entre os trabalhadores envolvidos no plantio de hortaliças.	Estudo seccional com questionário	5
Gregolis TBL, et al./ São Paulo/ Rev. bras. saúde ocup./ 201218	Conhecer as percepções de risco, associadas ao uso de agrotóxicos no trabalho rural de pequenos produtores rurais.	Estudo de percepção de risco com abordagem psicológica	5
Stotz EN et al./ São Paulo/ Rev. Bras. Saúde ocup./ 20128	Compreender a percepção dos limites da agricultura convencional por agricultores familiares e as razões de sua persistência	Pesquisa empírica observacional e participativa	4

DISCUSSÃO

Ao realizar a análise das publicações, com perspectiva na saúde do trabalhador rural e nos riscos advindos do uso de agrotóxicos, emergiram as seguintes categorias temáticas: O poder socioeconômico rural e o seu risco para as lavouras; Os incentivos regulatórios diante da exposição aos agrotóxicos pela comunidade rural; A necessidade de se pesquisar e de se educar em prol da saúde da comunidade rural.

O poder socioeconômico rural e seu risco para as lavouras

Para garantir a “saúde das frutas”, os trabalhadores do agronegócio são expostos, diariamente, a elevados volumes de múltiplos agentes tóxicos, mas não dispõem de informação acerca do uso dessas substâncias. Esses colaboradores se veem obrigados a reentrar nas áreas de cultivo sem que sejam respeitados, por exemplo, o tempo pós-pulverização. Muitas vezes adentram essas áreas sem portar os Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), minimamente necessários, e sem a liberdade de recusar o trabalho inseguro, pouco protegido pelo sindicato e acossado por relações

hierárquicas autoritárias. Por seu turno, os pequenos agricultores compõem um segmento heterogêneo, em que alguns se tornam “parceiros” das grandes empresas, no intuito de obterem a possibilidade de comercialização, recebendo, dessa maneira, a imposição de um pacote tecnológico que inclui os mesmos agrotóxicos, sem contar, entretanto, com o aporte técnico necessário à proteção de seus familiares ou de seus poucos empregados⁽¹⁰⁾.

Compreende-se a ideia de um contexto de risco, no qual o conjunto de fluxos materiais e imateriais conformam cenários distintos de vulnerabilidade socioambiental e inequidade, os quais espelham o processo saúde-doença nos territórios⁽¹¹⁾. Esse conjunto de fluxos é produzido por forças econômicas, políticas e simbólicas, configuradas no modelo de desenvolvimento e veiculadas por instituições públicas e processos de produção que estruturam e modificam a vida social. As facilidades para a compra desses produtos, como por exemplo a venda de agrotóxicos sem prescrição agrônoma, encontradas nos balcões de lojas agropecuárias, demonstram que os de classe toxicológica mais elevada são vendidos em alto preço e sem o devido acompanhamento fiscalizatório.

Como as despesas com a compra dessas substâncias são elevadas, consequentemente,

o gasto com a proteção contra a exposição aos seus efeitos é, absolutamente, secundarizado. É bastante comum, as grandes empresas se situarem no entorno das comunidades desses pequenos agricultores que recebem os agrotóxicos, por contiguidade, em suas casas e nos locais de produção do seguinte modo: pela água dos canais de irrigação que é a mesma oferecida pelo município aos moradores; pelo ar, quando vem o tempo da pulverização aérea; pelos alimentos contaminados; e pelas roupas dos trabalhadores que, a despeito da proibição legal, são lavadas em casa, o que amplia a domiciliação de riscos⁽¹¹⁾.

No cenário brasileiro, estes elementos se manifestaram de maneira intensa: dos R\$ 120 bilhões investidos pelo governo no setor agrícola e pecuário em 2011, R\$ 100 bilhões destinaram-se aos grandes proprietários, volume 600% superior ao destinado à agricultura familiar, que envolve milhares de famílias. Os estabelecimentos agropecuários com 1.000 ou mais hectares captaram 43,6% dos recursos públicos, apesar de representarem, apenas, 0,9% do total de estabelecimentos que obtiveram financiamento. O governo federal isentou, em 100%, os agrotóxicos de cobrança do Imposto sob Produtos Industrializados - IPI (Decreto Federal 6.006/2006), do Programa

de Integração Social/ Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público - PIS/ PASEP e de Contribuição para Financiamento da Seguridade Social - COFINS (Decreto Federal n.º 5.630/2005). Reduziu, igualmente, em 60%, a alíquota de cobrança do Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços - ICMS dos agrotóxicos (Convênio n.º 100/97), e vários governos estaduais elevaram esta redução a 100%, como é o caso do Ceará - Decreto n.º 24.569/1997⁽¹²⁾.

A Receita Federal, por exemplo, deixou de recolher R\$ 8,85 bilhões de reais em 2010 em função de isenções, de redução de tarifas e de alíquotas sobre produtos agropecuários, ocorridas a partir da edição das Leis n.º 10.925 e 11.051, ambas de 2004. Esta breve lista, exclui a disponibilização de infraestrutura como: as estradas, os portos e aeroportos; o apoio tecnológico da Embrapa; o perdão de dívidas; a facilitação da articulação institucional e política, entre outros. Desse modo, o Estado incentiva a expansão do agronegócio no campo, bem como a produção de impactos socioambientais decorrentes do seu uso. Consequentemente, institui a “externalização” dos seus custos e propaga a ideologia de responsabilização individual pelos riscos coletivos. No entanto, o Estado tem encontrado uma enorme dificuldade em garantir os direitos constitucionais e fazer cumprir as legislações de proteção do trabalho, do ambiente e da saúde⁽¹¹⁾.

Não são identificadas, no campo da saúde, ações de vigilância (sanitária, epidemiológica, em saúde do trabalhador ou ambiental) relacionadas aos agrotóxicos no sistema público, mesmo com a formalização de denúncias e o acionamento do Ministério Público. Outrossim, devido ao seu horário de funcionamento, as unidades de saúde, além de não garantirem o acesso aos trabalhadores rurais, não consideram as especificidades dos processos produtivos, instalados no território para planejar suas ações. Elas pautam suas práticas em programas verticais do Ministério da Saúde, sem o conhecimento dos riscos, introduzidos pela migração de trabalhadores ou pelas tecnologias adotadas no agronegócio.

A intensa mobilização da sociedade tem gerado a realização de audiências públicas; de debates; de produção e difusão ampliada de informações; e da proibição de pulverização aé-

rea em alguns municípios. Esses movimentos civis se constituem não só em ações concretas, as quais as políticas públicas de governo encontram-se incapazes de realizar, mas também são reconhecidos pelo seu importante papel na proteção da saúde pública⁽¹¹⁾. Contudo, a política em prol do emprego de agrotóxicos é, muitas vezes, amparada pela força da bancada ruralista no Congresso Nacional Brasileiro. Dois exemplos emblemáticos ilustram bem essa situação, são eles: o licenciamento dos agrotóxicos, uma vez que o custo com o registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) chega a ser irrisório (de R\$ 180 a R\$ 1.800 - Lei n.º 9782/99); e a isenção da cobrança do Imposto sobre Comercialização de Mercadorias e Serviços (ICMS), na maioria dos Estados^(10,13).

Incentivos regulatórios diante da exposição de agrotóxicos pela comunidade rural

De acordo com os dados coletados nos organismos reguladores nacionais, (ANVISA; Ministério da Agricultura Pecuária e Abastecimento – MAPA) e nos internacionais (US Environmental Protection Agency – US EPA; European Food Safety Authority – EFSA), os herbicidas (2,4-D e glifosato) e os inseticidas (diazinona e malationa) são autorizados nos Estados Unidos da América e na União Europeia, e são amplamente usados no Brasil, tanto na agricultura como nos ingredientes ativos que fazem parte das campanhas de saúde pública para o controle de vetores⁽⁵⁾.

Estudos epidemiológicos, os quais foram realizados com a exposição aos agrotóxicos e com ensaios *in vitro* e *in vivo*, demonstraram que os herbicidas e os inseticidas atuam, com uma margem que varia entre 05 e 10 casos, em mecanismos de carcinogenicidade relevantes. Esse dado é relevante para a análise da problemática em questão, uma vez que esses inseticidas são utilizados, concomitantemente, no meio rural e urbano, assim como é autorizada a sua adição à formulação de produtos comerciais⁽¹⁴⁾. Nos estudos, os efeitos carcinogênicos que mais apresentam dados positivos são os efeitos genotóxicos, os quais podem resultar em danos cromossômicos. Estes se constituem no principal mecanismo descrito para

o aparecimento do linfoma Não Hodgkin (LNH), um tipo de câncer hematológico que, nas últimas décadas, contou com um aumento progressivo no Brasil e no mundo.

Entretanto, os estudos sobre a exposição ocupacional e ambiental aos agrotóxicos e o risco de desenvolvimento de LNH apresentam resultados controversos. Uma das principais limitações apontadas para a determinação donexo causal é a dificuldade de identificação dos ingredientes ativos em amostras clínicas. Como possíveis explicações para essa dificuldade, citam-se fatores como: as metodologias analíticas, disponíveis na rede de laboratório; a diversidade de metabólitos; e os aspectos toxicocinéticos, como meia-vida curta, o que resulta na rápida eliminação do agente⁽¹⁵⁾. A maioria dos estudos encontrados na literatura está centrada na exposição de agricultores e de aplicadores, e as principais limitações estão relacionadas ao viés de memória, devido ao fato de os trabalhadores nem sempre recordarem quais os Ingredientes Ativos (IAs) ou as misturas utilizadas, como também não registrarem os detalhes sobre a duração e a frequência de aplicação dos agrotóxicos. Como esses agentes apresentam mecanismos de carcinogenicidade semelhantes e estão autorizados para os mesmos fins, a probabilidade de gerarem efeitos sinérgicos é grande, o que pode favorecer o desenvolvimento do câncer e, mais especificamente, do LNH⁽¹⁴⁾.

Portanto, as agências reguladoras deveriam adotar diretrizes que restringissem a comercialização de formulações com misturas de IAs, limitando aqueles que possuam mecanismos de ação tóxica semelhantes para uma mesma cultura. Por essa razão, os órgãos responsáveis pela fiscalização e os profissionais que emitem os receituários agrônomicos deveriam, igualmente, estar informados sobre o uso concomitante de agrotóxicos e que esse pode aumentar o risco de doenças para o meio ambiente e para as pessoas que moram, estudam, trabalham ou circulam no entorno das lavouras⁽¹⁴⁾.

A legislação brasileira preconiza que, no país, os agrotóxicos podem ser utilizados, somente, se forem registrados em órgão federal competente, de acordo com as diretrizes e exigências dos órgãos responsáveis pelos setores da saúde, do meio ambiente e da agricultura⁽¹⁶⁾.

O registro é realizado pelo MAPA, mas com a anuência do Ministério da Saúde (MS), por intermédio da ANVISA; e do Ministério do Meio Ambiente (MMA), por meio do Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis - IBAMA⁽¹⁴⁾.

A questão abordada mostra-se de extrema relevância para as ações de vigilância, uma vez que as autoridades regulatórias autorizam o uso simultâneo de agrotóxicos, que apresentam mecanismos de carcinogenicidade semelhantes, o que aumenta o risco de aparecimento de câncer. Diante desse cenário de extrema vulnerabilidade da população brasileira a doenças causadas pelos agrotóxicos, tornam-se urgentes e imprescindíveis: a elaboração de diretrizes regulatórias e de legislações mais restritivas; o investimento em serviços de saúde; e a promoção de políticas de prevenção de doenças crônicas não transmissíveis⁽¹⁴⁾.

A necessidade de se pesquisar e educar em prol da saúde da comunidade rural

Dentre os agrotóxicos mais utilizados no país estão os seguintes: o Folidol® (inseticida à base de paration metílico, produto de uso proibido no país e, atualmente, fora de linha comercial); o Roundup®, herbicida glifosato, o agrotóxico mais utilizado no país; e o Karate® (inseticida do grupo dos piretróides. Além desses, foram citados Fusilade®, Tamaron® (também de uso proibido no país), Tordon®, Decis®, Sevin®, Diazinon® e Dithane®. De acordo com o Sistema de Informações sobre Agrotóxicos da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (2009), dos 10 princípios ativos mais usados, cinco são considerados altamente tóxicos (Classe Toxicológica II); um é considerado extremamente tóxico (Classe Toxicológica I); dois, medianamente tóxicos (Classe III); e dois, pouco tóxicos (Classe IV). Torna-se necessário chamar a atenção para o consumo de pelo menos um agrotóxico de uso proibido no país que ainda persiste em algumas propriedades, comprado, provavelmente, antes da proibição⁽¹⁷⁾.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que, para cada caso notificado de intoxicação por agrotóxicos, existem 50 outros que não aparecem nas estatísticas.

Estudo empírico releva que 54% dos pequenos agricultores examinados não procuram assistência médica quando aparecem os sintomas agudos de intoxicação e que 43,3% apresentam este relato em algum momento da vida. O quadro é mais preocupante e grave quando se trata dos efeitos crônicos da exposição ocupacional ou ambiental aos agrotóxicos que são menos conhecidos e mais desafiantes no estabelecimento dos nexos e relações, diante de casos de cânceres, das alterações da reprodução, dos quadros neurológicos centrais e periféricos, das hepatopatias ou das doenças hematológicas, respiratórias, renais, entre outras. Sustentar o paradigma do “uso seguro” de agrotóxicos e a proteção em “valores máximos de resíduos”, sem dispor de meios e condições para a fiscalização, monitoramento e controle, é caminho para ampliar a vulnerabilidade das populações⁽¹⁸⁾.

A (in) visibilidade dos riscos é uma dimensão trabalhada por autores quando, da análise de percepção desses riscos, diz respeito ao primeiro nível de percepção de risco, no qual os indivíduos, em face de uma situação de potencial dano (à sua saúde, à de terceiros ou ao ambiente), visualizam, claramente, a fonte da ameaça e a reconhecem como um elemento negativo. Assim, por exemplo, a fumaça das queimadas é, imediatamente, reconhecida pelos trabalhadores como uma ameaça. Primeiro, por conseguirem visualizá-la no horizonte e, segundo, por terem, provavelmente, experimentado problemas de saúde respiratórios seus ou de seus filhos em dias de queimadas. Por sua vez, a névoa da pulverização de agrotóxicos pode até ser visualizada, mas como os efeitos dessa exposição podem não ser percebidos imediatamente, ocorre o inverso, ou seja, a chamada invisibilidade de riscos, primeiro nível de baixa percepção de riscos identificado⁽¹⁹⁾.

O núcleo familiar, (maridos, mulheres, filhos e outros parentes) organizado em torno dos processos produtivos agrícolas, está cada vez mais intenso e químico-dependente. Esse fato se constitui em uma situação de vulnerabilidade importante, determinada no âmbito das relações entre saúde, trabalho e o ambiente. Outrossim, tem-se uma assistência técnica cada vez menos isenta de interesses comerciais, deixando pouca mar-

gem às técnicas de cultivo de alimentos não calcadas no uso de agrotóxicos e em outros insumos químicos. Como resultado, evidencia-se um número gradativamente superior de indivíduos expostos a uma gama maior de agentes químicos tóxicos, sem as condições mínimas necessárias à manipulação desses produtos nos processos produtivos⁽²⁰⁾.

Com relação ao grupo feminino, destaca-se uma possível invisibilidade quanto à percepção de risco do uso de agrotóxicos nos processos de produção agrícola, no seu cotidiano de trabalho. A maioria das mulheres não identifica como perigosas as atividades de trabalho que desempenham nem a exposição a esses agentes químicos, ou seja, a puxada de mangueira (auxílio à pulverização) e a lavagem de roupas⁽¹²⁾.

No que se refere ao grupo masculino, a principal questão relatada é uma possível negação do risco, expediente utilizado por esses indivíduos como modo de permanecerem, cotidianamente, inseridos em um processo de trabalho, sabidamente, injurioso. Em curto prazo, a negação de riscos, caracterizada como uma estratégia defensiva, serve como uma possível “proteção” para a saúde mental desses agricultores, os quais passam a acreditar na inexistência de riscos diretos à sua saúde, por mais que as evidências e as informações disponíveis lhes mostrem o contrário. Em médio e longo prazo, entretanto, essas estratégias defensivas acabam por levar os trabalhadores a, voluntariamente, colocarem-se em situações de risco diante dos perigos do trabalho, o que configura uma situação de difícil gerenciamento para a vigilância da saúde, no caso de não haver o pleno entendimento de como essas estratégias defensivas são formadas dentro desses grupos populacionais específicos⁽²¹⁾.

Os estudos acerca da percepção de riscos são importantes instrumentos para o gerenciamento dos riscos, associados ao uso de agrotóxicos no trabalho rural e, em particular, nos grupos de produtores rurais, organizados sob a lógica da agricultura familiar. Grupos estes que, provavelmente, sejam os mais vulneráveis entre todos aqueles que, rotineiramente, expõem-se aos efeitos nocivos desses agentes químicos. A percepção de riscos influencia tanto nas práticas de trabalho quanto na maneira como se entende o perigo

representado pelo uso de agrotóxicos. Por essa razão, salienta-se a relevância para que seja objeto de análise em ações de vigilância em saúde do trabalhador e do escopo de iniciativas de gerenciamento desses riscos⁽²¹⁾.

Dentro dessa perspectiva, foram realizadas análises dos indicadores biológicos presentes na urina dos trabalhadores rurais do Mato Grosso, nas quais se detectou a presença de resíduos de glifosato e piretroides. Para o glifosato, foram observadas 88% de amostras positivas e 80%, para os piretroides. No sangue coletado, foi observado, em 61% dos resultados, pelo menos, um determinado inseticida organoclorado. Apesar da adoção de amostra qualitativa foi possível observar que os níveis de glifosato, presentes em alguns indivíduos trabalhadores e residentes na zona rural, eram superiores aos da zona urbana. Quanto aos piretroides, observaram-se níveis mais elevados entre alguns moradores da área urbana, o que pode ser explicado, entre os diversos fatores, pela possível influência dos agrotóxicos utilizados no controle de vetores no domicílio e nos bairros/ruas urbanos. Deparou-se com alguns fatores limitantes nessa amostragem e um deles foi a impossibilidade de se dosar, pelo mesmo método (cromatográfico), os resíduos de glifosato que é o agrotóxico mais utilizado na região⁽²²⁾.

Houve dificuldade em se seguir os protocolos de análise internacionalmente validados. Outrossim, deparou-se com a ausência de equipamentos analíticos disponíveis para esse tipo de análise, além das limitações, anteriormente identificadas - amostragem qualitativa, pequena amostra de indivíduos participantes e impossibilidade de dosar o glifosato em água de chuva⁽²³⁾.

É importante ressaltar que esses dados apresentados não sejam somente utilizados

para o planejamento de ações mitigadoras e de gerenciamento de riscos, mas também na construção de políticas educativas que priorizem uma comunicação de risco clara e eficaz, voltadas à promoção da saúde de populações expostas a agrotóxicos no país⁽²⁴⁾.

No que diz respeito a uma análise de risco, sempre será relevante uma educação permanente, pois quanto mais as pessoas conhecem o risco, mais se familiarizam com ele e, consequentemente, têm uma tolerância maior a seu respeito. Fato particularmente preocupante, pois quando se tem muita familiaridade com os riscos, geralmente, a sua percepção torna-se reduzida e, por conseguinte, diminuem-se os procedimentos de segurança e controle. No convívio diário com situações potencialmente danosas à saúde e ao meio ambiente, nota-se uma atitude de tolerância por parte dos moradores rurais. Por sua vez, os moradores da área urbana, apesar de não terem uma relação direta com o uso de agrotóxicos, demonstram grande preocupação com as condições sanitário-ambientais, no que tange à exposição⁽²⁴⁾.

Os estudos, realizados até o presente momento, apontam para a importância das estratégias de avaliação e para o gerenciamento de riscos como ações de vigilância em saúde. Entende-se que a análise e o gerenciamento de riscos de problemas relacionados com a saúde, o trabalho e o ambiente consistem em uma tarefa complexa. Trata-se, contudo, de um desafio a ser enfrentado pelos mais diversificados setores, sejam eles governamentais ou não, envolvidos com a garantia de uma melhor qualidade de trabalho e de vida para a população brasileira.

CONCLUSÃO

No intuito do cuidado com a saúde, a

literatura consultada traz importantes contribuições, com relação à produção científica, tanto sobre os impactos deletérios do uso de agrotóxicos no ambiente, na saúde humana como sobre o precário monitoramento da exposição à utilização de agrotóxicos. Percebe-se a existência de uma importante lacuna, no que tange ao desvelamento dos nexos dos processos atinentes aos níveis singular, particular e estrutural da realidade, na determinação da saúde e de doenças ligadas ao uso dos agrotóxicos.

Analisar, apenas, os processos singulares e particulares de determinação da saúde é insuficiente para a ação efetiva de prevenção dos agravos e para a promoção da saúde. Ademais, a maioria dos artigos publicados acerca do tema 'agrotóxicos', nos últimos sete anos no Brasil, está voltada para os efeitos agudos da exposição a esses elementos e ao tipo de exposição ocupacional. Outrossim, não foram encontradas pesquisas que relacionassem a ingestão de alimentos contaminados e a sua exposição em longo prazo.

Há urgência em medidas de ampliação no cuidado com o trabalhador exposto aos agrotóxicos, como por exemplo, o desenvolvimento de mecanismos alternativos para as práticas de cultivo no agronegócio, o que proporcionaria um novo olhar de todos os profissionais envolvidos com atividades agrícolas e de cuidado em saúde; e a adoção de medidas educativas, preventivas e de promoção à saúde do trabalhador rural, na perspectiva de minimizar os riscos. Por fim, faz-se necessária a realização de novos estudos, os quais abordem a temática da exposição crônica laboral ou alimentar, a fim de garantir uma proteção adequada aos agravos, potencialmente, advindos do uso de tais substâncias. ■

REFERÊNCIAS

1. Martinelli G, et al. *Agricultura no Brasil* [Internet]. 2011 [cited 2018 Apr 2]. Available from: http://ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/livros/livros/170404_livro_agricultura_no_Brasil_capitulo6.pdf.
2. Brasil. Lei n.º 7.802, de 11 de julho de 1989. Dispõe sobre a pesquisa, a experimentação, a produção, a embalagem e rotulagem,

o transporte, o armazenamento, a comercialização, a propaganda comercial, a utilização, a importação, a exportação, o destino final dos resíduos e embalagens, o registro, a classificação, o controle, a inspeção e a fiscalização de agrotóxicos, seus componentes e afins, e dá outras providências [Internet]. Brasília (DF): 1989 [cited 2018 Apr 2]. Available from: <http://www.agricultura.gov.br/assuntos/insumos-agropecuarios/insumos-agricolas/agrotoxicos/legislacao/>

REFERÊNCIAS

arquivos-de-legislacao/lei-7802-1989-lei-dos-agrotoxicos.

3. Selmi GFR, Trapé AZ. Proteção da saúde de trabalhadores rurais: a necessidade de padronização das metodologias de quantificação da exposição dérmica a agrotóxicos. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2014 [cited 2018 Mar 5]; 30(5):952-60. Available from: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00168312>.

4. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. *Codenação de Prevenção e Vigilância Estimativa 2018. Incidência de Câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA, 2018.

5. Santana VS, Moura MCP, Nogueira FF. Mortalidade por intoxicação ocupacional relacionada a agrotóxicos, 2000-2009, Brasil. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2013 Jun [cited 2018 Apr 18]; 47(3):598-606. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004306>.

6. Geer L, et al. Comparative analysis of passive dosimetry and bio-monitoring for assessing chlorpyrifos exposure in pesticide workers. *Ann Occup Hyg* 2004; 48:683-95.

7. Meneguel SN et al. Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2014 Dec [cited 2018 Mar 27]; 38(6):804-10. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102004000600008.

8. Stotz EN. Os limites da agricultura convencional e as razões de sua persistência: estudo do caso de Sumidouro, RJ. *Rev Bras Saúde Ocup* [Internet]. 2012 Jun [cited 2018 Mar 13]; 37(125):114-26. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572012000100014.

9. Rigotto RM, et al. O verde da economia no campo: desafios à pesquisa e às políticas públicas para a promoção da saúde no avanço da modernização agrícola. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2012 [cited 2018 Apr 5]; 17(6):1533-542. Available from: https://scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000600017.

10. Soares W, Porto MFS. Uso de agrotóxicos e impactos econômicos sobre a saúde. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2012 [cited 2018 Mar 29]; Apr; 46(2):209-17. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012005000006>.

11. Costa VIB, Mello MSC, Friedrich K. Exposição ambiental e ocupacional a agrotóxicos e o linfoma não Hodgkin. *Saúde em Debate* [Internet]. 2017 [cited 2018 Mar 3]; 41(112):49-62. Available from: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711205>.

12. Preza DLC, Augusto LGS. Vulnerabilidades de trabalhadores rurais frente ao uso de agrotóxicos na produção de hortaliças em região do Nordeste do Brasil. *Rev Bras Saúde Ocup* [Internet]. 2012 Jun [cited 2018 Mar 29]; 37(125):89-98. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572012000100012.

13. Carneiro FF, et al. Mapeamento de vulnerabilidades socioambientais e de contextos de promoção da saúde ambiental na comunidade rural do Lamarão, Distrito Federal, 2011. *Rev Bras Saúde Ocup* [Internet]. 2012 Jun [cited 2018 Apr 2]; 37(125):143-48. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572012000100016.

14. Carneiro FF, et al. Dossiê ABRASCO. Um alerta sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde [Internet]. São Paulo: Editora Expressão Popular; 2015 [cited 2018 Apr 29]. Available from: https://www.abrasco.org.br/dossieagrotoxicos/wp-content/uploads/2013/10/DossieAbrasco_2015_web.pdf

15. Cezar-Vaz MR, et al. Abordagem socioambiental na enfermagem: focalizando o trabalho rural e uso de agrotóxicos. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2016 Dec [cited 2018 Apr 30]; 69(6):1179-187. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000601179.

16. Abreu PHB, Alonzo HGA. Trabalho rural e riscos à saúde: uma revisão sobre o "uso seguro" de agrotóxicos no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2014 [cited 2018 Mar 1]; 19(10):4197-4208. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-812320141910.09342014>.

17. Viero CM, et al. Sociedade de risco: o uso dos agrotóxicos e implicações na saúde do trabalhador rural. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2016 Mar [cited 2018 Apr 6]; 20(1):99-105. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452016000100099.

18. Gregolis TBL, Pinto WJ, Peres F. Percepção de riscos do uso de agrotóxicos por trabalhadores da agricultura familiar do município de Rio Branco, AC. *Rev Bras Saúde Ocup* [Internet]. 2012 Jun [cited 2018 Apr 25]; 37(125):99-113. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572012000100013.

19. Ministério da Saúde (BR). Portaria n.º 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do trabalhador e da trabalhadora. Brasília (DF): 2012.

20. Gonzaga MC, Santos SO. Avaliação das condições de trabalho inerentes ao uso de agrotóxicos nos municípios de Fátima do Sul, Glória de Dourados e Vicentina – Mato Grosso do Sul – 1990. *Rev. Bras. Saúde Ocup*. 1992; 20(76):42-46.

21. Belo MSSP, et al. Uso de agrotóxicos na produção de soja do estado do Mato Grosso: um estudo preliminar de riscos ocupacionais e ambientais. *Rev Bras Saúde Ocup* [Internet]. 2012 Jun [cited 2018 Mar 3]; 37(125):78-88. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572012000100011.

22. Araújo-Pinto M, Peres F, Moreira JC. Utilização do modelo FPEEA (OMS) para a análise dos riscos relacionados ao uso de agrotóxicos em atividades agrícolas do estado do Rio de Janeiro. *Ciência Saúde Coletiva* [Internet]. 2012 [cited 2018 Mar 27]; 17(6):1543-55. Available from: <https://scielosp.org/pdf/csc/2012.v17n6/1543-1555/pt>.

23. Francis MR, et al. Perceptions of farmers' and farmworkers' wives on the use and hazards of agrochemicals in rural Vellore. *New Solut* [Internet]. 2013 [cited 2018 Apr 29]; 23(4):625-42. Available from: <http://pesquisa.bvsalud.org/brasil/resource/pt/mdl-24650783>

24. Siqueira DF, MR, Laurentino GEC, Araújo AJ, Cruz SL. *Rev Bras Promoç Saude (Impr.)* [Internet]. 2013 Apr-Jun [cited 2018 Mar 31]; 26(2):182-91. Available from: <http://pesquisa.bvsalud.org/brasil/resource/pt/lil-706455>.

A influência dos níveis de magnésio na fadiga muscular: uma revisão sistemática

RESUMO

Objetivou-se verificar o que tem sido produzido academicamente sobre a relação magnésio e contração muscular. A pesquisa se trata de uma revisão sistemática da literatura acerca da influência do magnésio na fadiga muscular. Os estudos foram identificados por meio de busca eletrônica no banco de dados da Cochrane Library, SciELO, Medline/Pubmed, LILACS, trabalhos apresentados em congressos publicados no período de janeiro de 1990 a dezembro de 2017. Foram identificados 3.436 trabalhos, destes 123 foram selecionados para leitura do resumo e/ou texto completo, 110 foram excluídos por não se enquadrarem nos critérios de elegibilidade, 8 foram removidos por estarem duplicados e finalmente, 5 estudos foram incluídos. Os trabalhos incluídos foram realizados em países distribuídos em três continentes, sendo 02 dos Estados Unidos, 01 do Japão, 01 da Turquia e 01 da Austrália, sendo a publicação mais antiga em 2002 e a mais recente, 2014. São necessários estudos futuros com maior abrangência, além de embasamento teórico das intervenções e melhor relato nas publicações e análise dos resultados, para averiguar sistematicamente a eficácia do magnésio na fadiga muscular.

DESCRITORES: Magnésio; Contração Muscular; Fadiga.

ABSTRACT

The aim was to verify what has been academically produced about the magnesium ratio and muscle contraction. The research is a systematic review of the literature about the influence of magnesium on muscle fatigue. The studies were identified by electronic search in the database of Cochrane Library, SciELO, Medline/Pubmed, LILACS, papers presented in congresses published from January 1990 to December 2017. 3,436 papers were identified, of which 123 were selected. To read the abstract and/or full text, 110 were excluded for not meeting the eligibility criteria, 8 were removed for being duplicated and finally 5 studies were included. The works included were carried out in countries distributed in three continents, 02 from the United States, 01 from Japan, 01 from Turkey and 01 from Australia, being the oldest publication in 2002 and the most recent one, 2014. Future studies with larger comprehensiveness, as well as theoretical basis of the interventions and better report in the publications and analysis of the results, to systematically investigate the effectiveness of magnesium in muscle fatigue.

DESCRIPTORS: Magnesium; Muscular Contraction; Fatigue.

RESUMEN

El objetivo era verificar lo que se ha producido académicamente sobre la relación de magnesio y la contracción muscular. La investigación es una revisión sistemática de la literatura sobre la influencia del magnesio en la fatiga muscular. Los estudios se identificaron mediante búsqueda electrónica en la base de datos de la Biblioteca Cochrane, SciELO, Medline/Pubmed, LILACS, documentos presentados en congresos publicados desde enero de 1990 hasta diciembre de 2017. Se identificaron 3.436 documentos, de los cuales 123 fueron seleccionados. Para leer el resumen y/o el texto completo, 110 fueron excluidos por no cumplir con los criterios de elegibilidad, 8 fueron eliminados por duplicarse y finalmente se incluyeron 5 estudios. Los trabajos incluidos se llevaron a cabo en países distribuidos en tres continentes, 02 de Estados Unidos, 01 de Japón, 01 de Turquía y 01 de Australia, siendo la publicación más antigua en 2002 y la más reciente, 2014. Estudios futuros con mayor exhaustividad, así como la base teórica de las intervenciones y un mejor informe en las publicaciones y análisis de los resultados, para investigar sistemáticamente la efectividad del magnesio en la fatiga muscular.

DESCRIPTORES: Magnesio; Contracción Muscular; Fatiga.

Marlos Pereira de Rezende

Médico Ortopedista e Traumatologista, membro Titular da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia, subespecialista em cirurgia de joelho e membro Titular da Sociedade Brasileira de Artroscopia e Traumatologia do Esporte. Mestre em Nutrição e Alimentos pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS. Professor adjunto da UNIFIMES-Centro Universitário de Mineiros/Goiás.

Renata C. de S. Ramos

Nutricionista. Doutora em Química Biológica pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Professora Adjunta da Universidade do Vale do Rio dos Sinos.

Cácia Régia de Paula

Enfermeira. Doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem - Universidade Federal de Goiás. Professora do Curso de Enfermagem UFG/Regional Jataí.

Bruno Bordin Pelazza

Enfermeiro. Doutor em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Uberlândia (UFU), docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual do Centro-Oeste – UNICENTRO.

Maria Isabel Silva

Assistente Social e Fisioterapeuta. Mestre em Fisiologia e Biofísica, Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP

INTRODUÇÃO

Aproximadamente 40% do corpo humano se compõe de músculo esquelético, sendo constituído por fibras musculares.

Fatores como o exercício físico, espontâneo ou induzido, dependendo da duração, frequência e intensidade podem gerar modificações na estrutura tecidual muscular. Tais alterações a nível dos tecidos musculares são determinadas pela forma de contração executada, sendo sua disfunção considerada lesão muscular⁽¹⁻⁵⁾.

Quando um músculo se mostra incapaz de contrair efetivamente, após atividade prolongada, denomina-se fadiga muscular⁽⁶⁾. Considerado um fenômeno inevitável associado ao trabalho muscular, o quadro é acompanhado por um aumento do esforço para exercer a força desejável. Elucidando melhor, na fadiga muscular, a eventual incapacidade de produção de força muscular, bem como sua taxa de produção e a velocidade de encurtamento se mostram reduzidas⁽⁷⁾.

Fisiologicamente, para contração muscular, o cálcio e magnésio têm funções essenciais no processo e, por isso, a deficiência desse segundo produz alterações bioquímicas, eletrofisiológicas e morfológicas nas fibras musculares^(8,9).

Isso ocorre porque na redução dos índices de magnésio, o cálcio aumenta no espaço intracelular, podendo re-

sultar em câibras, hipertensão e vaso-espasmos coronarianos e cerebrais⁽¹⁰⁾. Além disso, os baixos níveis de magnésio têm sido associados a doenças crônicas, como Alzheimer, resistência à insulina e diabetes mellitus tipo 2, enxaqueca e déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) e doenças cardiovasculares⁽¹¹⁾.

Pesquisas recentes sugerem que a ingestão contínua de magnésio abaixo de 260 mg por dia, em atletas do sexo masculino, e inferior a 220 mg por dia, em atletas do sexo feminino, pode resultar em estados de carência de magnésio, causando rendimento desportivo insuficiente por fadiga precoce^(12,13).

Diante do exposto, o fio condutor da pesquisa foi conhecer a produção científica acerca da influência do magnésio na fadiga muscular. Desse modo, o presente estudo teve como objetivo identificar a produção científica do uso de magnésio e seus efeitos sobre a fadiga muscular e no desempenho da musculatura esquelética.

METODOLOGIA

O estudo teve como base metodológica uma revisão sistemática da literatura sobre a influência do magnésio na fadiga muscular.

Para investigar os conhecimentos científicos produzidos no período de janeiro de 1990 a dezembro de 2017, os artigos foram pesquisados as bases

de dados eletrônicas na área de saúde (Cochrane Library, Scientific Electronic Library Online - SciELO, Medline/Pubmed, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde - LILACS) e busca manual de resumos apresentados em congressos, sob a perspectiva de revisão (simples e sistemática), publicados em periódicos classificados como A ou B na área de avaliação Medicina II do Sistema Qualis da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal (CAPES).

A busca foi realizada entre agosto e setembro de 2018, sendo realizada por dois revisores, MPR e CRP, que analisaram de forma independente todo o processo de seleção dos estudos, considerando títulos e resumos.

Avaliando o risco de viés, a qualidade metodológica foi baseada no grau de confiabilidade do desenho e o relato do estudo, sendo avaliados sob os seguintes critérios: geração de sequência aleatória, ocultação das alocações, cegamento dos participantes e profissionais, cegamento dos avaliadores, relatos completos dos desfechos e relato completo.

Cada fator de qualidade foi classificado como sim (baixo risco de viés), não (alto risco de viés) ou pouco claro (risco moderado de viés), conforme o Manual Cochrane⁽¹⁴⁾.

Para a escolha e o cruzamento de palavras-chaves, bem como seus correspondentes em inglês, os pesquisadores recorreram aos Descritores em

Ciências da Saúde (DeCS) e Medical Subject Headings (MeSH): fadiga (fatigue), músculo (muscle) e magnésio (magnesium). Os artigos foram lidos na íntegra, seguindo os critérios de

inclusão e exclusão estabelecidos, conforme descrito na Tabela 1 a seguir.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A base de dados SciELO não apresentou nenhum artigo pelo cruzamento das palavras-chaves; optou-se por buscar individualmente cada palavra-chave, no intuito de localizar maior

Tabela 1. Critérios de inclusão e exclusão dos artigos para revisão sistemática. Guarapuava, PR, Brasil, 1990-2017.

INCLUSÃO	EXCLUSÃO
Artigos publicados entre os anos de 1990 a 2017	Artigos anteriores ao ano de 1990 ou posterior a 2017
Delineamento de estudo: ensaios clínicos ou observacional caso-controle	Artigos sem resumo ou artigos de revisão, teses/dissertações ou editoriais
Conter no título ou nos resumos os termos fadiga muscular/ muscle fatigue ou magnésio/magnesium	Estudos em outros idiomas que não português/inglês Estudos em animais e terapia com magnésio não relacionada à fadiga muscular
Artigos de boa qualidade metodológica publicados em periódicos com classificação A ou B na área de avaliação Medicina II do Sistema Qualis Capes	Artigos publicados em periódicos com classificação C na área de avaliação Medicina II do Sistema Qualis Capes ou sem classificação no Sistema Qualis Capes
Intervenções abrangendo o uso de magnésio para melhoria da fadiga muscular	

número de estudos elegíveis.

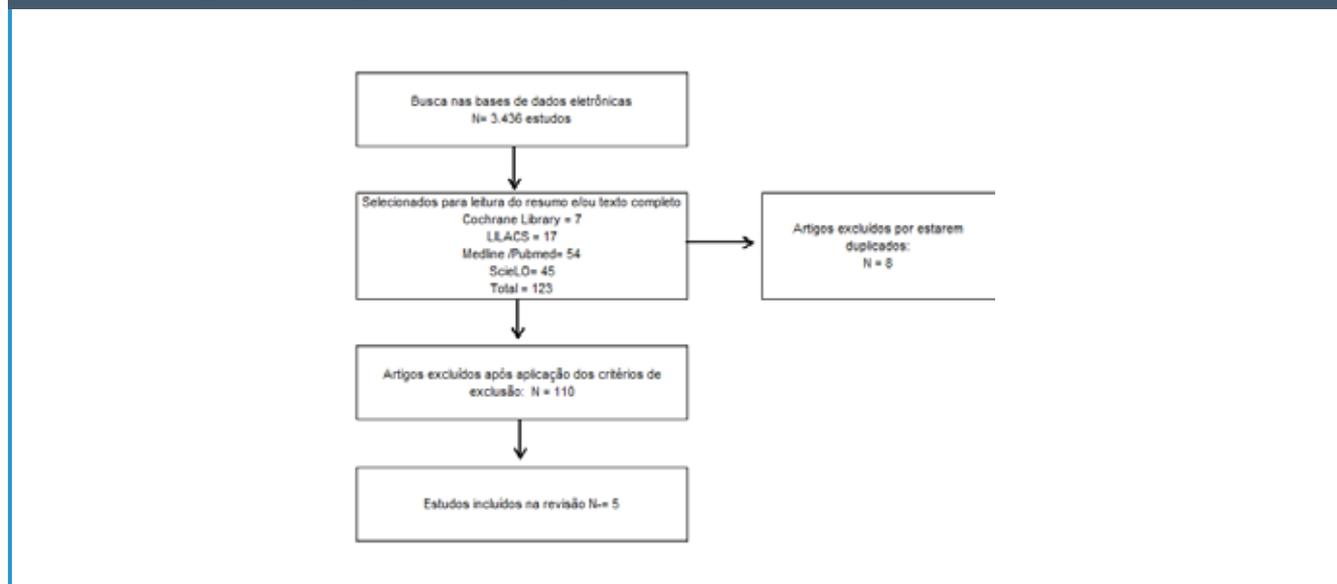
Após pesquisa nas bases de dados, foram identificados 3.436 trabalhos. Posteriormente à análise dos títulos, 123 destes foram selecionados para leitura do resumo e/ou texto completo, dos quais 110 artigos foram excluídos por não se enquadrarem nos critérios

de elegibilidade e 8 foram removidos por estarem duplicados. Ao final, 5 estudos foram incluídos na presente revisão, todos encontrados na base de dados Pubmed. Não foram achados estudos por meio da busca manual nas referências dos artigos encontrados. O Fluxograma 1 apresenta a síntese do

processo de seleção dos artigos.

Ao analisar as características gerais, observou-se que os estudos ocorreram em países distribuídos em 03 continentes, e houve variação no tamanho amostral. Dos 05 estudos elegíveis para esta revisão, 02 ocorreram nos Estados Unidos da América, 01 no Ja-

Fluxograma 1. Fluxograma de identificação e seleção dos artigos por base de dados para revisão sistemática sobre a influência do magnésio na fadiga muscular. Guarapuava, PR, Brasil, 1990-2017.



pão, 01 na Austrália e 01 na Turquia. Identificou-se que a publicação mais antiga ocorreu em 2002, enquanto a mais recente foi em 2014.

A menor média de idade entre os grupos amostrais de cada pesquisa foi de $10,5 \pm 1,3$ enquanto a maior média foi de $47,3 \pm 5,2$, ambas encontradas em estudo⁽¹⁵⁾.

Quanto ao sexo, destacam-se os trabalhos de Sendur et al⁽¹⁶⁾ e Aoki et al⁽¹⁷⁾. O primeiro teve o grupo amostral composto 100% por pacientes do sexo feminino diagnosticados com fibromialgia, enquanto o segundo foi 100% composto por jogadores de futebol do sexo masculino. Entretanto, numa avaliação geral, 60 % dos manuscritos teve o grupo amostral composto em sua maioria pelo sexo masculino.

Quanto à forma de avaliação, dois estudos focaram na investigação em atletas. Siegel et al⁽¹⁸⁾ avaliou os ní-

veis de eletrólitos, cálcio e magnésio ionizado e lactato em corredores de maratona colapsados e Aoki et al⁽¹⁷⁾ jogadores de futebol. E, embora este último tivesse por objetivo investigar o efeito da água rica em hidrogênio no estresse oxidativo e na fadiga muscular, foi incluído na presente revisão após discussão e consenso entre os avaliadores, devido à relevante metodologia utilizada para geração desta água. Os pesquisadores utilizaram um produto, composto de magnésio metálico (99,9% puro) e pedras naturais em recipientes de polipropileno combinados com cerâmica para produzir hidrogênio. Os atletas do grupo amostral receberam três garrafas de 500 ml de água potável e foram orientados a colocar dois palitos de magnésio em cada garrafa 24 horas antes de beber.

Já os outros três estudos foram realizados em grupos amostrais, cujos in-

divíduos sofriam de alguma patologia. Niermann, Olsen e Park⁽¹⁵⁾ avaliaram os efeitos benéficos da prednisona e terapia imunossupressora na elevação do magnésio livre (Mg²⁺) e magnésio ligado a adenosina trifosfato (Mg-ATP) em pacientes com dermatomiosite e dermatomiosite juvenil.

Sendur et al⁽¹⁶⁾ examinaram a associação entre oligoelementos séricos e achados clínicos em pacientes com fibromialgia e Van Langenberg et al⁽¹⁹⁾ aferiram a fadiga muscular em pacientes com Doença de Crohn, para definir os fatores associada à fadiga muscular.

As características e dados de cada artigo elegível deste estudo foram extraídos e organizados em uma tabela resumo, contendo autor e data de publicação, local do estudo, periódico, delineamento do estudo, grupo amostral e objetivo (Tabela 2).

A Revisão Sistemática (RS) tem

Tabela 2. Características das publicações sobre a influência do magnésio na fadiga muscular. Guarapuava, PR, Brasil, 1990-2017.

AUTOR/ANO	LOCAL	PERIÓDICO	DELINEAMENTO DO ESTUDO	GRUPO AMOSTRAL	OBJETIVO
Niermann, Olsen e Park, 2002	Nashville, Tennessee (EUA)	Arthritis & Rheumatism	Estudo observacional analítico, caso-controle	12 pacientes adultos com dermatomiosite (DM) sendo 11 caucasianos e 1 afroamericano e 10 pacientes juvenis com dermatomiosite (DMJ). Os dois grupos de controle foram 11 adultos normais e 6 crianças saudáveis.	Caracterizar anormalidades nos níveis de magnésio nos músculos de pacientes com dermatomiosite (DM) e dermatomiosite juvenil (DMJ) e avaliar os efeitos benéficos da prednisona e terapia imunossupressora na elevação do magnésio livre (Mg ²⁺) e magnésio ligado a ATP (Mg-ATP).
Sendur et al, 2008	Aydin, (Turquia)	Rheumatology International	Estudo observacional analítico, caso-controle	32 pacientes diagnosticados com Fibromialgia (FM) de e 32 controles saudáveis normais (CSN)	Examinar a associação entre oligoelementos séricos e achados clínicos, tais como número de pontos sensíveis, gravidade da fadiga e estado funcional em pacientes com fibromialgia (FM)
Siegel et al, 2008	Boston, Massachusetts (EUA)	American Journal of Clinical Pathology	Estudo observacional analítico, caso-controle	Corredores da Maratona de Boston (2006 e 2007) que sofreram colapso. O grupo de controle foram os corredores não colapsados.	Avaliar os níveis de eletrólitos, cálcio e magnésio ionizado e lactato em corredores de maratona colapsados na tenda médica na linha de chegada das maratonas de Boston em 2006 e 2007.

Aoki et al, 2012	Tsukuba, Ibaraki, (Japão)	Medical Gas Research	Ensaio clínico duplo-cego	Dez jogadores de futebol masculino, com idade de $20,9 \pm 1,3$ anos, submetidos a testes ergométricos e coleta de sangue. Todos os jogadores estavam envolvidos em sessões diárias de treinamento, exceto no dia do experimento.	Investigar o efeito da água rica em hidrogênio no estresse oxidativo e na fadiga muscular em resposta ao exercício agudo
Van Langenberg et al, 2014	Melbourne, Victoria (Austrália)	Journal of Crohn's and Colitis	Estudo observacional analítico, caso-controle	22 pacientes do Box Hill Hospital, com diagnósticos confirmados de Doença de Crohn e 22 controles saudáveis voluntários pareados por idade e sexo.	Medir a fadiga muscular em pacientes com Doença de Crohn, definir os fatores associada à fadiga muscular que pode ser passível de mudança, e verificar se o músculo derivado objetivamente a fadiga se correlaciona com a fadiga "subjéctiva" autorreferida.

papel fundamental na atenção à saúde, substituindo a pesquisa primária como fonte de evidência para apoiar a tomada de decisões⁽²⁰⁾. Os resultados desta revisão mostraram que há relação entre o magnésio e a fadiga muscular. Dentre os estudos inclusos na presente revisão sistemática, a pesquisa de Niermann, Olsen e Park⁽¹⁵⁾ demonstrou que baixos níveis de Mg-ATP e Mg livre (2+) são concordantes com a fraqueza e fadiga observadas em pacientes com dermatomiosite e dermatomiosite juvenil.

O estudo de Sendur et al⁽¹⁶⁾ considerou significativa a associação entre os baixos níveis séricos de magnésio e a fadiga observada em pacientes com fibromialgia. Van Langenberg et al⁽¹⁹⁾ observaram que, em comparação aos controles saudáveis, os pacientes com Doença de Crohn apresentaram mais fadiga muscular, os autores expõem que, dentre outros níveis séricos, o baixo nível de magnésio foi associado com o aumento da fadiga muscular nestes pacientes. Autores⁽¹⁷⁾ confirmaram, após avaliação, que os jogadores de futebol que consumiram água rica em hidrogênio, gerada por meio da reação química: $Mg + 2H_2O \rightarrow Mg(OH)_2 + H_2$, tiveram redução do aumento dos níveis de lactato no sangue que preveniu a diminuição pós-exercício do pico de torque, conside-

Vale ressaltar que, embora os resultados deste estudo tenham apontado escassez de artigos que relacionem a fadiga muscular e o magnésio, essa pesquisa apresentou duas limitações.

rado um indicador de fadiga muscular. Já estudo de Siegel et al⁽¹⁸⁾ concluiu que baixos níveis de cálcio e magnésio ionizado e acidose láctica contribuem para a fadiga muscular e o colapso.

E apesar dos estudos realizados em indivíduos com fibromialgia, dermatomiosite e dermatomiosite juvenil não terem avaliado diretamente a fadiga muscular nestes pacientes, ambas afirmam que o magnésio desempenha um papel significativo na fisiopatologia dessas doenças, que apresentam dentre outros sintomas característicos, a fadiga muscular.

Vale ressaltar que, embora os resultados deste estudo tenham apontado escassez de artigos que relacionem a fadiga muscular e o magnésio, essa pesquisa apresentou duas limitações. A primeira se refere aos estudos que poderiam trazer uma maior contribuição podem ter sido excluídos na primeira etapa, quando os pesquisadores leram somente os títulos e os resumos, posto que somente resumos bem estruturados e que atenderam aos critérios de inclusão foram selecionados. E a outra descrita como barreira linguística, ou seja, artigos escritos em outros idiomas, além do português e inglês, não foram incluídos nesta revisão.

CONCLUSÃO

Embora a literatura disponibilize diversos estudos sobre o magnésio e a fadiga muscular, pouco foi encontrado sobre a relação entre os dois num período de 27 anos (1990 a 2017). Os

estudos que correlacionam o magnésio à fadiga muscular são escassos, utilizam diversos instrumentos e escores de avaliação, assim como diferentes variáveis, objetivos e tamanho amostral, dificultando a realização de uma metanálise.

Contudo, a presente revisão sistemática demonstra que os 05 estudos

encontrados, corroboram com a influência positiva na redução fadiga muscular, tanto aquela produzida pelo esforço físico, quanto àquela desencadeada por alguma patologia como a fibromialgia, a dermatomiosite e a doença de Cronh. Entretanto, são necessários estudos futuros com maior abrangência e qualidade metodológi-

ca, além de embasamento teórico das intervenções e melhor relato nas publicações e análise dos resultados, para averiguar sistematicamente a eficácia do magnésio na fadiga muscular.

Esta pesquisa não recebeu financiamento específico de nenhuma agência de fomento dos setores público, comercial ou sem fins lucrativos. ■

REFERÊNCIAS

1. Faulkner JÁ, Brooks SV, Opitck JA. Lesão das fibras musculares esqueléticas durante as contrações: condições de ocorrência e prevenção. *Physical Therapy* [Internet]. 1993 dez. [acesso em 23 ago 2018]; 73(12):911-921. DOI: <https://doi.org/10.1093/ptj/73.12.911>.
2. Soares JMC. Efeitos do aumento da actividade contráctil na morfologia e na funcionalidade muscular. *Espaço*. 1993; 1(1):59-65.
3. Sucre LE, Hernández N, Hecker-Torres S. Efecto del entrenamiento sobre las actividades enzimáticas y composición fibrilar en el M. G. Medius de Caballos puro sangre Venezolanos. *Revista Científica*. 1999; 9(6):489-501.
4. Martins CB, et al. Efeito do condicionamento atlético sobre o músculo glúteo médio de equinos puro sangue arabes. *Ars Veterinaria*. 2008; 23(2):100-107.
5. Rivero JLL, Piercy RJ. Fisiologia do músculo: respostas ao exercício e treinamento. *Fisiologia do exercício equino: a ciência do exercício no cavalo atlético*. 2008. P. 463.
6. Tortora GJ, Derrickson B. *Princípios De Anatomia E Fisiologia*. 14. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2016. 1216 p.
7. Weiler HT, Awiszus F. Influence of hysteresis on joint position sense in the human knee. *Experimental Brain Research* [Internet]. 2000 [acesso em 16 set 2018]; 135(2):215-221. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s002210000512>.
8. Córdova A, Navas FJ. Os radicais livres e o dano muscular produzido pelo exercício: papel dos antioxidantes. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte* [Internet]. 2000 out. [acesso em 22 ago 2018]; 6(5):204-208. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1517-86922000000500006&script=sci_arttext&lng=pt.
9. Hall JE, Guyton AC. *Guyton & Hall tratado de fisiologia médica*. 13. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2017.
10. Amorin AG, Tirapegui J. Aspectos atuais da relação entre exercício físico, estresse oxidativo e magnésio. *Revista de Nutrição* [Internet]. 2008 set./out. [acesso em 13 ago 2018]; 21(5):563-575. Disponível em: <http://bdpi.usp.br/item/001715512>.
11. Grober U Schmidt J, Kisters K. Magnesium in prevention and therapy. *Nutrients* [Internet]. 2015 set. [acesso em 28 ago 2018]; 7(9):8199-8226. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2072-6643/7/9/5388>.
12. Lanham-New AS, et al. *Sport and exercise nutrition*. Chichester: Wiley-Blackwell; 2011.
13. Nielsen FH, Lukaski C. Update on the relationship between magnesium and exercise. *Magnesium Research*. 2006 set; 19(3):180-9.
14. Higgins JPT, Green S. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*. Chichester (UK): John Wiley & Sons; 2011.
15. Niermann KJ, Olsen NJ, Park JH. Magnesium abnormalities of skeletal muscle in dermatomyositis and juvenile dermatomyositis. *Arthritis & Rheumatism* [Internet]. 2002 [acesso em 23 ago 2018]; 46(2):475-488. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1002/art.10109>.
16. Sendur OF, et al. The relationship between serum trace element levels and clinical parameters in patients with fibromyalgia. *Rheumatology international* [Internet]. 2008 [acesso em 20 ago 2018]; 28(11):1117. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00296-008-0593-9>.
17. Aoki K, et al. Pilot study: Effects of drinking hydrogen-rich water on muscle fatigue caused by acute exercise in elite athletes. *Medical gas research* [Internet]. 2012 [acesso em 15 set 2018]; 2(1):12. Disponível em: <https://medicalgasresearch.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/2045-9912-2-12>.
18. Siegel AJ, et al. Cardiac biomarkers, electrolytes, and other analytes in collapsed marathon runners: Implications for the evaluation of runners following competition. *American Journal of Clinical Pathology* [Internet]. 2008 [acesso em 20 set 2018]; 129(6):958-951. Disponível em: <https://academic.oup.com/ajcp/article/129/6/948/1760339>.
19. Van Langenberg DR, et al. Objectively measured muscle fatigue in Crohn's disease: correlation with self-reported fatigue and associated factors for clinical application. *Journal of Crohn's and Colitis* [Internet]. 2014 [acesso em 05 set 2018]; 8(2):137-146, 2014. Disponível em: <https://academic.oup.com/ecco-jcc/article/8/2/137/596235>.
20. Medina EU, Pailaquilén RMB. A revisão sistemática e a sua relação com a prática baseada na evidência em saúde. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2010 jul/ago [acesso em 10 nov 2018]; 18(4):824-831. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n4/pt_23.pdf.

Comportamento dos agentes de combate às endemias que predispõe alterações nos níveis sanguíneos de colinesterase

RESUMO

Objetivo: identificar as características sociodemográficas e o comportamento dos Agentes de Combate às Endemias (ACE) que predispõe alteração nos níveis sanguíneos de colinesterase sanguínea. **Metodologia:** estudo descritivo com delineamento retrospectivo, com ACE de Jataí-GO. A coleta de dados retrospectivo aconteceu ao período de 2009 a 2016, desenvolvida por meio de análise dos prontuários laborais dos participantes e no período de setembro a novembro de 2017 foi aplicado um instrumento semiestruturado para os ACE. **Resultados:** foram analisados 74 prontuários, dos quais 10 possuíam exames de colinesterase alterados. Observou-se associação entre o comportamento e a alteração da colinesterase, uma vez que, a maioria dos ACE não higienizava as mãos corretamente e não utilizavam os EPIs da forma preconizada, apesar de referirem participação em capacitações. **Conclusão:** as alterações dos níveis de colinesterase no sangue dos ACEs registrado em seus prontuários relacionam-se com seus comportamentos durante a sua prática profissional e estilo de vida.

DESCRITORES: Doenças Endêmicas; Colinesterases; Equipamentos e Provisões.

ABSTRACT

Objective: Identify the sociodemographic characteristics and behavior of Endemic Disease Agents (ACE) that predispose to changes in blood levels of blood cholinesterase. **Methodology:** a descriptive retrospective study with ACE of Jataí-GO. Retrospective data collection took place from 2009 to 2016, developed through analysis of the participants' medical records and from September to November 2017, a semi-structured instrument was applied to the ACE. **Results:** 74 medical records were analyzed, of which 10 had altered cholinesterase exams. There was an association between behavior and cholinesterase alteration, since most of the ACE did not clean their hands correctly and did not use the PPE as recommended, although they reported participation in training. **Conclusion:** The changes in ACE blood cholinesterase levels recorded in their medical records are related to their behaviors during their professional practice and lifestyle.

DESCRIPTORS: Endemic Diseases; Cholinesterases; Equipment and Supplies.

RESUMEN

Objetivo: identificar las características sociodemográficas y el comportamiento de los agentes de enfermedades endémicas (ECA) que predisponen a los cambios en los niveles sanguíneos de colinesterasa en sangre. **Metodología:** estudio descriptivo retrospectivo con ACE de Jataí-GO. La recopilación de datos retrospectiva se llevó a cabo de 2009 a 2016, desarrollada a través del análisis de los registros médicos de los participantes y de septiembre a noviembre de 2017, se aplicó un instrumento semiestruturado al ACE. **Resultados:** se analizaron 74 registros médicos, de los cuales 10 tenían exámenes de colinesterasa alterados. Hubo una asociación entre el comportamiento y la alteración de la colinesterasa, ya que la mayoría de los ACE no se limpiaron las manos correctamente y no usaron el PPE según lo recomendado, aunque informaron que participaron en el entrenamiento. **Conclusión:** Los cambios en los niveles de colinesterasa en sangre ACE registrados en sus registros médicos están relacionados con sus comportamientos durante su práctica profesional y estilo de vida.

DESCRIPTORES: Enfermedades Endémicas; Colinesterasas; Equipos y Suministros.

Cácia Régia de Paula

Enfermeira. Doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem - Universidade Federal de Goiás. Professora do Curso de Enfermagem UFG/Regional Jataí.

Bruno Bordin Pelazza

Enfermeiro. Doutor em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Uberlândia (UFU), docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual do Centro-Oeste – UNICENTRO.

Lucila Pessuti Ferri

Enfermeira. Doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem - Universidade Federal de Goiás (UFG). Professora do Curso de Enfermagem (UFG) /Regional Jataí.

Gabriela Alves Souza

Enfermeira pela da Universidade Federal de Goiás (UFG), Regional Jataí - Goiás.

Maria Alves Barbosa

Enfermeira. Doutora pela Universidade de São Paulo. Professora orientadora do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, ambos da Universidade Federal de Goiás (UFG).

Maria Isabel Silva

Assistente Social e Fisioterapeuta. Mestre em Fisiologia e Biofísica, Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP

Flavio Henrique Alves de Lima

Médico Pediatra. Doutor em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Goiás-UFG. Professor adjunto do departamento de pediatria da Faculdade de Medicina (UFG).

INTRODUÇÃO

De acordo com dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), ocorrem anualmente cerca de 3 milhões de intoxicações humanas por praguicidas em todo o mundo, o que resulta em várias mortes, tornando-se um grave problema de saúde pública. A maioria destas intoxicações ocorre entre trabalhadores agrícolas e em países subdesenvolvidos, onde a falta de higiene, informação ou controle adequado criou condições inseguras de trabalho^(1,2).

No Brasil, o Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (SINITOX) revela que no período de 2010 a 2017 foram registrados 708.991 casos de intoxicação humana, destes, 38.279 foram ocupacionais, sendo o maior número registrado em 2011 contabilizando 7.663 casos em todo o país⁽³⁾.

O SINITOX é o órgão responsável no Brasil pelos registros das intoxicações e fornece informações toxicológicas e farmacológicas sobre medicamentos e agentes tóxicos existentes em nosso meio. Os registros são realizados pelos Centros de Informação e Assistência Toxicológica (Ciats), localizados em vários estados brasileiros^(3,4).

O Brasil é considerado o maior consumidor de agrotóxico do mundo, dentre eles os organofosforados (OP) e os carbamatos representam a principal classe dos inseticidas causadores de intoxicações⁽⁵⁻⁸⁾. Os OP causam síndrome colinérgica no Sistema Nervoso Central (SNC), desenvolvendo sintomas

nicotínicos e muscarínicos como broncorrêia, fasciculação muscular e cardíaca, convulsões, depressão respiratória e óbito. Sua absorção ocorre principalmente por vias cutâneas, trato respiratório e via gastrointestinal^(8,9).

De acordo com Lima et al⁽¹⁰⁾, no Brasil, o uso de inseticidas para controle vetorial tem sido intenso. Desde as campanhas, de chagas, febre amarela, esquistossomose e, ultimamente, de dengue, foram utilizados todos os grupos químicos de inseticidas: organoclorados, sal inorgânico (cianogás), carbamatos, organofosforados e piretróides.

A categoria profissional de Agente de Combate as Endemias (ACE), instituída pela Lei n.º 11.350, de 5 de outubro de 2006, dispõe que o ACE tem como atribuição o exercício de atividades de vigilância, prevenção e controle de doenças e promoção da saúde em conformidade com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), sob supervisão do gestor de cada ente federado⁽¹¹⁾.

Desta forma, na saúde pública, os ACEs são os profissionais que manuseiam os inseticidas organofosforados para o controle de vetores, estes profissionais são suscetíveis aos efeitos dos inseticidas, pois a exposição acontece desde o preparo do produto até a aplicação do mesmo, sendo absorvido pelas vias dérmica e aérea, principalmente entre aqueles que realizam nebulização, permanecendo expostos a agentes anticolinesterásicos⁽¹⁰⁻¹⁴⁾.

O interesse pelo estudo surgiu através dos dados da literatura científica que evidenciam que as exposições ocupacionais a agentes anti-

colinérgicos/organofosforados sem os cuidados necessários, tais como, o uso correto de equipamento de proteção individual (EPI) e capacitação técnica para manipulação e aplicação do inseticida podem acarretar tanto degradação ambiental, quanto um elevado número de intoxicações, tornando-se um problema de saúde pública^(9,10,15,16).

A manipulação desses agentes sem os cuidados necessários relaciona-se ao comportamento. De acordo com Loch et al⁽¹⁷⁾, o comportamento associa-se ao estilo de vida e pode interferir na saúde do indivíduo. As mudanças para um estilo de vida saudável são normalmente indicadas como parte da prevenção e do tratamento de doenças, assim, são necessárias estratégias que propiciem mudanças desses comportamentos como um todo e não se limitem às ações pontuais para cada comportamento, com ações mais amplas de promoção da saúde. Diante disso, conhecer os comportamentos que influenciam nas alterações dos níveis de colinesterase dos ACE é fundamental para prevenir intoxicações crônicas.

Devido à escassez de estudos que avaliam os riscos à saúde e à segurança laboral dos ACEs, as repercussões sociais, econômicas e de saúde pública, objetivou-se identificar as características sociodemográficas e o comportamento dos ACEs, os quais apresentam predisposição e alteração nos níveis sanguíneos com colinesterase.

METODOLOGIA

Estudo transversal, descritivo com delinea-

amento retrospectivo, realizado no município de Jataí, localizado no Centro-Oeste do Brasil. A coleta de dados retrospectiva aconteceu ao período de 2009 a 2016, desenvolvida por meio de análise dos prontuários laborais dos participantes e no período de setembro a novembro de 2017 foi aplicado um instrumento semiestruturado para os ACE.

Não foi realizado cálculo amostral, pois pretendeu-se trabalhar com a totalidade dos ACE. Adotou-se os seguintes critérios de inclusão na pesquisa: a) agentes de combate às endemias de ambos os sexos cujos prontuários médicos continham registros de alterações nos níveis de colinesterase; b) que trabalharam no período de 2009 a 2016; c) que desenvolveram atividades de inspeção sanitária nos imóveis urbanos e rurais, fazendo uso de inseticidas no controle de vetores; d) ACEs inseridos no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) do município em estudo.

Foram excluídos, prontuários dos ACE que haviam sido exonerados, aqueles que se encontravam aposentados, bem como e aqueles que não apresentaram alterações nos níveis de colinesterase. Destaca-se, ainda, que foi excluído o prontuário de um ACE que foi a óbito, cuja causa não foi especificada no prontuário. Os prontuários laborais de todos os ACE ficam sob a guarda da Secretaria Municipal de Saúde em uma Unidade de Saúde Municipal.

A coleta de dados ocorreu em duas etapas: a primeira baseou-se na análise manual dos prontuários, com o intuito de verificar os registros dos exames de colinesterase realizados pelos ACEs e identificar quais constavam alterações dos níveis de colinesterase. Após esclarecer aos participantes o direito quanto ao sigilo, anonimato das informações e a desistência, iniciou-se a segunda etapa, onde foi aplicado um instrumento de coleta de dados semiestruturado, aos ACEs, cujos prontuários laborais constavam registro de alterações dos níveis de colinesterase. O instrumento foi construído pelas pesquisadoras e passou por refinamento por especialistas na área onde se verificou a objetividade e atendimento à proposta do estudo, acerca do perfil sociodemográfico e de saúde, em que foi investigado o comportamento de risco e proteção utilizado pelos ACEs.

No presente estudo, as variáveis comportamentais investigadas foram: tabagismo consumo de álcool, atividade física, higienização das mãos, uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), guarda do material de trabalho e conhecimento sobre acidentes de trabalho.

Os dados foram tabulados em planilha do programa Microsoft ExcelR e posteriormente utilizou-se o software Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versão 17 for Windows, através do método estatístico descritivo. Para discussão do trabalho, foram utilizados arquivos

em português disponíveis na Internet, cujos termos pesquisados foram: intoxicação por organofosforados, agentes de combate às endemias, colinesterase e acidentes de trabalho.

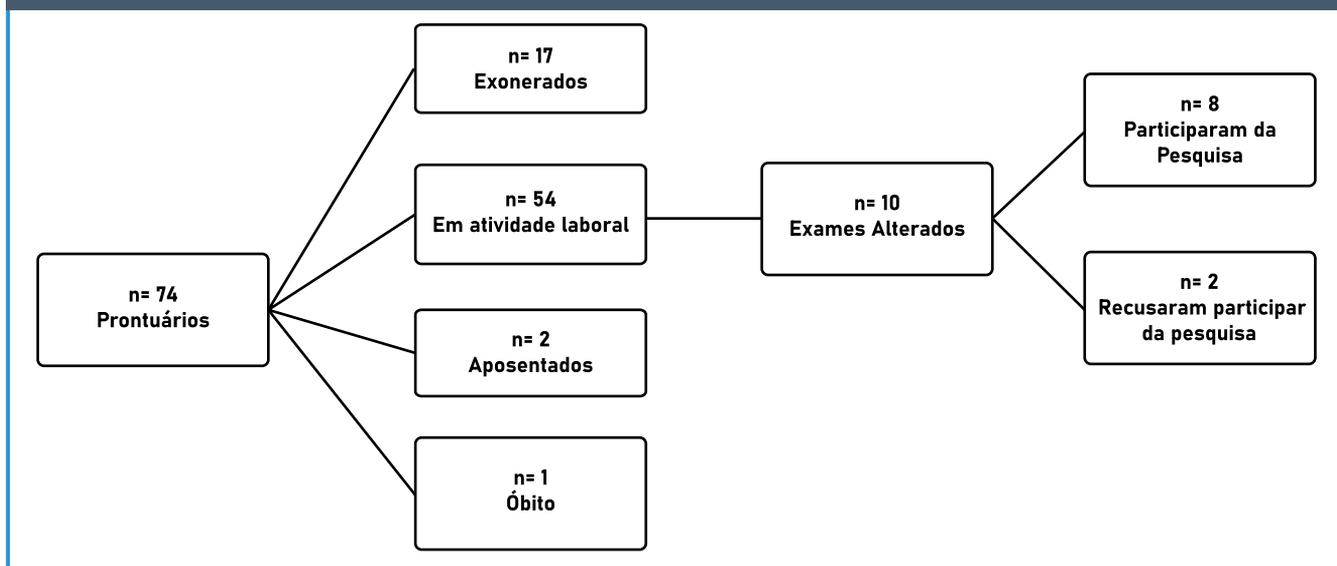
Este estudo seguiu as normas da Resolução n.º 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), e teve aprovação do Comitê de Ética de uma Universidade Federal de Goiás, sob protocolo n.º 2.167.426.

RESULTADOS

Iniciou-se a análise com 74 prontuários, des- ses, 20 foram excluídos por não atenderem aos critérios de inclusão definidos pela pesquisa, sendo assim, obteve-se 54 prontuários de ACEs que exerciam as atividades laborais. Esses 54 prontuários, continham o registro de dosagem nos níveis de colinesterase e em 10 constatou-se alterações nos níveis e foram considerados elegíveis para a pesquisa. Na segunda etapa da pesquisa, 02 ACEs se recusaram a participar deste estudo, perfazendo assim, um total de 08 ACEs incluídos na segunda etapa da pesquisa (Figura 1).

Nos prontuários, cujos níveis de colinesterase dos agentes constavam como alterados, havia registro de orientação para afastamento das atividades laborais, porém, não havia solicitação de nova testagem do nível de colinesterase para que pudesse ser avaliada a possibilidade de retorno às atividades por eles exercidas rotineiramente.

Figura 1. Fluxograma de análise e elegibilidade dos prontuários conforme status dos ACEs. Jataí, GO, Brasil, 2019.



Nos anos analisados, de acordo com a avaliação dos prontuários, foram identificadas alterações dos níveis de

colinesterase em momentos diferentes para o mesmo ACE. Verificou-se que no de 2013 houve maior registro de al-

terações (22%), seguido por 2014 com 17% (Tabela 1).

Dos 8 participantes deste estudo,

Tabela 1. Número de prontuários de Agentes de Combate a Endemias com registros de exames de colinesterase alterados por ano em um município do sudoeste goiano. Jataí, GO, Brasil, 2019.

PRONTUÁRIOS	ANO							
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
1	-	-	-	-	-	-	-	1
2	-	-	-	-	-	1	-	-
3	-	-	-	-	1	-	-	-
4	-	-	-	-	-	1	-	-
5	-	-	-	-	1	-	-	-
6	-	2	-	-	-	-	-	-
7	-	-	-	-	2	-	-	-
8	-	-	-	-	-	1	-	-
Total	-	2	-	-	4	3	1	1

87,5% era do sexo feminino, com média de idade de 39,75 anos (desvio padrão [DP] = 8,03 anos), 75% casados (a),

62,5% possuem dois filhos, renda familiar média de R\$ 2.374,25 reais (DP = 1.401,85 com variação de R\$ 1.176,00

à R\$ 5.000,00 reais) e 75% com ensino médio completo (Tabela 2).

Como apresentado na Tabela 3, 50% dos

Tabela 2. Características sociodemográficas dos ACEs, de um município do sudoeste goiano. Jataí, GO, Brasil, 2019

VARIÁVEIS	FREQUÊNCIA	(%)	
Sexo	Masculino	1	12,5
	Feminino	7	87,5
Estado Civil	Casado (a) com companheiro (a)	6	75,0
	Separado (a) divorciado (a)	2	25,0
Nº de Filhos	1 Filho	1	12,5
	2 Filhos	5	62,5
Escolaridade*	Não responderam	2	25,0
	EMI	1	12,5
	EMC	6	75,0
	ESC	1	12,5

Nota: * EMI = Ensino Médio Incompleto; EMC = Ensino Médio Completo; ESC = Ensino Superior Completo.

ACEs referiu fazer uso de bebida alcoólica, sendo que 37,5% com consumo menor que uma vez por semana. Todos negaram uso de tabaco naquele momento, porém 25% já o havia feito por aproximadamente 8 anos (DP = 5,65 anos) e parou há cerca de 25

anos. Em relação à prática de atividade física, 37,5% realizava algum tipo de atividade física em alguns dias da semana. Quanto à autoavaliação do estado de saúde 37,5% dos participantes respondeu que eram portadores de doenças crônicas (DC), dos quais

12,5% referiu a hipertensão arterial sistêmica (HAS), os demais citaram o vitiligo e “zumbido no ouvido”. 75% relatou fazer uso de medicamentos de uso contínuo, tais como: Selozok, Alondipino, Lexotan, Paroxetina, e 12,5% possuía hepatopatia.

Tabela 3. Frequência dos hábitos de vida, doenças crônicas e atividades laborais dos ACE de um município do sudoeste goiano. Jataí, GO, Brasil, 2019.

VARIÁVEIS		FREQUÊNCIA	(%)
Consome bebida alcoólica?	Sim	4	50,0
	Não	4	50,0
Frequência de consumo	Utilizou no último mês	3	37,5
	Semanalmente	1	12,5
Tabagista	Não	8	100,0
Fumou antes?	Sim	2	25,0
	Não	6	75,0
Pratica atividade física?	Não	4	50,0
	Alguns dias na semana	3	37,5
	Raramente	1	12,5
Possui doença crônica?	Sim	3	37,5
	Não	5	62,5
Quais?	HAS	1	12,5
	Outras	2	25,0
Hepatopatia?	Sim	1	12,5
	Não	7	87,5
Uso de medicamento contínuo?	Sim	6	75,0
	Não	2	25,0
Quais?	Anti-hipertensivos	1	12,5
	Outros	5	62,5
Trabalha com inseticida?	Sim	6	75,0
	Não	2	25,0
Onde Guarda?	Na mochila de trabalho	5	62,5
	Outro	1	12,5

Nota: HAS = Hipertensão Arterial Sistêmica

artigo

Paula, C.R.; Pelazza, B.B.; Ferri, L.P.; Souza, G.A.; Barbosa, M.A.; Silva, M.I.; Lima, F.H.A.;

Comportamento dos agentes de combate às endemias que predispõe alterações nos níveis sanguíneos de colinesterase

A média de anos trabalhados na função foi de 10,75 anos (DP= de 3,19 anos), com variação de tempo entre 6 e 17 anos, com carga horária de 40h semanais. 75% da população estudada utilizava inseticida em sua função atual e 62,5% guardava o inseticida na mochila de trabalho (Tabela

3), e todos possuíam apenas o vínculo empregatício atual.

Do total de entrevistados, 100% afirmou ter recebido capacitações sobre EPIs e nunca ter se acidentado durante o desenvolvimento de suas atividades laborais e 87,5% declarou ter recebido capacitações

sobre prevenção de acidente de trabalho. Entretanto, embora todos tenham afirmado saber quais são e qual a forma correta de utilização dos EPIs, 62,5% não citou corretamente os EPIs necessários para o desenvolvimento de suas atividades laborais (Tabela 4).

Tabela 4. Frequência dos hábitos de higienização das mãos e acidente de trabalho dos ACE de um município do sudoeste goiano. Jataí, GO, Brasil, 2019.

VARIÁVEIS		FREQUÊNCIA	(%)
Hábito de higienizar as mãos	Sim	7	87,5
	Não	1	12,5
Qual a frequência que higieniza as mãos?	Sempre	3	37,5
	Esporadicamente	4	50,0
	De vez em quando	1	12,5
Conhece a Técnica?	Sim	8	100,0
Descreva a sequência	Correto	2	25,0
	Errado	6	75,0
Produtos Utilizados	Correto	4	50,0
	Errado	4	50,0
Acidente de Trabalho	Não	8	100,0
Capacitação sobre acidente de trabalho?	Sim	7	87,5
	Não	1	12,5
Capacitação sobre EPI?	Sim	8	100,0
Sabe quais EPIs devem ser utilizados?	Sim	8	100,0
Listaram os EPIs**	Correto	2	25,0
	*Incompleto	5	62,5
	Não responderam	1	12,5

Nota: * Não descreveram o kit completo. ** Equipamentos de Proteção Individual.

DISCUSSÃO

Duas pesquisas, sendo uma realizada em Goiás e outra no Piauí, apresentaram dados semelhantes aos encontrados neste estudo em relação às características socio-demográficas, com exceção ao sexo dos participantes, o qual, nos respectivos estudos a maioria era do sexo masculino⁽¹⁸⁻¹⁹⁾.

Quanto ao nível de escolar dos ACEs, os participantes pesquisados apresentavam em sua maioria o ensino médio completo, atendendo ao que preconiza a Lei n.º 11.350, alterada pela Lei n.º 13.595 de 2018 que estabelece que para exercer o cargo de Agente de Combate as Endemias é necessário ter concluído o ensino médio. Entretanto, antes da alteração da Lei em 2018, a escolaridade exigida era o ensino fundamental, fato este, que justifica alguns dos ACEs não possuírem ensino médio, pois a própria Lei garantiu o direito adquirido de todos os ACEs que na data de sua publicação possuíam o ensino fundamental^(11,20).

O grau de escolaridade contribui significativamente para uma apropriada execução das respectivas funções atribuídas ao ACE, pois estudos^(16,21,22) mostram que o analfabetismo e o baixo nível escolar destacam-se como fatores negativos entre os trabalhadores que manipulam produtos químicos, haja vista que, quanto menor o grau de instrução, mais dificuldades terão de interpretar e compreender orientações, capacitações, termos técnicos e outros. Portanto, a escolaridade é um fator relevante e contribui para ações preventivas em saúde e segurança nas atividades desenvolvidas no âmbito trabalhista.

Quanto aos hábitos de vida, o consumo de álcool e tabaco, apesar de não serem muito prevalentes, merecem ser discutidos, tendo em vista que se relacionam com algumas patologias e com o nível de colinesterase sanguínea apresentados por estes trabalhadores. Doenças como hepatites, neoplasia, cirrose, congestão hepática, insuficiência cardíaca, infarto do miocárdio podem interferir no diagnóstico de intoxicação, por exposição a pesticidas, além de atuar, também, potencializando

O grau de escolaridade contribui significativamente para uma apropriada execução das respectivas funções atribuídas ao ACE, pois estudos^(16,21,22) mostram que o analfabetismo e o baixo nível escolar destacam-se como fatores negativos entre os trabalhadores que manipulam produtos químicos, haja vista que, quanto menor o grau de instrução, mais dificuldades terão de interpretar e compreender orientações, capacitações, termos técnicos e outros.

os efeitos desta exposição⁽²³⁻²⁶⁾.

Referente à Doença Crônica, um participante relatou sentir “zumbido nos ouvidos” e, de acordo com a literatura, existem evidências de que a exposição crônica aos defensivos agrícolas induz dano auditivo periférico e central e, quando combinado com ruídos, pode haver perda de audição significativamente maior do que a exposição a um único agente isolado^(27,28).

Pesquisas que abordaram a intoxicação ocupacional por organofosforado evidenciaram que ela está relacionada à falta de cuidado, de higiene, uso inadequado desta substância e dos EPIs, à falta de informação e insuficiência de dados sobre possíveis intoxicações^(6,10,16,22).

Em relação ao acondicionamento dos produtos utilizados por essa classe de trabalhadores, a maioria informou guardar o inseticida na mochila de trabalho. De acordo com a literatura, os inseticidas devem ser acondicionados em sacos plásticos e o líquido (Diflubenzuron) é diluído em água e colocado em garrafas plásticas, do tipo PET (Polietileno tereftalato) e transportados pelos agentes de saúde em uma bolsa de tecido juntamente com outros materiais de trabalho^(19,29).

Outro fator que merece ser destacado é o uso dos EPIs, apesar dos entrevistados afirmarem terem recebido capacitações referentes ao uso de EPI, apenas 25% dos profissionais listou corretamente os equipamentos necessários à sua função. Resultados semelhantes foram encontrados no estudo de Zorzetti, Oliveira Janeiro Neves, Santoro & Constanski⁽³⁰⁻³¹⁾.

Com isso, percebe-se a necessidade de investir em educação permanente, a qual se define como a transformação dos processos em saúde que deve imperar na orientação dos modos de pensar e fazer os processos educativos nos serviços de saúde, com vista a conscientização sobre o uso e a importância dos EPIs, bem como do conhecimento dos produtos os quais estão manuseando^(15,32,33).

Quando perguntado sobre acidente de trabalho, 100% negou ter sofrido algum tipo de acidente, mas de acordo com o Artigo 19 da Lei n.º 8.213/1991:

Acidente do trabalho é o que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço de empresa ou de empregador doméstico ou pelo exercício do trabalho dos segurados referidos no inciso VII do art. 11 desta Lei, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte ou a perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho⁽³⁴⁾.

Diante disso, percebe-se a falta de conhecimento sobre acidente de trabalho e da legislação trabalhista pelos ACEs, uma vez que há registro de afastamento das atividades nos prontuários dos mesmos em decorrência da alteração na Colinesterase.

Os ACEs são funcionários públicos com vínculo estatutário e apresentaram uma variedade de tempo de exposição ocupacional média de 10 anos de profissão, com uma jornada de trabalho de 40 horas semanais.

Portanto, a Lei n.º 12.994/2014, que

institui o piso salarial profissional nacional da categoria, estabelece que a jornada de trabalho de 40 (quarenta) horas é requisito para garantia do piso salarial o qual é fixado atualmente no valor de R\$ 1.550,00 (um mil e quinhentos e cinquenta reais), porém, com escalonamento até o ano de 2021^(11,35-38).

CONCLUSÃO

O delineamento dessa pesquisa sugere que as alterações dos níveis de colinesterase no sangue dos ACEs do município em estudo registradas em seus prontuários relacionam-se com seus comportamentos durante a sua prática profissional e estilo de vida, tendo em vista que, cotidianamente, deixam de realizar higienização das mãos ou não procedem com a utilização correta dos EPIs.

Ações de educação continuada podem contribuir com o conhecimento dos profissionais, o aprimoramento técnico e a valorização de uma cultura organizacional de segurança no ambiente laboral. Diante disso, faz-se necessário a melho-

ria das políticas públicas relacionadas à educação permanente, utilizando outras maneiras de produzir o empoderamento sobre acidente de trabalho, a higienização das mãos e uso do EPI em sua profissão, tais como, mesas redondas, rodas de conversas entre outros, com a finalidade de envolver e sensibilizar os mesmo em discussões a respeito do assunto.

Portanto, levando em consideração a presença feminina na profissão de agente e, que muitas vezes são mães, como neste estudo, necessita-se de uma sensibilização acerca dos riscos que essas profissionais podem expor a sua família, quando não realizam os devidos cuidados referentes à prevenção de intoxicação, pois, de acordo com a literatura, a má higienização das mãos e vestimentas no pós-uso dos inseticidas podem ocasionar intoxicação aos demais membros da família.

Agradecimentos aos Agentes de Combate às Endemias e para a equipe do Núcleo de Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde (NVEAS) do município do estudo. ■

REFERÊNCIAS

1. Cruz CC, Carvalho FN, Costa VÍB, Sarcinelli PN, Silva JJO, Martins TS, Bochner R, Alves SR. Perfil epidemiológico de intoxicados por Aldicarb registrados no Instituto Médico Legal no Estado do Rio de Janeiro durante o período de 1998 a 2005. *Cad. Saúde Colet* [Internet]. 2013 [acesso em 17 ago 2019]; 21(1):62-70. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/9653>.
2. Ferreira A, Maroco E, Yonamine M, Oliveira MLF de. Organophosphate and carbamate poisonings in the northwest of Paraná state, Brazil from 1994 to 2005: clinical and epidemiological aspects. *Rev. Bras. Cienc.* [Internet]. 2008 [citado 2019 abr. 20]; 44(3): 407-415. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-93322008000300010&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-93322008000300010>.
3. SINITOX. Casos Registrados de Intoxicação Humana e Envenenamento, Brasil [Internet]. In: FIOCRUZ, Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas-SINITOX. [acessado 2019 abr 07]. Available from: <https://sinitox.icict.fiocruz.br/dados-nacionais>.
4. Marques PV, Caixeta BTA. Importância da avaliação das dosagens das colinesterases em casos de intoxicações por organofosforados. *Psicologia e Saúde em Debate*. 2016;2(1):1-17.
5. Araújo IMM, Oliveira ÂGRC. Agronegócio e agrotóxicos: impactos à saúde dos trabalhadores agrícolas no nordeste brasileiro. *Trabalho, Educação e Saúde*. 2017; 15(1):117-129.
6. Oliveira-Silva JJ, et al. Influência de fatores socioeconômicos na contaminação por agrotóxicos, Brasil. *Rev. Saúde Públ.* 2001; 35(2):130-135.
7. Braga IA, Valle D. *Aedes aegypti*: inseticidas, mecanismos de ação e resistência. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2007 [acesso em 21 abr 2019]; 16(4):279-293. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/18453>.
8. Bastos LHP, Gouvêa AV, Ortiz ND, Cardoso MHW, Jacob SC, Nóbrega AW. Monitoramento de resíduos de agrotóxicos da classe dos organofosforados por cgdfc em amostras de leite fluído e em pó. *Quím. Nova*. 2015; 38(2):178-184.
9. Oliveira, MLF, Buriola, AA. Gravidade das intoxicações por inseticidas inibidores da colinesterase no Noroeste do estado do Paraná, Brasil. *Rev Gaúcha Enferm*. 2009 dez; 30(4):648-55.
10. Lima, et al. Exposição a pesticidas e repercussão na saúde de agentes sanitários no Estado do Ceará, Brasil. *Ciênc. Saúde Coletiva* [Internet]. 2009 [acesso em 2019 abr 15]; 14(6):2221-2230. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000600031&lng=en.
11. Brasil. Lei n.º 11.350, de 5 de outubro de 2006. Regulamenta o § 5o do Art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2o da Emenda Constitucional no 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. Brasília (DF); 2006

REFERÊNCIAS

12. Siqueira MEPBD, Fernícola, NAGGD, & Borges EL. Determinação de níveis normais de colinesterase plasmática e eritrocitária. *Revista de Saúde Pública*. 1978; 12:340-344.
13. Câmara, SAV, et al. Exposição a agrotóxicos: determinação dos valores de referência para colinesterase plasmática e eritrocitária. *Brasília Med. Campo Grande*. 2012 jun/ago; 49(3):163-169.
14. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica (BR). Diretrizes nacionais para prevenção e controle de epidemias de dengue. 2009; p. 66.
15. Junior ARF, Torres ARA, Silva CMA. Condições laborais dos agentes de combate a endemias e seus efeitos à saúde. *Essentia*. 2015; 16(esp):77-95.
16. Candido AS, Ferreira RJ. Riscos à Saúde e à Segurança no Trabalho do Agente de Combate às Endemias do Município de Campos Sales, Ceará, Brasil. *Ensaios Cienc., Cienc. Biol. Agrar. Saúde*. 2017; 21(1): 52-57.
17. Loch MR, Bortoletto MSS, Souza RKT, Mesas AE. Simultaneidade de comportamentos de risco para a saúde e fatores associados em estudo de base populacional. *Cad. saúde colet*. 2015; 23(2):180-187.
18. Vale MAAB. Avaliação dos aspectos biológicos e ambientais da exposição a pesticidas por agentes de saúde do controle de endemias da central de UBV de Goiânia, Goiás [dissertação]. Goiânia: Universidade Católica de Goiás; 2013.
19. Fianco MC. Avaliação do risco ocupacional e da percepção de risco dos agentes de combate às endemias do estado do Piauí [dissertação]. Canoas: Universidade Luterana do Brasil; 2013.
20. Brasil. Presidência da República. Lei n.º 13.595 de 5 de janeiro de 2018. Altera a Lei 11.350, para dispor sobre a reformulação das atribuições, a jornada e condições de trabalho e outras definições sobre o trabalho dos ACS e ACE.
21. Martins MKS, Cerqueira GS, Sampaio AMA, Lopes AA & Freitas R.M. Exposição ocupacional aos agrotóxicos: um estudo transversal. *Revista Intertox de Toxicologia, Risco Ambiental e Sociedade*; 2015; 5(3).
22. Cerqueira GS, et al. Dados da exposição ocupacional aos agrotóxicos em um grupo assistido por uma Unidade Básica de Saúde na cidade de Cajazeiras, PB. *Revista intertox de toxicologia, risco ambiental e sociedade* [Internet]. 2010 [acesso em 17 ago 2019]; 3(1):16-28. Disponível em: <http://www.revistarevinter.com.br/atores/index.php/toxicologia/article/view/131>.
23. Nunes GC. Uso do EPI – Equipamentos de Proteção Individual nas pequenas propriedades rurais produtoras de fumo no município de Jacinto Machado-SC. [Dissertação]. Criciúma (SC): Universidade do Extremo Sul Catarinense, 2010.
24. Bonato AAA. fumicultura no Brasil e a convenção-quadro para controle do tabaco. DESER – Departamento de Estudos Socioeconômicos Rurais [Internet]. Curitiba (PR), jan. 2007 [acesso em 22 abr 2019]. Disponível em: http://www.deser.org.br/pub_read.asp?id=109.
25. Faria NMX, Rosa JAR, Facchini LA. Intoxicações por agrotóxicos entre trabalhadores rurais de fruticultura, Bento Gonçalves, RS. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2009 [acesso em 22 abr 2019]; 43(2):335-344. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102009000200015&lng=en.
26. Calgaro V. Determinação dos Níveis de Colinesterase Plasmática e Problemas Causados Pelos Agrotóxicos. Instituto Saber de Ciências Integradas - Revista Científica. 2014; 3(1):1-4.
27. Teixeira CF, Augusto LGS, Morata TC. Saúde auditiva de trabalhadores expostos a ruído e inseticidas. *Rev Saúde Pública*. 2003; 37(4):417-23.
28. Delecrode CR, Freitas TD, Frizzo ACF, Cardoso ACV. A prevalência do zumbido em trabalhadores expostos à ruído e organofosforados. *Int. Arch. Otorhinolaryngol*. 2012; 16(3): 328-334.
29. Ministério da Saúde (BR). Dengue instruções para pessoal de combate ao vetor: manual de normas técnicas. - 3. ed., rev. - Brasília: Ministério da Saúde: Fundação Nacional de Saúde, 2001.
30. Zorzetti J, Oliveira Janeiro Neves PM, Santoro PH., & Constanski KC. Conhecimento sobre a utilização segura de agrotóxicos por agricultores da mesorregião do Norte Central do Paraná. *Seminário Ciências Agrárias*. 2014; 35(4).
31. Ministério do Trabalho e Previdência Social (BR). Norma Regulamentadora – 6 [Internet] [acesso em 16 abr 2019]. Disponível em: <http://www.mtps.gov.br/>.
32. Silva KL, Matos JAV, França BD. A construção da educação permanente no processo de trabalho em saúde no estado de Minas Gerais, Brasil. *Esc Anna Nery*. 2017; 21(4): e20170060.
33. Ministério da Saúde (BR). "Portaria GM/MS n.º 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências." *Diário Oficial da União*, 2007.
34. Brasil. Lei n.º 8213 de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília*, 1991.
35. Brasil. Lei n.º 12.994, de 17 de junho de 2014. Altera a Lei no 11.350, de 5 de outubro de 2006, para instituir piso salarial profissional nacional e diretrizes para o plano de carreira dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias. *Brasília (DF)*; 2006.
36. Ministério da Saúde (BR). Manual de vigilância da saúde de populações expostas a agrotóxicos. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Sanitária Departamento Técnico-Normativo. Divisão de Meio Ambiente e Ecologia Humana. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde Representação no Brasil; 1997.
37. Ministério da Saúde (BR). Diretrizes para Atenção Integral à Saúde do Trabalhador de Complexidade Diferenciada. Protocolo de Atenção à Saúde dos Trabalhadores Expostos a agrotóxicos. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. Área técnica de saúde do trabalhador. Brasília (DF); 2006.
38. Conselho Federal de Medicina (BR). Código de ética médica. Resolução CFM n.º 1.638/2002. CFM; 2002.

Implantação da Comissão de Auditoria Interna em uma instituição de saúde pública do Brasil Central

RESUMO

A pesquisa teve por intuito implantar a Comissão de Auditoria Interna (CAI) a partir dos indicadores de desempenho de serviço de um hospital materno infantil da região central do Brasil. Estudo descritivo e analítico realizado a partir de um diagnóstico situacional dos indicadores de desempenho de serviço, utilizando fichas de notificação de infecção referente a 2012 e 2016, e indicadores de desempenho de serviço de janeiro a junho de 2017 obtidos junto a CCIH e ao Núcleo Interno de Regulação. Como resultados, os dados mostraram taxas de infecção global do hospital, em média de 8,7% anual em 2012 e 3,06% em 2016, com a taxa de mortalidade na UTI neonatal em média de 32,4%. As condutas para a implantação da CAI consistiu na elaboração de checklist e intervenção educativa, favorecendo a comunicação e o esclarecimento das dúvidas sobre auditoria, numa perspectiva apoiadora e educativa, buscando qualidade da assistência em saúde.

DESCRIPTORIOS: Indicadores de Desempenho em Saúde ; Segurança do Paciente; Auditoria Interna.

ABSTRACT

The research aimed to implement the Internal Audit Committee (CAI) from the service performance indicators of a maternal and children's hospital in central Brazil. Descriptive and analytical study conducted from a situational diagnosis of service performance indicators, using 2012 and 2016 infection notification sheets, and service performance indicators from January to June 2017 obtained from the CCIH and the Internal Core Regulation. As a result, the data showed overall hospital infection rates, averaging 8.7% annually in 2012 and 3.06% in 2016, with the neonatal ICU mortality rate averaging 32.4%. The conducts for the implementation of the IAC consisted of the elaboration of checklist and educational intervention, favoring the communication and the clarification of the doubts about audit, in a supportive and educational perspective, seeking quality of health care.

DESCRIPTORS: Service Performance Indicators in Health; Patient Safety; Internal Audition.

RESUMEN

La investigación tuvo como objetivo implementar el Comité de Auditoría Interna (CAI) a partir de los indicadores de desempeño del servicio de un hospital materno infantil en el centro de Brasil. Estudio descriptivo y analítico realizado a partir de un diagnóstico situacional de los indicadores de rendimiento del servicio, utilizando hojas de notificación de infección de 2012 y 2016, e indicadores de rendimiento del servicio de enero a junio de 2017 obtenidos de la CCIH y el núcleo interno Reglamento. Como resultado, los datos mostraron tasas generales de infección hospitalaria, con un promedio de 8.7% anual en 2012 y 3.06% en 2016, con una tasa de mortalidad neonatal en la UCI de 32.4%. Las conductas para la implementación del IAC consistieron en la elaboración de una lista de verificación e intervención educativa, favoreciendo la comunicación y la aclaración de las dudas sobre la auditoría, en una perspectiva educativa y de apoyo, buscando la calidad de la atención médica.

DESCRIPTORIOS: Indicadores de Desempeño en Salud; Seguridad del Paciente; Auditoria Interna.

Flavio Henrique Alves de Lima

Médico Pediatra. Doutor em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Goiás-UFG. Professor adjunto do departamento de pediatria da Faculdade de Medicina-UFG.

Marinesia Aparecida Prado Palos

Enfermeira. Doutora Enfermagem pela Universidade de São Paulo. Docente associada do curso de enfermagem da Universidade Federal de Goiás – UFG.

Maria Alves Barbosa

Enfermeira. Doutora pela Universidade de São Paulo. Professora orientadora Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, ambos da Universidade Federal de Goiás (UFG).

Bruno Bordin Pelazza

Enfermeiro. Doutor em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Uberlândia (UFU), docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual do Centro-Oeste – UNICENTRO.

Maria Isabel Silva

Assistente Social e Fisioterapeuta. Mestre em Fisiologia e Biofísica, Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP

Marlos Pereira de Rezende

Médico Ortopedista e Traumatologista, membro Titular da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia, subespecialista em cirurgia de joelho e membro Titular da Sociedade Brasileira de Artroscopia e Traumatologia do Esporte. Mestre em Nutrição e Alimentos pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS. Professor adjunto da UNIFIMES-Centro Universitário de Mineiros/Goiás.

Mario Silva Approbato

Médico. Doutor em Tocoginecologia pela Universidade de São Paulo FRMP. Professor titular da Universidade Federal de Goiás -UFG. Professor Orientador Mestrado e Doutorado UFG.

INTRODUÇÃO

A morbimortalidade neonatal em países subdesenvolvidos e em desenvolvimento é determinada, principalmente, pelos diversos fatores de risco relacionados com as condições gerais de vida e o acesso aos serviços de saúde. Dentre as causas de internação dos recém-nascidos em unidades de emergência, destacam-se a prematuridade e o desconforto respiratório⁽¹⁾.

Recém-nascidos prematuros, provenientes da própria unidade hospitalar, estão expostos aos fatores de risco para adquirir Infecções Relacionadas à Assistência de Saúde (IRAS) por meio de procedimentos invasivos realizados sem haver uma prévia higienização das mãos por parte dos profissionais da saúde e, também, pela imaturidade do sistema imunológico do rebento⁽²⁾.

Autores⁽²⁾ expõem que as práticas de prevenção de IRAS devem ser priorizadas em unidades neonatais (por tratarem de pacientes de alto risco), incluindo alimentação enteral precoce, amamentação e tempo reduzido de permanência na unidade, bem como o treinamento e a educação continuada da equipe multidisciplinar.

Durante a internação, o neonato é exposto a uma variedade de patógenos maternos e hospitalares que podem se tornar invasivos pela imunossupressão dos RN. Porém, estes agravos podem ser

evitados com medidas de controle ambiental e qualificação dos profissionais para boas práticas em saúde⁽³⁾.

Nessa conjuntura, os registros dos procedimentos médicos e terapêuticos, aos quais os pacientes são submetidos durante a sua permanência no serviço, devem ser realizados de forma clara e legível. Tais registros promovem a otimização da comunicação entre a equipe multidisciplinar responsável pela assistência integral e contínua do paciente⁽⁴⁾.

O prontuário do paciente, embora considerado uma importante fonte de dados, é pouco valorizado^(5,6). Fatores, como a falta de credibilidade dos fatos registrados nos prontuários pelos profissionais, referem-se à ausência de critérios bem definidos e padronizados pelo serviço, gerando lacunas para utilização de protocolos direcionados às ações.

Dentre os dispositivos utilizados no monitoramento para garantir a eficácia dos registros, surge a necessidade de uma comissão de auditoria interna⁽⁷⁾ aliada à qualidade da assistência em conformidade com os princípios de segurança do paciente, que desvelam lacunas a serem revistas por meio da análise dos registros nos prontuários dos pacientes.

Constituindo-se como uma ferramenta de gestão de caráter educativo e orientador, a auditoria, além de propi-

ciar a detecção das distorções que podem ocorrer no processo assistencial, propõe correções e verifica a qualidade da assistência oferecida ao usuário⁽⁸⁾.

As atividades de auditoria estão voltadas para ações de avaliação e fiscalização dos serviços prestados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), sempre se preocupando em verificar a conformidade entre a legislação e os aspectos técnicos.

Nessa perspectiva, propôs-se o presente estudo a fim de implantar a Comissão de Auditoria Interna a partir dos indicadores de desempenho de serviço de um hospital materno infantil da região central do Brasil.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo realizado de 2014 a 2017, a partir de um diagnóstico situacional dos indicadores de desempenho de serviço e de uma intervenção educativa, realizado em um hospital público de grande porte do SUS, especializado no atendimento materno infantil da região central do Brasil.

A coleta dos dados, compreendeu o período de 2012 a 2016. Indicadores de desempenho de serviços, taxa de infecção hospitalar, de mortalidade global, de ocupação hospitalar e média de permanência dos pacientes internados foram obtidos por meio do banco de dados do Núcleo Interno de Regulação

alimentado pela ferramenta SPDATA do sistema de gestão de dados corporativos em saúde, denominada de ERP (sigla para Enterprise Resource Planning, em inglês), e das fichas de notificação de IRAS da CCIH/HMI.

A população constituiu-se de profissionais da instituição pesquisada, dentre eles gestores e trabalhadores integrantes da Diretoria do Núcleo de Qualidade, Segurança do Paciente, da CCIH e de pessoal lotados na Unidade de Cuidados Intermediários (UCI) e de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica, Alojamento Conjunto e Centro Cirúrgico.

Foram considerados critérios de inclusão: ser profissional de carreira nas áreas médicas e de enfermagem; lotado nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica, UNIC e Centro Cirúrgico, independente do vínculo empregatício; participar dos dois módulos de capacitação sobre auditoria; aceitar o compromisso de compor a CAI formalmente. E, excluídos da pesquisa os profissionais que não compareceram aos dois módulos de capacitação em auditoria, não faziam parte do grupo de profissionais de carreira do serviço ou estivesse afastado de suas funções, independente do motivo, durante o transcorrer do estudo.

Após quatro recusas, a amostra foi formada por dois médicos e dois enfermeiros da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, um enfermeiro do Centro Cirúrgico e um biomédico, totalizando seis profissionais para compor a CAI do hospital.

Foram consideradas como variáveis do estudo: taxa de infecção hospitalar; taxa de mortalidade e média de permanência hospitalar relacionadas as notificações de agravos e registros em prontuários de pacientes de participantes da pesquisa.

O desenvolvimento da pesquisa ocorreu em duas etapas distintas: no primeiro momento, realizou-se a coleta dos dados epidemiológicos. Esta etapa compôs-se das fichas de notificação de IRAS referentes à 2012 e 2016; indicadores de desempenho de serviço de janeiro a junho de 2017, obtidos junto aos bancos de dados da CCIH e Núcleo Interno de Regulação; e prontuários de pacientes internados no hospital. A segunda etapa constituiu-se da intervenção educativa, seguida da avaliação pelos participantes.

Os dados foram analisados por meio de software estatístico e estatística descritiva para apresentar a etapa do diagnóstico situacional em tabelas e figuras.

Utilizou-se o teste de tendência linear, ferramenta estatística capaz de demonstrar possibilidades futuras a partir de valores incididos, e regressão linear.

Este estudo está inserido em um projeto âncora intitulado “Processo de auditoria em instituição de saúde de Goiás”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Materno Infantil de Goiânia (CEP/HMI) sob o protocolo n.º 1.447.390. Os sujeitos foram esclarecidos quanto aos objetivos do estudo e da participação em caráter voluntário, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os dados secundários de domínio público foram obtidos com anuência formal do CEP/HMI. A pesquisa seguiu as recomendações da Resolução do Conselho Nacional de Saúde n.º 466/2012.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Um importante indicador de desempenho de serviços trata-se da taxa de mortalidade na instituição. Constatou-se que a UTI neonatal teve índice superior de mortalidade em relação às demais unidades investigadas, conforme Tabela 1.

Tabela 1. Taxa de mortalidade dos pacientes (n=211) internados na instituição materno infantil goiana por eventos adversos. Goiânia, GO, Brasil, 2016-2017.

Unidades	PERÍODO					
	Ago./16 (%)	Set./16 (%)	Out./16 (%)	Nov./16 (%)	Dez./16 (%)	Jan./16 (%)
UTI Neonatal	43,75	20,00	29,41	25,00	34,46	42,11
UTI Pediátrica	8,70	22,73	25,81	20,83	20,00	8,33
UTI Materna	0,00	3,13	0,00	0,00	0,00	4,88
*UCIN	2,63	7,28	3,76	3,97	2,56	3,47
Pronto Socorro Pediátrico	1,00	0,59	0,80	1,26	0,81	0,28
Pronto Socorro da Mulher	0,00	0,29	0,00	0,00	0,00	0,00
Ginecologia	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Obstetrícia	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Pediatria	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Nota: *UCIN – Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais

Conhecer o indicador referente ao tempo de permanência do paciente

internado faz-se importante de forma comparativa com a taxa de mortalidade.

Os períodos avaliados podem ser observados nas Figuras 1 e 2.

Tabela 2. Média de permanência de pacientes internados na instituição materno infantil goiana. Goiânia, GO, Brasil, 2016-2017

Unidades	TEMPO DE PERMANÊNCIA					
	Ago./16 (%)	Set./16 (%)	Out./16 (%)	Nov./16 (%)	Dez./16 (%)	Jan./17 (%)
UTI Neonatal	18,75	29,90	17,41	24,92	10,50	14,21
UTI Pediátrica	14,65	13,9	9,03	11,79	9,83	12,16
UTI Materna	3,90	3,56	2,47	2,50	3,41	2,78
*UCIN	2,58	3,12	3,50	2,85	2,26	2,06
Pronto Socorro da Mulher	0,95	0,98	1,22	1,46	1,25	1,07
Pronto Socorro pediátrico	1,87	1,96	2,20	2,10	2,18	2,19
Ginecologia	1,65	1,48	2,15	3,05	2,10	2,02
Obstetrícia	1,70	1,69	2,11	1,98	2,22	1,90
Pediatria	2,64	3,69	4,15	5,17	3,84	3,57

Nota: *UCIN – Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais

Outro importante indicador a ser considerado é a taxa de IRAS. No presente estudo, utilizou-se a taxa global, apesar da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) utilizar atu-

almente a terminologia “densidade de incidência de infecção”.

Ressalta-se que, embora a CCIH do hospital utilize a taxa de densidade de incidência de infecção em detrimento

da taxa global, a nova gestão do hospital pesquisado recomenda a utilização do segundo indicador como forma de avaliar a ocorrência desse evento adverso na instituição.

Figura 1. Taxa de mortalidade de pacientes internados na UTI neonatal e pediátrica de uma instituição materno infantil goiana. Goiânia, GO, Brasil, 2016-2017

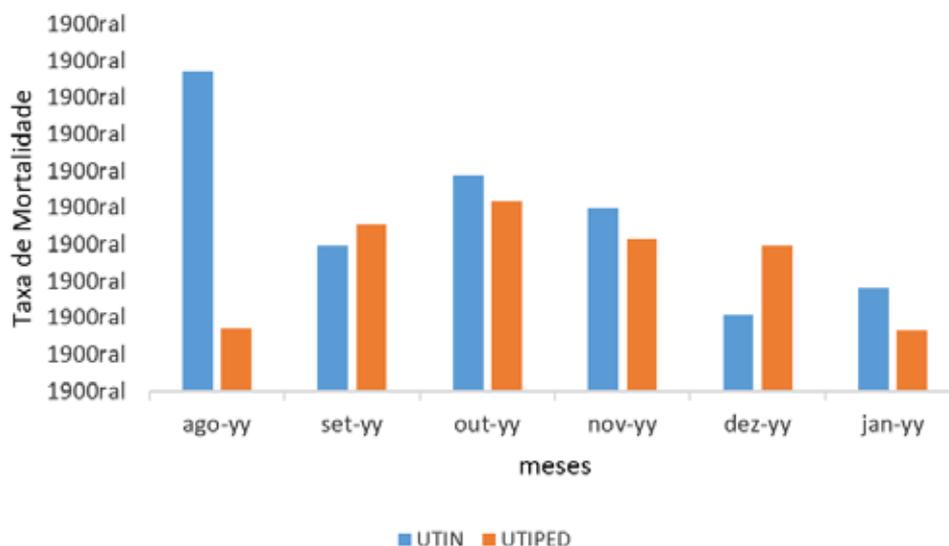
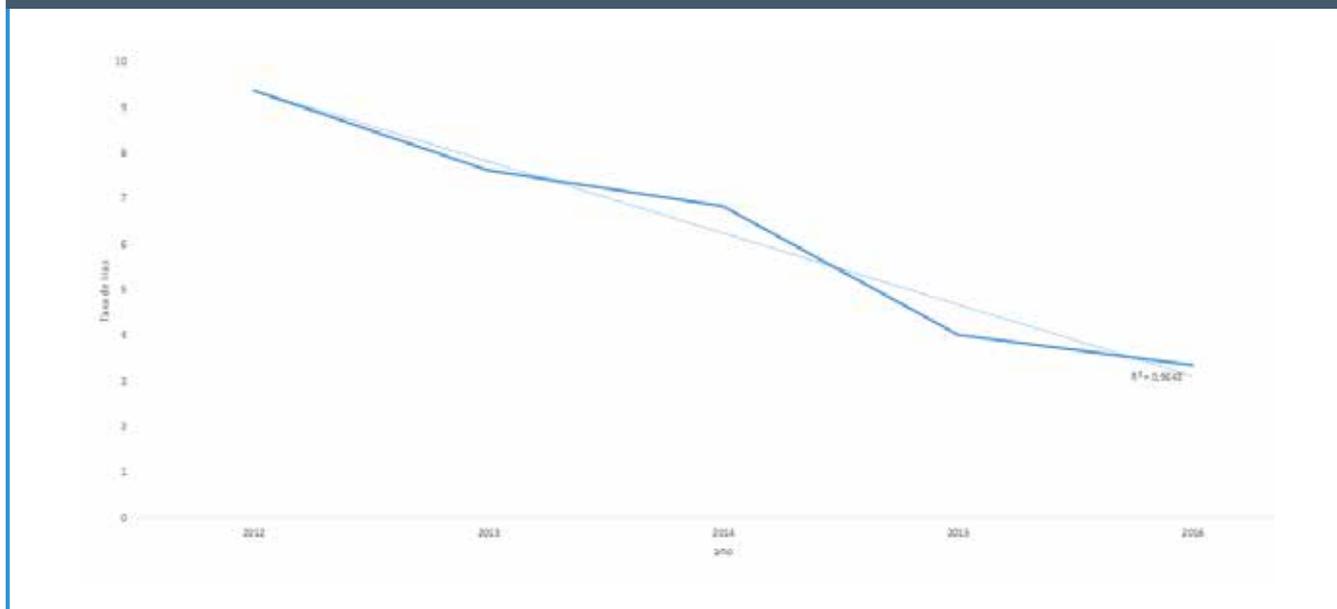


Figura 2. Taxa global de IRAS de uma instituição materno infantil goiana, segundo o Teste de Tendência Linear. Goiânia, GO, Brasil, 2012-2016



De posse dessas evidências, iniciou-se o processo de implantação da comissão de auditoria interna da instituição parceira, envolvendo as seguintes etapas:

1°. Sensibilização dos profissionais lotados em diferentes setores da instituição, desde o gestor, diretores técnicos e responsáveis pelos serviços de assistência e de apoio;

2°. Plano de ação relacionado à capacitação dos participantes, elaborado de forma conjunta entre o grupo de pesquisadores do NUGESTUS/FEN/UFMG, composta por docentes e discentes do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Goiás em nível de doutoramento, com a parceria dos gestores de enfermagem e técnica da instituição;

3°. Autorização para a implementação da atividade interventiva pelos gestores administrativos e técnicos da instituição, após apresentação do projeto;

4°. Organização do conteúdo proposto para a capacitação dos profissionais; conceituação, tipos e aplicabilidade da auditoria em saúde; aspectos científicos, éticos e legais no contexto da assistência segura e de qualidade; auditoria interna como ferramenta para mensurar a qualidade dos indicadores de desempenho de serviços;

5°. Convocação dos profissionais pelo pesquisador para participarem da segunda capacitação, realizada por momento de discussão sobre as fases da constituição da CAI e as estratégias iniciais para sua implantação na referida instituição;

6°. Elaboração pelo grupo de uma carta de intenção com as prerrogativas da contrapartida da instituição para cada profissional compor a referida comissão, sendo a mesma assinada por todos e entregue a diretora da Comissão de Controle de Qualidade;

7°. Elaboração de um consolidado referente à discussão realizada pelos profissionais sobre a proposta de implantação da CAI pelo pesquisador, apresentado a gestora administrativa da instituição e de quem obteve-se o apoio para dar seguimento às etapas de implementação da referida comissão, segundo as recomendações da literatura⁽⁹⁾;

8°. Homologação da CAI pelo gestor da instituição. Em seguida, os membros da CAI foram apresentados ao espaço físico destinado às atividades a ela cabíveis;

9°. Elaboração do regimento interno e operacionalização da CAI, que será apoiada durante três meses pelo NUGES-

TUS/FEN/UFMG;

O perfil profissional dos membros da comissão constituiu-se de dois médicos com atuação nas áreas de Neonatologia e Terapia Intensiva Pediátrica; duas enfermeiras com atuação na Neonatologia e uma no Centro Cirúrgico; e um técnico de enfermagem do Centro Cirúrgico e UTI materna. O tempo de atuação destes profissionais foi mínimo de três e máximo de 15 anos; cinco deles já haviam atuado em cargos de gerência/gestão.

Após a apresentação das análises realizadas nas diferentes etapas deste estudo, os dados foram apresentados aos gestores, que validaram a importância de formalizar a CAI na instituição materno infantil, que terá atribuições dos membros da CAI em conformidade com o regimento interno da comissão.

Em seguida, o gestor do hospital procedeu à homologação da CAI e, na sequência, os membros da Comissão foram apresentados pelo gestor ao espaço físico destinado às atividades a ela cabíveis.

Finalmente, elaborou-se o Regimento Interno da CAI da instituição materno infantil, dando prosseguimento à operacionalização, apoiada pelo Núcleo de Qualidade e Núcleo de Segurança do Paciente,

bem como pela Direção Geral da instituição materno infantil participante, assessorados pelo NUGESTUS/FEN/UFG.

CONCLUSÃO

Em relação à qualidade dos registros nas fichas de busca ativa e em prontuários dos pacientes hospitalizados, verificou-se que em 37% delas não havia informações sobre a evolução do paciente, como alta, óbito ou transferência, apenas a data de admissão do paciente na unidade. Identificou-se ainda a ausência do sexo da criança, 17,06% do tipo de parto, e 15,16% do histórico sobre a ruptura de membranas amnióticas.

Constatou-se também que das 211 fichas analisadas, apenas 19,9% informava sobre os resultados das hemoculturas positivas, com informações sobre o perfil de sensibilidade dos germes aos antimicrobianos, o que significa que 80,09% dos pacientes foram submetidos à terapêutica dessas drogas de forma empírica.

As condutas adotadas para implementação da CAI no HMI consistiram na elaboração de um checklist; uma intervenção educativa sobre auditoria aos membros da comissão, na qual reforçou-se a importância dos registros nos prontuários e documentos afins.

Quanto aos indicadores de desempenho de serviços, constatou-se: taxa de infecção global do hospital em média de 8,7% no ano de 2012 e 3,06% em 2016,

com taxa de mortalidade na UTI neonatal em média de 32,4%.

Diante dos achados, sugere-se a revisão na gestão do processo de trabalho da equipe multiprofissional e investimentos na qualificação dos recursos humanos, em conformidade com os princípios da segurança do paciente, visando a qualidade da assistência em saúde materna e infantil.

O trabalho possibilitou identificar o perfil das unidades e clarear nós críticos importantes para reforçar a importância de instâncias avaliadoras e de proposição de ações corretivas como também a capacidade de tais ações no enfrentamento destes problemas, demonstrados no levantamento dos indicadores de desempenho e, em especial, nas análises das taxas globais de IRAS em uma sequência temporal.

Apesar de serem possíveis inferências de tendências, fragilidades acerca da qualidade dos dados coletados nas fichas de notificação ensejariam novas abordagens de estudo e intervenção, o que acarretará em ganhos econômicos e financeiros à unidade hospitalar.

Entre as limitações do estudo, podemos ressaltar a subnotificação dos agravos; a disponibilidade de apenas uma fração profissional em participar da ação interventiva e na composição da CAI; e o tempo de conclusão do doutoramento, que não permitiu realizar a avaliação dos indicadores de desempenho de serviços e a eficácia dos registros após a implantação da CAI.

Outro limitador foi o fato da produção científica no contexto da qualidade dos registros e auditoria como ferramenta de avaliação ser escassa, com volume significativo restrito à Área da Enfermagem. Estas limitações instigam a consolidação de novas pesquisas.

Possivelmente, tais limitações foram relacionadas à desinformação dos profissionais em relação ao tema, bem como o uso da auditoria como ferramenta de avaliação e monitoramento dos indicadores de desempenho de serviço, agregada a gestão organizacional com foco na qualidade da assistência e segurança do paciente.

Dentre as contribuições do estudo, teve-se a elaboração de um protocolo de processos da equipe de enfermagem, disponibilizado pelo pesquisador de um subprojeto agregado ao projeto de pesquisa maior, além da elaboração do regimento interno da CAI.

A implantação da referida Comissão na instituição foi apoiada pelos Núcleo de Qualidade, Núcleo de Segurança do Paciente, bem como pela Direção Geral do HMI, assessorados pelo NUGESTUS/FEN/UFG.

E, finalmente, considera-se que a implantação da CAI numa instituição pública de saúde materna e infantil do Brasil Central, além de influenciar na qualidade da assistência, segurança do paciente e nos custos, irá retroalimentar as informações, proporcionando indicadores mais robustos para fomentar o tripé ensino-pesquisa-extensão. ■

REFERÊNCIAS

1. Arrué AM, et al. Caracterização da morbimortalidade de recém-nascidos internados em unidade de terapia intensiva neonatal. *Revista de Enfermagem da UFSM*. 2013; 3(1):86-92.
2. Romanelli RMDC, et al. Infecções relacionadas à assistência a saúde baseada em critérios internacionais, realizada em unidade neonatal de cuidados progressivos de referência de Belo Horizonte, MG. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2013; 16(1):77-86.
3. Mesquita KO, et al. Perfil epidemiológico das infecções hospitalares na UTI neonatal da santa casa de misericórdia de sobral no ano de 2009. *SANARE- Revista de Políticas Públicas*. 2010; 9(2).
4. Fonseca AS, et al. Auditoria e o uso de indicadores assistenciais: uma relação mais que necessária para a gestão assistencial na atividade hospitalar. *Mundo saúde*. 2005; 29(2):161-169.
5. Setz VG D'Innocenzo M. Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio da auditoria. *Acta paulista de enfermagem*. 2009; 22(3):313-317.
6. Silva JA, et al. Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem em unidade semi-intensiva. *Esc Anna Nery*. 2012; 16(3):576-582.
7. Giunta N, Cain K. Community-based case management and health care use in older adults: outcomes of a collaborative multiagency approach. *Care Manag J*. 2015; 16(1):20-29.
8. Silva AS. A relevância da auditoria operacional na administração pública. 2013.
9. Mattos RAD. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad saude publica*. 2004; 20(5):1411-1416.

Nova política nacional de atenção básica: percepções dos gestores municipais do sistema único de saúde

RESUMO

Objetivo: Analisar as percepções dos gestores municipais do Sistema Único de Saúde sobre o impacto da nova Política Nacional de Atenção Básica. **Metodologia:** Pesquisa com abordagem qualitativa, do tipo exploratório-descritivo, desenvolvido em uma região de saúde do Estado de Goiás, com oito gestores municipais, no período de abril a junho de 2018. Os dados foram coletados mediante entrevista semiestruturada e analisados pela análise de conteúdo modalidade temática preconizada por Bardin. **Resultados:** Evidenciou-se que a maioria dos gestores entrevistados ainda não possui conhecimento estruturado sobre as principais mudanças que aconteceram na nova PNAB. **Conclusão:** Conclui-se, que gestores municipais, necessitam ter habilidades e conhecimento aprofundado e abrangente sobre as mudanças da PNAB vigente, pois os mesmos têm nas mãos o futuro da atenção primária e, para, além disso, o destino do SUS.

DESCRIPTORIOS: Gestão em Saúde; Atenção Primária à Saúde; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

Objective: Analyze the perceptions of municipal managers of the Unified Health System on the impact of the new National Policy on Primary Care. **Methodology:** A qualitative, descriptive exploratory research developed in a health region of the State of Goiás, with eight municipal managers, from April to June 2018. The data were collected through a semi-structured interview and analyzed by the subject content modality recommended by Bardin. **Results:** It was evidenced that most managers interviewed still do not have structured knowledge about the main changes that happened in the new PNAB. **Conclusion:** It is concluded that municipal managers need to have in-depth and comprehensive knowledge and skills about the changes in the current PNAB, since they have the future of primary care in their hands and, in addition, the fate of SUS.

DESCRIPTORS: Health Management; Primary Health Care; Unified Health System.

RESUMEN

Objetivo: Analizar las percepciones de los gestores municipales del Sistema Único de Salud sobre el impacto de la nueva Política Nacional de Atención Básica. **Metodología:** Investigación con abordaje cualitativo, del tipo exploratorio descriptivo, desarrollado en una región de salud del Estado de Goiás, con ocho gestores municipales, en el período de abril a junio de 2018. Los datos fueron recolectados mediante entrevista semiestruturada y analizados por el análisis de contenido modalidad temática preconizada por Bardin. **Resultados:** Se evidenció que la mayoría de los gestores entrevistados aún no posee conocimiento estructurado sobre los principales cambios que ocurrieron en la nueva PNAB. **Conclusión:** Se concluye, que gestores municipales, necesitan tener habilidades y conocimiento profundo y exhaustivo sobre los cambios de la PNAB vigente, pues los mismos tienen en las manos el futuro de la atención primaria y para, además, el destino del SUS.

DESCRIPTORIOS: Gestión en Salud; Atención Primaria a la Salud; Sistema Único de Salud.

Adriana Gomes da Cruz

Enfermeira graduada pela Universidade Federal de Goiás.

Ezilaine Monteiro

Enfermeira graduada pela Universidade Federal de Goiás. Especialista em saúde pública.

Cristiane José Borges

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Goiás (UFG), docente do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás (UFG) - Regional Jataí.

Bruno Bordin Pelazza

Enfermeiro. Doutor em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Uberlândia (UFU), docente do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás (UFG) - Regional Jataí.

Luiz Almeida da Silva

Enfermeiro. Pós Doutorado em Ciências, Saúde do Trabalhador, docente do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás (UFG) - Regional Catalão.

Cácia Régia de Paula

Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal de Goiás (UFG), docente do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás (UFG) - Regional Jataí.

Ludmila Grego Maia

Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Goiás (UFG), docente do curso de enfermagem da Universidade Federal de Goiás (UFG) - Regional Jataí.

INTRODUÇÃO

A Conferência Internacional de Alma-Ata, realizada em 1978, representou um marco fundamental para a orientação dos serviços de saúde, com iniciativas norteadoras para organizar os cuidados primários à saúde, com foco na promoção da saúde e prevenção de agravos. Tal momento histórico trouxe a Atenção Primária à Saúde (APS) como caminho para a integralidade e a universalidade do cuidado⁽¹⁾.

No país, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, configurado pelo processo da reforma do Estado e ações do Movimento Sanitarista, caracterizou um grande avanço para a saúde pública brasileira, uma vez que trouxe inúmeros benefícios, que asseguram a todos os cidadãos o direito ao acesso aos serviços de saúde de forma livre e gratuita⁽²⁾.

Ao longo das últimas décadas, várias políticas foram implantadas com o objetivo de consolidar seus princípios e diretrizes. Assim, vem sendo vislumbradas novas formas de integração do sistema de saúde, como acesso universal com cobertura integral e qualidade para o enfrentamento dos problemas de saúde pública, sendo uma delas pautadas na APS⁽³⁾.

O Ministério da Saúde, objetivando facilitar o acesso aos serviços de saúde em 2006, elaborou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que traz a Estratégia Saúde da Família (ESF) como

referência fundamental de reorganização da atenção primária. Posteriormente, em 2011 a PNAB foi reformulada, onde foram acrescentadas estratégias de forma a garantir a consolidação de princípios do SUS e a melhoria da qualidade do serviço, cabe destacar neste cenário, o e-SUS, o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), e o Programa Mais Médico⁽⁴⁾.

A APS configura-se como a principal porta de entrada e organizadora da atenção do SUS, possibilitando o acesso integral e contínuo do usuário, devendo ser resolutiva e desenvolver ações de promoção, proteção e reabilitação da saúde, objetivando uma assistência integral, humanizada e de qualidade⁽⁵⁻⁷⁾.

Desse modo, recentemente, foi aprovada pela Portaria n.º 2.436, de 21 de setembro de 2017, a nova versão da PNAB, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica em Saúde (ABS), no âmbito do SUS⁽⁸⁾. Diante disso, a nova política constitui uma preocupação para pesquisadores e entidades no contexto da saúde coletiva, haja vista, que ameaça a organização de uma atenção primária integral, universal, com riscos eminentes de iniquidades e desigualdade de acesso, o que representa um retrocesso à saúde como um direito⁽⁹⁾.

Neste cenário de novidades e incertezas frente à nova PNAB, e em especial a autonomia dos municípios disponibilizada pela versão atual da política, os gestores municipais necessitam tomar deci-

sões que vão impactar na organização da atenção primária, tendo a possibilidade de contribuir ou limitar o processo de implementação da política vigente⁽⁴⁾.

Frente ao exposto, esta pesquisa buscou responder ao seguinte questionamento: **Quais as percepções dos gestores de uma Comissão Intergestora Regional do Estado de Goiás sobre a nova PNAB?** Este estudo teve como objetivo analisar as percepções dos gestores municipais do SUS sobre o impacto da nova Política Nacional de Atenção Básica.

METODOLOGIA

Pesquisa com abordagem qualitativa, do tipo exploratório-descritivo, desenvolvida em uma região de saúde do Estado de Goiás composta por 10 municípios. Participaram da pesquisa oito gestores que integravam a Comissão Intergestora Regional (CIR) e que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: ser gestor municipal de saúde devidamente nomeado em decreto e que aceitasse participar voluntariamente da pesquisa com assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE). Houve duas exclusões, sendo uma recusa sem justificativa e outra referente ao gestor não se sentir confortável a responder sobre o tema.

A coleta de dados ocorreu nos meses de abril e junho de 2018, no município sede desta comissão, onde os gestores participam de uma reunião uma vez ao mês. Utilizou-se de uma entrevista se-

miestruturada, seguindo um roteiro estabelecido composto de duas partes, a primeira com os dados sociodemográficos e perfil de formação, e a segunda contendo cinco questões norteadoras: 1) Qual seu conhecimento a respeito da Portaria n.º 2436, de 21 de setembro de 2017, a nova PNAB?; 2) Você como gestor, como pretende organizar o serviço a partir da nova PNAB?; 3) Na sua opinião, qual o impacto da nova PNAB para a ESF?; 4) Quais as principais mudanças que ocorreram na nova PNAB?; 5) Você fará a opção por implantar o novo modelo de equipe proposto?

As entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas na íntegra, codificadas, a fim de preservar o sigilo dos gestores. A análise dos dados deu-se pela técnica de análise de conteúdo, modalidade temática preconizada por Bardin⁽¹⁰⁾, desdobrando-se em três momentos: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

Assim, emergiram três categorias temáticas: 1- Concepções dos gestores municipais sobre as principais mudanças da nova política. 2- Organização do serviço com a nova política na perspectiva dos gestores e 3- Desafios dos gestores para a implantação da nova PNAB. A pesquisa foi desenvolvida seguindo os critérios dispostos na Resolução n.º 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde - CNS⁽¹¹⁾ e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás, recebendo o Parecer n.º 2.736.251.

RESULTADOS

No que se refere às características dos entrevistados, observou-se que houve uma igualdade de gêneros, sendo que quatro (50%) do gênero masculino e quatro (50%) do gênero feminino. Em relação à idade, a média foi de 47,3 anos, tendo uma variação de 27 a 66 anos. Referente à formação, todos os entrevistados (100%) relataram possuir curso superior, a maioria cinco (62,5%) na Área da Saúde como: biomédico, enfermeiro,

odontólogo e médico veterinário, tendo em média 5,2 anos de formados.

No que diz respeito à pós-graduação, dois (25%), não possuíam nenhuma especialização, três (37,5%) informaram possuir titulação de mestre e seis (75%) entrevistados com especialização. As especializações citadas foram: saúde pública, epidemiologia, enfermagem do trabalho, unidade de terapia intensiva (UTI), auditoria em sistemas de saúde e gestão em saúde. Quanto ao tempo de atuação como gestor municipal de saúde, a média foi de 1,9 anos, sendo esta compreendida entre três meses a seis anos.

Em relação à experiência anterior como gestores do SUS, seis (75%) entrevistados informaram que não tinham nenhuma experiência, enquanto dois (25%) gestores referiram possuir experiência. Quanto à formação específica em gestão, observou-se que seis (75%), entrevistados relataram não ter nenhuma formação na área de gestão e somente dois (25%) gestores mencionaram possuí-la, nas áreas de gestão municipal e curso para formação de gestores.

Referente à capacitação na área de gestão, seis (75%), gestores declararam ter cursado algum tipo de qualificação em gestão, enquanto dois (25%) afirmaram não ter realizado nenhum tipo de capacitação. Um achado relevante dessa pesquisa foi que seis (75%) dos gestores revelaram ter assumido o cargo por meio de indicação política, deixando o processo técnico para segundo plano, contribuindo para o enfraquecimento do SUS⁽¹²⁾.

Concepções dos gestores municipais sobre as principais mudanças da nova política

Os achados revelaram, curiosamente, que um gestor relatou não ter nenhum conhecimento sobre as mudanças da nova política sendo esta, uma importante legislação para o funcionamento da atenção primária de saúde.

“[...] não tenho conhecimento da nova portaria” (G7).

As falas evidenciam que a maioria dos gestores entrevistados ainda não possui conhecimento estruturado sobre as principais mudanças que aconteceram na nova PNAB:

“As mudanças são essas, né? Que é o médico que poderia trabalhar intercalados e agora não pode mais é só as 40 horas, é a equipe que pode ser montada ou implantada sem o agente comunitário de saúde [...]” (G1).

“Então é [...] atribuições, novas atribuições pros agentes comunitários de saúde e endemias, a flexibilização na carga horária dos profissionais é a [...] opção de contratar é um gerente pra gerenciar a unidade básica de saúde [...]” (G2).

Organização do serviço com a nova política na perspectiva dos gestores

Verificou-se que alguns gestores afirmaram que a nova política facilitará a organização do trabalho e melhorará a qualidade de vida da população, fato evidenciado no relato seguinte:

“Ela vai melhorar muito no aspecto de como nós vivemos num país com várias diferenças né culturais e de regiões também regiões alagadas, regiões difícil acesso ela vai propiciar muito ai à melhoria da qualidade de vida pras populações [...]” (G4).

Observou-se, pela fala de um gestor, que a não obrigatoriedade do Agente Comunitário de Saúde (ACS) nas equipes é um ponto facilitador na nova PNAB:

“[...] montar uma equipe sem o Agente Comunitário de Saúde né que é uma boa opção pra gente está é fazendo [...]” (G1).

Os participantes apontaram como favorável para a organização da rede, também a flexibilidade para distribuírem recursos, em especial na contratação dos profissionais.

“[...] Na verdade ela auxilia muito os gestores nessa questão da Política Nacional de Atenção Básica e que dão uma flexibilidade maior pro gestor buscar mais recurso pra investir na Atenção Primária à Saúde” (G4).

A análise revelou ainda, pela fala de um gestor que, na nova PNAB, os municípios poderão optar por implantarem as equipes de atenção básica com carga horária diferenciada para os profissionais, diferentemente da ESF em que todos os profissionais têm que cumprir uma carga horária de 40 horas.

“Nós procuramos organizar o serviço com as equipes de PSF. Só que a PNAB essa nova lei agora essa nova portaria, ela nos força a ter mais equipes de Atenção Básica por falta de profissional médico para atuar 40 horas [...]” (G3).

Desafios dos gestores para a implantação da nova PNAB

Constatou-se que a maioria dos gestores afirmaram enfrentar muitos desafios para implantar a nova PNAB, sendo destacados aspectos financeiros e contratação de profissionais:

“É a diminuição do financiamento pra Atenção Básica né, porque se a gente não consegue montar equipe de Saúde da Família por conta do médico, então assim já cai financiamento acho que pra 30% se não me engano [...]” (G3).

“[...] questão de contratação de novos funcionários também vai ser um pouquinho complicado frente à crise que nós estamos também, né?” (G5).

“[...] meu principal desafio vai ser a questão da contratação de médico com essa carga horária” (G6).

DISCUSSÃO

Este estudo permitiu estabelecer um panorama sobre a ótica dos gestores em relação à versão da nova PNAB, política que se desenha a partir de 2017 e trará profundas mudanças na organização do sistema nacional de saúde. O seu conhecimento amplia a visão dos gestores para a prática profissional na gestão e planejamento das ações de saúde dentro da atenção primária do município sob sua responsabilidade.

A PNAB 2017 atualiza as diretrizes para a atenção básica brasileira, a primeira portaria criada em 2006, e atualizada em 2011 reafirma, a ESF como peça central no SUS. Esta política fortaleceu o papel da ESF e articulou a ABS com importantes iniciativas do SUS, como a ampliação das ações intersetoriais e de promoção da saúde⁽¹³⁻¹⁵⁾. Contudo, a revisão da PNAB vem sendo criticada por várias entidades no âmbito da saúde coletiva⁽⁹⁾.

É válido destacar que gestores capacitados e habilitados para gestão em saúde podem alcançar e elevar o índice da qualidade de saúde brasileira e melhorar os indicadores de saúde do seu município, para isso, é imprescindível a junção de saberes e práticas de gestão para que a implementação de políticas na área da saúde sejam efetivas e de qualidade^(16,17).

O estudo mostrou que o conhecimento dos gestores sobre as mudanças ocorridas na atual PNAB foi de forma fragmentada e pouco estruturada, mostrando que o entendimento ainda não está alinhado com a proposta da nova portaria.

As principais mudanças trazidas na nova política foram: o reconhecimento da Equipe de Atenção Básica (EAB); a composição de profissionais por ESF; a carga horária dos profissionais e critérios de distribuição por equipe; finan-

ciamentos de equipes de atenção básica; integração da atenção básica e vigilância. O ACS passa a ser obrigatório somente na ESF (quantidade de ACS dependerá da necessidade, critério epidemiológico e vulnerabilidade local) sendo opcional nas EAB e possibilita a incorporação do Agente de Combate de Endemias (ACE), como parte da ESF⁽⁸⁾.

Desta maneira, a PNAB 2017 incorporou e ampliou novas atribuições dos ACS e acrescenta atribuições comuns para o agente comunitário de saúde e ACE. A coordenação do profissional ACS passa a ser de responsabilidade de toda equipe de nível superior. Outra mudança foi o reconhecimento do gerente da UBS, este profissional preferencialmente deverá ter curso superior na área da saúde. Desde modo, o Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) e equipes de saúde bucal poderão estar vinculados tanto na ESF, quanto na EAB⁽⁸⁾.

Todos os fatores supracitados aparecem de forma tímida na fala dos gestores entrevistados, tornando-se um fator preocupante a partir do momento em que eles podem estar inseguros quanto ao direcionamento e arranjo da estrutura da nova PNAB no município sob sua gestão.

Cabe mencionar que a nova PNAB, foi recebida por várias críticas feitas por pesquisadores e instituições de saúde renomadas, que sinalizavam que a versão recente da política desconsiderou evidências científicas atuais e sua elaboração não foi debatida com representantes dos trabalhadores, instituições de ensino, CNS e movimentos sociais. Demonstrando desta maneira que, a formulação da nova PNAB ocorreu de forma centralizada e antidemocrática, apesar da consulta pública que se deu em curto espaço de tempo e, mesmo com as proposições encaminhadas, poucas foram acatadas^(4,18).

Segundo o presidente do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), a revisão da PNAB, “representa avanços e oportunidades de reconhecimento dos serviços” e profissionais necessários, que atendem às especificidades e necessidades de saúde da população⁽¹⁹⁾.

Todavia, a PNAB vigente representa a precarização do trabalho, em especial aos profissionais ACS, e assinala para uma ameaça aos princípios do SUS. Assim, a nova política aponta para uma APS que se distancia dos caminhos de promoção da saúde, tornando-se uma atenção básica seletiva, pouco articulada e de baixa qualidade, na qual uma parte da população estaria destinada a compor o mercado de consumo privado e segmentado dos planos de saúde⁽²⁰⁻²²⁾.

A atual política pode acabar com a coordenação, vínculo entre equipe e usuário e continuidade do cuidado, contribuindo com a fragmentação do SUS. Portanto, a revisão da PNAB se afasta da ótica de uma APS abrangente, eficiente, equitativa acessível, holística e com atendimento de qualidade, sendo o suporte do SUS, bem como destaca Almeida⁽⁹⁾.

Os achados revelam que, na visão dos gestores, a nova PNAB melhorará a organização da rede de ABS, aumentando a flexibilidade para gestão de recursos, contratação e pagamento dos profissionais.

No entanto, pesquisadores afirmam que a nova PNAB atribui uma flexibilidade muito maior na composição das EAB. Tendo em vista que esse tipo de equipe não tem padrão de cobertura, não tem parâmetro de estrutura e o critério de carga horária mínima é de 10 horas, com no máximo três profissionais por categoria, devendo somar no mínimo 40 horas/semanais⁽²³⁾.

A atual política, fixa carga horária aos profissionais de saúde de somente 40 horas para as equipes saúde da família, dificultando a contratação dos profissionais médicos para cidades pequenas ou na periferia de grandes centros urbanos⁽²³⁻²⁴⁾.

A flexibilização da carga horária dos profissionais de saúde leva à desarticulação do vínculo entre a comunidade e os trabalhadores de saúde e à longitudinalidade do cuidado. Além disso, estas EAB funcionarão como pronto-atendimento, afetando a qualidade do serviço prestado⁽²⁴⁾.

Um dos resultados apontados mostrou que, para os gestores, a reformu-

Assim, é fundamental preservar a visão de educação, promoção da saúde e prevenção de agravos como instrumentos essenciais desempenhados por estes trabalhadores, que representam eixos importantes para a reorganização do modelo de atenção à saúde e favorece para que o princípio da universalização seja mais do que um lema e se concretize como necessidade da comunidade⁽¹⁸⁾.

lação da PNAB facilitaria a implantação de equipes de atenção básica sem a presença do agente comunitário de saúde. Fato este alarmante, pois este profissional representa o elo entre a atenção primária e a comunidade, colaborando para facilitar o acesso e promovendo uma relação consistente e contínua entre a população e os serviços de saúde. Todavia, a presença do ACS não é solicitada na composição mínima das EAB, o que dá autonomia aos gestores a não contratar essa categoria profissional, contribuindo com a precarização do trabalho^(4,18).

Assim, é fundamental preservar a visão de educação, promoção da saúde e prevenção de agravos como instrumentos essenciais desempenhados por estes trabalhadores, que representam eixos importantes para a reorganização do modelo de atenção à saúde e favorece para que o princípio da universalização seja mais do que um lema e se concretize como necessidade da comunidade⁽¹⁸⁾.

As falas revelaram que a gestão municipal ratificou como um grande desafio o financiamento de recursos e contratação de profissionais para a implantação da PNAB 2017.

Neste cenário, os municípios são os maiores responsáveis pelo financiamento do SUS, e a grande maioria tem aplicado muito mais do que os 15% recomendados. O que muda com a nova PNAB é justamente a flexibilização do Piso de Atenção Básica (PAB) variável, que vai subsidiar recursos para todo tipo de disposição organizacional que existe na atenção básica. Assim, a revisão da PNAB está dando flexibilidade e autonomia para os municípios direcionarem os recursos financeiros que recebem da forma como considerarem melhor, abrindo espaços para uma atenção primária, fragmentada e pouco articulada^(23,24).

Por tratar-se de uma política recentemente publicada, o estudo teve como limitação estudos que tragam o impacto dessa nova política para o SUS. É válido mencionar também, a ausência dos gestores as reuniões da Comissão Interges-

tora Regional, sendo necessárias várias reuniões com o intuito de encontrá-los para a entrevista.

CONCLUSÃO

Este estudo possibilitou analisar a percepção dos gestores municipais do SUS sobre o impacto da nova versão da

PNAB, cujos quais apresentaram um conhecimento tímido e fragmentando sobre as mudanças da política vigente. Fato este preocupante, pois os gestores são os atores principais, com autonomia para acatar ou limitar as mudanças proposta pelo Ministério da Saúde.

Assim, faz-se necessário o desenvolvimento de ações conjuntas entre as Co-

missões de Integração de Ensino e Serviço e Comissão Intergestora Regional, objetivando a formação contínua e apoio permanente, identificando pontos negativos e positivos na atual política, contribuindo com o conhecimento amplo e integral dos gestores sobre a nova versão da PNAB, ampliando a consciência crítica e o debate sobre a temática. ■

REFERÊNCIAS

1. Coutinho LRP, Barbieri AR, Santos MLM. Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão Integrativa. *Saúde Debate*. 2015; 39(105):514-524.
2. Pavão ALB. SUS: em construção ou desconstrução? *RECIIS*. 2016; 10(3):3-5.
3. Rodrigues LBB, et al. A atenção primária à saúde na ordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2014; 19(2):342-352.
4. Melo EA, et al. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. *Saúde em Debate*. 2018; 42(Esp.1):38-51.
5. Gavalote HS, et al. O trabalho do Enfermeiro na Atenção Primária à Saúde. *Esc Anna Nery*. 2016; 20(1):90-98.
6. Organização Pan-Americana da Saúde (BR). *As redes de atenção à saúde. Gerência de Sistemas de Saúde/Unidade Técnica de Serviços de Saúde*. 2ª edição, Brasília, 2011.
7. Silva IB. Desafios do Financiamento da Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2017; 30(1):110-117.
8. 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). Brasília, 2017.
9. Almeida PF. Atenção Primária à Saúde no Brasil e os 40 anos de Alma-Ata: reconhecer os desafios para seguir adiante. *Caderno de saúde Pública*. 2018; 34(8):1-3.
10. Bardín L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: 70 Edições; 2011.
11. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução n.º 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 2012.
12. Silva LAA, et al. Educação permanente na atenção básica: percepções dos gestores municipais de Saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2017; 38(1):1-8.
13. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica (BR). *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília, 2012.
14. Araújo RDL, Mendonça AVM, Sousa MFD. Percepção dos usuários e profissionais de saúde no Distrito Federal: os atributos da atenção primária. *Saúde debate*. 2015; 39(105):387-396.
15. Fertoni HP, et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2015; 20(6):1869-1878.
16. Santos EAM, et al. Nas mãos de quem está a gestão do SUS? Percepção dos gestores municipais sobre gerenciamento. *Santa Maria*. 2017; 43(2):1-10.
17. Filho RMS, et al. Ações da Comissão Intergestores Regional para gestão compartilhada de serviços especializados no Sistema Único de Saúde. *Revista de saúde coletiva*. 2016; 26(3):853-878.
18. Nogueira ML. Os agentes comunitários de saúde e a Política Nacional de Atenção Básica na mira das contrarreformas neoliberais: Ataques e resistência recentes. 7º Seminário da frente nacional contra a privatização da saúde. *Anais eletrônicos*. Maceio-AL. Fórum SUS. 2017;1(1):1-09.
19. Rosa T. Novo texto traz mudanças importantes, mas mantém a Estratégia Saúde da Família como prioridade. *Revista do Conselho Nacional de Secretários de Saúde*. 2017; (24):17-21.
20. Boas GDLV, Pereira DVR, Santos EKA. A Reforma da Política Nacional de Atenção Básica: mais um golpe contra o SUS. In: 7º Seminário da frente Nacional Contra a Privatização da Saúde. *Anais eletrônicos*. Maceió: Fórum SUS. 2017; 1(1):1-04.
21. Morosini MVGC, Fonseca AF. Revisão da Política Nacional de Atenção Básica numa hora dessas? *Cad. Saúde Pública*. 2017; 33(1):1-4.
22. Cohn A. Caminhos da Reforma Sanitária. *Revisitado. Estudos Avançados*. 2018; 32(93):1-17.
23. Mathias M. A Crise por trás da nova PNAB. *Revista Poli: saúde, educação e trabalho - jornalismo público para o fortalecimento da Educação Profissional em Saúde*. 2017; (53):6-16.
24. Morosini MVGC, Fonseca AF, Lima LD. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saúde debate*. 2018; 42(116):11-24.

O impacto do cuidado de enfermeiros na redução da ansiedade em pacientes cirúrgicos

RESUMO

Os objetivos dessa pesquisa foram: 1-Identificar quais estratégias são usadas por enfermeiros atuantes em centro cirúrgico para minimizar a ansiedade em pacientes no pré-operatório; 2-Verificar se existem diferenças nas estratégias usadas por enfermeiros já submetidos à cirurgia em relação a enfermeiros que não foram submetidos à cirurgia. Trata-se de estudo descritivo e exploratório com uso da abordagem quantitativa. Os resultados apontaram que os participantes apresentam características similares quanto ao tempo de formado e de experiência em centro cirúrgico; que não há diferenças entre os dois grupos quanto a condição saber identificar o paciente ansioso; que suas estratégias são idênticas quanto às condutas assumidas para redução da ansiedade e desconhecem protocolos voltados para redução da ansiedade. Concluiu-se que não há diferença entre suas estratégias, mas profissionais já submetidos a procedimentos cirúrgicos entendem que os enfermeiros têm papel importante no processo de cuidar para reduzir a ansiedade desses pacientes.

DESCRITORES: Paciente Cirúrgico; Cuidados de Enfermagem; Ansiedade.

ABSTRACT

The aims of this research were: 1- to identify which strategies are used by nurses working in a surgical center to minimize anxiety in preoperative patients; 2- to verify if there are differences in strategies used by nurses already submitted to surgery in relation to nurses who were not submitted to surgery. It is a descriptive and exploratory study using a quantitative approach. The results showed that the participants present similar characteristics regarding the time of training and experience in a surgical center; there are no differences between the two groups regarding the condition of identifying the anxious patient; their strategies are identical regarding as the conduct assumed to reduce anxiety and are unaware of protocols aimed at reducing anxiety. It was concluded that there is no differences between their strategies, but professionals already submitted to surgical procedures understand that nurses play an important role in the care process to reduce the anxiety of these patients.

DESCRIPTORS: Surgical Patient; Nursing Care; Anxiety.

RESUMEN

Los objetivos de esta investigación fueron: 1-Identificar qué estrategias son usadas por enfermeros actuantes en centro quirúrgico para minimizar la ansiedad en pacientes en el preoperatorio; 2-Verificar si existen diferencias en las estrategias usadas por enfermeros ya sometidos a la cirugía en relación a enfermeros que no fueron sometidos a cirugía. Se trata de un estudio descriptivo y exploratorio con el uso del enfoque cuantitativo. Los resultados apuntaron que los participantes presentan características similares en cuanto al tiempo de formación y de experiencia en centro quirúrgico; que no hay diferencias entre los dos grupos en cuanto a la condición de saber identificar al paciente ansioso; que sus estrategias son idénticas en cuanto a las conductas asumidas para reducir la ansiedad y desconocen protocolos dirigidos a la reducción de la ansiedad. Se concluyó que no hay diferencia entre sus estrategias, pero profesionales ya sometidos procedimientos quirúrgicos entienden que los enfermeros juegan un papel importante en el proceso de cuidar para reducir la ansiedad de esos pacientes.

DESCRIPTORES: Paciente Quirúrgico; Cuidados de Enfermería; Ansiedad.

Ronilson Gonçalves Rocha

Professor Adjunto da Faculdade de Enfermagem UERJ – DFEN/UERJ. Coordenador do Comitê Científico Instituto D’Or de Pesquisa e Ensino. Coordenador do CEP IDOR e dos Programas de Residência IDOR. Doutor em Enfermagem.

Viviane Ferreira Carvalho

Servidora do Estado do Rio de Janeiro – CBMERJ. Graduação em Enfermagem e em Nutrição, Especialista em CC e CME.

Marcia de Souza Santos

Egressa da Universidade Celso Lisboa. Especialista em Enfermagem do trabalho e em CC e CME.

Joyce Martins Arimatea Branco Tavares

Professora Adjunta da Faculdade de Enfermagem UERJ - DFEN/UERJ. Enfermeira do Hospital Universitário Antônio Pedro/UFF. Doutora em Enfermagem.

Giselle Cristina da Silva

Coordenadora de curso e professora da Universidade Estácio de Sá/RJ. Mestre em enfermagem.

Cristiano Bertolossi Marta

Professor Adjunto 2 da Faculdade de Enfermagem UERJ - DFEN/UERJ. Diretor de pesquisa da UVA. Pós Doutor em Enfermagem.

INTRODUÇÃO

Submeter-se a um procedimento cirúrgico não consiste, habitualmente, em experiência agradável, mas é algo necessário para a recuperação da saúde que encontra-se sob risco ou em desequilíbrio. No dia a dia dos enfermeiros atuantes em unidades hospitalares, é comum a identificação de condições que limitam a realização de procedimentos dessa natureza.

Essas condições têm relação direta com aspectos psicoemocionais capazes de influenciar e dificultar o fluxo normal dos procedimentos prévios ao ato cirúrgico, isso porque as repercussões do estado psicoemocional geram desconfortos que podem até impedir a realização do procedimento cirúrgico.

Os resultados de um estudo clínico cujo objetivo foi avaliar o nível de ansiedade pré-operatório e pós-operatório de pacientes, bem como identificar fatores que influenciam o nível de ansiedade, com inclusão de 50 pacientes adultos, programados para cirurgias eletivas em um hospital público terciário, concluiu que 51% dos pacientes apresentou ansiedade pré-operatória significativa e 15,7% tinha ansiedade pós-operatória significativa⁽¹⁾.

Os pacientes na fase pré-operatória apresentaram escore de ansiedade, segundo o Inventário Ansiedade-Estado (IDATE), $42,72 \pm 9,84$ sendo significativamente maior do que na fase pós-operatória, cuja média do escore de ansiedade foi $37,73 \pm 8,44$; $p = 0,001$ ⁽¹⁾.

O estudo confirmou, portanto, que essas condições impactam negativamente na realização de procedimentos cirúrgicos, mesmo quando considerados simples ou de menor risco, levando até mesmo a

suspensão dos procedimentos cirúrgicos devido a alterações de sinais vitais, normalmente incompatíveis com a realização dos procedimentos, como o aumento significativo dos níveis pressóricos.

Sabe-se que, quanto maior o número de informações obtidas pelo paciente sobre o procedimento a que será submetido, melhores são as chances de se minimizar o grau de ansiedade. E as possibilidades de obtenção destas informações são diversas, desde experiências cirúrgicas prévias até questionamentos aos profissionais de saúde com vistas ao esclarecimento sobre o que de fato será realizado.

Estudiosos da neurociência afirmam que nas emoções existe uma correlação estreita entre a percepção sensitiva e cognitiva de uma ameaça, ocorrendo o surgimento da ansiedade e do stress e alterações fisiológicas perceptíveis clinicamente⁽²⁾.

Segundo os autores, surgirão, como consequência desta experiência, alterações que podem ser percebidas por meio de observações clínicas e medidas de parâmetros vitais que vão refletir as condições do paciente no período de recuperação anestésica.

É evidente que todas as fases cirúrgicas são importantes, mas destaca-se a fase pré-operatória na qual o paciente se encontra mais vulnerável em suas necessidades, tornando-o mais propenso ao desequilíbrio emocional. Nesta fase, o enfermeiro tem o importante papel de orientar o paciente e prepará-lo para o procedimento, uma vez que tem a oportunidade de conhecê-lo, levantar problemas e necessidades, além de fornecer informações que certamente contribuirão para minimizar seus medos e inseguranças⁽³⁾.

O procedimento cirúrgico em si é uma atividade técnica praticada por uma equi-

pe especializada em função do problema de saúde apresentado. É um ato normalmente desconhecido, vivenciado pelo paciente. Nesse sentido, este pode apresentar diversos sentimentos e sensações antes da cirurgia como desconforto, ansiedade, estresse físico e emocional.

Por esses motivos, todos os procedimentos que são realizados no ato anestésico-cirúrgico devem ser bem esclarecedores, maneira pela qual contribuirá para a redução da ansiedade e consequências dos sentimentos negativos que surgem no transoperatório. O sentimento mais comumente identificado é a ansiedade, sendo um fenômeno mundial, existindo, atualmente, força de evidência suficiente para se chegar a conclusões firmes sobre o papel do preparo psicológico para a cirurgia⁽⁴⁾.

Como objetivos da pesquisa definiu-se identificar quais estratégias são usadas por enfermeiros atuantes em centro cirúrgico para minimizar a ansiedade em pacientes no pré-operatório e verificar se existem diferenças nas estratégias usadas por enfermeiros que foram submetidos à cirurgia em relação a enfermeiros que jamais não foram submetidos à cirurgia.

O estudo apresenta relevância para o ensino de enfermagem na medida em que apresenta análise comparativa entre grupos distintos de enfermeiros atuantes em um mesmo tipo de unidade, podendo subsidiar ações de cuidar de acadêmicos e de enfermeiros em centro cirúrgico. Além disso, poderá trazer contribuições para o cuidado de enfermeiros interessados em ampliar o conhecimento sobre o tema e ao mesmo tempo trazer para a sociedade, de maneira geral, conhecimentos importantes que podem auxiliar na melhoria do comportamento e aquisição de informa-

ções relevantes, contribuindo para a redução da ansiedade quando submetidos a algum tipo de procedimento cirúrgico.

Diante do exposto a questão norteadora da pesquisa é: Existem diferenças entre ações de enfermeiros de centro cirúrgico já submetidos a cirurgia quando comparados a enfermeiros que não se submeteram à cirurgia na busca de redução da ansiedade de pacientes cirúrgicos?

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório com uso da abordagem quantitativa. Foi utilizado como instrumento de coleta de dados um questionário com vistas à obtenção de informações de enfermeiros que atuam em centro cirúrgico.

Aplicou-se a dois grupos participantes da pesquisa: Grupo 1 composto por enfermeiros que foram submetidos em algum momento de suas vidas (na fase adulta, ou seja, com idade igual ou maior que 18 anos) a algum ato cirúrgico. O Grupo 2 foi composto por enfermeiros atuantes em centro cirúrgico que não foram submetidos a procedimento cirúrgico.

O instrumento utilizado para coletar os dados, assim como os demais documentos que fazem parte do protocolo de pesquisa foram submetidos à apreciação ética através da Resolução n.º 466, de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde - CNS(5) e foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) institucional sob parecer n.º 1.880.859. Também foi obtida autorização da Coordenação do Curso Pós-Graduação para realização da pesquisa com enfermeiros que estavam cursando a Especialização em Centro Cirúrgico e Central de Material de Esterilização.

Todos os dados da pesquisa foram coletados somente após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição e ocorreu entre os meses de novembro de 2017 e março de 2018, após os participantes terem assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A seleção dos participantes ocorreu através da técnica de amostra por con-

A intenção foi verificar se os enfermeiros dos grupos 1 e 2 utilizam estratégias voltadas para a redução da ansiedade de pacientes cirúrgicos que se encontram no pré-operatório, descrevendo quais são essas estratégias e se são convergentes ou divergentes entre si, considerando-se a experiência prévia dos integrantes do grupo 1 à submissão a algum ato cirúrgico.

veniência. Participaram da pesquisa 42 enfermeiros atuantes em centro cirúrgico, incluídos em dois grupos distintos. O primeiro grupo foi constituído por 21 enfermeiros já submetidos a algum procedimento cirúrgico de baixa, média ou alta complexidade em sua fase adulta. O segundo grupo também foi constituído por 21 enfermeiros que não foram submetidos a procedimentos cirúrgicos na vida adulta.

A inclusão nos grupos se deu de forma não pareada e não randomizada, uma vez que as características básicas para entrada no grupo 1 ou 2 do estudo foi ser enfermeiro atuante em centro cirúrgico, ter realizado (G1) ou não (G2) algum procedimento cirúrgico de baixa, média ou alta complexidade e aceitar participar voluntariamente da pesquisa.

A intenção foi verificar se os enfermeiros dos grupos 1 e 2 utilizam estratégias voltadas para a redução da ansiedade de pacientes cirúrgicos que se encontram no pré-operatório, descrevendo quais são essas estratégias e se são convergentes ou divergentes entre si, considerando-se a experiência prévia dos integrantes do grupo 1 à submissão a algum ato cirúrgico.

Os critérios de inclusão e exclusão foram os seguintes: para inclusão no grupo 1: a) Ter idade maior que 18 anos; 2- Ser enfermeiro (a) atuante em centro cirúrgico há pelo menos 6 meses; 3- Ter sido submetido (a) a procedimento cirúrgico na idade adulta (considerado para fins desse estudo como maior ou igual a 18 anos); para exclusão da participação no grupo 1 os critérios foram: 1- Não responder integralmente ao instrumento de coleta de dados fornecido pela equipe de pesquisa; 2- Identificação de que a idade do voluntário era inferior a 18 anos à época em que foi submetido a procedimento cirúrgico.

Para inclusão no grupo 2 os critérios foram: a) Ter idade maior que 18 anos; 2- Ser enfermeiro (a) atuante em centro cirúrgico há pelo menos 6 meses; 3- Não ter sido submetido (a) a procedimento cirúrgico em sua vida adulta. Para exclusão da participação no grupo 2 os critérios foram: 1- Não responder integralmente ao instrumento de coleta de dados forne-

cido pela equipe de pesquisa.

A exclusão de voluntários para o grupo 1 ocorreu devido à realização de procedimentos cirúrgicos antes da idade considerada como corte (18 anos) para o estudo. A exclusão de voluntários no grupo 2 ocorreu devido ao não preenchimento de dados completos na ficha clínica utilizada para obtenção das informações.

A análise estatística foi realizada através da estatística descritiva simples para os dois grupos, após a inserção das informações obtidas com os instrumentos em planilhas do programa Microsoft Excel®, facilitando a descrição dos dados obtidos através de percentuais, médias, medianas e desvio padrão.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra foi composta por 42 participantes e houve predominância do gênero feminino (83,3%) e (16,7%) foi composta pelo gênero masculino com idades variando entre 23 e 45 anos, com média de idade e desvio padrão de $32,97 \pm 6,11$ anos.

A distribuição da amostra quanto ao tempo de formado apontou que a maioria dos profissionais, 31 (73,80%), possui entre 1 e 5 anos, uma distribuição próxima da verificada sobre a amostra quanto ao tempo de experiência em unidade de centro cirúrgico, 30 (71,4%), também entre 1 e 5 anos e o número de vínculos empregatícios foi distribuído em 1 vínculo (73,81%); 2 vínculos (23,81%) e 3 vínculos (2,38%).

Ao se dividir a amostra entre enfermeiros submetidos a procedimentos cirúrgicos (G1) e enfermeiros não submetidos a procedimentos cirúrgicos (G2), com a intenção de se identificar diferenças entre a capacidade e condições de identificar sinais de ansiedade nos pacientes cirúrgicos, observou-se que não há significância estatística entre os dois grupos, uma vez que 18 (85,7%) desses enfermeiros do grupo 1 informaram saber identificar o paciente ansioso. De forma similar, 17 (81%) dos enfermeiros do grupo, dois também informaram saber identificar o paciente cirúrgico que se apresenta ansioso.

O desconhecimento sobre protocolos e algoritmos, assim como os principais distúrbios de ansiedade na população de pacientes cirúrgicos, apresenta reflexos sobre suas condutas diante desses pacientes, pois os enfermeiros dos dois grupos apresentaram as condutas que seguem nesses casos e foi observada, de fato, uma carência de conhecimento sobre melhores práticas nesse campo.

Existem características que se confirmaram ao apresentarem termos/descriptores em ordem de maior frequência que indicam ansiedade (agitação, olhar assustado, sudorese, verborreia, trêmulo, questionador, entre outros).

Todos os enfermeiros do G1 e G2 informaram desconhecer protocolos ou algoritmos que permitam identificar o grau de ansiedade de pacientes cirúrgicos. E desconhecem, ainda, os principais distúrbios de ansiedade segundo a literatura, uma vez que somente 8 (19%) dos 42 enfermeiros informaram ter conhecimento sobre os principais distúrbios de ansiedade sobre pacientes cirúrgicos.

As ações que reduzem riscos e eventos adversos podem ser efetivadas através do uso de listas de verificação, diretrizes clínicas e protocolos, que são instrumentos clínicos baseados em evidências científicas que padronizam os procedimentos durante a assistência⁽⁶⁾.

O desconhecimento sobre protocolos e algoritmos, assim como os principais distúrbios de ansiedade na população de pacientes cirúrgicos, apresenta reflexos sobre suas condutas diante desses pacientes, pois os enfermeiros dos dois grupos apresentaram as condutas que seguem nesses casos e foi observada, de fato, uma carência de conhecimento sobre melhores práticas nesse campo. Nota-se que os enfermeiros apresentam um conhecimento empírico, o que inclui a não utilização de instrumentos ou protocolos voltados para redução da ansiedade, ou seja, se utilizam de um conhecimento mais próximo do senso comum, oriundo, mais provavelmente, da observação ao longo de suas práticas, portanto, mais distante do que a literatura científica aponta sobre o tema^(7,8).

Essas informações refletem suas respostas aos serem questionados se deram em algum momento de sua prática orientação aos clientes que se apresentavam ansiosos, pois 13 (62%) enfermeiros do G1 nunca deram informações/orientações ao paciente que se apresenta ansioso e 10 (47,6) dos enfermeiros do G2 também jamais deram informações a

esse paciente com vistas a redução da sua ansiedade. Analisando-se o conjunto de informações, observa-se que mais de 54% dos enfermeiros de centro cirúrgico não dão orientações a esses pacientes.

Nestas proporções, também entendem que o enfermeiro não tem papel como exercente de cuidados para redução da ansiedade no paciente cirúrgico, como apontaram os enfermeiros do G1 (57,2%), ou seja, enfermeiros jamais submetidos a um procedimento cirúrgico, portanto apenas 42,8% do G1 acredita que o enfermeiro tem papel importante para redução da ansiedade desses pacientes.

No G2 essa proporção é modificada significativamente, pois 62% entende que o enfermeiro é exercente de cuidados com vistas à redução da ansiedade nesses pacientes, contra 38% que entende que os enfermeiros não têm papel nesse contexto.

Cabe reforçar, portanto, que a permanência por longos períodos junto a esses clientes permite aos enfermeiros um planejamento sobre suas ações de cuidar, favorece a interação com o próprio cliente e também com outros membros da equipe multidisciplinar, facilitando a multiplicação e uniformização de informações,

além da identificação de riscos diversos a que estão submetidos os seus clientes(9). Esse direcionamento aponta para a necessidade de maior comprometimento dos enfermeiros pela busca de novos conhecimentos e de evidências de que o seu papel é relevante e essencial para um cuidado de qualidade junto aos pacientes cirúrgicos.

CONCLUSÃO

Os participantes do estudo apresentaram características similares quanto ao tempo de formado e tempo de experiência em centro cirúrgico, predominando-se o gênero feminino, o que é característico na profissão, uma vez a enfermagem é composta, historicamente, em grande parte por mulheres.

A realização do estudo permitiu concluir que enfermeiros submetidos a procedimentos cirúrgicos em suas vidas adultas e enfermeiros não submetidos a procedimentos cirúrgicos têm as mesmas condições de identificar o paciente cirúrgico com sinais de ansiedade e, portanto, utilizam-se das mesmas estratégias.

Todos os enfermeiros, tanto do G1 quanto do G2, desconhecem protocolos

que permitem identificar o grau de ansiedade do paciente cirúrgico, possivelmente é motivo para o baixo grau de conhecimento sobre os principais distúrbios de ansiedade desses pacientes, levando-se a conclusão de que há repercussões negativas em suas práticas, pois suas condutas diante desses pacientes são subsidiadas por um conhecimento empírico, próximo do senso comum, distanciando-se do conhecimento científico necessário para promoção do cuidado em centro cirúrgico.

Essa compreensão foi reforçada ao se verificar que 54% dos 42 profissionais distribuídos entre os grupos 1 e 2 jamais deu qualquer orientação a pacientes cirúrgicos sabidamente ansiosos devido ao procedimento a ser realizado. Valendo destacar que já atuam em unidade de centro cirúrgico há pelo menos 1 ano.

Por conseguinte, os enfermeiros do G1 entendem que os enfermeiros não têm papel na promoção de cuidados com vistas à redução da ansiedade de pacientes cirúrgicos, o que destoava quando comparadas suas respostas com as do grupo 2, pois 62% desse grupo entende que os enfermeiros têm papel importante nesse processo. ■

REFERÊNCIAS

1. Akinsulore A. Assessment of preoperative and postoperative anxiety among elective major surgery patients in a tertiary hospital in Nigeria. *Middle East J Anaesthesiol* [Internet]. 2015 Jun [acesso em 16 ago 2019]; 23(2): 235-40. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26442401>.
2. Tenani AC, Pinto MH. A importância do conhecimento do cliente sobre o enfrentamento do tratamento cirúrgico. *Revista Arquivos de Ciências da Saúde* [Internet]. 2007 abr/jun [acesso em 16 ago 2019]; 14(2). Disponível em: http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/vol-14-2/IIDD225%20PDF.pdf.
3. Costa VASF, Silva SCF, Lima VCP. O pré-operatório e a ansiedade do paciente: a aliança entre o enfermeiro e o psicólogo. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar* [Internet]. 2010 jul/dez [acesso em 16 ago 2019]; 13(2):282-298. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v13n2/v13n2a10.pdf>.
4. Powell R, Scott NW, Manyande A, Bruce J, Voge C, Byrne-Davis LMT, Unsworth M, Osmer C, Johnston M. Psychological preparation and postoperative outcomes for adults undergoing surgery under general anesthesia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2016 [acesso em 16 ago 2019]; 5(CD008646). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27228096>.
5. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução n.º 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. *Diário Oficial da União*. 13 jun. 2013. [citado em 2019 abr 05]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.
6. Macedo RS, Teixeira DV, Bohomol E. Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em hospital universitário. *Revista Nursing*. 2018; 21(246):2435-39.
7. Lemos CS, Suriano MLF. Desenvolvimento de um instrumento: metodologia de ensino para aprimoramento da prática perioperatória. *Rev. SOBECC*. 2013 out./dez.; 18(4):57-69.
8. Stracier LDS. Cuidados e Complicações Pós-Operatórias. *Medicina (Ribeirão Preto)* [Internet]. 2008 [acesso em 16 ago 2019]; 41(4):465-8. Disponível em: <http://www.fmrp.usp.br/revista>.
9. Rocha RG. Prevenção de riscos de tromboembolismo venoso: estratégias para redução da morbimortalidade. *Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Banco de Teses e Dissertações*. 2014.

Mapeamento de Processo em Centro Cirúrgico: Problemas e Propostas de Solução

RESUMO

O objetivo deste artigo é descrever o mapeamento de processo do centro cirúrgico de uma unidade hospitalar privada no estado do Rio de Janeiro. A autora desenhou o fluxograma de cada processo, descrevendo e constatando as não conformidades existentes. Mediante a aplicação das ferramentas de gestão, identificou-se que os cinco principais processos da unidade eram: pré-agendamento, agendamento, preparo de sala, realização da cirurgia e alta da recuperação pós-anestésica (RPA). Ficou evidenciado que existia um fluxo eficaz na gestão dos processos na unidade, porém visualizaram-se pontos de conflito e retrabalho, remetendo à dúvida se o fluxo era eficiente. Desta forma, vislumbrou-se a possibilidade da melhoria, por meio de técnicas de observação, indicadores e análise de dados frente aos intervenientes que impactavam na boa prática do serviço.

DESCRIPTORIOS: Ferramentas Básicas de Qualidade; Gestão Hospitalar e Cirurgia; Organização de Processos.

ABSTRACT

This study aims to describe the process mapping of a surgery center in a private hospital unit in Rio de Janeiro state, Brazil. The author drew the flowchart of each process, describing and verifying the existing nonconformities. Through the application of the management tools, it was identified that the five main processes of the unit were: pre-scheduling, scheduling, room preparation, the surgery itself, and discharge of the post anesthesia recovery (PACU). It was found that there was an efficient flow of these processes in the unit, although some existing bottlenecks were identified, referring to the doubt if the flow was efficient. These bottlenecks were studied through observation techniques, indicators, and data analysis, making it possible for the author to perceive the opportunity of process improvement.

DESCRIPTORS: Basic Quality Tools; Hospital Management and Surgery; Process Organization.

RESUMEN

El objetivo de este artículo, es describir el mapeo de proceso del centro quirúrgico de una unidad hospitalaria privada en el estado de Río de Janeiro. La autora diseñó el diagrama de flujo de cada proceso, describiendo y constatando las conformidades inexistentes. A través de la aplicación de las herramientas de gestión, se identificó que los cinco principales procesos de la unidad eran: pre-programación, programación, preparación de sala, realización de la cirugía y alta de la recuperación postanestésica (RPA). Se evidenció que existía un flujo eficaz en la gestión de los procesos en la unidad, pero se visualizaron puntos de conflicto y retrabajo, remitiendo a la duda si el flujo era eficiente. De esta forma, se vislumbra la posibilidad de la mejora, por medio de técnicas de observación, indicadores y análisis de datos frente a los actores que impactan en la buena práctica del servicio.

DESCRIPTORIOS: Herramientas Básicas de Calidad; Gestión Hospitalaria y Cirugía; Organización de Procesos.

Elaine Lima Martini

Pós-graduada em MBA Gestão da Saúde e Administração Hospitalar pela Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Coordenadora do Centro Cirúrgico do Hospital Panamericano, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

INTRODUÇÃO

O mapeamento é uma ferramenta que direciona e organiza a padronização dos fluxos de trabalho, a fim de obter maior conhecimento e controle sobre as atividades desempenhadas, busca a sustentabilidade na qualidade do serviço prestado.

A aplicação do mapeamento visa auxiliar a gestão na identificação dos processos de forma detalhada, evidenciando pontos fortes, pontos fracos, gargalos e possíveis perdas, apresentando informações importantes para a elaboração e implementação de melhorias. Além disso, a necessidade de se implementar o mapeamento de processos tem nos impulsionado, sendo um fator diferenciador em relação à gestão e tornando-se essencial à manutenção das atividades do dia a dia.

O mapa de processo é uma proposta de se ter uma visualização de todos os processos e seus fluxos de valor. Faz-se muito relevante em todos os setores da instituição, visando identificar as atividades desempenhadas pelas unidades, seus responsáveis e suas relações. A reestruturação dos processos internos envolve relacionamentos, papéis e responsabilidades. Tudo isso para viabilizar a melhoria contínua do processo, que é essencial para a sobrevivência da instituição⁽¹⁾.

A abordagem por processos permite o conhecimento profundo das atividades produtivas e de como elas influenciam no resultado final do seu produto. Para tal, é necessária a utilização de ferramentas que auxiliam a melhor visualização do processo produtivo. Dentre as mais utilizadas, está o mapeamento de processos⁽²⁾.

O mapeamento permite identificar as interfaces entre os múltiplos setores, clientes internos e externos, entradas e produtos entregues. Possibilita, ainda, a visão dos processos que fazem parte do fluxo de trabalho vigente e a identificação de pontos críticos que possam comprometer o desempenho de todo o sistema organizacional. Dessa forma, esforços podem ser direcionados a fim de corrigir erros e evitar custos desnecessários e atrasos no

tempo de ciclo de serviços e produtos. O mapeamento de processos proporciona o controle e o monitoramento das ações empreendidas, permitindo a capacidade de executar mudanças, internas e externas, mais agilmente⁽³⁾.

Este artigo tem como objetivo apresentar a experiência de um mapeamento de processo voltado para gestores e colaboradores de um hospital no estado do Rio de Janeiro. Com o mapeamento de processos da unidade centro cirúrgico, foram estudadas as atividades e analisados os processos existentes, permitindo identificar os problemas e propor as respectivas soluções. Diante disso, o estudo foi orientado a responder a seguinte questão: O fluxo dos processos era eficiente? Buscou-se, ainda, contribuir para a construção do conhecimento acerca da temática mapeamento de processo como prática na Enfermagem. O uso de tal ferramenta de controle de qualidade representou um passo importante na garantia de uma assistência segura.

METODOLOGIA

Estudo descritivo do tipo relato de experiência. O estudo teve como diretriz mapear, mensurar, monitorar os processos, identificar os problemas e propor soluções, buscando a melhoria contínua e a segurança institucional. Trata-se de um centro cirúrgico de uma unidade hospitalar privada de médio porte, que realiza todos os tipos de cirurgias, de todas as especialidades, exceto transplantes de órgãos, e com média de 500 cirurgias por mês. Possui 07 salas de cirurgia. A coleta e a análise de dados foram realizadas nos meses de fevereiro a setembro de 2018.

Nesse período, foram realizadas 3.607 cirurgias no centro cirúrgico e coletados dados de procedimentos de 12 especialidades diferentes, em lista de verificação própria, elaborada pelo grupo de mapeamento de processos. Foram excluídas da análise 180 cirurgias, pois encontravam-se com dados incompletos, incorretos ou ilegíveis, não sendo possível identificar os pacientes ou procedimentos cirúrgicos.

Os atuais processos de trabalho no

centro cirúrgico foram representados graficamente através de fluxos, mapas, diagramas de causa e efeito e planos de ação, visando a facilitar o entendimento e a assimilação de todos os envolvidos e a execução das necessárias reestruturações. As ferramentas utilizadas estão diretamente ligadas à busca da qualidade, otimizando processos e métodos que afetam as atividades. O estudo foi realizado em etapas: definição dos processos a serem mapeados em conjunto com a gestão de qualidade, criação de ferramentas de qualidade para a coleta de dados, definição das ferramentas de qualidade para o mapeamento, análise de dados e apresentação dos resultados.

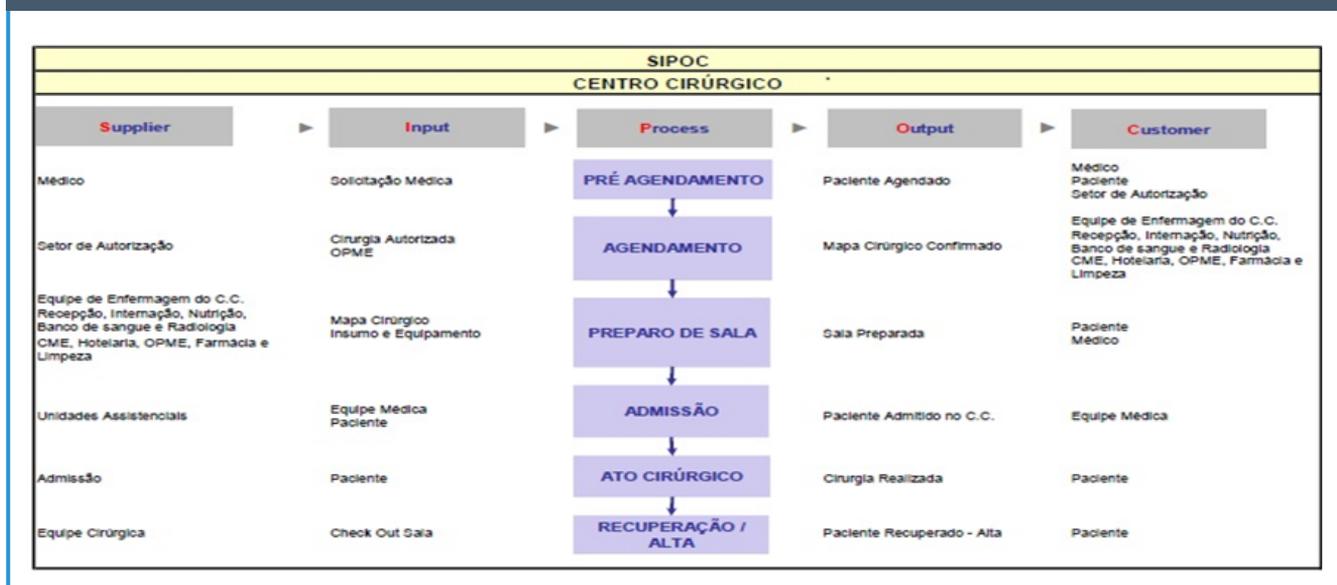
A escolha dos processos foi realizada buscando atender a uma demanda da unidade centro cirúrgico, que enfrentava problemas com retrabalhos e gargalos em relação à operação do dia a dia. Além disso, o hospital passará por retrofit no ano de 2019, o que reforça a necessidade de melhoria dos processos que envolvem a prática diária e os fluxos de trabalho.

As ferramentas de qualidade são responsáveis por mensurar e analisar os processos da unidade, visando as resoluções para os problemas encontrados. A escolha das ferramentas de qualidade foi com vistas às informações a serem coletadas, o tipo de processo a ser trabalhado e o tipo de problema a ser resolvido. No planejamento, foram eleitas quatro ferramentas de qualidade: fluxograma, folha de verificação, diagrama de Ishikawa, 5W2H.

O fluxograma auxilia na visualização da estrutura, mostrando as etapas dos processos e os fluxos de informações e elementos envolvidos. A folha de verificação, presente desde o início do processo, reuniu o máximo de informações e dados, viabilizando a verificação das variações. O diagrama de Ishikawa busca entender a relação entre um efeito (problema) e todas as causas (motivos) distribuídos em mais de uma característica. O plano de ação, utilizado como um check list das atividades de maior relevância, com base em perguntas que buscam respostas, tem o objetivo de alcançar a melhoria contínua dos processos.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

Figura 1. Detalhamento dos processos do centro cirúrgico em estudo (SIPOC). Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2018.



O SIPOC é uma ferramenta utilizada para mapear processos. Com ela, é possível esclarecer melhor as etapas do processo, definindo e formalizando diversos fatores que impactam diretamente na execução do trabalho. Quando não se entende a fundo o processo, torna-se impossível gerenciá-lo. A sigla SIPOC corresponde a junção de iniciais (em inglês) de cada aspecto analisado pela ferramenta, suppliers (fornecedores), inputs (entradas), process (processo), outputs (saídas) e customers (clientes). Com a ferramenta SIPOC, identificou-se que os cinco principais processos da unidade eram: pré-agendamento, agendamento, preparo de sala, realização da cirurgia e alta da recuperação pós-anestésica (RPA). Na melhoria de processos, SIPOC é uma ferramenta que dá uma visão geral dos processos.

A partir da aplicação do SIPOC (Figura 1), foi possível detectar que grande parte das atividades e dos processos descritos não estava bem desenhada não era clara a todos os envolvidos na gestão e na opera-

ção do centro cirúrgico. Esse método nos proporcionou um melhor entendimento dos processos. Com os processos bem definidos, foi possível partir para a segunda etapa: o fluxograma funcional.

Fluxograma funcional

A escolha da ferramenta de fluxograma teve o objetivo de tornar os processos mais claros e de demonstrar, graficamente, a sequência das atividades diárias do centro cirúrgico, permitindo a visualização das responsabilidades de cada envolvido e sua importância no processo.

Para garantir que a sequência de atividades desenhadas refletisse a nossa realidade, foram realizadas entrevistas com os colaboradores que executam as atividades. A participação e o envolvimento de todo o grupo, sem dúvida, foram fundamentais para o êxito do mapeamento de processo. Foram evidenciados no Gemba¹, divergências entre como imaginamos que as atividades ocorram e como elas realmente

deveriam ocorrer.

O fluxograma auxiliou na definição dos indicadores de processos. A escolha teve o foco de otimizar esses processos para atingir maior eficiência e eficácia, gerando maior produtividade e melhores resultados para a unidade. O binômio “quais indicadores medir” e “quais indicadores monitorar” estava alinhado às estratégias da empresa, com foco na missão, visão e nos valores.

Foram 13 os indicadores de desempenho, desenhados a partir dos desdobramentos dos macro e microprocessos no fluxograma, respondendo sempre ao questionamento sobre a real necessidade daquela informação.

Para melhorar o desempenho do centro cirúrgico em relação aos processos, foram propostos critérios de indicadores, com métricas coerentes e possíveis de serem medidas e atingidas. O monitoramento, o controle e a análise dos dados foram realizados pela equipe responsável pelo mapeamento do centro cirúrgico.

1 A palavra Gemba, em japonês, Genchi Genbutsu, é traduzida como “vá ver”. No universo do Lean Thinking, ela representa também o “local real”, onde o trabalho é de fato realizado e gera valor para o negócio. Logo, esta técnica consiste em deslocar uma pessoa do time - muitas vezes o líder - até o local do contratempo para uma coleta de dados para municiar a tomada de decisão de informações precisas e atualizadas.

Foram estabelecidos para os indicadores de desempenho, em seus níveis de abrangência, padrões de comparação. Os padrões foram resultados de benchmarking alinhado às metas da organização. A alta administração e a gerência foram envolvidas, uma vez que os indica-

dores de desempenho poderiam ser utilizados na organização para o controle e melhorias dos processos.

Todos os colaboradores foram treinados a interpretar os índices dos indicadores de desempenho e, desse modo, conheciam as nossas metas e propostas de ações

a serem tomadas, dependendo dos resultados atingidos.

Conforme Quadros 1 e 2, os indicadores de processos possuíam suas métricas, categorias de medidas e seus indicadores de avaliação de causa e efeito alinhados às metas e aos seus objetivos.

Quadro 1. Descrição dos indicadores de desempenho do centro cirúrgico em estudo. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2018.

INDICADORES CENTRO CIRÚRGICO						PERÍODO 28/02 A 24/04/2018							
Item	Etapas do Processo	Tipo de Indicador	Indicador	Definição/Forma de Medição	Especificação	Resultado							
						I 28/02 a 06/03	II 07 a 13/03	III 14 a 20/03	IV 21 a 27/03	V 28/03 a 03/04	VI 04 a 10/04	VII 11 a 17/04	VIII 18 a 24/04
1	Pré- agendamento	Y	Percentual de resposta para agendamento	Percentual de resposta do email para agendamento de cirurgia / Percentual de emails enviados pelos equipes cirurgias pelo email de resposta enviado pelo setor de agendamento de cirurgia	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
2	Pré- agendamento	f(x)	Percentual de cirurgias realizadas por médicos não cadastrados	Percentual de médicos que realizaram cirurgia e não estavam cadastrados / Percentual de médicos não cadastrados que realizaram cirurgia dividido pela quantidade de médicos que realizaram cirurgia	0%	1,7%	1,0%	0,6%	0,5%	0,5%	0,0%	0,0%	0,0%
3	Pré- agendamento	f(x)	Cancelada por falta de autorização	Nº de cirurgias canceladas por falta de autorização / Nº de cirurgias agendadas	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
4	Preparo de sala	Y	Percentual de cirurgias canceladas	Percentual de cirurgias canceladas / Percentual de cirurgias canceladas dividido pelo total de cirurgias elegíveis	5%	5%	4%	5%	6%	3%	5%	3%	4%
5	Preparo de sala	f(x)	Percentual de check lists não conformes	Percentual de check lists não conformes para o preparo de sala / Percentual de check lists não conformes dividido pelo total de check lists realizados	1%	2%	2%	1%	2%	1%	2%	1%	0%
6	Realização da cirurgia	Y	Percentual de cirurgias realizadas no prazo	Percentual de cirurgias realizadas no prazo conforme meta cirúrgica / Percentual de cirurgias realizadas no prazo dividido pelo número total de cirurgias	100%	73%	82%	72%	77%	71%	74%	74%	64%
7	Realização da cirurgia	Y	Tempo médio e desvio-padrão do transporte ao centro cirúrgico	Percentual de tempo no transporte do paciente / Percentual de tempo nos transportes e desospitalização do centro cirúrgico	95%<20 4%<60 1%<40	80%<20 16%<60 4%<40	82%<20 15%<60 3%<40	80%<20 16%<60 4%<40	84%<20 14%<60 2%<40	87%<20 11%<60 2%<40	93%<20 6%<60 1%<40	90%<20 8%<60 2%<40	94%<20 6%<60 0%<40
8	Realização da cirurgia	Y	Percentual de lateralidades conformes	Percentual de lateralidade / Percentual de lateralidades conformes dividido pelo total de lateralidade realizadas	90%	86%	71%	71%	97%	83%	89%	90%	95%
9	Realização da cirurgia	Y	Percentual de ATB conformes	Percentual de ATB / Percentual de ATB conformes dividido pelo total de ATB realizados	90%	60%	71%	62%	67%	66%	58%	62%	50%
10	Realização da cirurgia	Y	Percentual de times out conformes	Percentual de time out / Percentual de time out conformes dividido pelo total de time out realizados	90%	100%	99%	99%	99%	97%	97%	99%	96%
11	Realização da cirurgia	f(x)	Percentual de equipes cirurgias prontas	Percentual de equipes cirurgias prontas no horário agendado para a cirurgia / Percentual de equipes cirurgias prontas no horário das cirurgias dividido pelo número total de cirurgias	100%	78%	84%	77%	79%	73%	78%	76%	69%
12	Alta	Y	Tempo médio e desvio padrão de permanência na RPA	Percentual de tempo de permanência na RPA / Percentual de tempo médio de permanência e desvio padrão na RPA	50%<20 40%<60 10%<60	81%<20 54%<60 0%<60	62%<20 39%<60 0%<60	60%<20 39%<60 1%<60	55%<20 44%<60 1%<60	56%<20 42%<60 2%<60	60%<20 40%<60 0%<60	48%<20 45%<60 1%<60	59%<20 41%<60 0%<60
13	Alta	f(x)	Percentual de documentos conformes	Percentual de documentos conformes na RPA / Percentual de documentos conformes dividido pelo total de documentos checados na RPA	100%	90%	81%	81%	97%	94%	91%	99%	98%

Quadro 2. Descrição dos indicadores de desempenho do centro cirúrgico em estudo. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2018.

INDICADORES CENTRO CIRÚRGICO						PERÍODO 20/06 A 14/08/2018									
Item	Etapas do Processo	Tipo de Indicador	Indicador	Definição / Forma de Medição	Especificação	Resultado									
						XVII 20 a 26/06	XVIII 27 a 03/07	XIX 04 a 10/07	XX 11 a 17/07	XXI 18 a 24/07	XXII 25 a 31/07	XXIII 01 a 07/08	XXIV 08 a 14/08		
1	Pré- Agendamento	f(x)	Percentual de Médicos não cadastrados	Percentual de Médicos que solicitaram cirurgia e não estavam cadastrados / Percentual de Médicos não cadastrados que solicitaram cirurgia dividido pela quantidade de Médicos que solicitaram cirurgia	0%	0%	0%	0%	0%	1%	0%	0%	1%		
2	Preparo de Sala	Y	Percentual de Cirurgias canceladas	Percentual de Cirurgias canceladas / Percentual de Cirurgias canceladas dividido pelo total de cirurgias elegíveis	5%	5%	6%	3%	6%	4%	7%	8%	6%		
3	Preparo de Sala	f(x)	Percentual de Checklist não conformes	Percentual de checklist não conformes para o preparo de sala / Percentual de checklist não conformes dividido pelo total de checklist realizados	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%		
4	Realização da Cirurgia	Y	Percentual de Cirurgias realizadas no prazo	Percentual de Cirurgias realizadas no prazo conforme Meta Cirúrgica / Percentual de cirurgias realizadas no prazo dividido pelo número total de cirurgias	90%	78%	79%	82%	83%	82%	82%	78%	81%		
5	Realização da Cirurgia	Y	Tempo médio de transporte e desvio padrão do CC	Tempo no transporte do paciente / Tempo médio de transporte e desvio padrão do CC	95%<20 4%<60 1%<40	81%<20 16%<60 4%<40	80%<20 16%<60 4%<40	81%<20 16%<60 4%<40	87%<20 14%<60 2%<40	88%<20 11%<60 2%<40	91%<20 6%<60 1%<40	89%<20 8%<60 2%<40	87%<20 7%<60 0%<40		
6	Realização da Cirurgia	Y	Percentual de LATERALIDADE conformes	Percentual de LATERALIDADE / Percentual de LATERALIDADE conformes dividido pelo total de LATERALIDADE realizadas	90%	90%	93%	91%	90%	98%	100%	73%	99%		
7	Realização da Cirurgia	Y	Percentual de ATB conformes	Percentual de ATB / Percentual de ATB conformes dividido pelo total de ATB realizados	90%	48%	83%	81%	81%	81%	86%	95%	100%		
8	Realização da Cirurgia	Y	Percentual de TIME OUT conformes	Percentual de TIME OUT / Percentual de TIME OUT conformes dividido pelo total de TIME OUT realizados	90%	97%	98%	97%	97%	97%	98%	100%	98%		
9	Realização da Cirurgia	Y	Percentual de Equipes Cirurgias prontas	Percentual de Equipes Cirurgias prontas no horário agendado para a cirurgia / Percentual de Equipes Cirurgias prontas no horário das cirurgias dividido pelo número total de cirurgias	90%	78%	81%	82%	82%	82%	81%	78%	81%		
10	Alta	f(x)	Percentual de permanência na SRPA	Tempo de permanência na SRPA / Tempo médio de permanência e desvio padrão na SRPA	50%<20 40%<60 10%<60	81%<20 54%<60 0%<60	62%<20 39%<60 0%<60	60%<20 39%<60 1%<60	55%<20 44%<60 1%<60	56%<20 42%<60 2%<60	60%<20 40%<60 0%<60	48%<20 45%<60 1%<60	59%<20 41%<60 0%<60		
11	Alta	f(x)	Percentual de documentos conformes na SRPA	Percentual de documentos conformes na SRPA / Percentual de documentos conformes dividido pelo total de documentos checados	90%	98%	95%	95%	95%	95%	98%	93%	95%		

Analisando os quadros de indicadores de desempenho, mais especificamente o Quadro 1, percebe-se um maior índice de não conformidades em relação ao Quadro 2. Essas não conformidades percebidas, inicialmente, representavam problemas. A esses problemas associaram propostas de soluções, descritas na sequência, sendo incremento para oportunidades de melhorias.

Devido à articulação gerada pelos desdobramentos entre os indicadores de desempenho dos vários níveis de abrangência adotados, ações de melhoria foram desenvolvidas através de um plano de ação, com base nas informações coletadas através dos indicadores, sempre buscando estar alinhado com as metas e os objetivos.

Evolução do percentual de cirurgias realizadas por médicos não cadastrados

Um grande problema observado no mapeamento foi a realização de cirurgias por médicos não cadastrados na instituição. Ao término da cirurgia, médicos não conseguiam realizar documentação em sistema por falta de senha, uma vez que somente médicos cadastrados possuem senha do sistema interno. O paciente permanecia em sala operatória, impactando no giro de sala. Como plano de ação, criou-se parceria do setor de agendamento de cirurgia com profissional responsável pelo cadastro médico. Portanto, ao delegar essa função de análise de documentação aos setores de Agendamento e Cadastro, esses transtornos foram evitados. Ao recebimento de solicitação de cirurgia por novos profissionais, o setor de pré-agendamento informa de imediato se o médico não é cadastrado; em seguida, é realizado contato com o médico, solicitando documentação. Realiza-se um pré-cadastro. A finalização do agendamento só ocorre após envio da documentação. Com essa medida, reduzimos o número de realizações de cirurgias por médicos não cadastrados. Após algumas semanas, com 0% de não conformidade, ocorreram cirurgias de emergência com especialistas não cadastrados realizando o ato operatório. Esse indicador permanece sendo monitorado, uma vez que entendemos não estar consolidado ainda.

Evolução do percentual de cancelamento de cirurgias

O cancelamento de cirurgias representava um problema no centro cirúrgico. O cancelamento de cirurgia aumenta o custo operacional e financeiro, trazendo prejuízos para a instituição. O prejuízo financeiro é causado pela ineficiência do processo e pode ser evidenciado pela subutilização das salas cirúrgicas. Identificamos como outras fontes de desperdício o preparo da sala de cirurgia, processo de esterilização do material, retrabalho do pessoal envolvido e perda de oportunidade de inclusão de outra cirurgia, impactando diretamente na produção e no número de cirurgias realizadas.

O cancelamento por parte da equipe médica se constituiu a principal causa de cancelamento de cirurgias, considerando as causas relacionadas. Todavia, muitos desses cancelamentos poderiam ser evitados com a comunicação prévia.

O plano de ação foi a criação e a implementação de impresso intitulado “Ordem de cancelamento de cirurgia”, no qual o responsável da equipe cirúrgica tinha que descrever o motivo do cancelamento e a justificativa. Dados eram analisados pontualmente pela coordenação do centro cirúrgico. A boa prática nos remete a 5% de cancelamento da agenda cirúrgica no dia da cirurgia. Entendemos a necessidade de permanecer medindo esse indicador, ainda não consolidado, pelo fato de estarmos frequentemente recebendo novas equipes e por ser necessária a abordagem pontual com os profissionais envolvidos no processo. Melhorar comunicação entre as equipes médicas e a instituição precisa ser um objetivo constante a ser perseguido.

Evolução do percentual de cirurgias com check list não conforme

Inicialmente, chamou a atenção o alto índice de check list não conforme ao início das cirurgias, representando impacto significativo na qualidade da assistência prestada dentro da sala operatória.

A criação e implantação de check list de conferência diária pela engenharia clínica no centro cirúrgico, realizado antes

do início das cirurgias, veio como proposta de solução para esse problema, trazendo resultados na operação e melhoria na qualidade do processo de trabalho dos profissionais envolvidos e na segurança do paciente.

Criação de pacto entre as equipes do centro cirúrgico e da engenharia clínica. Com a presença da engenharia no centro cirúrgico, reduzimos a 0% a não conformidade da sala operatória ao início das cirurgias. A sala cirúrgica só é liberada para utilização após a realização do check list diário.

Evolução do percentual do tempo de transporte <20 minutos

A partir das métricas propostas para o tempo de transporte, foi possível identificar eventuais gargalos no fluxo dos processos, o que possibilitou ter conhecimento do que estava causando a demora da chegada do paciente ao centro cirúrgico e tomar decisões.

Adotamos como plano de ação a criação e implantação do impresso de movimentação de paciente, que contempla horário de solicitação do paciente x horário de chegada do paciente no centro cirúrgico. O primeiro passo para a criação do impresso foi proposto em encontros entre os enfermeiros das unidades (centro cirúrgico e unidade de internação) para discutir as informações inseridas no impresso. O objetivo era compreender a necessidade dos profissionais da unidade de internação e encontrar uma forma de operacionalizar o processo de comunicação, para que os profissionais de ambas unidades ficassem satisfeitos com o resultado.

Foram realizados treinamento e distribuição de rádios para comunicação efetiva entre a unidade de internação e o centro cirúrgico. O centro cirúrgico comunica-se com a unidade de internação 20 minutos antes de solicitar o paciente ao técnico de transporte. A melhoria desse indicador proporcionou maior satisfação de todos os profissionais envolvidos no processo, melhoria da qualidade no transporte do paciente cirúrgico e agilidade no set up da sala, reduzindo o intervalo entre as cirurgias.

Evolução do percentual de conformidade dos documentos na SRPA

Com base nas informações levantadas durante o mapeamento de processos em relação à conformidade dos documentos na SRPA, foi evidenciado o registro não conforme em alguns prontuários.

O mapeamento evidenciou, através das entrevistas, uma preocupação dos profissionais envolvidos; neste contexto, os do centro cirúrgico, em ter a informação precisa e segura. Um dos meios de avaliação da qualidade da assistência prestada no centro cirúrgico é o registro conforme de

todas as atividades realizadas pelas equipes cirúrgica, anestésica e de enfermagem.

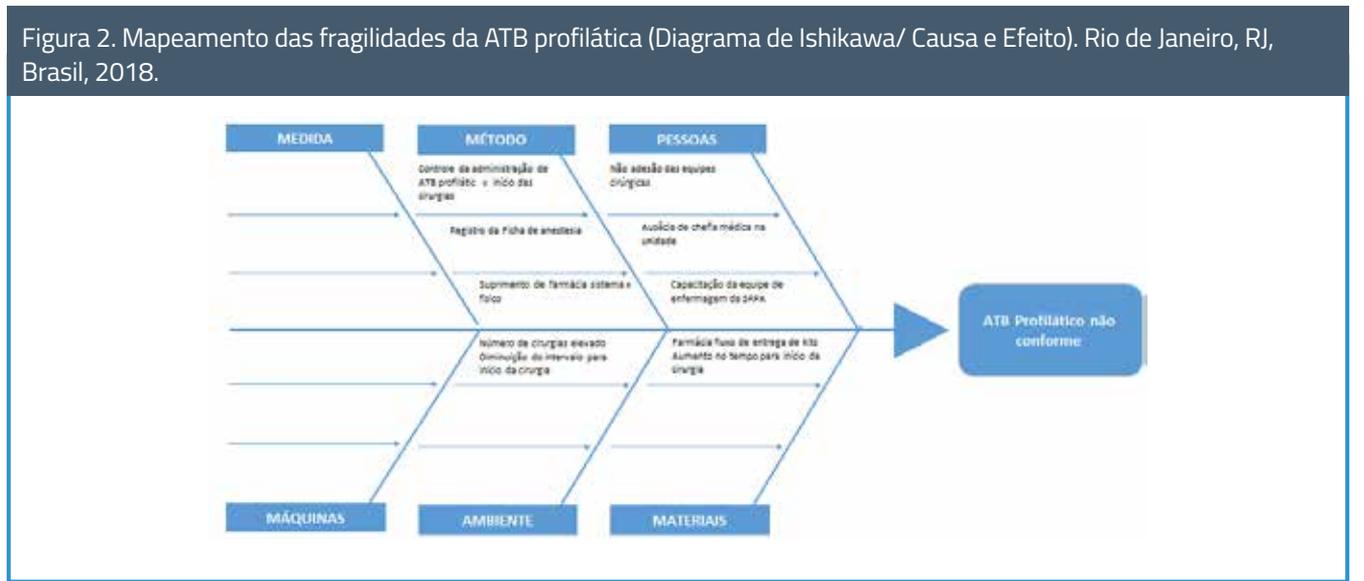
O registro completo de todos os documentos que compõem o prontuário do paciente é de responsabilidades de todos os envolvidos na assistência. Assim, com foco na mudança para a melhoria da qualidade dos registros, foi elaborada e implantada nova rotina de conferência da documentação com o paciente ainda dentro da sala operatória, com intervenção antes da liberação para SRPA.

Fez-se necessária a contratação de uma colaboradora administrativa para agregar

na tarefa da conferência da documentação cirúrgica, bem como promover a interação de todos os profissionais envolvidos no procedimento cirúrgico. O paciente somente é liberado da sala cirúrgica após documentação conforme.

O indicador de registro em conformidade com as anotações no centro cirúrgico demonstra boa performance da unidade, como uma prática segura, isenta de riscos.

Evolução do percentual de ATB profilática



Quadro 3. Planejamento da ATB profilática (Plano de ação 5W2H). Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2018.

PLANO DE AÇÃO - 5W2H							Concluído
Auditoria: ATB profilática não conforme. Período: 30/04 a 14/08/2018							Em andamento
							N/A
O QUE	POR QUE	QUEM	QUANDO (Prazo Final)	ONDE	COMO	QUANTO	STATUS/OBS
Readequar a política da ATB profilática.	Falha no cumprimento da meta da ATB profilática.	CCIH e Coordenação médica	Junho a Agosto/2018	centro cirúrgico	Realizar discussão sobre o protocolo de ATB profilática da instituição com as equipes cirúrgicas.	NA	Concluído
Melhorar a adesão das equipes cirúrgicas.	Para cumprimento do protocolo da ATB profilática	CCIH e Coordenação médica	Junho a Agosto/2018	centro cirúrgico	Realizar discussão sobre o protocolo de ATB profilática da instituição com as equipes cirúrgicas.	NA	Concluído
Atuação de chefe médica da unidade centro cirúrgico	Em processo de contratação	Diretoria clínica e Coordenação médica	Junho a Agosto/2018	centro cirúrgico	Abordagem direcionada pela chefe médica na unidade centro cirúrgico.	ORÇAR	Concluído
Revisão do fluxo de entrega de kit pela farmácia satélite do centro cirúrgico	Para cumprimento de protocolo padrão de distribuição de material/medicamento	Coord. enfer, CC e Farmacêutica responsável	30/08/2018	centro cirúrgico e farmácia	Apoio a farmácia na revisão dos processos	NA	Concluído
Readequação no registro da Ficha de anestesia.	Algumas equipes não tem a rotina de realizar ATB profilática.	CCIH e coordenação médica	Junho a Agosto/2018	centro cirúrgico	Apresentação do Banner ao corpo de cirurgiões e anestesistas	NA	Concluído
Capacitação da equipe de enfermagem da SRPA	Despreparo de alguns técnicos de enfermagem com relação a técnica de punção venosa periférica	Enfermeira SRPA e Ed. continuada	30/07/2018	centro cirúrgico	Treinamento sobre punção venosa periférica e administração de medicamentos.	NA	Concluído

A profilaxia antibiótica em cirurgia faz parte de um conjunto de medidas que tem como objetivo reduzir a incidência da infecção de sítio cirúrgico (ISC). O alvo principal da profilaxia antibiótica é diminuir a carga bacteriana na ferida operatória. A utilização adequada da profilaxia antibiótica no perioperatório pode reduzir a taxa deste tipo de complicação.

Evidenciamos não conformidades na utilização da antibioticoprofilaxia cirúrgica, o que representou uma fragilidade no processo estudado. Esforços foram empreendidos no sentido de estabelecer protocolos para nortear o uso adequado da antibioticoprofilaxia, visando a prevenção da ISC, resultado da adesão ao protocolo de profilaxia antibiótica em cirurgia no tempo adequado. Observou-se inadequação desse indicador. Para melhor compreensão, utilizamos a ferramenta diagrama de Ishikawa.

Conhecido como diagrama de Ishikawa ou diagrama de Espinha de Peixe, é uma ferramenta que representa as possíveis causas que levam a um determinado resultado, em outras palavras, tem como objetivo identificar e explorar as possíveis causas do problema. Finalizada a aplicação do diagrama, foi necessário fazer a análise, para tratar e solucionar cada causa identificada. A análise se tornou possível com o auxílio de um plano de ação 5W2H, evidenciado no Quadro 3.

A readequação da política interna foi realizada em parceria com a

Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH). Entendeu-se como conforme o tempo médio da administração do antibiótico realizado em até 1 hora antes da cirurgia. O redesenho da política interna de antibioticoprofilaxia no paciente cirúrgico teve como objetivo auxiliar o cirurgião e o anestesista na escolha da profilaxia adequada para cada tipo de cirurgia, nas diferentes especialidades, colaborando para a segurança dos pacientes.

CONCLUSÃO

O objetivo deste trabalho foi estudar a eficiência do fluxo na gestão dos processos de um centro cirúrgico, propondo soluções para aperfeiçoar os processos, a partir da aplicação da metodologia de gestão por processos.

O estudo evidenciou a adesão positiva dos profissionais envolvidos ao uso dos indicadores de qualidade da assistência prestada no centro cirúrgico, tornando clara a preocupação de todos os profissionais em promover um cuidado seguro e livre de danos.

Com base nos dados obtidos neste estudo, conclui-se que a criação dos indicadores de desempenho, alinhado ao mapeamento de processos, nos permitiu conhecer os processos como eles realmente ocorrem: pontos de conflitos, retrabalhos, gargalos e fluxos não eficientes. O estudo dos processos ocorreu junto ao Gemba1, com o envolvimento

de toda equipe de trabalho, desde a parte técnica aos supervisores e à direção. O trabalho se mostrou bastante construtivo, pois permitiu o entendimento de todos os envolvidos - equipe técnica e executores do processo - durante a análise detalhada dos indicadores sugeridos. Além disso, a técnica permitiu discussões e correções de pontos de conflitos e readequações de indicadores sugeridos, uma vez que os colaboradores apresentavam conhecimento mais detalhado com base no preenchimento da lista de verificação de cada cirurgia proposta.

Em todos os processos estudados, visualizamos a comunicação com interferência direta na qualidade da assistência prestada, sendo um ponto forte para o sucesso dos resultados obtidos. A comunicação eficiente entre todos os membros da equipe multidisciplinar contribuiu para alcançarmos os resultados esperados e atingirmos metas estabelecidas.

Desta forma, foi possível alinhar alguns processos estudados e implantar melhorias, com auxílio dos planos de ação propostos ao sistema de indicadores adotados. A melhoria dos processos estudados impactou, positivamente, na prática do serviço. A incorporação de uma cultura voltada para a segurança do paciente, apoiada na implantação da gestão por processos que esteja focada em resultados esperados e eficazes, é possível. ■

REFERÊNCIAS

1. Slack N, Chambers S, Johnston R. Gerenciamento de operações e de processos – princípios e práticas e de impacto estratégico. 2. ed. Porto Alegre: Bookman; 2013.
2. Santos JB, LIMA JP. Gerenciamento de processos para melhoria da prestação do serviço público: um estudo de caso em um órgão público na cidade de Belém. Encontro Nacional de Engenharia de Produção [Internet]. Anais eletrônicos. João Pessoa: ABEPRO, 2016 [acesso em 20 set 2018]. Disponível em: [http://](http://www.abepro.org.br/biblioteca/TN_WIC_226_323_29526.pdf)

www.abepro.org.br/biblioteca/TN_WIC_226_323_29526.pdf.

3. Rocha TAH, Rodrigues JM, Silva NC, Barbosa ACQ. Gestão de Recursos Humanos em Saúde e Mapeamento de Processos: Reorientação de Práticas para Promoção de Resultados Clínicos Satisfatórios. RAHIS [Internet]. 2014 [acesso em 20 set 2018]; 11(3):149. Disponível em: <http://revistas.face.ufmg.br/index.php/rahis/article/view/2075/1363>.

A vivência do idoso frente sua sexualidade: subsídio para um cuidado integral

RESUMO

Objetivo: Descrever a percepção do idoso sobre sua sexualidade. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, realizado em um Centro de Referência de Atividade para Pessoas Idosas, através de uma entrevista com 33 idosos atendidos neste cenário. A análise dos dados foi realizada através da análise de conteúdo de Bardin na modalidade temática. **Resultados:** Os depoimentos dos participantes permitiram, após realizada a análise de conteúdo em todas as etapas anteriormente descritas, a elaboração das seguintes categorias analíticas: a vivência do idoso em relação ao ato sexual e a representatividade da sexualidade para o idoso. **Conclusão:** a pesquisa atingiu aos objetivos propostos, ficando evidente que a sexualidade perpassa o ato sexual em si na concepção dos idosos. Que este estudo sirva de base para novas pesquisas sobre a temática, aperfeiçoando o cuidado prestado à população idosa.

DESCRIPTORIOS: Idoso; Sexualidade; Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: Describe the perception of the elderly about their sexuality. **Methodology:** This is a descriptive study, with a qualitative approach, carried out in an Activity Reference Center for Elderly People, through an interview with 33 elderly people assisted in this scenario. Data analysis was performed through the analysis of Bardin content in the thematic modality. **Results:** After analyzing the content in all the steps described above, the participants' statements allowed the elaboration of the following analytical categories: the experience of the elderly in relation to the sexual act and the representativeness of sexuality for the elderly. **Conclusion:** the research reached the proposed objectives, being evident that sexuality pervades the sexual act itself in the conception of the elderly. May this study be the basis for further research on the subject, improving the care provided to the elderly population.

DESCRIPTORS: Aged; Sexuality; Nursing.

RESUMEN

Objetivo: Describir la percepción de los adultos mayores sobre su sexualidad. **Metodología:** Este es un estudio descriptivo, con un enfoque cualitativo, realizado en un Centro de Referencia de Actividades para Personas Mayores, a través de una entrevista con 33 personas mayores asistidas en este escenario. El análisis de los datos se realizó a través del análisis del contenido de Bardin en la modalidad temática. **Resultados:** Después de analizar el contenido en todos los pasos descritos anteriormente, las declaraciones de los participantes permitieron la elaboración de las siguientes categorías analíticas: la experiencia de las personas mayores en relación con el acto sexual y la representatividad de la sexualidad para las personas mayores. **Conclusión:** la investigación alcanzó los objetivos propuestos, siendo evidente que la sexualidad supera al propio acto sexual en la concepción de las personas mayores. Que este estudio sirva de base para nuevas investigaciones sobre el tema, mejorando la atención brindada a la población anciana.

DESCRIPTORIOS: Anciano; Sexualidad; Enfermería.

Michelle Faria da Silva dos Santos

Enfermeira pela Universidade Veiga de Almeida.

Ana Cristina Demetro Rodrigues

Enfermeira pela Universidade Veiga de Almeida.

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.

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.

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.

Alyne Santos Borges

Enfermeira pela Universidade Veiga de Almeida.

Castorina da Silva Duque

Enfermeira. Mestre pela Escola de Enfermagem Anna Nery/Universidade Federal do Rio de Janeiro. Professora do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Veiga de Almeida.

INTRODUÇÃO

No Brasil, é considerado idoso o indivíduo com 60 anos ou mais de idade. Os sujeitos compreendidos nesta faixa etária se diferem por seu grau de independência funcional e pela demanda de serviços específicos, sendo necessária uma avaliação sempre pautada nas peculiaridades e na realidade em que estão inseridos⁽¹⁾.

A população brasileira vem mantendo a tendência de envelhecimento nos últimos anos, tendo ganhado 4,8 milhões de idosos desde 2012, superando a marca de 30,2 milhões de 2017. O número de novos idosos nestes cinco anos corresponde a um crescimento de 18% desse grupo etário, que tem se tornado cada vez mais representativo no país. O quantitativo cresce em todas as unidades federativas, sendo o Rio de Janeiro e o Rio Grande do Sul os Estados com maior proporção de indivíduos nesta faixa de idade⁽²⁾.

O crescimento populacional da pessoa idosa torna fundamental compreender o envelhecimento como um processo passível de uma abordagem integral da saúde⁽³⁾. A saúde para a pessoa idosa é pautada em sua condição de autonomia e independência, que deve ser garantida mediante medidas coletivas e individuais em consonância com o Sistema Único de Saúde - SUS⁽¹⁾.

Neste contexto, se enquadra a sexualidade que representa um processo natural

que obedece a uma necessidade fisiológica e natural do indivíduo e que se manifesta nas variadas fase do desenvolvimento humano. A sexualidade é vista como um elemento essencial à qualidade de vida da pessoa idosa, que perpassa os aspectos fisiológicos, atingindo o contexto psíquico emocional destes indivíduos⁽⁴⁾.

A sexualidade não é sinônimo de relação sexual. Ela está atrelada a fatores emocionais, que inclui o carinho e a intimidade, ou seja, ela abrange um conceito mais subjetivo do que a prática sexual em si⁽⁵⁾.

A importância da sexualidade para a saúde do idoso aponta a necessidade da quebra de tabus sobre a discussão desta temática, salientando a relevância de estudos que foquem neste assunto em seus mais variados aspectos. É válido que profissionais de saúde sejam encorajados a valorizar esta questão, tendo em vista o reconhecimento do ser humano em sua integralidade, desde o nascimento até a senescência⁽³⁾.

A sexualidade é considerada uma necessidade humana básica que interfere significativamente na qualidade de vida do idoso e que, portanto, deve ser considerada nas ações de cuidado. Dessa forma, é primordial que a equipe de enfermagem assuma a sexualidade como parte integrante da assistência prestada a esta clientela⁽⁵⁾.

Para que o cuidado seja realizado priorizando a sexualidade no contexto, é primordial conhecer a percepção que o próprio

idoso tem sobre este assunto. Este conhecimento possibilita uma complementaridade entre o saber científico e o saber comum, além de revelar de forma apurada a vivência do indivíduo frente a esta realidade. Isso é de suma importância para o direcionamento das ações assistenciais, fomentando a mudança necessária para a promoção de um cuidado integral a esta clientela^(3,4).

Diante do exposto, este estudo teve como questão de pesquisa: Qual a percepção do idoso acerca de sua sexualidade? O objetivo traçado foi descrever a percepção do idoso sobre sua sexualidade.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, realizado um Centro de Referência de Atividade para Pessoas Idosas no município de Cabo Frio, no Estado do Rio de Janeiro.

Os sujeitos da pesquisa foram 33 idosos que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: ter a partir de 60 anos e ser frequentador assíduo do centro de referência. Foram excluídos os idosos com a capacidade intelectual e cognitiva insatisfatória para responder às perguntas. O anonimato dos sujeitos foi mantido, sendo identificados pela letra E seguida do número que indica a ordem das entrevistas realizadas.

A coleta de dados se deu por entrevista embasada em um instrumento semiestru-

turado elaborado para este estudo, que foi áudio-gravada e, posteriormente, transcrita para análise. A investigação ocorreu em novembro de 2018.

Após a coleta de dados e a transcrição das entrevistas, os dados foram analisados pelo método da Análise de Conteúdo de Bardin(6). A análise de conteúdo se deu na modalidade temática, seguindo as etapas preestabelecidas pelo referencial metodológico adotado, a saber: pré-análise, exploração do material e tratamento dos dados.

Destaca-se mais uma vez que, foram respeitados neste estudo todos os aspectos éticos previstos na Resolução n.º 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e Ministério da Saúde (CNS/MS), que fixa as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos(7). O projeto foi encaminhado para o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Veiga de Almeida (CEP/UVA), sendo aprovado pelo parecer substanciado n.º 3.006.807.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo 33 idosos, de até 82 anos de idade, como escolaridade predominante o ensino fundamental completo. Apenas 04 idosos do sexo masculino participaram da pesquisa, sinalizando, portanto, que os depoimentos aqui revelados estão estreitamente relacionados a realidades específicas inerentes ao gênero feminino. O número maior de idosas é consequência da maior expectativa de vida entre as mulheres(8).

Os depoimentos dos participantes permitiram, após realizada a análise de conteúdo em todas as etapas anteriormente descritas, a elaboração das seguintes categorias analíticas: A vivência do idoso em relação ao ato sexual e A representatividade da sexualidade para o idoso.

A vivência do idoso em relação ao ato sexual

O estudo mostrou que os participantes não foram contemplados com informações e conhecimento acerca do relaciona-

mento sexual no decorrer de sua trajetória de vida, conforme ilustra as falas a seguir:

“fui criada pela minha avó, não sabia nem o que era menstruação [...]” (E1).

“nunca fui orientada sobre relação sexual, me casei com 17 anos e quando meu marido morreu eu tinha 53” (E3).

“nunca ouvi falar sobre, nunca nem vi minha mãe beijar meu pai” (E9).

“não recebi informação, tudo que eu sei foi por meios próprios” (E19).

O resultado acima mostrado corrobora com pesquisa anterior sobre a temática, que apontou que a maior parte dos idosos não se sente preparada no início de sua vida sexual por falta de informação prévia(3).

O diálogo sobre sexualidade por muitos anos esteve distante das conversas familiares e, ainda hoje, há resquícios desta realidade entre os indivíduos. Este assunto configura-se como algo oculto, que é abordado ainda de forma insipiente. Ainda é tratado como tabu na sociedade, não sendo discutido entre as famílias e nas escolas e, quando abordado, é posto de forma tímida e embaraçosa. Essa carência de informação interfere na sexualidade dos idosos que, muitas vezes, se mantêm fixados a valores da juventude. Dessa forma, é fundamental que um processo de educação em saúde seja estabelecido, na busca de desmistificações acerca da vivência com a sexualidade(9).

A ocorrência de problemas físicos decorrentes do ato sexual foi apontada pelos participantes como desvantagem de tal prática.

“sangrava muito, não tive nem como fazer reposição hormonal” (E1).

“sinto muitas dores vaginais, tenho ressecamento” (E5).

“com a idade vai ficando mais difícil” (E10).

É saudável que a sexualidade e a atividade sexual façam parte da vida do idoso, porém, condições inerentes ao envelhecimento dificultam e interferem neste processo, tornando o ato menos prazeroso. O ressecamento vaginal, por exemplo, é tido como motivo de diminuição da libido nas mulheres, assim como a dificuldade de ereção nos homens(10). Mas, isso pode ser contornado e não os impede de ter satisfação sexual e exercer de forma plena sua sexualidade(8).

A representatividade da sexualidade para o idoso

Conforme já mencionado, a sexualidade perpassa a atividade sexual em si, atingindo os mais variados aspectos relacionais inerentes a tal prática. Os depoimentos apontaram que o sentir-se realizado na vida sexual está atrelado a sentimentos pelo parceiro, como mostrado a seguir:

“nunca fui realizada, nunca amei ninguém, já gostei muito, mas amar [...]” (E1).

“tenho boa vida sexual, tenho uma vida amorosa boa” (E6).

“sou realizada, tenho uma vida boa, sou casada há 47 anos” (E7).

“minha vida amorosa é ótima com meu companheiro” (E11).

“hoje tenho uma vida amorosa boa, sou realizada porque agora ele sabe o que quer” (E16).

Os relacionamentos saudáveis contribuem para uma sexualidade satisfatória, pois promovem no indivíduo um prazer físico pleno, à medida que é complementado com ações de carinho e afeto. A percepção do modo de viver a sexualidade no idoso é baseada nas experiências que este vive no decorrer de sua existência e, dentre estas experiências, pode-se citar os relacio-

amentos. Por esta razão, o idoso não deve ser visto como um símbolo de dependência, de fraqueza, como um ser assexuado, pois isto gera grandes dificuldades na expressão de suas vontades⁽⁸⁾.

Alguns idosos revelaram certa aversão ao ato sexual, o que reflete sobremaneira em sua percepção acerca da sexualidade.

“não gosto de sexo [...], mas me sinto com solidão” (E1).

“não gosto, parece destruição” (E2).

“acho ruim, só fazia como sacrifício, acho que faltou alguma coisa” (E4).

Os depoimentos remetem à importância de se estabelecer entre aqueles que atuam junto à população idosa, um diálogo que mostre aos sujeitos assisti-

dos a importância da sexualidade para o bem-estar e qualidade de vida dos mais velhos. A atividade sexual e a plena sexualidade não devem ser entendidas como algo penoso, ruim, mas deve sim ser ensinada como aspecto promotor da saúde de forma mais holística, derubando as barreiras sociais, culturais e fisiológicas relacionadas a esta condição entre os idosos⁽¹⁰⁾.

Muitos idosos não se interessam pela sexualidade por não praticarem ou não gostarem do ato sexual em si, no entanto, deve ser salientado a estas pessoas que não é apenas o sexo que é importante para se sentirem felizes. Muitas vezes o que fica como ponto alto de uma plena sexualidade é o carinho e o companheirismo compartilhado da relação⁽¹¹⁾. Dessa forma, pode-se afirmar que todos podem desenvolver sua sexualidade, independente da realização ou não do ato sexual⁽¹⁰⁾.

CONCLUSÃO

A pesquisa atingiu aos objetivos propostos, ficando evidente que a sexualidade perpassa o ato sexual em si na concepção dos idosos.

Apesar de boa parte da sociedade ainda perceber o idoso como assexuado, este apresenta necessidades físicas e emocionais que precisam ser atendidas neste contexto.

Neste sentido, o profissional de saúde, em especial o enfermeiro, deve estar capacitado a educar os idosos sobre esta temática, os orientando acerca da vivência de uma plena realização de sua sexualidade.

O idoso precisa ser informado das limitações que a idade lhe impõe para a prática da sexualidade, porém sempre o encorajando a persistir para o equilíbrio de sua saúde biopsicossocial.

Que este estudo sirva de base para novas pesquisas sobre a temática, aperfeiçoando o cuidado prestado à população idosa. ■

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Portaria n.º 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional da Pessoa Idosa. Diário Oficial da União 20 out 2006; Seção 1.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Estatística de envelhecimento no Brasil [acesso em 2019 jun 30]. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/20980-numero-de-idosis-cresce-em-5-anos-e-ultrapassa-30-milhoes-em-2017>.
3. Uchôa YS, Costa DCA, Silva-Júnior IAP, Silva STSE, Freitas WMTM, Soares SCS. A sexualidade sob o olhar da pessoa idosa. Rev Bras Geriat Geront [Internet]. 2016 [acesso em 2019 mai 3]; 19(6): 939-949. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v19n6/pt_1809-9823-rbagg-19-06-00939.pdf.
4. Vieira KFL, Coutinho MPL, Saraiva ERA. A sexualidade na velhice: representações sociais de idosos frequentadores de um grupo de convivência. Psicologia: ciência e profissão [Internet]. 2016 [acesso em 2019 mai 3]; 36(1):196-209. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v36n1/1982-3703-pcp-36-1-0196.pdf>.
5. Venturini L, Beuter M, Leite MT, Bruinsma JL, Backes C. Atuação da equipe de enfermagem frente à sexualidade de idosas institucionalizadas. Rev Esc Enferma USP [Internet]. 2018 [acesso em 2019 jun 10]; 52:e03302. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v52/0080-6234-reeusp-S1980-220X2017017903302.pdf>.
6. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2016.
7. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução n.º 466, de 12 de dezembro de 2012 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [acesso 2019 mai 2]. Disponível em: http://www.conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html.
8. Santos NFV, Formiga LMF, Silva AKA, Mota MS, Bezerra GSR, Feitosa LMH. Ações de educação em saúde sobre sexualidade com idosos. Saúde em redes [Internet]. 2017 [acesso em 2019 jul 3]; 3(2):162-171. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/828>.
9. Souza MP. A percepção dos idosos sobre a sexualidade: revisão sistemática da literatura. Sal & Transf Soc [Internet]. 2016 [acesso em 2019 jun 29]; 6(1):124-131. Disponível em: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/2703>.
10. Alencar DL, Marques APO, Leal MCC, Vieira JCM. Exercício da sexualidade em pessoas idosas e os fatores relacionados. Rev Bras Geriat Geront [Internet]. 2016 [acesso em 2019 mai 3]; 19(5):861-869. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v19n5/pt_1809-9823-rbagg-19-05-00861.pdf.
11. Araújo BJ, Sales CO, Cruz LFS, Moraes Filho LMM, Santos OP. Qualidade de vida e solidariedade na população da terceira idade de um grupo de convivência. Rev Cient Sena Aires. 2017; 6(2):85-94.

Saúde bucal da gestante, uma questão interdisciplinar no cuidado

RESUMO

Objetivo: analisar a influência da integração entre os profissionais de saúde responsáveis pelo pré-natal sobre a saúde bucal e geral das gestantes e sua importância na saúde oral das crianças nos primeiros anos de vida. Método: revisão integrativa com busca nas bases de dados MEDLINE, LILACS, BBO e CUBMED, com recorte temporal dos últimos cinco anos. Resultados: analisados 14 artigos, identificou-se pouco acesso da gestante ao atendimento odontológico sendo necessário uma maior interação entre os membros da equipe de saúde, contribuindo com a redução de incidência de infecções dentárias nas gestantes. Conclusão: instruções sobre higiene oral e intervenções odontológicas na gravidez podem melhorar a qualidade da saúde da gestante e do infante nos primeiros anos de vida.

DESCRIPTORIOS: Saúde Bucal; Cuidado Pré-Natal; Doenças Periodontais.

ABSTRACT

Objective: analyze the influence of health professionals' relationships, who are responsible for prenatal care, on pregnant women oral and general health and their relevance to oral health of children in the first years of life. Method: integrative review based on MEDLINE, LILACS, BBO and CUBMED databases research, whose temporal cut concerns a five-year interval. Results: 14 articles were studied, then insufficient pregnant woman dental care access was inferred, whose improvement requires higher level of interaction among health staff. A lower incidence of dental infections in pregnant women would thus result. Conclusion: Instructions on oral hygiene and dental interventions in pregnancy might improve health status of pregnant women and young infants.

DESCRIPTORS: Oral Health; Prenatal Care; Periodontal Diseases.

RESUMEN

Objetivo: analizar la influencia de la integración entre los profesionales de salud responsables por la prenatal asistencia sobre la salud bucal y general de las gestantes y su importancia en la salud oral de los niños en los primeros años de vida. Método: revisión integrativa con búsqueda en las bases de datos MEDLINE, LILACS, BBO y CUBMED, recorte temporal de los últimos cinco años. Resultados: analizados 14 artículos, se identificó poco acceso de la gestante a la atención odontológica siendo necesaria una mayor interacción entre los miembros del equipo de salud, contribuyendo con la reducción de incidencia de infecciones dentales en las gestantes. Consideraciones finales: Las instrucciones sobre higiene oral e intervenciones odontológicas en el embarazo pueden mejorar la calidad de la salud de la gestante y del infante en los primeros años de vida.

DESCRIPTORIOS: Salud bucal; Cuidado Pre-Natal; Enfermedades Periodontales.

Mônica Moura da Silveira Lima

Mestranda em Formação Pedagógica para o Sistema Único de Saúde (SUS) na Universidade Federal Fluminense (UFF), Cirurgiã-Dentista da Secretaria Municipal de Saúde São Gonçalo/RJ. Cirurgiã-Dentista da Prefeitura de Paty do Alferes/RJ. Especialista em Periodontia e Saúde da Família.

Rose Mary Costa Rosa Andrade Silva

Pós-doutora em Filosofia, Professora Associada da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa (UFF).

Eliane Ramos Pereira

Pós-doutora em Enfermagem, Professora Associada da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa (UFF).

Eliane Cristina da Silva Pinto Carneiro

Mestranda em Formação Pedagógica para o SUS na UFF, médica obstetra da Secretaria Municipal de Saúde de Magé/RJ; médica mastologista do Instituto Nacional do Câncer (INCA) .

Elisabete Correa Vallois

Mestre em Formação Pedagógica para o SUS na UFF, Psicóloga hospitalar, Especialista em Cuidados transdisciplinares com o corpo (UFF) .

Ticiane Roberta Pinto Góes

Mestre em ciências do cuidado na UFF, Enfermeira Especialista em Terapia Intensivista (UERJ) .

Rita de Cassia Ferreira da Silva

Mestranda em Formação Pedagógica para o Sistema Único de Saúde (SUS) na Universidade Federal Fluminense (UFF).

INTRODUÇÃO

Entre as doenças que mais acometem as mulheres durante a gravidez estão a cárie dentária e as doenças periodontais (gingivites e periodontites). As doenças periodontais são aquelas que atingem as estruturas ao redor dos dentes, como: gengiva, osso alveolar, ligamento periodontal e cimento. A cárie é uma doença infecto-contagiosa multifatorial causada pela desmineralização da superfície dental por bactérias tendo como substrato os ácidos orgânicos dos carboidratos. O fator tempo foi acrescentado aumentando as discussões sobre sua etiologia⁽¹⁾. O grande número de gestantes acometidas com a doença cárie remeteu a discussão sobre a atuação do cirurgião-dentista em conjunto com a equipe de saúde no pré-natal, assim como a influência da saúde bucal da gestante na saúde do recém-nascido nos primeiros anos de vida.

A saúde bucal é parte integrante da saúde geral, deve ser considerada parte integrante dos programas de saúde globais. Por “saúde”, segundo a Organização Mundial (OMS), se entende como “estado completo de bem-estar físico, mental, espiritual e social e não apenas a ausência de doença”. Como a saúde tem entre fatores determinantes e condicionantes, de acordo com a Lei n.º 8.080/90, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, trabalho, renda, a educação, o transporte, o lazer, há que se considerar tais fatores como influência sobre a saúde bucal. A saúde bucal pode, portanto, expressar a qualidade de vida da população. Fatores socioeconômicos

e o acesso ao serviço de saúde bucal podem influenciar diretamente na saúde da gestante, o pré-natal odontológico deve fazer parte da rotina de consultas levando em consideração o conceito ampliado de saúde, definido no Artigo 196 da Constituição Federal que vem causando uma melhora progressiva dos serviços de saúde, saindo de um modelo assistencial centrado na doença para um modelo de atenção integral à saúde com ações de promoção, proteção e de recuperação⁽²⁾.

Em consequência das várias alterações sofridas na cavidade oral da gestante, torna-se de grande importância o pré-natal odontológico⁽³⁾. A atenção à saúde bucal da gestante reflete não somente em sua saúde geral, mas também na saúde bucal do recém-nascido nos primeiros anos de vida, tendo em vista o fator etiológico da doença cárie e sua transmissão.

A integração da Equipe de Saúde Bucal (ESB) com os demais membros da equipe de saúde é uma forma a ampliar seu conhecimento, permitindo a promoção da saúde ao indivíduo como um todo. A troca de saberes e as diferentes percepções devem acontecer permanentemente entre todos os profissionais de saúde, a fim de possibilitar o crescimento profissional e melhora na qualidade do serviço de saúde prestado à gestante.

Um pré-natal baseado na promoção de saúde pressupõe a interdisciplinaridade de especialidades relacionadas ao bem-estar da gestante e bebê. A equipe que acompanha a gestante no pré-natal deveria se constituir em médico obstetra, enfermeiro, pediatra, cirurgião-dentista, assistente social e nutricionista. Esta organização,

contudo, ainda não é realidade com frequência, devido a estruturas vigentes nos serviços de saúde e a pífia conscientização quanto à necessidade de integração da equipe de saúde. Diante das considerações apresentadas, indaga-se: Como se estabelece a saúde bucal da gestante?

Este artigo tem por objetivo analisar a influência da integração entre os profissionais de saúde responsáveis pelo pré-natal sobre a saúde bucal e geral das gestantes e sua importância na saúde oral das crianças nos primeiros anos de vida.

METODOLOGIA

Sendo o presente estudo um trabalho de revisão da literatura na modalidade revisão integrativa, utilizaram-se recursos de bases de dados para dar início à pesquisa. As revisões integrativas consistem em método de pesquisa utilizado com frequência na prática baseada em evidência. Tem como objetivo reunir e sintetizar resultados anteriores, a fim de elaborar uma explicação abrangente de um fenômeno específico. Assim, as conclusões são estabelecidas mediante avaliação crítica de diferentes abordagens metodológicas. As etapas que conduziram a presente revisão foram: elaboração da questão norteadora; definição das bases de dados e estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/amostragem ou busca na literatura. Definiram-se as informações a serem extraídas dos estudos selecionados e, com a interpretação dos resultados, foi possível a síntese do conhecimento.

A pesquisa foi realizada a partir do por-

tal da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) mediante a consulta nas bases de dados: Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Bibliografia Brasileira de Odontologia (BBO) e Centro Nacional de Informação de Ciências Médicas de Cuba (CUMED). Os descritores utilizados foram organizados da seguinte forma: “saúde bucal” “AND” “cuidado pré-natal” “AND” “cárie dental” “OR” “doenças periodontais” “AND NOT” “HIV” “AND NOT” “fissura palatina”. Incluíram-se no estudo artigos publicados em inglês, espanhol e português, tendo como data limite de publicação os últimos cinco anos. Os dados foram coletados entre novembro de 2018 e fevereiro de 2019.

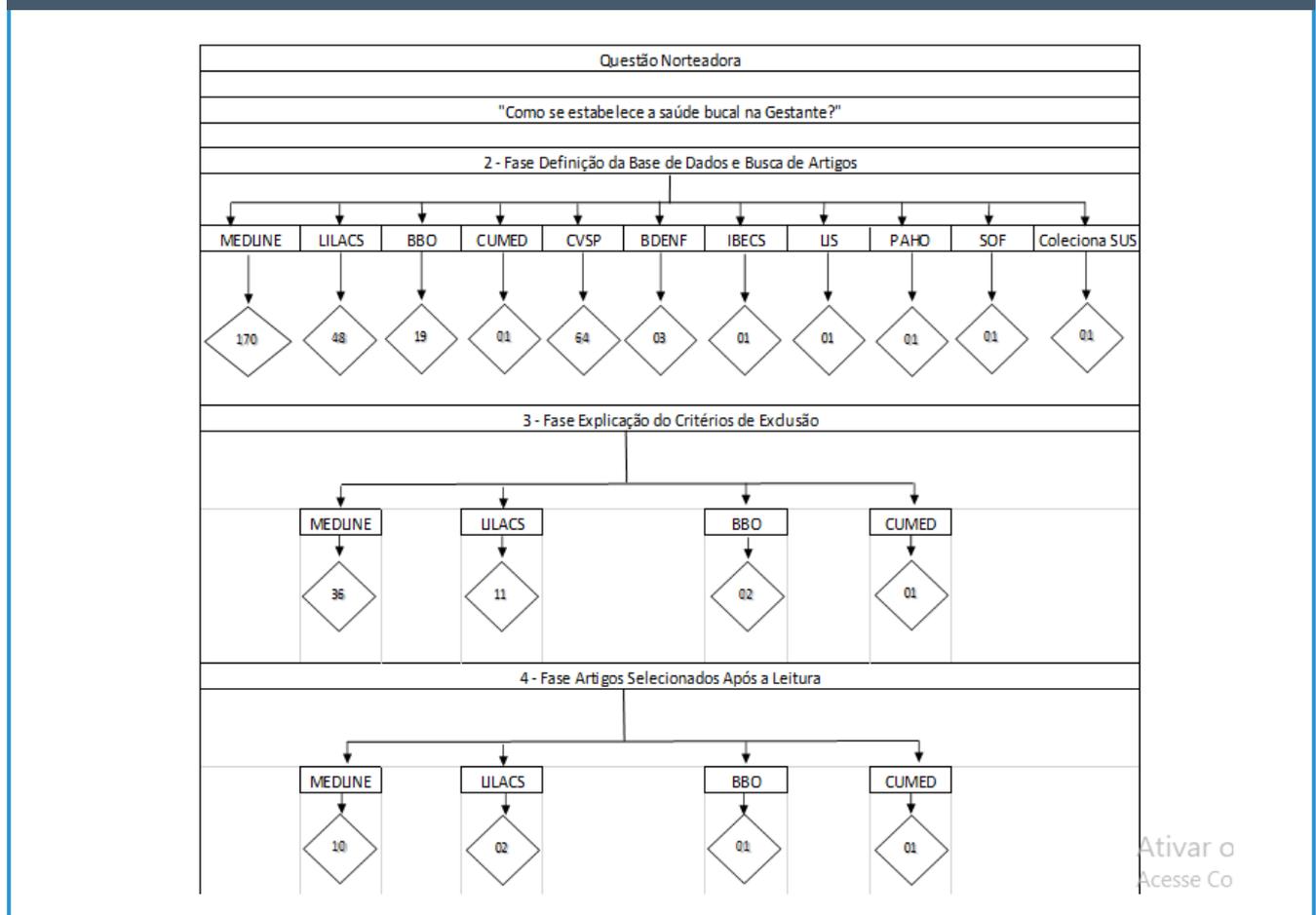
Os textos selecionados continham re-

sumos e informações sobre a atuação do cirurgião-dentista na assistência pré-natal sob perspectiva interdisciplinar. Especificou-se a busca pela prevenção e cuidado relacionado às cáries dentárias na gestação. A busca inicial resultou em 293 publicações. Em seguida, conforme os critérios de exclusão de artigos publicados há período superior a cinco anos, obtiveram-se 49 artigos, aplicando os critérios de exclusão foram selecionados pela leitura dos títulos e resumos, excluindo aqueles em duplicidade nas diferentes bases de dados, estudos que não atendiam ao tema proposto. Foram selecionados 14 artigos para leitura na íntegra.

Utilizou-se a análise temática para verificar as similaridades nos temas de pesquisas e realizar os agrupamentos dos artigos por meio da construção de temáticas, que são exclusivas e representam o conjunto de resulta-

dos do objeto de investigação. Inicialmente, os artigos foram inseridos numa tabela que apresentava informações sobre título do artigo, ano de publicação, objetivos, método, participantes e principais resultados. Procurou-se identificar as palavras-chave que foram destacadas no título e objetivo e, a partir deste procedimento, os artigos que apresentavam similaridades nos conteúdos foram agrupados e, posteriormente, divididos em grupos de eixos temáticos. Os resultados das pesquisas representaram o foco de análise dos artigos que foram contextualizados por meio das inter-relações entre o tema e os participantes (equipe de saúde bucal/saúde bucal/gestante). Foram elaboradas sínteses qualitativas das pesquisas relacionadas ao tema específico, o que possibilitou compreender os resultados e refletir sobre as possibilidades de intervenções e pesquisas a serem realizadas.

Figura 1. Fluxograma do processo de seleção dos estudos para revisão integrativa. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2018.



Ativar o
Acesse Co

RESULTADOS

Quadro 1. Caracterização das ações de saúde bucal no pré-natal. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2018.

Ações Educacionais	Planejamento e Educação em Saúde	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Designing an oral health module for the Bachelor of Midwifery program at an Australian University (2017) ▪ Pregnant Women's Infant Oral Health Knowledge and Beliefs: Influence of Having Given Birth and of Having a Child in the Home (2016) ▪ 'We are all scared for the baby': promoting access to dental services for refugee background women during pregnancy (2016) ▪ Saúde bucal e o emprego de medidas preventivas por pacientes gestantes (2015) ▪ Modificación de la higiene bucal en embarazadas mediante una intervención educativa (2015) ▪ Educational intervention to improve oral health beliefs and behaviors during pregnancy: a randomized-controlled trial (2015)
	Aperfeiçoamento Profissional	<ul style="list-style-type: none"> ▪ The evaluation of an oral health education program for midwives in Australia (2016) ▪ What are Canadian dental professional students taught about infant, toddler and prenatal oral health (2015) ▪ Dentists' knowledge of oral health during pregnancy: a review of the last 10 years' publications (2015) ▪ Midwives' perspectives of their ability to promote the oral health of pregnant women in Victoria, Australia (2015) ▪ Implementing a prenatal oral health program through interprofessional collaboration (2015) ▪ The midwifery initiated oral health-dental service protocol: an intervention to improve oral health outcomes for pregnant women (2015) ▪ Severe preeclampsia and maternal self-report of oral health, hygiene, and dental care (2013)
Ações Assistenciais	Cuidado com a higiene oral	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conhecimentos e práticas de saúde bucal de gestantes usuárias dos serviços de saúde em São Luís, Maranhão, 2007-2008 (2016) ▪ Use of mouth rinse during pregnancy to improve birth and neonatal outcomes: a randomized controlled trial (2015) ▪ Dental cleaning before and during pregnancy among Maryland mothers (2013)
	Adesão ao tratamento odontológico	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gestação e saúde bucal: significado do cuidado em saúde bucal por gestantes não aderentes ao tratamento (2016) ▪ Tratamento odontológico na gravidez: o que mudou na concepção das gestantes? (2016)
	Avaliação do risco de cárie na primeira infância	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Antenatal Health Care and Postnatal Dental Check-Ups Prevent Early Childhood Caries (2016) ▪ Parent's pro-health awareness concerning oral health of their children in the light of survey research (2016) ▪ Design of a community-based intergenerational oral health study: "Baby Smiles" (2013)

Ações Educacionais	Relação Multidisciplinar	<ul style="list-style-type: none"> Research and practice communications between oral health providers and prenatal health providers: a bibliometric analysis (2016) Colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família e a produção do cuidado em saúde durante o pré-natal (2016) Oral-systemic health during pregnancy: exploring prenatal and oral health providers' information, motivation and behavioral skills (2015) Resident obstetricians' awareness of the oral health component in management of nausea and vomiting in pregnancy (2014) Oral health of Australian Indigenous children compared to non-Indigenous children enrolled in school dental services (2014) Why is dental treatment of the gravid patient regarded with caution? When is the appropriate time for care--be it emergent or routine--in the gravid patient? (2014)
	Acesso à Assistência Odontológica	<ul style="list-style-type: none"> Desigualdades sociais e geográficas no desempenho da assistência médico-odontológica pré-natal no Sistema Único de Saúde da Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo, Brasil (2015) Determinantes socioeconômicos de la atención odontológica durante la gestación en Cali, Colombia (2014) Dental health of young children prenatally exposed to buprenorphine. A concern of child neglect? (2014) A saúde bucal de uma subpopulação de gestantes usuárias do sistema único de saúde: um estudo piloto (2013) Perception of graduating medical students on child and maternal oral health in a selected tertiary institution in the southern part of Nigeria (2013)
Ações Administrativas	Sistematização de Protocolo de Assistência	<ul style="list-style-type: none"> Sistematização de um protocolo de atendimento clínico odontológico a gestantes em um Município Sul Catarinense (2016) Protocolo de atendimento odontológico durante a gestação (2015) Developing and testing of an oral health screening tool for midwives to assess pregnant woman (2015) Views of pregnant women in South Western Sydney towards dental care and an oral-health program initiated by midwives (2013)

A saúde bucal pode ser definida como um conjunto de práticas, cujo objetivo é promover, recuperar e manter a higidez dos tecidos e estruturas anatomofuncionais da cavidade bucal. Estando no campo de atuação da saúde coletiva, a saúde bucal deve ser vista não somente a partir de processos mórbidos, como também através de relações que se estabelecem entre o homem e a sociedade⁽⁴⁾.

No que concerne às doenças da cavidade bucal, entretanto, estão entre as mais frequentes: a cárie dentária, as periodontopatias, as más-oclusões, fissuras lábio-palatais e o câncer bucal.

Agregando saúde bucal à gestação, considera-se a gravidez um período de risco aumentado de acometimento da saúde oral. Daí, depreende-se a importância do cuidado interdisciplinar relacionado à saúde oral da

gestante, a qual pode impactar na fisiologia de outros órgãos e sistemas. A gestação se coloca como fator de risco à saúde oral do binômio materno-fetal devido aos desequilíbrios hormonais inerentes à prenhez. Dada a maior incidência de afecções orais na gestação, o cuidado qualificado da saúde oral em gestantes se impõe como política prioritária de saúde^(5,6).

DISCUSSÃO

A doença cárie na primeira infância é causada, principalmente, por *Streptococcus mutans* no qual a principal fonte de infecção é a mãe da criança⁽⁶⁾, logo, a prevenção e o tratamento da cárie materna reduzem consideravelmente o risco de a criança desenvolver cárie antes dos três anos de vida.

Muitas gestantes desconhecem a impor-

tância do tratamento odontológico durante a gravidez e não aderem ao tratamento proposto quando lhe é oferecido, pois compreendem que o tratamento odontológico se limita aos procedimentos cirúrgico-restauradores e entre as gestantes de baixa renda os mitos sobre o tratamento odontológico durante a gravidez também dificultam a adesão ao tratamento. Contudo estudos já mostram uma mudança na percepção da gestante sobre a importância de se criar uma atmosfera saudável em torno do bebê^(4,9).

O desenvolvimento de medidas preventivas, educação em saúde e de intervenções prévias na saúde bucal da gestante pode impactar positivamente na saúde materna e infantil. A avaliação da saúde bucal das crianças menores de dois anos, onde as mães foram submetidas à educação em saúde e a tratamento odonto-

lógico, apresentam menos cáries que crianças da mesma idade, onde as mães não tiveram o mesmo acesso ao tratamento⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

As consultas odontológicas em algumas regiões do Brasil não têm acompanhado proporcionalmente o aumento das consultas de pré-natal. O comprometimento deficiente da equipe de pré-natal não tem dado a devida atenção à saúde bucal da gestante, mesmo muitas delas tendo lesões cáries visíveis e com queixas dentárias não são inseridas em programas de prevenção e manutenção da saúde oral.

O desenvolvimento de protocolos de atendimentos odontológicos nas consultas de pré-natal melhora não somente a integração entre os profissionais envolvidos no atendimento pré-natal mas também melhora na qualidade da saúde bucal das gestantes assim como um atendimento odontológico mais seguro⁽³⁾.

A importância da saúde bucal da gestante, sua abordagem e ações não são bem abordadas nas Graduações em Obstetrí-

cia⁽⁴⁾. A inclusão de módulos de saúde bucal na disciplina de Obstetrícia é de grande importância para o conhecimento sobre as alterações bucais pela comunidade médica, assim como uma maior abordagem nas Graduações de Odontologia sobre as alterações sistêmicas na mulher durante a gestação.

Como limitações do estudo, destacam-se a dificuldade de acesso de algumas publicações internacionais, devido a não estarem disponibilizadas na íntegra gratuitamente e a inclusão de artigos apenas nos idiomas inglês, português e espanhol, o que pode ter levado à não inclusão de alguns estudos sobre a temática.

O presente estudo pontua a evidente semelhança no processo de trabalho do cirurgião-dentista em países dos diferentes continentes, a reflexão sobre as contradições do campo de trabalho do cirurgião dentista e sua atuação junto a equipe multidisciplinar levam a uma reflexão sobre a mudança no olhar de toda equipe de saúde quanto a maior integração de seus membros durante

o pré-natal, favorecendo a saúde da gestante e recém-nascido e levando a grandes contribuições para a área da saúde.

CONCLUSÃO

A integração entre a equipe de saúde no pré-natal e o cirurgião-dentista é de grande importância para um pré-natal com abordagem integral da saúde da gestante, a interdisciplinaridade no atendimento tem o potencial de prevenir as infecções odontológicas a partir de instruções de higiene oral e intervenções odontológicas na gravidez, melhorando, assim, a qualidade da saúde não somente da gestante, mas também do recém-nascido nos primeiros anos de vida.

A elaboração de protocolos de atendimentos odontológicos durante o pré-natal ajuda não somente incluir a gestante no atendimento odontológico durante a gravidez, mas também despertar em toda a equipe a importância para a saúde bucal da gestante. ■

REFERÊNCIAS

1. Bahri N, Tohidinik HR, Bahri N, Iliati HR, Moshki M, Darabi F. Educational intervention to improve oral health beliefs and behaviors during pregnancy: a randomized-controlled trial. *J Egypt Public Health Assoc* [Internet]. 2015 [cited 2018 Apr 17];90(2):41-45. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26154829>
2. Baker SD, Quiñonez RB, Boggess K, Phillips C. Pregnant Women's Infant Oral Health Knowledge and Beliefs: Influence of Having Given Birth and of Having a Child in the Home. *Matern Child Health J* [Internet]. 2016 [cited 2018 Apr 17];20(6):1288-1295. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26961141>
3. Boggess KA, Berggren EK, Koskenoja V, Urlaub D, Lorenz C. Severe preeclampsia and maternal self-report of oral health, hygiene, and dental care. *J Periodontol* [Internet]. 2013 [cited 2018 Apr 17];84(2):143-151. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22509752>
4. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
5. Cechinel DB, Boff WM, Ceretta RA, Simões PW, Ceretta LB, Sônego FGF. Sistematização de um protocolo de atendimento clínico odontológico a gestantes em um Município Sul Catarinense. *Rev odontol Univ Cid São Paulo* [Internet]. 2016 [cited 2017 Apr 17];28(1):6-16. Available from: http://arquivos.cruzeirosuleducacional.edu.br/principal/old/revista_odontologia/pdf/janeiro-abril_2016/Odonto_01_2016_6-16.pdf
6. Duff M, Dahlen HG, Burns E, Priddis H, Schmied V, George A. Designing an oral health module for the Bachelor of Midwifery program at an Australian University. *Nurse Educ Pract* [Internet]. 2017 [cited 2017 Apr 17];23:76-81. Available from: [http://www.nurseeducationinpractice.com/article/S1471-5953\(17\)30091-4/fulltext](http://www.nurseeducationinpractice.com/article/S1471-5953(17)30091-4/fulltext)
7. Esposti CDD. Desigualdades sociais e geográficas no desempenho da assistência médico-odontológica pré-natal no Sistema Único de Saúde da Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo, Brasil [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Programa de Doutorado em Saúde Pública; 2015.
8. Faquim JPS. Colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família e a produção do cuidado em saúde durante o pré-natal [tese]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública; 2016.
9. George A, Lang G, Johnson M, Ridge A, Silva AM, Ajwani S, Bhole S, Blinkhorn A, Dahlen HG, Ellis S, Yeo A, Langdon R, Carpenter L, Heilbrunn-Lang A. The evaluation of an oral health education program for midwives in Australia. *Women Birth* [Internet]. 2016 [cited 2018 Apr 17];29(3):208-213. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26552339>
10. Heilbrunn-Lang AY, Silva AM, Lang G, George A, Ridge A, Johnson M, Bhole S, Gilmour C. Midwives' perspectives of their ability to promote the oral health of pregnant women in Victoria, Australia. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2015 [cited 2018 Apr 17];15:110. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25943399>
11. Jackson JT, Quiñonez RB, Kerns AK, Chuang A, Eidson RS, Boggess KA, Weintraub JA. Implementing a prenatal oral health program through interprofessional collaboration. *J Dent Educ* [Internet]. 2015 [cited 2018 Apr 17];79(3):241-248. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25729017>

Condição de Saúde e utilização da árvore dos problemas em pacientes hipertensos na atenção primária

RESUMO

Objetivou-se identificar a autonomia do paciente frente a doença e caracterizar os desafios para controle dos níveis pressóricos. O estudo foi realizado com 40 adultos acima de 18 anos pertencentes às áreas de abrangência de duas Unidades Básicas de Saúde, selo Ouro, em Maringá-PR. Avaliou-se o conhecimento dos usuários sobre os programas preventivo e a patologia envolvida, por meio de metodologias ativas com abordagem quali-quantitativa. Foram analisados os conteúdos e opiniões, bem como a frequência relativa e absoluta de dados sócio-demográficos dos entrevistados. Os resultados se refletiram na efetividade da intervenção educacional com a comparação dos dados coletados frente aos problemas direcionados pela árvore. Constataram-se a relevância do acompanhamento básico somado a capacidade de enfrentamento da doença frente à integralidade do sistema e às particularidades de cada família.

DESCRIPTORIOS: Saúde Pública; Atenção Básica; Hipertensão Arterial Sistêmica.

ABSTRACT

The aim was to identify the autonomy of the patient against the disease and characterize the challenges to control blood pressure levels. The study was carried out with 40 adults over 18 years old belonging to the areas covered by two Basic Health Units, Gold seal, in Maringá-PR. The users' knowledge about the preventive programs and the pathology involved was evaluated through active methodologies with a qualitative-quantitative approach. The contents and opinions, as well as the relative and absolute frequency of sociodemographic data of the interviewees, were analyzed. The results were reflected in the effectiveness of the educational intervention with the comparison of the collected data to the problems directed by the tree. The relevance of basic follow-up was verified, together with the ability to cope with the disease in the face of the integrality of the system and the particularities of each family.

DESCRIPTORS: Public Health; Basic Attention; Systemic Arterial Hypertension.

RESUMEN

Se objetivó identificar la autonomía del paciente frente a la enfermedad y caracterizar los desafíos para control de los niveles presóricos. El estudio fue realizado con 40 adultos mayores de 18 años pertenecientes a las áreas de cobertura de dos Unidades Básicas de Salud, sello Oro, en Maringá-PR. Se evaluó el conocimiento de los usuarios sobre los programas preventivos y la patología involucrada, por medio de metodologías activas con abordaje cualitativo cuantitativo. Se analizaron los contenidos y opiniones, así como la frecuencia relativa y absoluta de datos sócio-demográficos de los entrevistados. Los resultados se reflejaron en la efectividad de la intervención educativa con la comparación de los datos recolectados frente a los problemas dirigidos por el árbol. Se constató la relevancia del acompañamiento básico, sumado a la capacidad de enfrentamiento de la enfermedad frente a la integralidad del sistema ya las particularidades de cada familia.

DESCRIPTORIOS: Salud Pública; Atención Básica; Hipertensión Arterial Sistémica.

Giovanna Dante Vercezi

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

Raphaela Ferrari Dias

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

Marcos Benatti Antunes

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

Caroline Rodrigues de Almeida

Doutoranda no Programa de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Maringá (UEM). 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 e enfermagem do Centro Universitário de Maringá (UNICESUMAR), Maringá, Paraná, Brasil.

Juliana Dalcin Donini e Silva

Doutoranda no Programa de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Maringá (UEM). Docente do curso de enfermagem 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.

INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma síndrome multifatorial caracterizada por aumento nos níveis pressóricos, tanto sistólico quanto diastólico, com elevada prevalência nas populações idosa e adulta. O caráter crônico contribui para o diagnóstico tardio e a não adesão ao tratamento⁽¹⁾.

O estilo de vida pouco saudável contribui para o início da HAS. São fatores relacionados: hábitos alimentares inadequados, inatividade física, uso abusivo do álcool e tabagismo⁽²⁾.

A soma desses elementos culmina como fator de risco para patologias aterotrombóticas, além do estresse hemodinâmico decorrente dos níveis de pressão arterial elevados que se associa à nefropatia, à cardiopatia e à retinopatia hipertensivas⁽³⁾.

No Brasil, as doenças cardiovasculares representam a principal causa de morbimortalidade⁽⁴⁾. Portanto, os programas de saúde devem verificar os problemas que impedem a promoção da saúde, para, dessa forma, auxiliar os usuários hipertensos das Unidades Básicas de Saúde - UBS⁽⁵⁾.

A hipertensão representa uma doença e um fator de risco para outras doenças e é um diagnóstico clínico muito comum. Por isso, prevalece como sendo um dos maiores desafios de saúde pública. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a

HAS não é diagnosticada pela metade dos pacientes brasileiros e, dentre aqueles que conhecem o diagnóstico, somente metade recebe algum tipo de assistência médica, acarretando em quase 75% dos casos sem alguma atenção⁽⁶⁾.

Portanto, a HAS é negligenciada. A análise de hipertensos em Maringá suscita os seguintes questionamentos: É preciso conhecer afundo o caráter epidemiológico da doença, estipulando os similares hábitos de vida dos pacientes hipertensos, meios socioeconômicos e fatores predispostos a fim de priorizar o controle? O cadastramento e acompanhamento dos portadores de HAS, através das UBBS Maringaenses, é realmente efetivo? Há o apoio necessário e suporte para a resolução dos empasses na Atenção Primária?

Por esses questionamentos, conclui-se que foi necessária a realização deste trabalho, diante do auxílio para a autonomia dos pacientes. Através de metodologias ativas e iniciativas, a ampliação do conhecimento e a educação em saúde dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) geram a promoção de saúde e a prevenção de doenças. Desse modo, o presente trabalho teve como objetivo identificar a independência do paciente frente a doença e caracterizar os desafios para controle da HAS.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de caráter qualitativo de base populacional, realizado com 40 pacientes portadores de HAS, classificação de risco alta, nas UBS de Maringá, que receberam o Selo Ouro através do Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde (Apsus) em Maringá-PR. São elas: as unidades básicas de saúde Céu Azul e Universo, localizadas no Conjunto Porto Seguro e no Jardim Universo.

Os dados foram coletados em dois momentos no domicílio dos pacientes através de dois instrumentos de coleta. Na primeira visita, foi aplicado o questionário sociodemográfico, o qual forneceu informações referentes a identificação do paciente hipertenso, renda, etnia, escolaridade, fatores de risco, tratamento e acompanhamento pelo SUS. Na segunda visita, a metodologia e elaboração da árvore dos problemas foi utilizada e auxiliou na análise situacional de forma ampliada.

Os dados foram analisados quantitativamente através das frequências absoluta e relativa e qualitativamente através da análise de Bardin, na qual visa obter e descrever o conteúdo das mensagens⁽⁷⁾.

O estudo realizado, através do questionário sociodemográfico e da metodologia da Árvore dos Problemas, possibilitou discernir os impasses relacionados aos pacientes com HAS com maior entendimento sobre as dificuldades de tratamentos e no acompanhamento pelo SUS.

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 2.840.582 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

Com os valores da frequência absoluta

e relativa, elaborou-se a Tabela 1, que ilustra o perfil dos 40 pacientes hipertensos de classificação de risco alta, os quais realizam acompanhamento no SUS em Maringá-PR. Entre os 40 pacientes hipertensos entrevistados, 10% tinha entre 30-40 anos, 5% entre 41-50 anos, 15% entre 51-60 anos, a maior parte, 40% tinha entre 61-70 anos, 22,5% entre 71-80 anos e 7,5% acima de 81 anos. Em relação ao sexo, observa-se que a maioria dos pacientes entrevistados era do sexo feminino, 67,5%, enquanto que do sexo masculino, 32,5%. De acordo com as respostas obtidas sobre a etnia, a maioria dos pacientes (60%) consideraram-se bran-

cos, 10% negros e 30% mestiços ou mulatos. De acordo com o estado civil, 65% eram casados, ou seja, a maioria; 5% solteiros, 5% separados, 20% viúvos, e apenas 2,5% dos pacientes eram divorciados e 2,5% estavam em uma união estável. Observando a escolaridade, 10% não estudaram, 35% estudaram até a educação infantil, assim como a mesma porcentagem estudou até o ensino fundamental. O total de 17,5% dos pacientes estudaram até o ensino médio, enquanto apenas 2,5% tinham ensino superior. Acerca da renda familiar, 42,5% vivem com até 1 salário mínimo e, 57,5% recebem em torno de 2 a 3 salários mínimos.

Tabela 1. Perfil sociodemográfico dos pacientes hipertensos com classificação de risco alta que realizam acompanhamento no SUS. Maringá, PR, Brasil, 2018.

VARIÁVEIS	F (%)
Idade	
30-40	4 (10%)
41-50	2 (5%)
51-60	6 (15%)
61-70	16 (40%)
71-80	9 (22,5%)
Acima 81	3 (7,5%)
Sexo	
Feminino	27 (67,5%)
Masculino	13 (32,5%)
Etnia	
Branca	24 (60%)
Negra	4 (10%)
Mestiça/Mulata	12 (30%)
Estado civil	
Casado	26 (65%)
Solteiro	2 (5%)
Divorciado	1 (2,5%)
Separado	2 (5%)
Viúvo	8 (20%)
União Estável	1 (2,5%)
Escolaridade	
Nenhuma	4 (10%)
Ed. Infantil	14 (35%)
Ensino Fundamental	14 (35%)
Ensino Médio	7 (17,5%)

Ensino Superior	1 (2,5%)
Renda	
Até 1 salário	17 (42,5%)
De 2 a 3 salários	23 (57,5%)

DISCUSSÃO

No presente estudo, investigou-se o perfil sociodemográfico dos usuários hipertensos com classificação de risco alta das duas UBS com classificação Selo Ouro, em Maringá-PR. Além disso, houve a caracterização do perfil do paciente frente a doença e os desafios do controle dos níveis pressóricos.

Diante das informações coletadas no questionário socioeconômico, há uma predominância de usuários hipertensos no início da terceira idade, entre 61-70 anos, o que demonstra que a hipertensão está relacionada com o avanço da senilidade atrelado aos hábitos de vida de cada paciente⁽⁸⁾.

Diante do total dos 8.676 usuários entrevistados, 75,8% eram mulheres, sendo esse gênero predominante com maiores índices de acompanhamento e cuidado da saúde básica⁽⁹⁾. Ademais, é nítida a influência da carreira nos resultados encontrados com as mulheres da amostra, houve um maior acesso ao gênero feminino, em razão dos horários que permanecem em casa. Esse fato certifica também o fato de pacientes femininas serem maior número em relação ao total que possuem HAS.

Foi possível observar que a maioria dos usuários hipertensos do sexo masculino, acima de 60 anos, dependem de familiares para manter uma dieta equilibrada na quantidade de sal. Entretanto, conforme Mesquita e colaboradores⁽¹⁰⁾, houve uma abordagem perante a atenção nos serviços de saúde ao indivíduo, no processo de envelhecer.

A proximidade com a alimentação de familiares que não possuem HAS é um fator de risco para o portador da doença. Visto que para se ter o controle da alimentação, deve-se trocar o cardápio da família de maneira geral ou

Foi possível observar que a maioria dos usuários hipertensos do sexo masculino, acima de 60 anos, dependem de familiares para manter uma dieta equilibrada na quantidade de sal. Entretanto, conforme Mesquita e colaboradores⁽¹⁰⁾, houve uma abordagem perante a atenção nos serviços de saúde ao indivíduo, no processo de envelhecer.

preparar diferentes refeições na mesma casa. Logo, há dificuldade em manter uma dieta equilibrada por parte do usuário. Justamente por isso, relaciona-se uma maior porcentagem de usuários casados com hipertensão arterial, em contrapartida da análise dos outros estados civis.

A renda familiar também é um importante ponto para considerar no tratamento e promoção da saúde. Percebe-se que todos os usuários hipertensos possuem uma renda familiar de até 3 salários mínimos. Assim, há racionamento do salário para a alimentação adequada. Muitos usuários, de acordo com o questionário qualitativo da árvore dos problemas, focaram na dificuldade em manter uma dieta equilibrada por causa da falta de capital influenciar na escassez de alimentos da compra mensal.

A maioria dos usuários era bem informada sobre a necessidade de diminuição da ingestão de certos alimentos e da indispensabilidade de exercício físico atrelados aos tratamentos farmacológicos. Todavia, observou-se, durante os questionários, a falta de informações básicas acerca de valores nutricionais dos produtos, incluindo a grande quantidade de sódio presente em caldos em pó e em temperos prontos.

Quando se analisa a parte qualitativa no acompanhamento de um profissional da saúde para os pacientes hipertensos, tem-se a comprovação de que, nas UBS analisadas, em Maringá, a atenção primária está acima do padrão da Saúde Pública Brasileira, na qual a organização é iniciada pela base de forma concreta, de acordo com o site da Prefeitura de Maringá⁽¹¹⁾. A maioria dos usuários tinha consultas de rotinas agendadas de 3 em 3 meses e sabia das complicações de saúde e os hábitos de vida desde o diagnóstico da HAS. Ali-

ás, constatou-se que todos os remédios são disponibilizados e nenhum paciente relatou dificuldades para ter uma rotina dentro da UBS.

Na segunda parte das entrevistas domiciliares, com o uso da metodologia ativa da árvore dos problemas, percebeu-se que usuários com menor escolaridade possuíam uma menor adesão. Pois, apesar de possuírem todas as instruções e conselhos prescritos por um profissional de saúde, apresentaram maior falta de interesse em discutir as causas do problema, além de uma maior dificuldade em promover uma nova adaptação contra hábitos prejudiciais e enraizados.

De acordo com a metodologia, na copa da árvore, os pacientes relataram o uso incorreto dos medicamentos. Apesar de saberem da necessidade de tomar na hora prescrita, não tem consciência da análise farmacológica das substâncias químicas. Um exemplo é a interação medicamentosa entre alguns princípios ativos⁽¹²⁾.

Em relação à renda familiar, presenciou-se uma maior qualidade de tratamento em pessoas com maior renda, pois tinham maior acesso a produtos. A maioria das casas com três salários mí-

nimos tinha pelo menos um medidor de pressão arterial. Isso facilita o controle da HAS, inclusive nos períodos de aparecimento de sintomas significativos⁽¹³⁾.

Na amostra de 40, apenas 01 paciente demonstrou seguir nenhuma das recomendações de tratamento recomendado pelo médico da UBS. O usuário se insere na classificação entre 41-50 anos e tem muitas complicações. Na primeira entrevista, relatou que faz uso de álcool, tabaco e não tem uma dieta balanceada. Na segunda entrevista, admitiu o uso errôneo das medicações e só as usa quando tem algum sintoma. Conforme o objetivo específico da pesquisa, foi instruída a necessidade de cuidado com a saúde, abordando temas como exercício físico, nutrição e exames de rotina.

Portanto, acredita-se que os possíveis efeitos gerados pela HAS no estilo de vida dos pacientes associados a condições ambientais, sociais e biogenéticas desfavoráveis, podem aumentar a predisposição do indivíduo a ter complicações de saúde. Então, essa análise de dados confirma nossa hipótese. De qualquer forma, os dados possibilitam reflexões acerca do aperfeiçoamento de

estratégias de controle da HAS, principalmente para a população idosa que está mais predisposta a apresentar necessidade de intervenção e acompanhamento do SUS.

CONCLUSÃO

Os 40 hipertensos entrevistados, com classificação de risco alta nas UBS Céu Azul e Universo em Maringá-PR, caracterizaram-se predominantemente do sexo feminino, casados e com acompanhamento de exames de rotina a cada 3 meses. Constataram-se que os desafios para o controle da hipertensão são a preservação dos cuidados rotineiros na alimentação balanceada e no uso dos medicamentos na posologia correta. Logo, analisou-se um resultado satisfatório, pois há o acompanhamento regular pelos profissionais de saúde com muita informação sobre as possíveis complicações. Há um efetivo processo de educação em saúde tanto por parte dos profissionais, quanto dos usuários. Diante da integralidade do sistema, aprimoraram-se os cuidados de acordo com o perfil característico de cada usuário em particular. ■

REFERÊNCIAS

1. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq. Bras. Cardiol. 2010; 95(1 Suppl 1): I-III.
2. Salgado CM, Carvalhaes JTA. A. Hipertensão arterial na infância. J. pediatr. (Rio J.). 2003; 79(Supl.1):115-124.
3. Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial. 3., 1198, Campos do Jordão. Anais. Campos do Jordão: Sociedade Brasileira de Cardiologia; 1998.
4. Grillo LP, Crispim SP, Siebert AN, et al. Perfil lipídico e obesidade em escolares de baixa renda. Rev. bras. epidemiol. 2005; 8(1):75-81.
5. Faquinello P, Carreira L, Marcon SS. A unidade básica de saúde e sua função na rede de apoio social ao hipertenso. Texto Contexto Enferm. 2010 Out-Dez; 19(4):736-44.
6. Barreto MS, Mendonça RD, Pimenta AM, et al. Não utilização de consultas de rotina na Atenção Básica por pessoas com hipertensão arterial. Ciênc. saúde coletiva. 2018; 23(3):795-804.
7. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edição 70; 2011.
8. Ministério da Saúde (BR). Síntese de evidências para políticas de saúde prevenção e controle da hipertensão arterial em sistemas locais de saúde. Brasília (DF): 2016.
9. Guibu IA, Moraes JC, Guerra Junior AA, et al. Características principais dos usuários dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. Rev Saúde Pública. 2017; 51(supl.2):17s.
10. Mesquita JDSD, Cavalcante MLR, Siqueira CA. Promoção da saúde e integralidade na atenção ao idoso: uma realidade brasileira?. Revista Kairós Gerontologia. 2016; 19(1):227-238.
11. Prefeitura de Maringá. UBSs de Maringá recebem Selo Bronze e Ouro de qualidade. 2017.
12. Brunton LL, Chabner BA, Knollman BC. Goodman & Gilman manual de farmacologia e terapêutica. Porto Alegre: AMGH; 2010.
13. Viegas APB, Carmo RF, Luz ZMP. Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde na visão de profissionais e usuários de uma unidade básica de referência. Saude soc. 2015; 24(1):100-112.

A importância da visita domiciliar do fisioterapeuta como ferramenta de prevenção no cuidado com o cuidador e à pessoa idosa: um estudo reflexivo

RESUMO

O estudo teve como objetivo refletir acerca da importância da visita domiciliar do fisioterapeuta como ferramenta de prevenção no cuidado com o cuidador e à pessoa idosa, utilizando como base estudos científicos mais atuais que consideram os fatores de riscos para distúrbios osteomusculares em cuidadores de idosos que atuam no domicílio do idoso, cuidadores formais ou informais e pela Portaria n.º 2528, de 19 de outubro de 2006, Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Conclui-se que a visita domiciliar possibilita ao fisioterapeuta conhecer a realidade na qual o idoso está inserido, podendo adequar condutas e realizar as orientações necessárias, observando a demanda do cuidador e as atividades realizadas por ambos sendo de grande importância, pois com base nesse conhecimento, a fisioterapia irá propor condutas para o cuidador, visando melhoria na qualidade de vida do cuidador, refletindo assim na pessoa idosa a ser cuidada.

DESCRIPTORIOS: Cuidadores; Visita Domiciliar; Fisioterapia.

ABSTRACT

This study aimed to reflect on the importance of home visits by physiotherapists as a predictive tool in caregiver and elderly care, based on the most current scientific studies that consider the risk factors for musculoskeletal disorders in caregivers of older adults who work at the home of the elderly, formal or informal caregivers and Ordinance No. 2528 of October 19, 2006, National Health Policy for the Elderly. It is concluded that the home visit enables the physiotherapist to know the reality in which the elderly are inserted, being able to adjust conducts and perform the necessary orientations, observing the caregiver's demise and the activities performed by both being of great importance, because based on this knowledge, physical therapy will propose conducts for the caregiver, aiming at improving the caregiver's quality of life, thus reflecting on the elderly person to be cared for.

DESCRIPTORS: Caregivers; Home Visit; Physiotherapy.

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo reflexionar sobre la importancia de las visitas domiciliarias de fisioterapeutas como una herramienta predictiva en el cuidado de los cuidadores y los ancianos, basado en los estudios científicos más recientes que consideran los factores de riesgo para los trastornos musculoesqueléticos en los cuidadores de adultos mayores que trabajan en el hogar de ancianos, cuidadores formales o informales y Ordenanza No. 2528 del 19 de octubre de 2006, Política Nacional de Salud para los Ancianos. Se concluye que la visita domiciliar permite al fisioterapeuta conocer la realidad en la que se insertan los ancianos, pudiendo ajustar las conductas y realizar las orientaciones necesarias, observando la muerte del cuidador y las actividades realizadas por ambos siendo de gran importancia, porque en base a este conocimiento, la fisioterapia propondrá conductas para el cuidador, con el objetivo de mejorar la calidad de vida del cuidador, reflexionando así sobre la persona mayor que debe ser atendida.

DESCRIPTORIOS: Cuidadores; Visitas Domiciliarias; Fisioterapia.

Ladislau Maia Júnior

Fisioterapeuta. Mestrando em Ciências do Cuidado em Saúde na Universidade Federal Fluminense (UFF). Especialista em Cardiopneumologia e Geriatria e Gerontologia. Niterói, RJ, Brasil.

Antônio Milton Oliveira Ferreira

Enfermeiro. Mestre em Ciências do Cuidado em Saúde na Universidade Federal Fluminense (UFF). Especialista em Geriatria e Gerontologia e em Docência no Ensino Superior. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Eliane da Silva Pereira

Enfermeira. Mestre em Ciências do Cuidado em Saúde pela Universidade Federal Fluminense (UFF). Especialista em Clínica Médica e Enfermagem em Oncologia Clínica. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Selma Petra Chaves Sá

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Titular do Departamento de Fundamentos e Administração da Universidade Federal Fluminense (UFF). Coordenadora do Centro de Atenção à Saúde do Idoso da Universidade Federal Fluminense (CA-SIC/UFF). Niterói, RJ, Brasil.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um dos fenômenos mais significativos do século XXI. A taxa de crescimento da população idosa mundial é de aproximadamente 3% ao ano e, estima-se que, em 2050, essa população será formada por 2,1 bilhões de pessoas. Atualmente, existem cerca de 962 milhões de pessoas com 60 anos ou mais no mundo, o que corresponde a 13% da população total. Até 2050, todas as regiões do mundo, exceto a África, terão quase um quarto de suas populações compondo essa faixa etária. Igualmente no Brasil, 13% de sua população corresponde a pessoas com mais de 60 anos⁽¹⁾.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) utiliza o critério de idade cronológica, definindo como pessoa idosa aquela com idade ≥ 60 anos nos países em desenvolvimento, e ≥ 65 anos em países desenvolvidos. No Brasil, a Política Nacional do Idoso (PNI) e o Estatuto do Idoso definem que idosa é a pessoa com ≥ 60 anos⁽²⁾.

O envelhecimento é associado à cronicidade e progressiva ocorrência de várias doenças, o que representa um grande desafio para o cuidado, especialmente dos idosos mais frágeis e com novas necessidades. Também existe o desafio da manutenção de um bom processo do envelhecimento, já que a concorrência de várias doenças crônicas desencadeia um custo elevado do tratamento, efeito especialmente grave em tempos de crise econômica. Um dos pilares da estratégia de abordagem de doenças crônicas é a integração de cuidados, em um esforço para adaptar a organização dos

serviços de saúde às novas necessidades dos idosos⁽³⁾.

Envelhecer é um processo natural que implica mudanças graduais e inevitáveis relacionadas à idade e sucede a despeito de o indivíduo gozar de boa saúde e ter um estilo de vida ativo e saudável. No ser humano, esse fenômeno progressivo, além de desencadear o desgaste orgânico, provoca alterações nos aspectos culturais, sociais e emocionais, que contribuem para que se instale em diferentes idades cronológicas⁽⁴⁾.

O envelhecimento é um processo sequencial, individual, cumulativo, irreversível, universal, não patológico de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio ambiente e, portanto, aumenta sua possibilidade de morte^(2,5).

E nesse processo de envelhecimento, alterações fisiológicas e biológicas, em alguns momentos exigem a participação de um cuidador formal e/ou informal.

O ato de cuidar está inserido em todas as culturas e é realizado sob diferentes formas e expressões. Ressalta-se que o cuidar da pessoa idosa é uma tarefa realizada com o objetivo de melhorar a qualidade de vida do idoso dependente⁽⁶⁾. Cuidar é ajudar a pessoa idosa a realizar tarefas que não consegue desempenhar sozinha e as quais são primordiais para a manutenção do bem-estar no seu cotidiano, como as atividades da vida diária (AVD), tais como: higiene pessoal, ingestão de alimentos, mobilidade física, entre outras; podendo também ajudar nas atividades instrumentais da vida diária (AIVD), como: fazer as compras, preparar refeições, tratar das roupas, mos-

trando-se atento a suas preocupações, ajudando assim também a lidar com as suas tensões emocionais⁽⁶⁾. O cuidador tem esta função primordial ou deveria ser estimulado a isso. É papel do cuidador, seja ele formal ou informal, ser um facilitador na execução de certas atividades, ou até mesmo ser aquela pessoa que fará pelo idoso determinadas coisas as quais ele não consegue mais realizar.

Os cuidadores são pessoas que provêm cuidado para aqueles que precisam de supervisão ou assistência no estado de doença ou incapacidade. Segundo a Classificação Brasileira de Ocupação (CBO), Portaria n.º 397, de 09 de outubro de 2002, que trata do reconhecimento da existência de ocupações no mercado de trabalho brasileiro e é publicada pelo Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), o código 5162-10 corresponde ao de cuidador de idosos, também conhecido e cadastrado no CBO como sinônimo de acompanhante de idosos, cuidador de idosos domiciliar, cuidador de idosos institucional, cuidador de pessoas idosas e dependentes e gero-sitter⁽⁷⁾.

Muitas atividades realizadas pelo cuidador com o idoso sob seus cuidados são repetidas inúmeras vezes no decorrer do dia, como a transição do leito para a cadeira e vice-versa, dentre outras. Tais atividades exigem muito esforço físico, podendo levar o cuidador a exaustão, sobrecargas emocionais, psicológicas e, principalmente, físicas⁽⁶⁾. De certa forma, estas sobrecargas podem interferir no cuidado prestado e também na saúde do cuidador.

Danos ocasionados pelos distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho

(DORT) decorrem da utilização excessiva do sistema musculoesquelético e de sua inadequada recuperação e abrangem quadros clínicos adquiridos pelo trabalhador submetido às condições de trabalho inadequadas. São distúrbios musculoesqueléticos de origem multifatorial complexa que resultam de desequilíbrio entre as exigências das tarefas realizadas no trabalho e as capacidades funcionais individuais para responder a tais exigências⁽⁸⁾.

Quase 80% das pessoas se queixam de dor muscular, principalmente, dor lombar em algum momento de sua vida, independentemente de ser ou não cuidador⁽⁹⁾.

Sabe-se que é comum comprometer e/ou lesionar a musculatura posterior ao levantar objetos pesados ou pessoas, curvar-se frequentemente, torcer ou estirar a musculatura. Assim, de acordo com a necessidade e condições de saúde do idoso, os cuidadores podem realizar movimentos de repetição sem o devido cuidado ou informação acerca do seu posicionamento, favorecendo lesão na coluna⁽⁹⁾.

Assim, a atuação da fisioterapia é de grande importância no que se refere a ergonomia do movimento, tendo em vista a necessidade de um bom posicionamento físico para evitar ou minimizar o aparecimento dos DORT.

Durante tarefas de reposicionamento do idoso no leito ou ao sentar, forças excessivas são impostas sobre a estrutura musculoesquelética dos cuidadores devido tanto à carga externa do paciente quanto à forma como o cuidador se posiciona durante a tarefa a ser executada⁽¹⁰⁾.

Desta forma, destaca-se a importância do conhecimento sobre as transições ergonomicamente corretas e cuidados posturais que o cuidador deve ter e proceder com o idoso e consigo para evitar lesões musculares e manter um padrão de qualidade de vida para ambos. Além disso, o que o cuidador de idoso domiciliado conhece acerca de sua proteção e do seu idoso.

O estudo teve como objetivo refletir acerca da importância da visita domiciliar do fisioterapeuta como ferramenta de prevenção ao cuidado com cuidador e à pessoa idosa, utilizando como base estudos

científicos mais atuais que consideram os fatores de riscos para distúrbios osteomusculares em cuidadores de idosos, que atuam no domicílio do idoso, cuidadores formais ou informais, pela Portaria nº 2528, de 19 de outubro de 2006, Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI).

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo teórico-reflexivo construído com base em estudos científicos mais atuais que referenciam os estudos que consideram os fatores de riscos para distúrbios osteomusculares em cuidadores de idosos, que atuam no domicílio do idoso. Essa construção teórica aproxima-se da abordagem qualitativa, tomando como base a interpretação e análise dos elementos teóricos obtidos por meio do levantamento bibliográfico realizado⁽¹¹⁾.

A elaboração deste artigo surgiu dos pressupostos da revisão de literatura, cujo processo consiste em uma forma de sistematizar informações sobre questões específicas em um robusto corpo de conhecimento, com o intuito de avaliar e sumarizar as informações encontradas⁽¹²⁾.

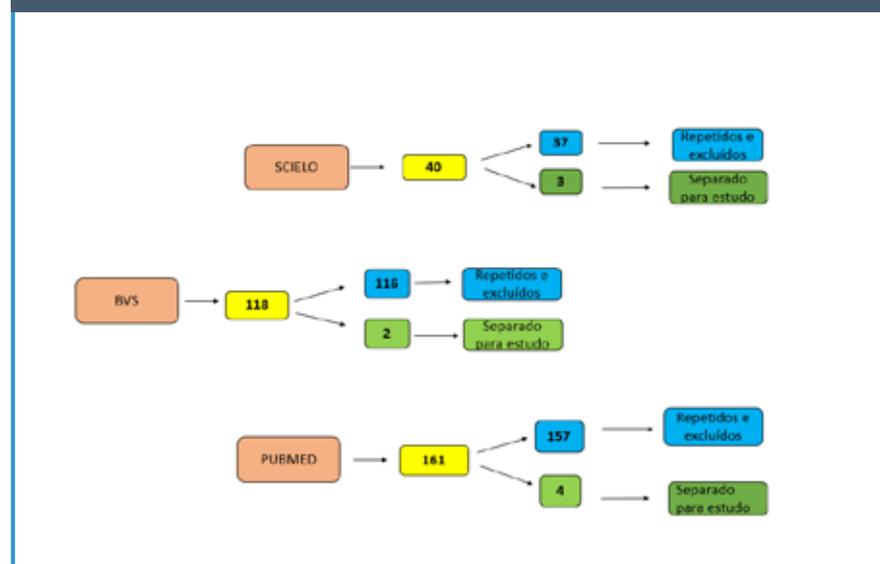
Foram utilizados para a formulação de tal artigo, os bancos de dados online a

BVS, Pubmed/Medline, SciELO e LILACS; os artigos utilizados foram publicados num recorte temporal de 2010 a 2017 em inglês e português, os descritores usados foram: “cuidadores”, “idoso”, “ergonomia”, “dort” e “fisioterapia”, (“caregivers”, “aged”, “ergonomics”, “cumulative trauma disorders” e “physical therapy specialty”). Observou-se que existem poucas publicações sobre Distúrbios Osteomusculares em cuidadores de idosos que encontram-se restritos ao domicílio.

RESULTADOS

Foram encontrados um total de 319 publicações de 2010 a 2017, usando os seguintes descritores: “cuidadores”, “idoso”, “ergonomia”, “dort” e “fisioterapia” (“caregivers”, “aged”, “ergonomics”, “cumulative trauma disorders” e “physical therapy specialty”). Dentre essas publicações, 310 artigos excluídos e repetidos, os quais falavam sobre cuidadores de crianças, cuidadores de idoso hospitalizado, artigos encontrados em dois bancos de dados; ficando assim, 09 artigos separados para estudo e, entre esses, apenas 02 artigos abordando os distúrbios em quem cuida, porém, não em cuidadores no domicílio. Segue abaixo o Fluxograma 1.

Fluxograma 1. Busca e seleção dos estudos nos bancos de dados. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2018



DISCUSSÃO

A finalidade primordial da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa é recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). É alvo dessa política todo cidadão e cidadã brasileiros com 60 anos ou mais de idade. Sendo a família, via de regra, a executora do cuidado ao idoso, evidencia-se a necessidade de se estabelecer um suporte qualificado e constante aos responsáveis por esses cuidados, tendo a atenção básica por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF) um papel fundamental, necessitando assim de um número expressivo de multiprofissionais⁽¹³⁾.

O cuidado domiciliar à saúde é uma prática que remonta a própria existência das famílias como unidade de organização social. Inúmeras situações de dependência cronicamente assumidas pelas famílias sequer foram, ainda, incluídas nas iniciativas de atenção domiciliar organizadas pelo sistema de saúde. O objeto “atenção domiciliar”, portanto, diz respeito apenas a uma parte das práticas de cuidado domiciliar, particularmente as que implicam uma convivência entre profissionais de saúde e cuidadores familiares⁽¹⁴⁾.

A reabilitação no envelhecimento é complexa, necessitando de uma abordagem multidisciplinar, com a difusão do conhecimento geriátrico junto aos profissionais de saúde, para que possa fazer frente a sua heterogeneidade. O atendimento domiciliar de fisioterapia tem na sua essência a aproximação maior com o paciente e seus valores, facilitando uma melhor e mais ampla abordagem terapêutica em geriatria⁽¹⁵⁾.

A atuação fisioterapêutica pode ser desenvolvida em todos os níveis de atenção à saúde por ter sua abordagem prática voltada para a prevenção, o tratamento e a reabilitação de dis-

A finalidade primordial da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa é recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). É alvo dessa política todo cidadão e cidadã brasileiros com 60 anos ou mais de idade.

túrbios cinéticos funcionais. A fisioterapia na assistência domiciliar é de extrema importância para a população, seja ela no setor privado ou pelo SUS, visando uma saúde mais plena e humanizada⁽¹⁶⁾.

O atendimento domiciliar possibilita ao fisioterapeuta conhecer a realidade na qual o paciente está inserido, podendo adequar a sua conduta e realizar as orientações necessárias, que vão desde orientações de saúde, em geral, até as técnicas de estímulos sensorio-motor, termoterapia, cinesioterapia e o uso de próteses e órteses.

Ter esse conhecimento do ambiente onde esta inserido o idoso, como o seu cuidador formal ou informal atua no dia a dia, observar a demanda desse cuidador e as atividades realizadas tanto pelo cuidador quanto pelo idoso é de grande importância para a fisioterapia, pois com base desse conhecimento propor condutas para o cuidador, visando assim uma melhora na qualidade de vida do cuidador, promoção de saúde, prevenção de agravos, reabilitação funcional e cuidados paliativos, promovendo saúde. Logo, se o cuidador tem conhecimento de como agir em determinadas situações e quais condutas devem ser tomadas, o mesmo terá uma sobrecarga menor na atividade a ser realizada, melhorando a qualidade de vida e, automaticamente, refletindo no cuidado final que é a saúde do cuidador e do seu idoso.

Recuperar a função e melhorar a qualidade de vida dos pacientes é importante. Os profissionais da saúde, além de estudar os aspectos clínicos dos pacientes, precisam olhar holisticamente para com o idoso e o seu cuidador quando se trata de um acompanhamento no domicílio. É de extrema importância para o tratamento observar a interação entre ambos, todo o envolvimento e aspectos psicossociais nesse processos de adaptação e reabilitação onde todos estão inseridos.

Essa conduta não deve ser restrita ao protocolo de tratamento, mas

também à boa avaliação, monitorização do progresso e orientação aos parentes nos cuidados e na convivência com o doente⁽¹⁷⁾.

Esse atendimento domiciliar deve ser estruturado considerando alguns fatores como as condições sociais e econômicas, equipamentos necessários, identificação do cuidador do paciente em casa e o envolvimento, a fim de promover saúde e prevenir doenças ocupacionais relacionadas ao trabalho⁽¹⁷⁾.

Partindo desse princípio, a visita do fisioterapeuta no domicílio vai municiar na vida e no cotidiano do idoso e de seus cuidadores, não só como reabilitação física, mas também como um desenvolvimento a uma sensação de confiança, segurança e conforto.

CONCLUSÃO

A fisioterapia na reabilitação de pacientes portadores de doenças neurológicas, principalmente, com dificuldade de locomoção, que de alguma forma esteja restrito no ambiente domiciliar, além de toda a parte de reabilitação funcional, tem como objetivo trabalhar a motivação e a aceitação dos cuidadores e do paciente o no que diz respeito às alterações biológicas e funcionais e do seu novo estilo de vida, seja ele de curto, médio ou longo período dos cuidadores e do paciente, pois são fatores relevantes para o sucesso da reabilitação desse paciente.

O fisioterapeuta precisa, inicialmente, dominar a capacidade de se comunicar e angariar a confiança e, assim, a cooperação do paciente e dos cuidadores será de grande importância na conduta e na convivência com paciente e seus cuidadores. O atendimento domiciliar deve ser estruturado

considerando alguns fatores como as condições sociais e econômicas, equipamentos necessários, aproveitando de todos os recursos que o ambiente domiciliar forneça e integrar o domicílio ao tratamento.

Mediante ao estudo realizado e poucas publicações voltadas à fisioterapia nos cuidados com cuidadores no seu cotidiano no domicílio, recomenda-se mais estudos voltados ao âmbito domiciliar e a atuação do fisioterapeuta de forma educativa e preventiva com os idosos e seus cuidadores, pois a população idosa vem crescendo de forma rápida e inversamente proporcional ao conhecimento científico na área, conhecer melhor essa população, sua rotina sua demanda funcional, para uma melhor resposta na atuação terapêutica. Mais estudos se tornam necessários para aumentar as evidências científicas desta forma de atuação. ■

REFERÊNCIAS

1. Sousa NFS, Lima MG, Cesar CLG, Barros MBA. Envelhecimento ativo: prevalência e diferenças de gênero e idade em estudo de base populacional. *Cad Saude Publica*. 2018; 34(11):1–14.
2. Ferreira AMO, Sá CP. A Visita domiciliar ao idoso: um estudo reflexivo. 2018;(08).
3. Muniz EA, Aliny C, Freitas SL, Oliveira EN, Lacerda MR. Atenção Domiciliar Ao Idoso Na Estratégia Saúde Da Família: Perspectivas Sobre a Organização Do Cuidado. *Rev enferm UFPE on-line*. 2017; 11:296.
4. Ciosak SI, Braz E, Costa MFBNA, Nakano NGR, Rodrigues J, Alencar RA, et al. Senescência e senilidade: novo paradigma na atenção básica de saúde. *Rev Esc Enferm USP*. 2011; 45(Esp. 2):1763–8.
5. Santos EM, Moraes SHG. A Visita Domiciliar Na Estratégia Saúde Da Família: Percepção De Enfermeiros. *Cogitare Enferm*. 2014;16(3):492–7.
6. Faht G, Sandri JVA. Cuidador de idosos: formação e perfil dos egressos de uma instituição de ensino. *O Mundo da Saúde*. 2016; 40(1):21–7.
7. Ministério do Trabalho e Emprego (BR). Classificação Brasileira de Ocupações [Internet]. 2018 [acesso em 18 ago 2019]. Disponível em: <http://www.ocupacoes.com.br/>
8. Lelis CM, Battaus MRB, De Freitas FCT, Rocha FLR, Marziale MHP, Do Robazzi MLCC. Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho em profissionais de enfermagem: revisão integrativa da literatura. *ACTA Paul Enferm*. 2012; 25(3):477–82.
9. Brown MR, Personeus K, Langan J. Preventing Lower Back Pain Among Caregivers. *Arch Phys Med Rehabil*. 2015; 96(7):1365–6.
10. Fragala G, Fragala M. Improving the Safety of Patient Turning and Repositioning Tasks for Caregivers. *Workplace Health Saf*. 2014;62(7):268–73.
11. Minayo M. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9. ed. São Paulo: EDUC; 2006.
12. Lopes GT. Manual para elaboração de trabalhos acadêmicos: normas da ABNT – Estilo Vancouver – Bioética. Rio de Janeiro: UFRJ/EPUB; 2006.
13. Ministério da Saúde (BR). Política nacional da saúde da pessoa idosa. Brasília (DF): 2006 p. 16–8.
14. Ministério da Saúde (BR). Caderno de Atenção Domiciliar. Vol. 1. Brasília (DF): 2012. 106 p.
15. Góis B, Luzia A, Veras P. Fisioterapia domiciliar aplicada ao idoso Universidade do Estado do Rio de Janeiro. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 2006; 9(2).
16. Lopes N, Colodetti M, Sabrine R, Pardim S, Vieira RS, Moraes SG. Fisioterapia Na Assistência Domiciliar. Universidade Vale do Rio Doce. 2017; 1–8.
17. Queiroz ED, Franco ALV, Torquato MEA, Abdon APV. Atuação Do Fisioterapeuta No Atendimento Domiciliar De Pacientes Neurológicos. *Rev Bras em Promoção da Saúde*. 2005;18(2).

Os responsáveis legais e a adesão à vacina contra hpv por meninas e adolescentes

RESUMO

Objetivou-se analisar a influência dos responsáveis legais na adesão à vacina contra HPV por meninas e adolescentes no Brasil e identificar ações realizadas para aumentar o processo de adesão. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, de caráter descritivo e abordagem qualitativa, utilizando o recorte temporal de 2014 a 2018, com busca nas seguintes bases de dados: LILACS, Redalyc e Pubmed. Foram selecionados 14 estudos para análise. Evidenciou-se que os meios socioculturais, econômicos e religiosos influenciam na postura do pai ou da mãe em relação à adesão a vacina para seus filhos, assim como o nível de educação. Neste cenário, o enfermeiro atua como sujeito de grande relevância no processo de educação em saúde/orientação aos pais, crianças e adolescentes, nas unidades de saúde. Conclui-se que existe uma relação direta de influência dos pais/representantes legais e adesão à vacina, sendo a educação em saúde uma importante estratégia na desmistificação de tabus, sanando dúvidas seja sobre a vacina, HPV ou câncer de colo de útero.

DESCRIPTORIOS: Vacinação; HPV; Câncer do Colo do Útero.

ABSTRACT

The aim was to analyze the influence of legal guardians on adherence to HPV vaccine by girls and adolescents in Brazil and to identify actions taken to increase the adherence process. This is an integrative literature review, descriptive and qualitative approach, using the time frame from 2014 to 2018, searching the following databases: LILACS, Redalyc and Pubmed. Fourteen studies were selected for analysis. It was evidenced that the socio-cultural, economic and religious means influence the attitude of the father or mother regarding the adherence to the vaccine for their children, as well as the level of education. In this scenario, the nurse acts as a subject of great importance in the process of health education/guidance to parents, children and adolescents in health units. It is concluded that there is a direct relationship of influence of parents/legal representatives and adherence to the vaccine, and health education is an important strategy in the demystification of taboos, answering questions about the vaccine, HPV or cervical cancer.

DESCRIPTORS: Vaccination; HPV; Cervical Cancer.

RESUMEN

El objetivo fue analizar la influencia de los tutores legales en la adhesión a la vacuna contra el HPV por parte de las niñas y adolescentes en Brasil e identificar las medidas adoptadas para aumentar el proceso de adhesión. Esta es una revisión integradora de la literatura, un enfoque descriptivo y cualitativo, que utiliza el marco temporal de 2014 a 2018, buscando en las siguientes bases de datos: LILACS, Redalyc y Pubmed. Catorce estudios fueron seleccionados para su análisis. Se evidenció que los medios socioculturales, económicos y religiosos influyen en la actitud del padre o la madre con respecto a la adhesión a la vacuna para sus hijos, así como el nivel de educación. En este escenario, la enfermera actúa como un tema de gran importancia en el proceso de educación/orientación en salud para padres, niños y adolescentes en las unidades de salud. Se concluye que existe una relación directa de influencia de los padres/representantes legales y la adhesión a la vacuna, y la educación sanitaria es una estrategia importante en la desmitificación de los tabúes, respondiendo preguntas sobre la vacuna, el HPV o el cáncer cervical.

DESCRIPTORIOS: Vacunación; HPV; Cáncer Cervical.

Luciana de Souza Freitas De Carvalho

Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Enfermeira Oncológica. Mestre em Enfermagem.

Carla Marins Silva

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Doutora em Enfermagem, Enfermeira Obstétrica.

Luciane Marques de Araujo

Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Enfermeira Obstétrica. Doutora em Enfermagem.

Selma Villas Boas Teixeira

Escola de Enfermagem Alfredo Pinto. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Enfermeira Obstétrica. Doutora em Enfermagem.

Bruna de Paula Pereira

Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Enfermeira Obstétrica. Mestranda em Enfermagem.

Vivian Gomes Mazzoni

Enfermeira Tecnologista INCA. Chefe Divisão de Enfermagem HCII. Mestre em Ensino na Saúde. Doutoranda em Biotecnologia UNIRIO.

Octavio Muniz da Costa Vargens

Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Enfermeiro Obstétrico. Doutor em Enfermagem.

INTRODUÇÃO

A infecção pelo Papilomavírus Humano (HPV) é a mais prevalente em todo o mundo, sendo uma preocupação global de saúde pública. Transmitido através de contato por via sexual, durante o parto ou através de instrumentos ginecológicos e obstétricos não esterilizados, o HPV é responsável por mais de 70% dos cânceres cervicais⁽¹⁾.

Seguindo a epidemiologia de câncer de colo uterino no Brasil, no biênio 2014/2015 houve 15.590 casos, já em 2016/2017, ocorreu o aumento desta taxa, chegando a 16.340 novos casos. Em relação às regiões do país, mulheres do Norte possuem o câncer de colo de útero como a neoplasia mais incidente, seguidas das regiões Centro-Oeste e Nordeste, Sudeste, e por último, a região Sul⁽²⁾.

Neste contexto, tendo em vista a preocupação em relação ao HPV e seus possíveis desdobramentos, no caso o câncer de colo de útero, a vacinação ganha destaque como forma de promoção da saúde e prevenção de agravos. Para melhor adesão, em 2016, o Ministério da Saúde (MS) adotou o calendário de suas doses, administrando a segunda dose após seis meses da primeira para meninas de 9 a 13 anos. O antigo calendário vacinal apontava três doses, o que consistiu em um obstáculo de cobertura vacinal no que tange ao não retorno para

administração das demais doses⁽³⁾.

Dado o público-alvo da vacinação se constituir por menores de idade, os responsáveis legais exercem influência direta na tomada de decisões sobre se vacinar ou não. Obviamente os pais sempre querem o bem de seus filhos, porém, deve-se levar em consideração que os pais são influenciados pelo meio em que vivem, assim como seus contextos socioeconômicos e culturais, somando-se a experiências, crenças e ideias.

A vacina contra HPV possui um significado além de proteção à saúde para os responsáveis legais, sendo apresentadas muitas manifestações, como: medo e receio pela falta de informação de como a imunização funciona, ou até mesmo sobre a gravidade da possível evolução para o câncer de colo de útero; preocupação sobre eventos adversos e efeitos colaterais; negação por não querer envolver a sexualidade na vida de sua filha que ainda é uma criança/adolescente, dentre outras. Também existem os casos em que há manifestação positiva, com a compreensão de que a vacina pode prevenir sua filha de uma patologia que possui altos índices de morbimortalidade^(4,5).

A sexualidade é um tabu em nossa cultura brasileira, por conseguinte, a conversa sobre sexualidade, ato sexual e demais tópicos envolvidos, como doenças sexualmente transmissíveis (DST), ainda não faz parte da rotina de todas as famílias,

fazendo com que haja reações negativas frente à vacina. Muitos representantes legais acreditam que o ato de vacinar contra o HPV induzirá seu filho a praticar atividades sexuais ou se interessar mais e querer procurar saber mais detalhes, tirando-lhe a infância e ingenuidade. Todavia, estudo⁽⁶⁾, comprovou que não houve alteração no comportamento sexual de meninas e adolescentes que receberam a vacina e as que não.

O presente estudo foi norteado a partir da seguinte indagação: Qual a influência dos responsáveis legais na adesão à vacina contra HPV por meninas e adolescentes? Desta forma, objetivou-se analisar a influência dos responsáveis legais na adesão à vacina contra HPV por meninas e adolescentes no Brasil.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, de caráter descritivo e abordagem qualitativa, que contemplou as seguintes etapas: elaboração da pergunta norteadora e objetivo, busca na literatura, categorização dos estudos, avaliação dos estudos, interpretação dos resultados e síntese do conhecimento evidenciado da análise⁽⁷⁾.

Após o estabelecimento da pergunta norteadora e objetivo do estudo, foram selecionadas as bases de dados para a busca do material, que se apresentam em: Lite-

artigo

Carvalho, L.S.F.; Silva, C.M.; Araujo, L.M.; Teixeira, S.V.B.; Pereira, B.P.; Mazzoni, V.G.; Vargens, O.M.C.; Os responsáveis legais e a adesão à vacina contra hpv por meninas e adolescentes

ratura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal (Redalyc) e o portal Pubmed.

Os critérios de inclusão utilizados foram: estudo em formato de artigo; disponibilidade completa e gratuita; entre o recorte temporal de 2014 e 2018, objetivando realizar uma busca atualizada dos últimos 5 anos, assim como preconizam os periódicos científicos relevantes para a literatura e Prática Baseada em Evidência (PBE); e nos idiomas português, inglês e espanhol. Como critérios de exclusão: estudos que estivessem duplicados e que fugissem da temática escolhida.

O recorte temporal escolhido iniciando em 2014 justifica-se pela incorporação da vacina quadrivalente nas políticas públicas brasileiras de imunização em março de 2014, cuja qual possuía como público-alvo meninas de 9 a 14 anos e portadoras do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) com idade entre 9 e 26 anos.

Os estudos potencialmente relevantes para a revisão integrativa, de acordo com os critérios citados anteriormente, foram selecionados com base na leitura dos títulos e resumos. Nos casos em que os títulos e os resumos não se mostraram suficientes para definir a seleção inicial, procedeu-se à leitura da íntegra da publicação. Esta seleção foi baseada se o estudo expôs questões que envolvessem a temática estudada. Os resumos foram avaliados, e as produções que atenderam aos critérios previamente estabelecidos, foram selecionadas e lidas na íntegra.

A coleta de dados foi realizada em setembro de 2018, utilizando os Descritores em Ciências da Saúde/ Medical Subject Headings (DeCS/MeSH): "HPV", "Vaccination" e "Parents", intercalados pelos operadores booleanos "AND" e "OR". Na primeira pesquisa, foram utilizados os descritores de forma separada, porém, os resultados não atendiam à proposta do presente estudo. Desta forma, para um melhor refinamento do material, a estratégia de busca completa consistiu em: "HPV[All Fields] AND ("vaccination"[MeSH Terms] OR "vaccination"[All Fiel-

ds]) AND ("parents"[MeSH Terms] OR "parents"[All Fields]) AND ("loattrfulltext"[sb] AND ("2014/01/01"[PDAT]: "2018/12/31"[PDAT]) AND (jsubsetaim[text] OR jsubsetn[text]))". Na plataforma Pubmed ainda foram utilizados os filtros Core Clinical Journals e Nursing Journals.

Segue no Fluxograma 1 o processo de coleta e seleção dos estudos.

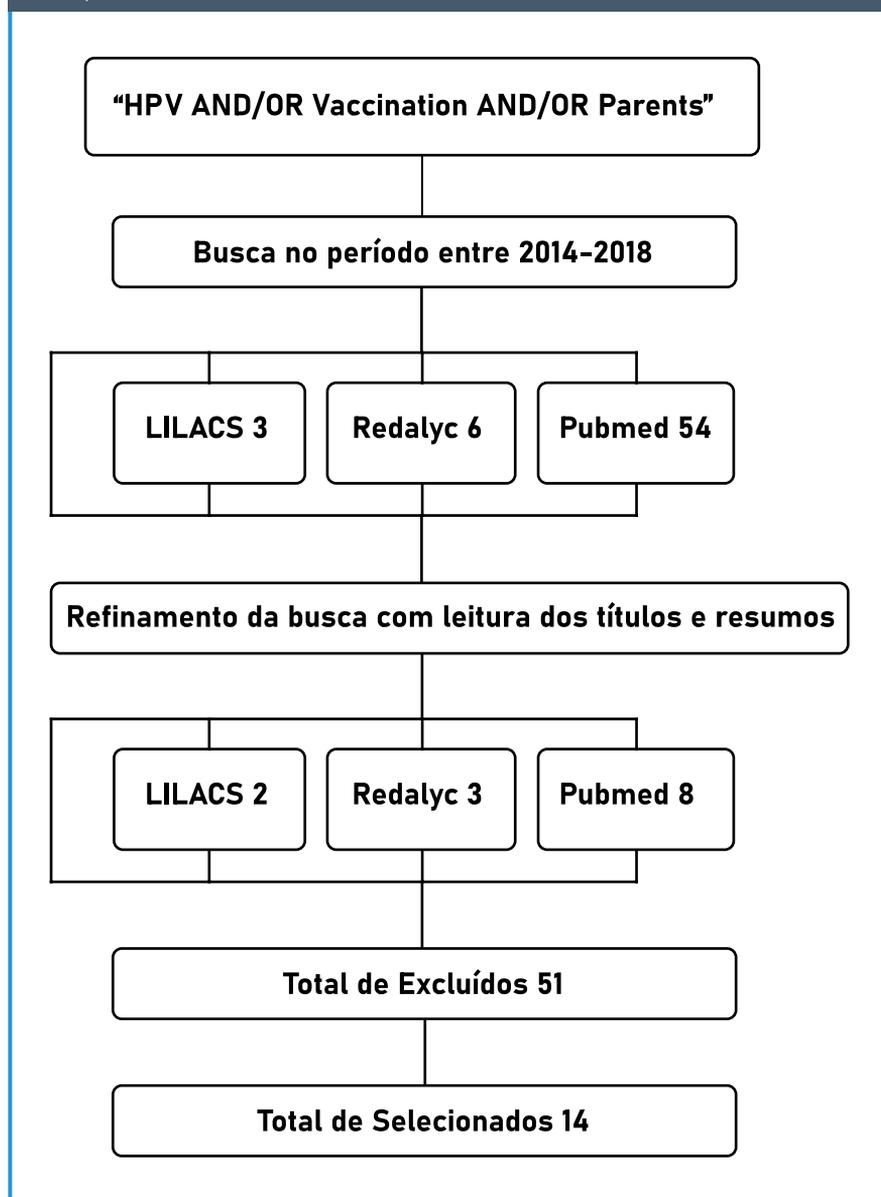
Para avaliar as publicações dentro da

proposta de revisão, o material foi sumariado em um quadro composto pelos itens: título, ano de publicação, base de dados, periódico e conclusão. Utilizou-se a análise da modalidade temática de conteúdo, tendo em vista o caráter qualitativo do presente estudo.

RESULTADOS

O método de busca desta revisão possi-

Fluxograma 1. Coleta de dados. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2018. Janeiro, RJ, Brasil, 2018



bilitou a obtenção de quatorze artigos, dos quais onze (78,5%) foram publicados no idioma inglês e três (21,4%) em português. Este dado traduz-se na relevância que o es-

tudo possui para a saúde pública e saúde coletiva mundiais, tendo em vista que um estudo em inglês possui um maior alcance de compartilhamento e visualização, por estar

presente na maioria dos países e ser utilizado como uma linguagem universal no meio das Ciências da Saúde, pesquisa e academia. Sobre as bases de dados, dois (14,3%)

Tabela 1. Estudos escolhidos para análise. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2018.

TÍTULO	ANO	BASE DE DADOS	PERIÓDICO	CONCLUSÃO
Factors related to non-compliance to HPV vaccination in Roraima- Brazil: a region with a high incidence of cervical cancer ⁽⁸⁾	2016	PUBMED	BMC Health Serv Res	Entre julho e novembro de 2015, em 13 escolas de Boa Vista, Roraima, foi verificada a elevada taxa de cobertura vacinal, porém, o grande nível de desconhecimento por parte das pré-adolescentes e seus responsáveis.
"Those who love, vaccinate": parental perceptions of HPV vaccination ⁽⁹⁾	2015	LILACS	J. Hum. Growth Dev.	Observou-se que com o nível de conhecimento dos pais sobre a vacina e o HPV, não são preditivos de tomadas de decisão, tendo em vista a influência negativa de fatores diversos.
Motivos para recusa da vacina contra o Papilomavírus Humano entre adolescentes de 11 a 14 anos no município de Maringá PR ⁽¹⁰⁾	2017	LILACS	Ver. bras. med.	Os responsáveis legais interferência dos aspectos socioeconômicos e culturais no processo de adesão à vacina pelos pais.
Tecnologias educativas para a promoção da vacinação contra o papilomavírus humano: revisão integrativa da literatura ⁽¹¹⁾	2016	Redalyc	Texto & Contexto Enfermagem	Concluiu-se que o uso de tecnologias educativas para orientação e conscientização sobre a vacina contra HPV às meninas e aos seus pais possuem um resultado satisfatório quando utilizadas de forma criativa, através de vídeos, mensagens eletrônicas, websites etc.
Imunização contra o HPV em escola pública de Paracatu-MG ⁽¹²⁾	2016	Redalyc	Saúde & Transformação Social	Após realizar ciclos de palestras em uma escola no interior de Minas Gerais, constatou-se que grande parte dos responsáveis esboçou descontentamento, assim como não permitiram a participação de seus filhos, por tratar da sexualidade de forma precoce, e não como educação em saúde.
Supporting health-related parenting: A scoping review of programs assisted by the Internet and related technologies ⁽¹³⁾	2017	Redalyc	Estudos de Psicologia	Uma das formas mais eficazes para adesão à campanhas e tratamentos, é a orientação aos pais. A partir do uso de tecnologias empíricas, a disseminação do conhecimento em saúde entre os pais é decisiva no processo.
Public health and school nurses' perceptions of barriers to HPV vaccination in Missouri ⁽¹⁴⁾	2017	PubMed	J. Community Health Nurs Está avaliando o papel do profissional, por mim, tira esse artigo pq não tem a ver com o objeto	Enfermeiras escolares no Missouri, Estados Unidos, possuem papel fundamental na orientação e educação em saúde para os responsáveis, agindo de forma facilitadora no processo de adesão à vacina contra HPV.
Increasing parental knowledge related to the human papillomavirus (HPV) vaccine ⁽¹⁵⁾	2018	PubMed	J Pediatr Health Care	Mostrou-se que a partir de um tablet interativo com as orientações sobre a vacina contra HPV direcionadas aos pais, aumentou a adesão à vacinação de seus filhos.

Translating self- persuasion into na adolescente HPV vaccine promotion interven- tion for parents attending safety-net clinics ⁽¹⁶⁾	2017	PubMed	Patient Educ Couns	Apresentou-se que a partir de um tablet interativo com aplicativo de autopersuasão, foi possível au- mentar o interesse dos pais em vacinar seus filhos. Não aplicável ao público de baixa renda.
Parental refusal of the human papilomavírus vaccine ⁽¹⁷⁾	2016	PubMed	J Pediatr Health Care	A equipe de enfermagem encontra-se em posição privilegiada a fim de agir como mecanismo de estra- tégia no processo de adesão à vacina contra HPV.
Parental choice of recall me- thod for HPV vaccination: a pagramatic trial. Pediatrics ⁽¹⁸⁾	2016	PubMed	Pediatrics	Como estratégia para a volta do público-alvo para receber a segunda dose da vacina contra HPV, foram utilizados meios para emitir lembretes, como: visitas pelo profissional de saúde da família, mensagens de texto para o celular, dentre outros.
Association between parental HPV knowledge and intentions to have their daughters vaccinated ⁽¹⁹⁾	2018	PubMed	West J Nur Res	Verificou-se que quanto maior o conhecimento dos pais em relação ao HPV, maior a adesão à vacina por seus filhos.
The influence of religiosity and spirituality on rural parents' health decision making and human papillo- mavirus vaccine choices ⁽²⁰⁾	2015	PubMed	ANS Adv Nur Sci	Realizou-se um estudo com pais da área rural, e notou-se que o indivíduo com espiritualidade e religiosidade adere mais facilmente à vacinação dos filhos.
Parent perception of provi- der interactions influences HPV vaccination status of adolescente females ⁽²¹⁾	2016	PubMed	Clin Pediatr (Phila)	Concluiu-se que nos casos em que os adolescen- tes não tomam a vacina ou não retornar para a se- gunda dose, estão diretamente ligados à ausência de orientação dos pais em domicílio em relação à importância de estar protegido contra o HPV.

foram coletados na LILACS, três (21,41%) na Redalyc e oito (57,1%) na PubMed. Foi utilizado um estudo de cada periódico a seguir: BMC Health Servi- ces Research Journal, Journal of Human Growth and Development, Revista Bra- sileira de Medicina de Família e Comu- nidade, Texto & Contexto Enfermagem, Saúde & Transformação Social, Estudos de Psicologia, Journal of Community Health Nursing, Patient Education and Counseling, Pediatrics, Western Journal of Nursing Research, Advances in Nur- sing Science e Clinical Pediatrics (Phila); e dois do Journal of Pediatric Health Care. Neste caso, verifica-se que os periódicos escolhidos possuem alto Fator de Impacto e classificação do Qualis Periódicos, ten- do em vista suas diversas indexações em bases de dados internacionais e bilíngues, possibilitando assim, o maior alcance das informações.

Em relação ao ano, dois (14,3%) fo- ram publicados no ano de 2015, seis (42,8%) em 2016, quatro (28,5%) em

2017, dois (14,3%) em 2018 e em 2014 não houve publicação. Pode-se dizer que este fenômeno esteja relacionado ao fato de que em março de 2014 foi incorpora- do às políticas públicas brasileiras rela- cionadas à imunização, a vacina quadri- valente em todos os postos e Unidades Básicas de Saúde (UBS), para meninas de 9 a 14 anos e meninas e mulheres de 9 a 26 anos de idade que são portadoras do Vírus da Imunodeficiência Humana – HIV⁽²²⁾.

DISCUSSÃO

A vacina contra o HPV pode reduzir as chances do surgimento de um câncer de colo de útero. Apenas esta afirmativa já se- ria o suficiente para fazer com que todos os responsáveis legais vacinassem suas filhas, porém a falta de conhecimento - seja sobre o HPV, câncer e colo do útero e vacina – impede uma cobertura vacinal eficiente. Salienta-se que muitos tipos de HPV são assintomáticos, desta forma, indivíduos

com menor grau de instrução e conheci- mento preferem se abster das campanhas, não dando o devido valor à imunização⁽¹⁹⁾.

A partir da iniciativa de acadêmicos de Medicina, realizou-se uma campanha em uma escola pública de Paracatu, interior de Minas Gerais, na qual foram ensinadas as formas de transmissão, de prevenção e atuação do HPV e da vacina. Certa de 27% das alunas de 11 a 13 anos foram va- cinadas, deixando claro que só foi possível a partir do não encaminhamento de circula- res de autorização aos pais⁽¹²⁾.

Nos Estados Unidos, mais especificamen- te em Missouri, existem enfermeiras esco- lares, o que não é muito habitual encontrar em instituições de ensino brasileiras. Sendo assim, há um maior contato entre o profissio- nal de saúde e os pais, que diariamente fre- quentam a instituição, possibilitando atuar diretamente na educação em saúde para os pais, seja tirando dúvidas, desmistificando boatos, encorajando e facilitando o processo de adesão de seus filhos à vacina⁽¹⁴⁾.

Outro estudo americano⁽¹⁵⁾ realizado

em New Jersey, foi criado um aplicativo chamado HPV Knowledge Survey utilizado em um dispositivo eletrônico na própria instituição, a fim de ser uma estratégia na disseminação do conhecimento sobre HPV e a vacina para os pais, intervindo educacionalmente. Seguindo a geração da tecnologia, foi criado um outro aplicativo a fim de promover a vacinação contra HPV aos pais utilizando a autopersuasão. Este estudo⁽¹⁶⁾ não é aplicável ao público de baixa renda por conta de sua linguagem, porém, obteve resultado satisfatório em sua amostra.

Ainda sobre o uso de tecnologias, um estudo⁽¹¹⁾ realizou uma busca sobre as tecnologias educativas mais eficientes na promoção da vacina contra o HPV, como resultado, e obtiveram: o vídeo, mensagens em dispositivos eletrônicos, páginas na Internet, programas e aplicativos de computador, rádio folhetos. Em Portugal, um estudo⁽¹³⁾ apresentou diversos aplicativos com metodologias psicológicas e educacionais com o objetivo de treinar e capacitar os responsáveis legais a ter todas as informações que necessita para assegurar a saúde de sua filha. No próprio sistema, era gerado um feedback, cujo qual enviado diretamente ao apoio social/profissionais da saúde, a fim de realizar um monitoramento do programa e interação com o indivíduo.

A fim de facilitar a adesão seja para a primeira quanto para a segunda dose da vacina, foi elaborado um recall aos responsáveis legais, os quais foram cadastrados e escolheram os meios receber uma mensagem de lembrete de retorno. Verificou-se um aumento da cobertura vacinal com o envolvimento dos responsáveis legais na

promoção da saúde dos filhos⁽¹⁸⁾.

Em relação a todos os possíveis motivos que os responsáveis legais se negam a vacinar suas filhas, encontram-se: necessidade de maiores informações sobre o vírus e a vacina, preocupações quanto à segurança da vacina e efeitos colaterais, crença de que a vacina possa promover a promiscuidade e início precoce de atividade sexual, crença religiosa, necessidade de discutir sobre DST com a filha, muitos ainda acreditam que a filha não precisa da vacina por ser nova demais, a não abertura de conversar sobre o ato sexual em si dentro de casa com seus familiares^(10,17,21).

Foi comprovado em um estudo⁽²⁰⁾ com representantes legais de uma área rural do Brasil, que a religiosidade e espiritualidade influenciam positivamente na adesão à vacina.

Em contrapartida, um estudo⁽⁸⁾ realizado em 11 escolas públicas e duas privadas, verificou uma alta cobertura vacinal em Boa Vista, Roraima, todavia, um elevadíssimo índice de desconhecimento dos responsáveis legais sobre HPV e a vacina. Dada pesquisa comprovou que não há relação entre a falta de conhecimento dos pais e adesão à vacina, lembrando que o estudo foi realizado com uma pequena amostra, um determinado grupo, podendo este ser variável em qualquer outra região, comunidade e/ou realidade.

Outro estudo⁽⁹⁾ que corrobora com os achados anteriormente apresentados, relata uma pesquisa realizada em cinco UBS de São Paulo, com uma amostra maior, em que o índice de desconhecimento dos pais sobre o HPV/vacina foi elevado, porém, a maioria das meninas, integrantes do público-alvo, foi vacina-

da, contatando novamente a não relação entre a adesão e o saber.

CONCLUSÃO

A partir dos resultados obtidos, considera-se que existe uma relação direta de influência dos pais/representantes legais e adesão à vacina. Evidenciou-se que os meios socioculturais, econômicos e religiosos influenciam na postura do pai ou da mãe em relação à adesão a vacina para seus filhos, assim como o nível de educação.

Neste cenário, o enfermeiro atua como sujeito de grande relevância no processo de educação em saúde/orientação aos pais, crianças e adolescentes, nas unidades de saúde. A educação em saúde é uma importante estratégia na desmistificação de tabus, sanando dúvidas seja sobre a vacina, HPV ou câncer de colo de útero, resultando em uma atividade em prol da saúde pública e da saúde coletiva, não apenas no âmbito brasileiro, e sim mundial.

Espera-se que o presente estudo despertar o interesse da comunidade acadêmica e de pesquisa para continuar os estudos, a partir de novas tecnologias e estratégias que consigam fazer com que os pais, crianças e adolescentes consigam se integrar às informações científicas, porém, de uma forma criativa e objetiva, atendendo aos mais diversos públicos.

Conclui-se que o câncer de colo de útero é um grande problema no cenário brasileiro que, com a ajuda dos profissionais da saúde, principalmente enfermeiros, pode ser prevenido também através da transmissão das informações ao público maneira correta através da campanha de vacinação contra o HPV e sobre o próprio vírus. ■

REFERÊNCIAS

1. Instituto Oncoguia. Estadiamento do câncer de colo de útero. [Internet]. [S.l.] 2017 [acesso em 12 set 2018]. Disponível em: <http://www.oncoguia.org.br/conteudo/estadiamento-do-cancer-de-colo-do-utero/1286/284>.
2. American Cancer Society. Colorectal cancer stages [Internet]. [S.l.]. 2017 [acesso em 12 set 2018]. Disponível em: <https://www.cancer.org/cancer/colorectal-cancer/detection-diagnosis-staging/staged.html>.
3. Ministério da Saúde (BR). Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil. Rio de

REFERÊNCIAS

Janeiro, 2016.

4. Nygard M, Saah A, Munik C, Tryggvadottir L, et al. Evaluation of the long-term antihuman papillomavirus 6 (HPV6), 11,16 and 18 immune responses generated by the quadrivalente HPV vaccine. *Clinical and Vaccine Immunology* [Internet]. 2015 [acesso em 12 set 2018]; 22(8):943-948. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26084514>.
5. Gonçalves H, et al. Início da vida sexual entre adolescentes (10 a 14 anos) e comportamentos em saúde. *Revista Brasileira de Epidemiologia* [Internet]. 2015 [acesso em 12 set 2018]; 18(1):25-41. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2015000100025&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.
6. Rysavy MB, et al. Human papillomavirus vaccination and sexual behavior in young women. *J. Pediatr. Adolesc. Gynecol.* [Internet]. 2014 [acesso em 12 set 2018]; 27(2):67-71. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24405635>.
7. Pompeo DA, Rossi LA, Galvão CM. Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2009 [acesso em 12 set 2018]; 22(4):434-8. Disponível em: http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/3553/art_ROSSI_Revisao_integrativa_etapa_inicial_do_processo_de_2009.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
8. Farias CC, Dkaion VJ, Moraes HS, Buttenbender IF, et al. Factors related to non-compliance to HPV vaccination in Roraima-Brazil: a region with a high incidence of cervical cancer. *BMC Health Ser Res* [Internet]. 2016 [acesso em 12 set 2018]; 16(1):417. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-016-1677-y>.
9. Chiang EDO, Baker ML, Figueroa-Downing D, Baggio ML et al. "Those who love, vaccinate": parental perceptions of HPV vaccination. *J. Hum. Growth Dev.* [Internet]. 2015 [acesso em 12 set 2018]; 25(3). Disponível em: http://pep-sic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822015000300014.
10. Zanini NV, Prado BS, Hendges RC, Santos CA, et al. Motivos para recusa da vacina contra o Papilomavírus Humano entre adolescentes de 11 a 14 anos no município de Maringá-PR. *Ver Bras Med Fam Comunidade* [Internet]. 2017 [acesso em 12 set 2018]; 12(39):1-13. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/03/877085/1253-9150-1-pb-1.pdf>.
11. Interaminense INCS, Oliveira SC, Leal LP, Linhares FMP, Pontes CM. Tecnologias educativas para promoção da vacinação contra o papilomavírus humano: revisão integrativa da literatura. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2016 [acesso em 12 set 2018]; 25(2):e2300015. Acesso em: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71446259017_2.
12. Silva LAP, Ferreira AC, Oliveira MBA, Faria TA. Imunização contra o HPV em escola pública de Paracatu-MG. *Sau. & Transf. Soc.* [Internet]. 2016 [acesso em 12 set 2018]; 7(3):176-181. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265347623018>.
13. Barros L, Greffin K. Supporting health-related parenting: a scoping review of programs assisted by the internet and related Technologies. *Estudos de Psicologia* [Internet]. 2017 [acesso em 12 set 2018]; 34(3). Disponível em: <http://www.redalyc.org/jatsRepo/3953/395354223002/index.html>.
14. Rhodes D, Visker J, Cox C, Forsyth E, Woolman K. Public health and school nurses' perceptions of barriers to HPV vaccination in Missouri. *J. Community Health Nurs* [Internet]. 2017 [acesso em 12 set 2018]; 34(4):180-189. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29023157>.
15. Cipirano JJ, Scoloveno R, Kelly A. Increasing parental knowledge related to the human papillomavirus (HPV) vaccine. *J Pediatr Health Care* [Internet]. 2018 [acesso em 12 set 2018]; 32(1):29-35. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28822674>.
16. Baldwin AS, Denman DC, Sala M, Marks EG, Shay LA, Fuller S, et al. Translating self-persuasion into adolescent HPV vaccine promotion intervention for parents attending safety-net clinics. *Patient Educ Couns* [Internet]. 2017 [acesso em 12 set 2018]; 100(4):736-741. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27912928>.
17. Kinder FDA. Parental refusal of the human papillomavirus vaccine. *J Pediatr Health Care* [Internet]. 2016 [acesso em 12 set 2018]; 30(6):551-557. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26776841>.
18. Kempe A, O'Leary ST, Shoup JÁ, Stokley S, et al. Parental choice of recall method for HPV vaccination: a pragmatic trial. *Pediatrics* [Internet]. 2016 [acesso em 12 set 2018]; 137(3):e20152857. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26921286>.
19. Mansfield LN, Onsomu EO, Merwin E, Hall NM, Harper-Harrison A. Association between parental HPV knowledge and intentions to have their daughters vaccinated. *West J Nur Res* [Internet]. 2018 [acesso em 12 set 2018]; 40(4):481-501. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28322641>.
20. Thomas T, Blumling A, Delaney A. The influence of religiosity and spirituality on rural parents' health decision making and human papillomavirus vaccine choices. *ANS Adv Nur Sci* [Internet]. 2015 [acesso em 12 set 2018]; 38(4):E1- E12. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26517344>.
21. Clark SJ, Cowan AE, Flipp SL, Fisher AM, Stokley S. Parent perception of provider interactions influences HPV vaccination status of adolescent females. *Clin Pediatr (Phila)* [Internet]. 2016 [acesso em 12 set 2018]; 55(8):701-6. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26450982>.
22. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Informe técnico da ampliação da oferta das vacinas papilomavírus humano 6, 11, 16 e 18 (recombinante) – vacina HPV quadrivalente e meningocócica C (conjugada) [Internet]. Brasília, DF, 2018 [acesso em 12 set 2018]. Disponível em: <http://portal-arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/14/Informe-T--cnico-HPV-MENINGITE.pdf>.

Pesquisa-ação com foco em cardiotônicos e interações para prática segura de enfermagem

Artigo extraído da Monografia de Especialização intitulada "O conhecimento da equipe de enfermagem acerca das interações de drogas cardiotônicas na UTI" orientado pela Prof^a Dra. Dayse Mary da Silva Correia.

RESUMO

Objetivo: identificar o perfil do conhecimento de técnicos de enfermagem acerca das interações das principais drogas cardiotônicas utilizadas em unidade de terapia intensiva. **Método:** trata-se de uma pesquisa-ação com 20 técnicos de enfermagem, no período de 06 a 20 de dezembro de 2017 em unidade de terapia intensiva de um hospital universitário. Sendo composto por quatro etapas: pré-teste; intervenção educativa; pós-teste; e uma proposta de implementação de um minicurso trimestral. Para a análise dos dados utilizou-se a abordagem quantitativa simples, com elaboração de scores, os quais foram identificados como graus de satisfação referentes ao conhecimento de cinco drogas cardiotônicas. **Resultados:** evidenciou no pré-teste, um alto grau de conhecimento insatisfatório, enquanto no pós-teste, melhora significativa do grau de conhecimento. **Conclusão:** observou-se que a intervenção educativa é uma importante estratégia, a qual traz uma contribuição para enfermagem, visto que benefícios da atualização contínua do conhecimento apoia uma prática clínica segura.

DESCRIPTORIOS: Cuidados de Enfermagem; Cardiotônicos; Educação Continuada.

ABSTRACT

Objective: Identify the knowledge profile of nursing technicians about the interactions of the main cardiotoxic drugs, used in the intensive care unit. **Method:** it is an action research with 20 nursing technicians, from December 6th to 20th 2017 in an intensive care unit of a university hospital. It consists of four stages: pre-test; educational intervention; post-test; and a proposal to implementation of a quarterly mini course. For the analysis of the data, a simple quantitative approach was used, with the elaboration of scores, which were identified as degrees of satisfaction regarding the knowledge of five cardiotoxic drugs. **Results:** a high level of unsatisfactory knowledge was evidenced in the pre-test, while in the post-test, significant improvement in the degree of knowledge could be evidenced. **Conclusion:** it was observed that the educational intervention is an important strategy, which brings a contribution to nursing, since the benefits of continuous updating of knowledge supports a safe clinical practice.

DESCRIPTORS: Nursing Care; Cardiotoxic; Continuing Education.

RESUMEN

Objetivo: identificar el perfil del conocimiento de técnicos de enfermería acerca de las interacciones de las principales drogas cardiotónicas utilizadas en unidad de terapia intensiva. **Método:** se trata de una investigación-acción con 20 técnicos de enfermería, en el período del 06 al 20 de diciembre de 2017 en unidad de terapia intensiva de un hospital universitario. Se compone de cuatro etapas: pre-test; intervención educativa; prueba posterior; y una propuesta de aplicación de un mini-curso trimestral. Para el análisis de los datos utilizó el abordaje cuantitativo simple, con elaboración de scores, los cuales fueron identificados como grados de satisfacción referentes al conocimiento de cinco drogas cardiotónicas. **Resultados:** evidenció en el pre-test, un alto grado de conocimiento insatisfactorio, mientras que en el post- prueba mejora significativa del grado de conocimiento. **Conclusión:** se observó que la intervención educativa es una importante estrategia, la cual trae una contribución a enfermería, ya que beneficios de la actualización continua del conocimiento apoia una práctica clínica segura.

DESCRIPTORIOS: Cuidados de Enfermería; Cardiotónico; Educación Continua.

Mayara Davila Borges

Enfermeira. Mestranda do Programa Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde da Universidade Federal Fluminense. Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Niterói, Brasil.

Dayse Mary da Silva Correia

Enfermeira. Doutora em Ciências Cardiovasculares. Professor Adjunto da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense. Niterói, Brasil.

Rodrigo Leite Hipólito

Enfermeiro (a). Doutor(a) em Enfermagem. Docente Permanente da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense. Niterói, Brasil.

Bárbara Pompeu Christovam

Enfermeiro (a). Doutor(a) em Enfermagem. Docente Permanente da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense. Niterói, Brasil.

Fátima Helena do Espírito Santo

Enfermeiro (a). Doutor(a) em Enfermagem. Docente Permanente da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense. Niterói, Brasil.

Kamila Vallory Debona

Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Enfermeira Assistencial da Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Universitário Antônio Pedro da Universidade Federal Fluminense. Niterói, Brasil.

Deyse Conceição Santoro Batista

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

INTRODUÇÃO

Segundo a literatura⁽¹⁾, mais de 30% de todas as reações adversas a medicamentos estão relacionadas às interações medicamentosas, sendo consideradas potencialmente evitáveis se detectadas precocemente. A prevalência de potenciais interações medicamentosas em unidade de terapia detectada em estudos observacionais variou de 44,3 a 86%⁽²⁾.

Em unidade de terapia intensiva (UTI), o processo da terapia medicamentosa é complexo e requer, normalmente, um grande número de fármacos, os quais estão intrinsecamente relacionados ao risco de interações medicamentosas⁽³⁾, podendo interferir na segurança e cuidado dos pacientes⁽⁴⁾.

Além disso, os pacientes de UTI apresentam também um maior risco de interações medicamentosas devido à gravidade do quadro clínico e à possível instabilidade hemodinâmica⁽²⁾, e o maior risco das interações, encontradas em prescrições dos pacientes, é a cardiotoxicidade, com um total de 17% (161) interações das 289 prescrições avaliadas⁽⁵⁾.

A enfermagem atua em diversos momentos do tratamento do paciente de terapia intensiva e, para tal, é essencial

um conhecimento com propriedade da farmacologia relacionada aos métodos de administração, mecanismos de ação dos medicamentos, vias de administração, doses, interações medicamentosas, efeitos tóxicos e colaterais⁽⁶⁾.

Desse modo, a carência de conhecimento dos profissionais da saúde é considerada um dos fatores efetivos que contribuem para a ocorrência de erros de administração de medicamentos⁽⁷⁾.

Um estudo⁽²⁾ sobre prevalência de interações medicamentosas em UTI ressalta que o conhecimento dos profissionais de saúde sobre IM pode auxiliar na predição das mesmas, minimizando o impacto negativo por meio da monitorização adequada, quando a interação for inevitável. Essa atitude da equipe de saúde contribui para a otimização e segurança da farmacoterapia em pacientes críticos.

Portanto, entende-se a necessidade permanente de atualização e educação permanente acerca destas interações por todos os envolvidos no processo, principalmente dos técnicos de enfermagem, os quais estão atuando no contexto das reações adversas junto aos enfermeiros.

Neste sentido, com o uso de alguns cardiopônicos, considerados potencialmente

perigosos em terapia intensiva e, além disso, com a probabilidade de alterações cardiovasculares no paciente devido a diversos fatores externos (medicamentos) e internos (estresse), torna-se de suma importância a identificação do perfil de conhecimento da equipe acerca das interações medicamentosas de drogas cardiopônicas potenciais, os efeitos que essas interações são capazes de causar, bem como e, principalmente, suas possíveis formas de prevenção.

Logo, a pesquisa teve como questão norteadora: “Qual o conhecimento dos técnicos de enfermagem acerca das interações medicamentosas dos cardiopônicos na unidade de cuidados críticos?”. E para tal, foi proposto o seguinte objetivo: identificar o perfil do conhecimento de técnicos de enfermagem acerca das interações das principais drogas cardiopônicas administradas por via intravenosa na unidade de terapia intensiva.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo tipo pesquisa-ação, desenvolvido em quatro etapas, na UTI do Hospital Universitário Antônio Pedro da Universidade Federal Fluminense (HUAP/UFF), no período de 06 a 20

de dezembro de 2017.

A amostra foi não probabilística do tipo intencional com 20 técnicos de enfermagem. Os critérios de inclusão foram: profissionais da unidade com atuação em atividades assistenciais diretas ao paciente. Enquanto, os critérios de exclusão: profissionais de licença por qualquer motivo ou férias.

O estudo foi desenvolvido em quatro momentos, a saber: primeiro, aplicação de um questionário único (pré-teste); segundo, intervenção educativa no próprio setor no formato de oficina com material didático e explicativo de fácil compreensão com a duração máxima de 40 minutos. E ao final de cada intervenção foi dado um

cartão composto por cinco perguntas para avaliação da intervenção, contendo apenas alternativas de sim ou não como respostas; terceiro, aplicação de um questionário único (pós-teste); e quarto, o desenvolvimento de uma proposta de implementação do calendário fixo de minicurso direcionado ao setor de educação continuada. Cabe salientar que o questionário único foi elaborado com dados sociodemográficos e questões referentes à cinco (05) drogas selecionadas mediante a alta frequência de uso na unidade intensiva (noradrenalina, dobutamina, nitroprussiato, nitroglicerina, amiodarona). E os três momentos iniciais foram realizados durante os plantões

diurno e noturno na unidade.

Para análise, foi elaborado um score para o Grau de Satisfação (Quadro 1) em quatro níveis: satisfatório, mediano, regular e insatisfatório para cada uma das 05 drogas cardiотônicas selecionadas quanto a interações e efeitos. O score foi organizado de acordo com o número de respostas de cada participante relacionado a cada droga, da seguinte forma: “acertou todas (100%)”; “acertou metade ou > da ½ ($\geq 50\%$)”; “acertou pelo menos 1 (<50%)”; e por fim “errou todas ou não respondeu (0)”. O tratamento dos dados se deu por meio da estatística descritiva simples.

Portanto, os resultados estão apresenta-

Quadro 1. Grau de satisfação acerca do cardiотônico. Niterói, RJ, Brasil, 2018.

NÍVEL DE CONHECIMENTO DO CARDIOTÔNICO	GRAU DE SATISFAÇÃO
Satisfatório	100%
Mediano	$\geq 50\%$
Regular	<50%
Insatisfatório	0%

dos com foco na droga cardiотônica no pré e pós-teste dos técnicos de enfermagem. As drogas selecionadas para este estudo foram as 5 drogas cardiотônicas de administração intravenosa mais utilizadas na UTI.

Este estudo é parte de um projeto de pesquisa intitulado “O conhecimento da equipe de enfermagem acerca das interações de drogas cardiотônicas na UTI”, o qual atendeu aos preceitos éticos da Resolução n.º 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Foi aprovado no Comitê

de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Antônio Pedro da Universidade Federal Fluminense (CEP/HUAP/UFF), sob o Parecer n.º 2.384.760.

RESULTADOS

Para melhor compreensão, há 03 dimensões de análise, as quais estão identificadas da seguinte forma: na Tabela 1, características sociodemográficas; na Tabela 2, pré-teste e pós-teste (drogas cardiотônicas e

suas interações; e drogas/ interações/ efeitos) e no Gráfico 1, a intervenção educativa (aspectos quantitativos e qualitativos).

A Tabela 1 apresenta os dados das características sociodemográficas dos técnicos de enfermagem, onde observa-se a predominância do sexo feminino (70%), prevalência dos participantes na faixa etária igual e acima de 30 anos, o tempo de formação de 6 a 23 anos, a maioria (45%) com vínculo de estatúário e com atuação laboral no serviço noturno.

Tabela 1. Distribuição dos técnicos de enfermagem (n=20), segundo características sociodemográficas. Niterói, RJ, Brasil, 2018.

VARIÁVEIS	TÉCNICOS DE ENFERMAGEM (N=20) N (%)
Sexo	
Masculino	6(30%)
Feminino	14(70%)
Idade	
20 -29 anos	1(5%)
\geq a 30	19 (95%)

artigo

Borges, M.D.; Correia, D.M.S.; Hipólito, R.L.; Christovam, B.P.; Santo, F.H.E.; Debona, K.V.; Batista, D.C.S.; Pesquisa-ação com foco em cardiostônicos e interações para prática segura de enfermagem

Tempo de Formação	
5 a 23 anos	19 (95%)
≥ 24 anos	1(5%)
Tempo de Trabalho no HUAP	
1 mês a 5 anos	17 (85%)
6 a 17 anos	2 (10%)
18 a 25 anos	1(5%)
Horário de Trabalho	
Diarista	5(25%)
Plantão Diurno	6(30%)
Plantão Noturno	9(45%)
Vínculo Empregatício	
Estatutário	9(45%)
Temporário	5(25%)
CLT	6(30%)

A Tabela 2 representa o perfil de conhecimento dos técnicos de enfermagem em relação ao número de interações e a associação interação/efeito das 5 (cinco) drogas cardiostônicas de administração intravenosa na UTI.

Tabela 2. Perfil de conhecimento dos técnicos de enfermagem quanto as 5 (cinco) drogas cardiostônicas de administração intravenosa e suas interações e efeitos, Niterói, RJ, Brasil, 2018.

CARDIOTÔNICOS	TÉCNICOS DE ENFERMAGEM (N=20)							
	INSATISFATÓRIO (0)		REGULAR (<50%)		MEDIANO (≥50%)		SATISFATÓRIO (100%)	
	PRÉ (N) %	PÓS (N) %	PRÉ (N) %	PÓS (N) %	PRÉ (N) %	PÓS (N) %	PRÉ (N) %	PÓS (N) %
Noradrenalina								
Interações da droga	(1) 5%	(3) 15%	(13) 65%	(8) 40%	(3) 15%	(5) 25%	-	(3) 15%
Interação e efeito	-	-	(1) 5%	(8) 40%	-	-	-	-
Dobutamina								
Número de interações	(1) 5%	(2) 10%	(12) 60%	(7) 35%	(5) 25%	(8) 40%	-	(2) 10%
Interação e efeito	-	-	(3) 15%	(7) 35%	-	-	-	-
Nitroprussiato								
Número de interações	(11) 55%	(9) 45%	-	-	-	-	(8) 40%	(11) 55%
Interação e efeito	-	-	(7) 35%	-	-	(14) 70%	-	-
Nitroglicerina								
Número de interações	(14) 70%	(10) 50%	-	-	-	-	(2) 10%	(10) 50%
Interação e efeito	-	-	(3) 15%	-	-	(11) 55%	-	-
Amiodarona								
Número de interações	-	(2) 10%	(17) 85%	(9) 45%	(2) 10%	(5) 25%	-	(4) 20%
Interação e efeito	-	-	(1) 5%	(8) 40%	-	-	-	-

Nota: (n) = n° de técnicos de enfermagem.

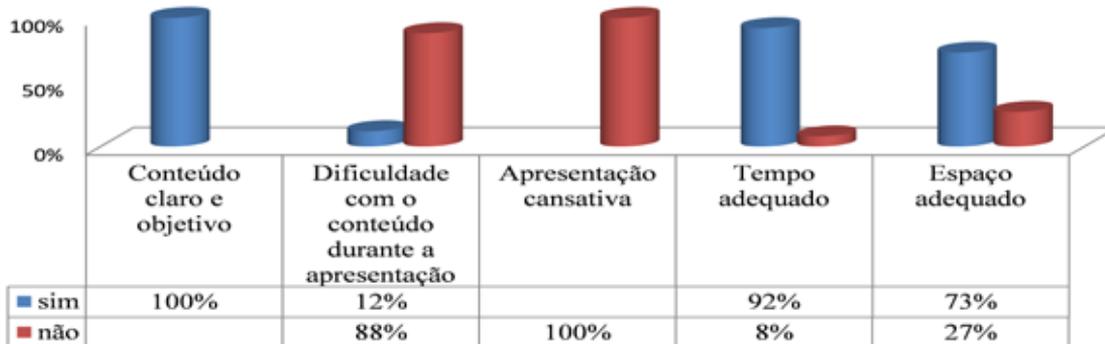
O Gráfico 1, aponta a avaliação feita pelos participantes da pesquisa após a intervenção educativa, na qual observaram-se aspectos positivos de forma pre-

dominante.

Por meio dos resultados obtidos com a intervenção educativa, foi elaborado um calendário fixo de minicurso tri-

mestral, cuja proposta foi direcionada à educação continuada da instituição, com o propósito de promover a atualização permanente do profissional. Para seu

Gráfico 1. Avaliação dos técnicos de enfermagem sobre o processo de intervenção educativa. Niterói, RJ, Brasil, 2018.



conteúdo, foram elaborados cinco eixos, a saber: interações medicamentosas na UTI; drogas cardiotônicas; interações de drogas cardiotônicas na UTI; efeitos correspondentes de cada interação; e segurança do paciente.

DISCUSSÃO

Inicialmente, vale ressaltar que todas as drogas desse estudo são prevalentes na assistência ao paciente de cuidados intensivos e o conhecimento das interações é de extrema importância para a segurança do paciente.

Segundo Arruda⁽⁸⁾, os fármacos vasoativos são utilizados em UTI nos diversos tipos de choques para melhoramento da estabilidade hemodinâmica quando a reposição hídrica isoladamente não consegue manter a pressão arterial média adequada. Apresentam altos riscos relacionados a efeitos deletérios quando administrados de forma inadequada ou em dosagem incorreta.

As drogas mais empregadas são as ca-

tecolaminas, também denominadas aminas vasoativas ou drogas simpatomiméticas. Dentre essas drogas, destacam-se: norepinefrina, adrenalina, dopamina, dopexamina, dobutamina e isoproterenol. Dispõe-se também de amiodarona e dos vasodilatadores nitroprussiato de sódio, nitratos, clorpromazina, prazosin, captopril, enalapril e bloqueadores de cálcio⁽⁹⁾.

Alguns aspectos devem ser considerados imprescindíveis durante o uso dessas drogas, incluindo cuidados no preparo, mas também na administração ao paciente, assim como na estabilidade das drogas. A infusão deve ser realizada de forma contínua, com controle rigoroso do fluxo, em acesso profundo e preferência destinada a uma via única. Além do mais, a observação dos efeitos colaterais no paciente é um ponto prioritário⁽¹⁰⁾.

Diante disso, destaca-se a necessidade do profissional ter conhecimento prático e, sobretudo, teórico para realização dessas ações, de modo a minimizar a possibi-

lidade da ocorrência de erros no preparo e administração de medicamentos⁽¹¹⁾.

O perfil do nível de conhecimento dos técnicos de enfermagem sobre os cardiotônicos e as respectivas drogas de interação

Observa-se que o resultado de insatisfatório nos dois momentos de avaliação, em relação a maior parte dos cardiotônicos, é preocupante, tendo em vista que essas drogas são comumente administradas em UTI necessitando do conhecimento fidedigno do fármaco. Todavia, em relação a essa categoria, a porcentagem de profissionais que obtiveram grau insatisfatório reduziu 10% e 20% para as drogas nitroprussiato e nitroglicerina, respectivamente.

Contudo, observando a categoria do grau satisfatório, nota-se que para todos os cinco cardiotônicos houve uma melhoria do pré-teste para o pós-teste, principalmente em relação ao conhecimento da nitroglicerina com aumento de 40% de profissionais que acertaram a droga de

interação desse cardiotônico.

Do ponto de vista profissional, a equipe de enfermagem tem atuação singular na prevenção das interações medicamentosas (IM), é imprescindível, entretanto, que tenha conhecimento e saiba identificar as possíveis IM para não expor os pacientes a situações indesejadas⁽¹²⁾.

Um estudo⁽¹³⁾ evidenciou que existe uma lacuna no conhecimento sobre as interações medicamentosas e chamou a atenção para a necessidade de informação a respeito dos medicamentos comumente administrados na UTI. O mesmo estudo revelou ainda que, apesar da insatisfação na formação acadêmica, os profissionais têm interesse em adquirir novos conhecimentos e essa condição representa um diferencial positivo na atuação da enfermagem⁽¹³⁾.

Portanto, nota-se a importância da abordagem do conteúdo no dia a dia do profissional, promovendo novos saberes e estimulando uma prática segura ao paciente.

O perfil do nível de conhecimento dos técnicos de enfermagem sobre os cardiotônicos de uma (01) droga de interação e o efeito correspondente

Os resultados mostram que a categoria de grau de satisfação regular obteve resultados mais significativos em relação ao conhecimento dos técnicos de enfermagem sobre a droga de interação e o efeito, com aumento da porcentagem de técnicos de enfermagem nessa categoria em 35%, 20% e 35% em relação as drogas noradrenalina, dobutamina e amiodarona.

Um estudo⁽¹⁴⁾ realizado para avaliar o conhecimento da enfermagem da UTI, unidade semi-intensiva, hemodiálise e pronto-socorro, com relação às catecolaminas de infusão contínua demonstrou que os profissionais possuem conhecimento elevado sobre o referido assunto, contudo, superficial sobre fármacos específicos, desconhecendo pontos importantes da farmacologia.

Outro estudo⁽¹⁵⁾ salienta que o profissional de enfermagem necessita ter

Ademais, destaca-se que a compreensão da relação entre riscos, características dos cuidados à saúde e aporte da rede hospitalar podem fornecer à enfermagem elementos importantes para promover a qualidade da assistência. Embora esses riscos para a enfermagem venham sendo abordados amplamente na literatura, é importante conhecer como são percebidos e avaliados pelos profissionais implicados na assistência direta ao paciente⁽¹⁷⁾.

propriedade em farmacodinâmica e farmacocinética para que possa identificar e monitorar adequadamente os efeitos dos medicamentos, além de suas das associações, prevenindo consequências desnecessárias ao paciente.

Diante da complexidade dos esquemas múltiplos de medicamentos, a que os pacientes de UTI são submetidos, o papel do enfermeiro é essencial para auxiliar no diagnóstico das IM e minimizar o impacto negativo das mesmas na UTI, além de orientar os técnicos de enfermagem sobre os possíveis efeitos, traçando cuidados essenciais ao paciente⁽¹⁴⁾.

Intervenção educativa

A intervenção pertence a um processo interativo intencional situado temporal, espacial e socialmente, com um ou diversos sujeitos implementando condições julgadas as mais adequadas possíveis para favorecer os processos de aprendizagem apropriados. Sua finalidade é a modificação, tida como benéfica, de um processo, de uma situação socio-educativa ou a aquisição de saberes e de conhecimentos⁽¹⁶⁾.

Ademais, destaca-se que a compreensão da relação entre riscos, características dos cuidados à saúde e aporte da rede hospitalar podem fornecer à enfermagem elementos importantes para promover a qualidade da assistência. Embora esses riscos para a enfermagem venham sendo abordados amplamente na literatura, é importante conhecer como são percebidos e avaliados pelos profissionais implicados na assistência direta ao paciente⁽¹⁷⁾.

Por fim, pode-se inferir que os resultados do pré e pós-teste, quando utilizados para a gestão do cuidado, poderão trazer benefícios e subsídios para a implementação de uma cultura assistencial cada vez mais segura.

CONCLUSÃO

Os resultados apontam que no pré-teste, o grau de conhecimento insatisfatório foi maior que no pós-teste. Contudo, por meio da análise dos pós-

-testes, observou-se que a intervenção educativa proporcionou um aperfeiçoamento do conhecimento dos profissionais de enfermagem. Além disso, os resultados provenientes da intervenção apontam para a importância de estratégias alternativas para a educação permanente no contexto hospitalar, pois é imprescindível que o profissional de enfermagem seja incentivado e esti-

mulado a buscar conhecimentos para sua prática assistencial com o intuito de promover um cuidado de qualidade e seguro para o paciente. Cabe aos gestores incentivar e proporcionar capacitação dos profissionais de saúde de todas as áreas em diversos aspectos, construindo equipes qualificadas e estimuladas. Entretanto, deve-se ainda atentar para a formação do profissional

enquanto acadêmico, pois as bases no ensino são construídas nesse momento, influenciando atividades futuras já como profissionais. É importante que haja uma articulação entre serviços no ambiente hospitalar, proporcionando ações de educação continuada, contribuindo para a promoção da segurança do paciente, assim como para a propagação das atualizações temáticas. ■

REFERÊNCIAS

- Iyer SV, Harpaz R, LePendu P, Bauer-Mehren A, Shah NH. Mining clinical text for signals of adverse drug-drug interactions. *J Am Med Inform Assoc*. 2014; 21(2):353-62.
- Carvalho REFL, Reis AMM, Faria LMP, Zago KSA, Cassiani SHB. Prevalência de interações medicamentosas em unidades de terapia intensiva no Brasil. *Acta paul. enferm*. [Internet]. 2013 [cited 2019 June 09]; 26(2):150-157. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002013000200008&Ing=en.
- Rocha PCF, Mota OS, Oliveira CIBF. Prevalência de potenciais interações medicamentosas em uma unidade de terapia intensiva de Manaus- AM. *Rev Bras Farm*. 2014; 95(3): 909-923.
- Moreiral APA, Escudeiro CL, Christovam BP, Silvino ZR, de Carvalho MF, da Silva RCL. Uso de tecnologias na terapia intravenosa: contribuições para uma prática mais segura. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2017 [acesso em 2018 jul 24] mai-jun;70(3):623-9. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n3/pt_0034-7167-reben-70-03-0595.pdf.
- Gimenes AHS, Baroni MMF, Rodrigues PJN. Interações medicamentosas potenciais em unidade de terapia intensiva adulto de um hospital público estadual. *Rev. Bras. Farm. Hosp. Serv. Saúde São Paulo* [Internet]. 2014 out./dez. [acesso em 2018 jul 24]; 5(4):19-24. Disponível em: <http://www.sbrafh.org.br/rbfhss/public/artigos/2014050404000607BR.pdf>.
- Silva GM, Seiffert OMLB. Educação continuada em enfermagem: uma proposta metodológica. *Rev bras enferm* [Internet]. 2009 [acesso em 2018 jan 15]; 62(3): 362-6. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000300005.
- Carmerini FG, Silva LD, Mira AJM. Ações de enfermagem para administração segura medicamentos: uma revisão integrativa. *R pesq cuid fundam online*. 2014; 6(4):1655-65.
- Arruda LO. Uso de drogas vasoativas em pacientes da UTI - Adulto. Universidade Estadual da Paraíba. Campina Grande, Campina Grande. 2015.
- Koerich M, Prado ND. Riscos, danos e eventos adversos na administração de drogas vasoativas em terapia intensiva: Revisão sistemática sem metanálise. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, Florianópolis. 2012.
- Melo E, Cavalcante H, Marques A, Ferreira R, Abreu M, Lima V, Garces T. Nurses on knowledge vasoactive drugs used in critical patients. *Journal of Nursing UFPE on-line* [Internet]. 2016 [acesso em 2018 jul 24]; 10(8):2948-2955. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v10i8a11364p2948-2955-2016>.
- Freitas JMS, Monteiro AB, Silva B, Andrade FLM, Ferreira JA. Cuidados de enfermagem ao paciente crítico na administração e controle de drogas vasoativas. Congresso Brasileiro de Ciências da Saúde, 2017.
- Mauro MYC, Paz AF, Mauro CCC, Pinheiro MAS, Silva VG. Condições de trabalho da enfermagem nas enfermarias de um hospital universitário. *Esc Anna Nery Rev Enf* [Internet]. 2010 [acesso em 2018 fev 11]; 14(1):13-18. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452010000200006&script=sci_abstract&Ing=pt.
- Rocha FCS, Teixeira R, Martins ERC, Francisco MTR. A interação medicamentosa em clientes internados e sua relação com o aprazamento. *Revista Interdisciplinar da Universidade Veiga de Almeida* [Internet]. 2016 [acesso em 2018 fev 07]; 45-58. Disponível em: <https://slidex.tips/download/a-interacao-medicamentosa-em-clientes-internados-e-sua-relacao-com-o-aprazamento>.
- Faria LMP, Cassiani SHB. Interação medicamentosa: conhecimento de enfermeiros das unidades de terapia intensiva. *Acta paul. enferm*. [Internet]. 2011 [cited 2019 June 10]; 24(2):264-270. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002011000200017&Ing=en.
- Moreira DAR, Habib RG. Tratamento da fibrilação atrial na sala de emergência. *Rev Ciênc Saúde* [Internet]. 2011 [acesso em 2018 jan 08]; 1(1): [aproximadamente 14 telas]. Disponível em: http://200.216.240.50:8484/rcsfmit/ojs-2.3.3-3/index.php/rcsfmit_zero/article/view/23.
- Lenoir Y. A intervenção educativa, um construto teórico para analisar as práticas de ensino. *Educativa*. 2011; 14(1):9-38.
- Oliveira RM, Leitão ILMTA, Silva LMS, Figueiredo SV, Sampaio RL, Gondim MM. Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2014 [acesso em 2017 dez 20]; 18(1):122-129. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452014000100122&script=sci_abstract&Ing=pt.

Perfil dos pacientes submetidos ao cateterismo cardíaco

RESUMO

Objetivo: Descrever o perfil clínico-epidemiológico de pacientes submetidos ao cateterismo cardíaco. **Métodos:** estudo quantitativo realizado com pacientes submetidos ao cateterismo cardíaco em um serviço de hemodinâmica em Minas Gerais durante os meses de março de 2017 a março de 2018. Os dados foram coletados por meio de entrevistas e registros dos pacientes e analisados pelo Statistical Package Software for Social Sciences. **Resultados:** Participaram do estudo 89 pacientes. O perfil clínico e epidemiológico dos pacientes foi: idade média de 71 anos, maioria do sexo masculino, com excesso de peso, dislipidemia, hipertensão arterial sistêmica, que faz ou fez uso de álcool e/ou tabaco. A via de acesso principal utilizada para o exame foi a artéria femoral e a maioria apresentou algum tipo de lesão nas artérias coronárias. **Conclusão:** pacientes com doenças crônicas, como a hipertensão, apresentaram maior frequência de lesões ateroscleróticas nas artérias coronárias, reforçando a importância da prevenção primária da doença.

DESCRITORES: Perfil de Saúde; Doença da Artéria Coronária; Cateterismo Cardíaco.

ABSTRACT

Objective: Describe the clinical epidemiological profile of patients undergoing coronary angiography. **Methods:** A quantitative study was performed with patients undergoing coronary angiography at a hemodynamic service in Minas Gerais during the months of March 2017 to March 2018. Data were collected through interviews and patient records and analyzed by Statistical Package Software for Social Sciences. **Results:** 89 patients participated in the study. The clinical and epidemiological profile of the patients was: mean age of 71 years, most of them male, overweight, dyslipidemia, systemic arterial hypertension, who make or use alcohol and/or tobacco. The main access route used for the examination was the femoral artery and most had some type of lesion in the coronary arteries. **Conclusion:** patients with chronic diseases, such as hypertension, presented a higher frequency of atherosclerotic lesions in the coronary arteries, reinforcing the importance of the primary prevention of the disease.

DESCRIPTORS: Health Profile; Coronary Artery Disease; Cardiac Catheterization.

RESUMEN

Objetivo: Describir el perfil clínico epidemiológico de pacientes sometidos a la cateterismo cardíaco. **Métodos:** estudio cuantitativo realizado con pacientes sometidos a la cateterismo cardíaco en un servicio de hemodinâmica en Minas Gerais durante los meses de marzo de 2017 a marzo de 2018. Los datos fueron recolectados por medio de entrevistas y registros de los pacientes y analizados por el Statistical Package Software for Social Sciences. **Resultados:** Participaron del estudio 89 pacientes. El perfil clínico y epidemiológico de los pacientes fue: edad media de 71 años, mayoría del sexo masculino, con sobrepeso, dislipidemia, hipertensión arterial sistêmica, que hace o ha hecho uso de alcohol y/o tabaco. La vía de acceso principal utilizada para el examen fue la arteria femoral y la mayoría presentó algún tipo de lesión en las arterias coronarias. **Conclusión:** pacientes con enfermedades crônicas, como la hipertensión, presentaron mayor frecuencia de lesiones ateroscleróticas en las arterias coronarias, reforzando la importancia de la prevención primaria de la enfermedad.

DESCRIPTORES: Perfil de Salud; Enfermedad de la Artéria Coronaria; Cateterismo Cardíaco.

Monielly Belmock Hemerly

Enfermeira pela Universidade Federal de Viçosa (UFV)

Andréia Guerra Siman

Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Professora adjunta do Departamento de Medicina e Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa (UFV)

Andyara do Carmo Pinto Coelho Paiva

Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ. Professora da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF)

Luciane Ribeiro

Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Professora assistente do Departamento de Medicina e Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa (UFV)

Marilane de Oliveira Fani Amaro

Doutora em Biologia Celular e Estrutural pela Universidade Federal de Viçosa (UFV). Professora adjunta III do Departamento de Medicina e Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa (UFV)

Nicoli Souza Carneiro

Enfermeira pela Universidade Federal de Viçosa (UFV)

Flávia Batista Barbosa de Sá Diaz

Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Professora assistente do Departamento de Medicina e Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa (UFV)

INTRODUÇÃO

A Doença da Artéria Coronária (DAC) é a doença cardiovascular (DCV) de maior morbidade e mortalidade no Brasil⁽¹⁾. A DAC é caracterizada pela ocorrência de manifestações isquêmicas que são resultantes do processo de aterosclerose que acontece no interior das artérias⁽²⁾, desencadeado como resposta a uma agressão sofrida pelo endotélio vascular exposto a fatores de risco (modificáveis ou não) como a hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus (DM), dislipidemia, substâncias químicas como o tabaco, estresse e, ainda, fatores genéticos e agentes infecciosos^(2,3).

Essa agressão tem como consequência a perda das funções de proteção do endotélio vascular (disfunção endotelial), favorecendo o crescimento da placa de ateroma no interior do vaso e a diminuição na liberação de óxido nítrico, que possui função vasodilatadora. Consequentemente, o tônus arterial e o fluxo sanguíneo diminuirão, causando isquemia tecidual^(3,4). A isquemia tecidual pode evoluir para necrose tecidual do miocárdio causando o quadro de Infarto Agudo do Miocárdio - IAM⁽⁴⁾.

Para identificar e diagnosticar precocemente a DAC, é indicada a realização do cateterismo cardíaco. Trata-se de um procedimento invasivo, realizado no setor de Hemodinâmica, que visa a avaliação direta das artérias coronárias, possibilitando mensurar a severidade das lesões encontradas, direcionando o melhor tratamento e prevenindo complicações da doença⁽⁵⁾.

Considera-se lesão grave os casos de estenose $\geq 50\%$ do diâmetro em artérias do tronco da coronária esquerda (TCE) ou $\geq 70\%$ para as demais artérias coronárias^(6,7).

Devido ao elevado número de indivíduos acometidos por DCV, em especial a DAC, e por esta se configurar um problema de saúde pública, é de extrema relevância conhecer o perfil clínico-epidemiológico dos pacientes que são submetidos ao cateterismo cardíaco, para que estas informações possam direcionar as políticas públicas e os profissionais de saúde a desempenharem suas ações de promoção e prevenção. Vale ressaltar que a identificação e o tratamento precoce das lesões encontradas no cateterismo cardíaco podem diminuir a ocorrência de desfechos desfavoráveis, como o IAM^(8,9).

Sabe-se que o enfermeiro, como parte integrante da equipe de saúde e do serviço de hemodinâmica, desenvolve papel primordial na prestação de cuidados a pessoas com DCV. Ele atua no processo de educação em saúde e no desempenho de intervenções terapêuticas de prevenção dos fatores de riscos aos quais a população está exposta, contribuindo assim para relevantes mudanças no estilo de vida em prol de uma longevidade saudável⁽¹⁰⁾.

Estudos^(5,11) que buscaram conhecer o perfil de pacientes submetidos ao cateterismo cardíaco demonstraram que identificar os principais fatores de risco associados ao desenvolvimento de lesões ateroscleróticas pode auxiliar a equipe de saúde a desenvolver ações voltadas à prevenção das mesmas.

Diante do exposto, o presente estudo teve como objetivo conhecer o perfil clínico-epidemiológico de pacientes submetidos ao cateterismo cardíaco em um serviço de Hemodinâmica de um hospital de ensino da Zona da Mata Mineira.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo quantitativo, observacional e transversal realizado no serviço de hemodinâmica de um hospital de ensino da Zona da Mata Mineira. Os dados foram coletados durante os meses de março de 2017 a março de 2018 utilizando um instrumento construído pelas pesquisadoras (questionário) e o prontuário do paciente. O instrumento de coleta de dados foi aplicado no dia do procedimento através de entrevista em algum momento do transoperatório.

Os participantes foram selecionados por meio de amostragem não probabilística. Foram incluídos no estudo pacientes submetidos ao procedimento de cateterismo cardíaco com idade superior a 18 anos e que aceitaram responder ao questionário da pesquisa. Foram excluídas pacientes gestantes. Participaram do estudo 89 pacientes.

Foram analisadas as seguintes variáveis: Sociodemográficas: idade, sexo, raça/cor, estado civil, escolaridade e profissão; Perfil clínico do paciente submetido ao cateterismo cardíaco: peso, altura, Índice de Massa Corporal (IMC) (baixo peso, eutrófico, sobrepeso, obesidade I, obesidade II, obesidade III), presença de doenças crônicas (HAS, DM tipo 1, DM tipo 2, insuficiência renal

crônica em hemodiálise, coronariopatias/cardiopatias, dislipidemia e câncer), realização de procedimentos prévios (cirurgia de revascularização do miocárdio (CRM), cateterismo cardíaco e angioplastia coronária), etilismo, tabagismo, medicações de uso contínuo (anti-hipertensivos, diuréticos, dilatadores dos vasos coronários, antidiabéticos e insulinas, antiarrítmicos, antilipêmicos, digitálicos antiagregantes plaquetários e anticoagulantes); Caracterização do cateterismo cardíaco: tipo de procedimento (eletivo ou de emergência), dor torácica anterior ao procedimento (presente ou ausente), tempo de dor (menos de 12 horas ou mais de 12 horas), via de abordagem do procedimento (femoral, radial ou braquial)

e resultados do cateterismo (presença de lesão, número de artérias acometidas, artérias acometidas, severidade das lesões e presença de stent, estenose e circulação colateral); e Pós-operatório do Cateterismo Cardíaco: alta, transferência e setor de transferência.

Os dados foram organizados e tabulados no Microsoft Office Excel 2016 e analisados através da estatística descritiva utilizando o software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 22. As variáveis contínuas foram apresentadas sob a forma de média e o desvio padrão e as variáveis categóricas através das frequências absoluta e relativa.

Em conformidade com a Resolução n.º 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde

- CNS(12), este estudo respeitou os aspectos ético-legais, recebendo parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa (CEP/UFV) sob parecer n.º 1.890.562. Essa pesquisa é parte integrante de um projeto maior sobre a referida temática.

RESULTADOS

Participaram do estudo 89 pacientes, sendo a maioria do sexo masculino (55,1% ou n=49), com idade média de 71 anos (mínima= 43, máxima= 94, desvio padrão (DP)= 11,25 anos). As demais características sociodemográficas dos participantes investigadas neste estudo estão descritas na Tabela 1.

Tabela 1. Distribuição das características sociodemográficas dos participantes do estudo. Zona da Mata Mineira, MG, Brasil, 2017-2018

VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS	N	%
Cor/raça autodeclarada		
Negra	4	4,5
Mulata	4	4,5
Parda	31	34,8
Branca	50	56,2
Total	89	100
Escolaridade		
Analfabeto	8	9,0
Ens. Fundamental incompleto	48	53,9
Ens. Fundamental	11	12,4
Ens. Médio incompleto	1	1,1
Ens. Médio	10	11,2
Superior incompleto	2	2,2
Superior	4	4,5
Pós-graduação	4	4,5
Seminformação	1	1,1
Total	89	100
Profissão		
Aposentado	48	53,9
Do lar	16	18
Outros	25	28,1
Total	89	100
Estado civil		
Solteiro	6	6,7

Casado	50	56,2
União estável	1	1,1
Separado	5	5,6
Viúvo	27	30,3
Total	89	100

Segundo classificação internacional que utiliza o IMC para classificar o estado nutricional dos indivíduos, 37% (n=33) eram eutróficos e outros 37% (n=33) apresentaram sobrepeso ou obesidade. Observou-se também que 95,5% (n=85)

dos participantes possuíam alguma doença crônica, com destaque para a HAS e dislipidemia, 90,6% (n=77) eram hipertensos e 42,3% (n=36) eram dislipidêmicos. A Tabela 2 apresenta a distribuição de doenças crônicas da amostra do estudo.

Verificou-se que 97,7% (n=87) dos pacientes faziam uso de alguma medicação contínua. A classe de fármacos mais utilizada foi a dos anti-hipertensivos (82,7%) seguida pelos antiagregantes plaquetários (58,6%), antilipêmicos (52,9%), diuré-

Tabela 2. Distribuição de doenças crônicas presentes nos participantes do estudo. Zona da Mata Mineira, MG, Brasil, 2017-2018

DOENÇA CRÔNICA	N	%
HAS	77	90,6
DM tipo 1	1	1,8
DM tipo 2	26	30,6
Insuficiência Renal Crônica em Hemodiálise	3	3,5
Coronariopatias/cardiopatias	15	17,6
Dislipidemia	36	42,3
Câncer	2	2,3

tics (49,4%), antidiabéticos (26,4%), dilatadores dos vasos coronários (25,3%), antiarrítmicos (17,2%), insulina (13,8%) e anticoagulantes (9,2%).

Com relação aos hábitos de vida dos participantes, 25,8% (n=23) relataram ser etilistas e 21,3% (n=19) ex-etilistas. A média do tempo de cessação do etilismo foi de 21,4 anos. Sobre o uso de tabaco, 14,6% (n=13) relataram ser tabagistas (média de

consumo de 14,2 cigarros por dia) e 33,7% (n=30) se declararam ex-tabagistas. Dentre os ex-tabagistas, obteve-se um tempo médio de cessação de 23,4 anos.

Foi evidenciado que 39,3% (n=35) dos participantes já haviam sido submetidos anteriormente ao cateterismo cardíaco e/ou a angioplastia coronária e/ou à CRM. Destes, 94,3% (n=33) haviam realizado o cateterismo cardíaco, 42,8% (n=15) re-

alizaram angioplastia coronária e 11,4% (n=4) passaram por CRM.

Observou-se neste estudo que 12,4% (n=11) dos participantes necessitaram realizar o cateterismo cardíaco em caráter de urgência devido à suspeita de IAM. Destes, 81,8% (n=9) pacientes apresentaram quadro clínico característico de dor torácica com menos de 12 horas de início antes do procedimento (Tabela 3).

Tabela 3. Caracterização do cateterismo cardíaco realizado pelos participantes do estudo. Zona da Mata Mineira, MG, Brasil, 2017-2018

CARACTERIZAÇÃO DO CATETERISMO CARDÍACO		N	%
Cateterismo de urgência	Sim	11	12,4
	Não	78	87,6
Presença de dor torácica	Sim	9	81,8
	Não	2	18,2
Tempo de dor	<12 horas	5	55,5
	> 12 horas	4	44,5

Dos 11 pacientes submetidos ao cateterismo de urgência, apenas cinco necessitaram de angioplastia coronária. Dos pacientes submetidos ao cateterismo eletivo, três evoluíram para angioplastia coronária imediatamente após o procedimento.

Quanto à via de abordagem do cateterismo cardíaco, 80,9% (n=72) dos acessos foram realizados pela artéria femoral e 19,1% (n=17) pela artéria radial. Ao analisar os laudos médicos do procedimento, verificou-se que 78,7% (n=70)

apresentaram lesão em artérias coronárias. Destes 70 laudos, 80% (n=56) apresentaram lesões multiarteriais e 20% (n=14) lesões uniarteriais (Tabela 4). Foi identificada circulação colateral em 9% (n=8) dos pacientes.

Tabela 4. Artérias coronárias acometidas e severidade das lesões diagnosticadas nos laudos médicos do cateterismo cardíaco. Zona da Mata Mineira, MG, Brasil, 2017-2018

ARTÉRIA CORONÁRIA	SEVERIDADE DA LESÃO	N	%
Artérioronária direita			
	Leve/discreta	13	29,5
	Moderada	11	25
	Grave	20	45,5
	Total	44	100
Artéria circunflexa			
	Leve/discreta	14	42,4
	Moderada	10	30,3
	Grave	9	27,3
	Total	33	100
Artéria descendente anterior			
	Leve/discreta	11	19,3
	Moderada	12	21,1
	Grave	34	59,6
	Total	57	100
Artéria descendente posterior			
	Leve/discreta	17	85
	Moderada	2	10
	Grave	1	5
	Total	20	100
Artéria diagonalis			
	Leve/discreta	16	72,7
	Moderada	2	9,1
	Grave	4	18,2
	Total	22	100
Tronco da coronária esquerda			
	Leve/discreta	2	66,7
	Moderada	0	0
	Grave	1	33,3
	Total	3	100
Lesão em ramos coronários			
	Sim	25	35,7

Não	39	55,7
Seminformação	6	8,6
Total	70	100

Também foi observado que 9% (n=8) dos participantes já possuíam stent coronário e todos estavam estenosados.

Foi verificado que 90% (n=63) das lesões identificadas no cateterismo cardíaco acometeram pacientes com HAS

(Tabela 5).

Do total da amostra, 69,6% (n=62) dos pacientes tiveram alta após realiza-

Tabela 5. Prevalência de lesões ateroscleróticas em participantes portadores de HAS. Zona da Mata Mineira, MG, Brasil, 2017-2018.

		PRESENÇA DE LESÃO		
		SIM	NÃO	TOTAL
HAS	Sim	63	14	77
	Não	7	5	12
Total		70	19	89

ção do procedimento tendo ficado em observação apenas no tempo preconizado pelo protocolo institucional do serviço para cada via de acesso, 6 horas para acesso femoral e 4 para acesso radial. Portanto, 22,6% (n=14) ficaram em observação por 4 horas e 77,4 (n=48) por 6 horas. Os demais pacientes (30,4% ou n=27) foram transferidos para algum setor hospitalar por necessitarem de internação prolongada, sendo que destes, 10 foram transferidos para Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

DISCUSSÃO

O perfil clínico-epidemiológico dos pacientes submetidos ao cateterismo cardíaco neste estudo foi de indivíduos do sexo masculino, brancos, com ensino fundamental incompleto, idade média de 71 anos, aposentados e casados. Grande parte dos participantes possuía sobrepeso, dislipidemia, HAS, relatou fazer ou já ter feito uso de álcool e/ou tabaco e já havia realizado o procedimento de cateterismo anteriormente.

Quanto ao procedimento propriamente dito, a principal via de acesso utilizada foi a artéria femoral e a

maioria dos participantes apresentava algum tipo de lesão nas artérias coronárias, sendo as lesões multiarteriais as mais prevalentes. Quanto à sua severidade, a artéria coronária mais acometida por lesões leves e/ou discretas foi a descendente posterior e por lesões moderadas e graves foi a descendente anterior. Após a realização do procedimento, a maior parte dos pacientes recebeu alta para o domicílio, respeitando-se o tempo mínimo de repouso obrigatório do serviço.

As características sociodemográficas encontradas neste estudo são similares às identificadas por outros autores^(8,13). Entretanto, outra pesquisa⁽¹¹⁾ semelhante identificou maior prevalência de indivíduos do sexo feminino e com idade média de 59 anos.

Corroborando com o que foi observado em alguns estudos^(5,13,14), as doenças crônicas mais prevalentes em pacientes submetidos ao cateterismo cardíaco foram HAS, dislipidemia e DM. Sabe-se que esses fatores de risco causam disfunção endotelial, favorecendo a inserção de lipoproteínas de baixa densidade (LDL) plasmáticas na íntima do vaso e, por essa ocorrer de forma proporcional

à disponibilidade das lipoproteínas no plasma, o indivíduo com valores lipídicos alterados (dislipidêmicos) tem maior susceptibilidade. Com a oxidação das LDLs, surgem moléculas de adesão responsáveis pela atração de monócitos e linfócitos que, após se diferenciarem em macrófagos, captam as LDLs oxidadas e dão início a formação e progressão da placa aterosclerótica. Alguns fatores, como a alteração da pressão arterial, podem ser responsáveis por ocasionar a ruptura dessa placa levando à formação de um trombo, causando um evento aterotrombótico que pode desencadear complicações como o IAM e o Acidente Vascular Cerebral- AVC⁽¹⁵⁾.

Houve nesse estudo um elevado uso da classe de medicações antiagregantes plaquetários pelos participantes. Essa classe medicamentosa tem um papel importante na patogênese dos eventos aterotrombóticos, sendo utilizada na prevenção primária e secundária desses agravos. Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), a utilização desses medicamentos tem grande relevância na diminuição da mortalidade por complicações cardiovasculares, entretanto, sua utilização mostrou-se mais

significativa como forma de prevenção secundária⁽¹⁶⁻¹⁸⁾.

A respeito dos hábitos de vida, notou-se que muitos participantes deste estudo fizeram ou relataram ainda fazer uso de álcool e/ou tabaco. É sabido que o tabagismo e o etilismo são fatores de risco para DCV^(19,20), assim sendo, faz-se necessária a realização de intervenções voltadas para mudanças do estilo de vida destes indivíduos e de seus familiares que, muitas vezes, possuem comportamentos semelhantes⁽²¹⁾.

Um estudo⁽²²⁾ sobre educação em saúde cardiovascular voltada para idosos realizada por meio de visita domiciliar trouxe a importância de se conhecer a realidade que o sujeito vivencia para embasar as atividades do enfermeiro. A pesquisa mostrou a eficácia das atividades educativas, pois elas são capazes de esclarecer dúvidas do paciente e familiares, auxiliar nas mudanças do estilo de vida, além de permitir uma melhor compreensão sobre a importância da prevenção dos fatores de risco.

Ficou evidenciado que alguns dos pacientes envolvidos nesta pesquisa já haviam sido submetidos a algum procedimento anteriormente, o que possivelmente indica que estes apresentaram novas lesões ou agravaram as lesões anteriormente encontradas. A reincidência de angina posterior à CRM ou à angioplastia pode estar relacionada com complicações agudas, desenvolvimento de novas lesões, estenose do stent ou reestenose, o que desencadeia a realização de um novo cateterismo⁽²³⁾.

No que diz respeito ao cateterismo cardíaco, assim como observado neste estudo, outros resultados^(24,25) também identificaram a utilização da via femoral como principal escolha para o procedimento entre os profissionais. A escolha da via se justifica pela maior facilidade para manipulação do profissional e por exigir menor treinamento do mesmo e maior rapidez no procedimento⁽²⁶⁾. Entretanto, foi evidenciado por outros estudos^(27,28) que o acesso radial tem benefícios mais expressivos que o femoral,

Ficou evidenciado que alguns dos pacientes envolvidos nesta pesquisa já haviam sido submetidos a algum procedimento anteriormente, o que possivelmente indica que estes apresentaram novas lesões ou agravaram as lesões anteriormente encontradas. A reincidência de angina posterior à CRM ou à angioplastia pode estar relacionada com complicações agudas, desenvolvimento de novas lesões[...]

incluindo menor tempo de internação hospitalar, ausência de restrição da deambulação, menor ocorrência de complicações vasculares e menor custo.

Foi evidenciado que as lesões coronárias mais prevalentes nos pacientes submetidos ao cateterismo cardíaco foram as multiarteriais. O Registro Angiocardiaco coletou dados de cinco diferentes centros do Estado de São Paulo no período de agosto de 2006 a janeiro de 2014, foram analisados 29.538 pacientes submetidos ao cateterismo cardíaco e destes, 16.320 (55,3%) apresentaram DAC e a maioria dos participantes (n=9.512 ou 58,3%) possuíam lesões coronárias multiarteriais, assim como os achados do presente estudo⁽²⁹⁾. Outra pesquisa⁽¹⁴⁾, realizada em um hospital terciário da capital de São Paulo com o objetivo de identificar perfis clínicos e angiográficos dos pacientes submetidos ao cateterismo cardíaco, também identificou alta prevalência de lesões coronárias multiarteriais na população investigada, sendo que dos 1.410 cateterismos cardíacos realizados, 46,4% apresentaram lesões coronárias multiarteriais.

Neste estudo, observou-se alta prevalência de lesões ateroscleróticas em pacientes hipertensos e, segundo a SBC, a HAS é considerada o mais importante fator de risco cardiovascular⁽³⁰⁾. Um estudo⁽³¹⁾ realizado no Rio Grande do Sul também encontrou relação significativa entre a ocorrência de DAC e HAS. Para analisar o risco de um indivíduo desenvolver DAC nos 10 anos seguintes, o Ministério da Saúde recomenda a realização da estratificação de risco cardiovascular na Atenção Básica por meio da utilização do Escore de Framingham, além de ressaltar a relevância da equipe multidisciplinar para o enfrentamento deste problema de saúde pública por meio de ações de prevenção, diagnóstico, monitoração e controle da HAS⁽³²⁾.

Portanto, as equipes de saúde dos diversos cenários possuem um papel fundamental na prevenção dos fatores de risco modificáveis e controle

daqueles não modificáveis, podendo influenciar na qualidade de vida da população⁽³³⁾.

Como limitações desta pesquisa destacam-se a dificuldade em coletar informações nos prontuários dos pacientes, o viés da memória dos participantes e a falta de conhecimentos dos mesmos sobre seu estado de saúde o que dificultou a coleta de dados durante a entrevista realizada no estudo. Outra limitação foi a utilização de um questionário não validado na coleta de dados desta pesquisa.

CONCLUSÃO

Este estudo forneceu dados referentes ao perfil clínico-epidemiológico de pacientes submetidos ao cateterismo cardíaco em um serviço de hemodinâmica, propiciando desta forma, conhecer os fenômenos de saúde/doença e os fatores condicionantes e determinantes dos indivíduos mais vulneráveis às doenças ateroscleróticas.

Observou-se que pacientes que apresentaram doenças crônicas, como a HAS, apresentaram maior frequência de lesões ateroscleróticas nas artérias

coronárias, reforçando a importância da equipe de enfermagem e demais profissionais envolvidos de realizarem a prevenção primária e secundária destas doenças em toda rede de atenção à saúde.

Sabe-se que atualmente existem vários programas e políticas públicas voltados para prevenção e controle das doenças ateroscleróticas e da HAS. Entretanto, faz-se necessário analisar se estes estão conseguindo alcançar os objetivos que propõem de forma efetiva e resolutiva, impactando assim na morbimortalidade destas doenças. ■

REFERÊNCIAS

1. SOCERJ. Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio de Janeiro. Manual de Prevenção Cardiovascular. 1. Ed. Rio de Janeiro: Planmark; 2017.
2. Fuchs FD. Prevenção Primária de Cardiopatia Isquêmica: medidas não medicamentosas e medicamentosas [Internet]. OPAS/OMS – Representação Brasil. [acesso em 15 jun 2018]. Disponível em https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&alias=1533-prevencao-primaria-cardiopatia-isquemica-medidas-nao-medicamentosas-e-medicamentosas-3&category_slug=serie-uso-racional-medicamentos-284&Itemid=965.
3. Ghisi, GLM, Durieux A, Pinho R, Benetti, M. Exercício físico e disfunção endotelial. *ArqBrasCardiol* [Internet]. 2010 [acesso em 10 jun 2018]; 95(5): e130-e137. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/abc/v95n5/v95n5a25.pdf>.
4. SOCERJ. Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio de Janeiro. Manual de Atualização e Conduta - Síndrome Coronariana Aguda (SCA). Rio de Janeiro: Planmark; 2015.
5. Sousa SM, Bernardino E, Vicelli RMM, Kalinowski CE. Perfil de pacientes submetidos ao cateterismo cardíaco: subsídio para prevenção de fatores de risco cardiovascular. *CogitareEnferm* [Internet]. 2014 Abr/Jun [acesso em 28 abr 2018]; 19(2):304-8. Disponível em <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/36984>.
6. SBC. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretriz da Doença Coronária Estável. *ArqBrasCardiol* [Internet]. 2014 [acesso em 14 jun 2018]; 103(2Supl.2): 1-59. Disponível em <http://www.arquivosonline.com.br/2014/10302/pdf/Doenca%20Coronaria%20Estavel.pdf>.
7. Costantini CRF, Ramires JA, Costantini CO, Denk MA, Tarbine SG, Santos MF et al. Estudo Comparativo entre Alterações de Perfusão e Achados Positivos da Reserva de Fluxo Coronariano. *ArqBrasCardiol* [Internet]. 2017 [acesso em 15 jun 2018]; 108(1):38-46. Disponível em http://www.arquivosonline.com.br/2016/aop/AOP_7755.pdf.
8. Lucena KDT, Peixoto EA, Deininger LSC, Martins VS, Bezerra ALA, Meira RMB. Assistência aos pacientes submetidos a cateterismo cardíaco em uma urgência hospitalar. *Rev enferm UFPE online*. 2016 jan. 10(1):32-9.
9. Organização Pan-Americana de Saúde. Doenças cardiovasculares [Internet]. Maio, 2017. [acesso em 10 jun 2018]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5253:doencas-cardiovasculares&Itemid=839.
10. Silva RS, Paixão GPN, Araújo, CM, Sena CD, Bitencourt IS. Estratégia de saúde da família: intervenções de enfermagem sobre os fatores de risco cardiovasculares. *Rev APS*. 2015 jul/set; 18(3):316-324.
11. Freitas EO, Nogueira RS, Stekel LMC, Bublitz S, Kirchhof R, Guido LA. Perfil de pacientes com doença arterial coronariana submetidos ao cateterismo cardíaco. *Rev Enferm UFSM*. 2013; 3(Esp.):679-688.
12. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. °466, de 12 de dezembro de 2012 [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2012 [acesso em 18 jun 2018]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html.
13. Braga DF, Silvano GP, Pereira TFF, Shuelter-Trevisol F, Trevisol DJ. Caracterização do perfil e complicações intra-hospitalares dos pacientes submetidos ao cateterismo cardíaco em um hospital terciário. *SciMed* [Internet]. 2017 [acesso em 2 jun 2018]; 27(1):ID24806. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/scientiamedica/ojs/index.php/scientiamedica/article/view/24806/15380>.

REFERÊNCIAS

14. Galon MZ, Meireles GCX, Kreimer S, Marchiori GGA, Favarato D, de Almeida JAP et al. Perfil Clínico-angiográfico na Doença Arterial Coronariana: Desfecho Hospitalar com Ênfase nos Muito Idosos. *ArqBrasCardiol* [Internet]. 2010 [acesso em 18 mai 2018]; 95(4): 422-429. Disponível em: <http://www.arquivosonline.com.br/2010/9504/pdf/9504002.pdf>.
15. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. *ArqBrasCardiol* [Internet]. 2017 [acesso em 16 jun 2018]; 109(2Supl.1):1-76. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v109n2s1/0066-782X-abc-109-02-s1-0001.pdf>.
16. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretrizes Brasileiras de Antiagregantes plaquetários e anticoagulantes em cardiologia. *ArqBrasCardiol* [Internet]. 2013 [acesso em 14 jun 2018]; 101(3Supl.3): 1-93. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v101n3s3/v101n3s3.pdf>.
17. Silva MVF, Dusse LMS, Vieira LM, Carvalho MG. Antiagregantes Plaquetários na Prevenção Primária e Secundária de Eventos Aterotrombóticos. *ArqBrasCardiol* [Internet]. 2013 [acesso em 16 jun 2018]; 100(6):e78-e84. Disponível em: <http://www.arquivosonline.com.br/2013/10006/pdf/10006018.pdf>.
18. Silva MVF, Ferreira KS, Loures CMG, Dusse LMS, Vieira LM, Assini AG et al. Aterotrombose e antiagregantes plaquetários. *Rev Bras Cardiol*. 2013;26(3):221-30.
19. Muniz LC, Schneider BC, da Silva ICM, Matijasevich A, Santos IS. Fatores de risco comportamentais acumulados para doenças cardiovasculares no sul do Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2012;46(3):534-42.
20. Silva EF, Laste G, Torres RL, Hidalgo MPL, Stroher R, Torres ILS. Consumo de álcool e tabaco: fator de risco para doença cardiovascular em população idosa do sul do Brasil. *Revista Saúde e Desenvolvimento Humano*. 2017 fev; 5(1): 23-33.
21. Coelho AC, Lopes JL, Santos VB, de Barros ALBL. Fatores de risco da doença arterial coronariana dos familiares conviventes de indivíduos com síndrome coronariana aguda. *Rev Min Enferm*. 2016; 20:e963.
22. Lima PA, Silva MGF, Ferreira JDF, Morais PCA, Maurício TF, Moreira RP. Atividades educativas sobre saúde cardiovascular para idosos em domicílio. *Rev enferm UFPE online*. 2017 nov; 11(11):4498-504.
23. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnível do Segmento ST. *ArqBrasCardiol* [Internet]. 2014 [acesso em 16 jun 2018]; 102(3Supl.1):1-61. Disponível em http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2014/Diretriz_de_IAM.pdf.
24. Dal Piva C, Vaz E, Moraes MA, Goldmeyer S, Linch GFC, Souza EN. Desconfortos Relatados Pelos Pacientes Após Cateterismo Cardíaco Pelas Vias Femoral ou Radial. *RevBrasCardiol Invasiva*. 2014; 22(1):36-40.
25. Soares MMS, Alencar FIL, Osterne LFA, Florêncio RS, Pessoa VLMP, Cestari VRF. Cateterismo cardíaco via femoral: descrição clínica e complicações associadas. *RevEnferm UFPE online*. 2017 mar; 11(Supl. 3):1473-80.
26. Espírito Santo CVA, de Melo PHC, Takimura CK, Campos CAHM, Horta PE, Sparadaro AG et al. Tendências da Utilização da Via de Acesso Transradial em Mais de Uma Década: A Experiência do InCor. *RevBrasCardiol Invasiva*. 2014; 22(2):120-4.
27. Dall'Orto CC, Lopes RPF, Alcântara CT, Cisari G, Marques AS, Perea JCC et al. Intervenção Coronária Percutânea por Acesso Transradial em Pacientes Idosos vs. Não-Idosos. *RevBrasCardiol Invasiva* [Internet]. 2013 [acesso em 17 mai 2018]; 21(1):36-42. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbci/v21n1/09.pdf>.
28. Carvalho AS, Calé R, Gonçalves PA, Vinhas H, Raposo L, Teles R et al. Fatores Preditivos da Conversão de Acesso Radial em Femoral no Cateterismo Cardíaco. *Arq. Bras. Cardiol* [Internet]. 2015 [acesso em 16 maio 2018]; ahead print. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/abc/2015nahead/pt_0066-782X-abc-20150017.pdf
29. Cantarelli MJC, Castello Jr HJ, Gonçalves R, Gioppato S, Guimarães JBF, Ribeiro EKP et al. Preditores independentes de doença arterial coronária multiarterial: resultados do Registro Angiocardio. *RevBrasCardiol Invasiva*. 2015; 23(4):266-270
30. Sociedade Brasileira de Cardiologia. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. *ArqBrasCardiol* [Internet]. 2016 [acesso em 17 mai 2018]; 107(3Supl.3):1-83. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf.
31. Gus I, Ribeiro RA, Kato S, Bastos J, Medina C, Zaslavsky C et al. Variações na Prevalência dos Fatores de Risco para Doença Arterial Coronariana no Rio Grande do Sul: Uma Análise Comparativa entre 2002-2014. *ArqBrasCardiol* [Internet]. 2015 [acesso em 18 jun 2018]; ahead print. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/abc/2015nahead/pt_0066-782X-abc-20150127.pdf.
32. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica (BR). Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37)
33. Ribeiro AG, Cotta RMM, Ribeiro SMR. A Promoção da Saúde e a Prevenção Integrada dos Fatores de Risco para Doenças Cardiovasculares. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012; 17(1):7-17.

Uso da mobile health pelo agente comunitário de saúde na assistência neonatal

RESUMO

Objetivo: Analisar a produção científica acerca do uso da mobile health e a possibilidade do aprimoramento da assistência ao recém-nascido realizada pelo agente comunitário de saúde. **Método:** Trata-se de revisão integrativa da literatura, por meio de seleção dos artigos a partir dos seguintes critérios de inclusão: estar disponível nas bases de dados PUBMED, MEDLINE, Web of Science, SCOPUS ou CINAHL; apresentar os descritores MeSH Browser e Operador Booleano: "community health workers" "AND" "mobile health" "AND" "newborn"; e ter sido publicado entre os anos de 2009 e 2019. **Resultados:** Por meio da análise temática, emergiram duas categorias: "Uso da mobile health pelo agente comunitário de saúde e o aprimoramento da assistência ao recém-nascido"; e "Mobile health: potencial facilitador e de empoderamento do trabalho do agente comunitário de saúde". **Conclusão:** A mobile health já pode ser considerada uma ferramenta importante no aprimoramento da assistência realizada pelo agente comunitário de saúde ao recém-nascido.

DESCRITORES: Agente Comunitário de Saúde; Saúde Móvel; Recém-Nascido.

ABSTRACT

Objective: Analyze the scientific production about the use of mobile health and the possibility of improving newborn care by the community health agent. **Method:** This is an integrative literature review, by selecting the articles from the following: inclusion criteria: be available in the PUBMED, MEDLINE, Web of Science, SCOPUS or CINAHL databases; display the MeSH Browser and Boolean Operator descriptors: "community health workers" "AND" "mobile health" "AND" "newborn"; and was published between 2009 and 2019. **Results:** Through the thematic analysis, two categories emerged: "Use of mobile health by the community health agent and the improvement of newborn care"; and "Mobile health: potential facilitator and empowerment of the community health agent's work". **Conclusion:** Mobile health can already be considered an important tool in improving the assistance provided by the community health agent to the newborn.

DESCRIPTORS: Community Health Workers; Mobile Health; Newborn.

RESUMEN

Objetivo: analizar la producción científica sobre el uso de la salud móvil y la posibilidad de mejorar la atención del recién nacido por parte del agente de salud comunitario. **Método:** Esta es una revisión de literatura integradora, seleccionando los siguientes artículos: criterios de inclusión: estar disponibles en las bases de datos PUBMED, MEDLINE, Web of Science, SCOPUS o CINAHL; mostrar los descriptores del navegador MeSH y del operador booleano: "trabajadores de salud comunitarios" "Y" "salud móvil" "Y" "recién nacido"; y se publicó entre 2009 y 2019. **Resultados:** a través del análisis temático, surgieron dos categorías: "Uso de la salud móvil por parte del agente de salud de la comunidad y la mejora de la atención del recién nacido"; y "Salud móvil: posible facilitador y empoderamiento del trabajo del agente de salud comunitario". **Conclusión:** La salud móvil ya puede considerarse una herramienta importante para mejorar la asistencia brindada por el agente de salud comunitario al recién nacido.

DESCRIPTORES: Agentes Comunitarios de Salud; Salud Móvil; Recién Nacido.

Paolla Furlan Roveri

Mestranda no Programa de Pós-graduação em Enfermagem, da Universidade Estadual de Maringá.

Rafaela Ferreira de Oliveira

Mestranda no Programa de Pós-graduação em Enfermagem, da Universidade Estadual de Maringá.

Rosimara Oliveira Queiroz

Mestranda no Programa de Pós-graduação em Enfermagem, da Universidade Estadual de Maringá

Laura Miseu Matsuda

Professora Doutora no Programa de Pós-graduação em Enfermagem, da Universidade Estadual de Maringá.

André Estevam Jaques

Professor Doutor no Programa de Pós-graduação em Enfermagem, da Universidade Estadual de Maringá.

Ieda Harumi Higarashi

Professora Doutora no Programa de Pós-graduação em Enfermagem, da Universidade Estadual de Maringá.

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), 75% dos óbitos neonatais poderiam ser evitados em todo o mundo, com assistência de saúde de alta qualidade, sem que necessariamente esteja relacionada à alta tecnologia. Assim, com o intuito de diminuir o número de óbitos neonatais por causas evitáveis, promover assistência humanizada e holística ao bebê e o acompanhamento nos primeiros dias de vida, a OMS lançou em 2014, a estratégia “EVERY NEWBORN - An Action Plan To End Preventable Deaths”⁽¹⁾.

A estratégia propõe um roteiro de ações com soluções baseadas em evidências, como: assistência humanizada e holística, empoderamento das mães e familiares, capacitação dos profissionais da saúde e visita domiciliar na primeira semana de vida⁽¹⁾. A fim de solidificar e reforçar tal estratégia, a OMS em parceria com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) publicou em 2017, o relatório “Reaching the every newborn national 2020 milestones – country progress, plans and moving forward”⁽²⁾.

O relatório aborda experiências de baixo custo adotadas em vários países que demonstraram grande potencial para melhorar a qualidade da assistência e, conseqüentemente, a redução da mortalidade neonatal, tais como: a ampliação das competências dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) a fim de suprir as necessidades dos serviços de saúde e cuidados voltados para o recém-nascido (RN); e o uso da mobile health para coleta de dados, treinamento e empoderamento dos ACS durante a visita domiciliar realizada para o RN⁽²⁾.

Os termos “mobile health”, “mHealth” ou “saúde móvel” são adotados para designar o uso de dispositivos móveis de

comunicação, como smartphones (celulares) e tablets para fins de saúde. A mHealth pode ser utilizada para várias finalidades, como: promoção da saúde e prevenção de doenças, prestação de cuidados de saúde, supervisão dos profissio-

nais da equipe, coleta de dados e educação na saúde⁽³⁾.

Neste cenário, a figura do ACS aparece como importante protagonista das ações de saúde para o RN, elo principal entre população e serviço de saúde e ator primário na identificação de riscos e agravos na população da sua microárea. Vários estudos, em diversos países, estão sendo conduzidos com intuito de fortalecer a prática assistencial do ACS através do uso da saúde móvel⁽⁴⁾.

Frente ao exposto, o presente estudo possui como objetivo, analisar a produção científica acerca do uso da mobile health e a possibilidade do aprimoramento da assistência ao recém-nascido realizada pelo agente comunitário de saúde. A questão norteadora adotada para realização desta pesquisa foi: O uso da mobile health possibilita o aprimoramento da assistência ao recém-nascido realizada pelo agente comunitário de saúde?

METODOLOGIA

Trata-se de um trabalho que possui como método a revisão integrativa da literatura. A revisão integrativa da literatura é considerada como instrumento da Prática Baseada em Evidência (PBE), a qual contribui para a construção do conhecimento pautado na uniformidade e a sucessão da prática clínica de excelência⁽⁵⁾.

Algumas etapas compõem a construção da revisão integrativa: identificação do tema e seleção da questão do estudo; busca nas bases de dados digitais; estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão dos artigos encontrados; procura pelos textos na íntegra; definição das informações a serem extraídas dos trabalhos escolhidos; categorização e avaliação dos dados selecionados; análise dos resultados e a exposição dos mesmos⁽⁵⁾.

Para seleção dos artigos, adotaram-se

Trata-se de um trabalho que possui como método a revisão integrativa da literatura. A revisão integrativa da literatura é considerada como instrumento da Prática Baseada em Evidência (PBE), a qual contribui para a construção do conhecimento pautado na uniformidade e a sucessão da prática clínica de excelência⁽⁵⁾.

os seguintes critérios de inclusão: estar disponível nas bases de dados PUBMED, MEDLINE, Web of Science, SCOPUS ou CINAHL; apresentar os descritores MeSH Browser e Operador Booleano: “community health workers” “AND” “mobile health” “AND” “newborn”; e ter sido publicado entre os anos de 2009 e 2019. As buscas foram realizadas durante os meses de março a junho de 2019.

Foram levantados estudos realizados em todo o mundo abordando aspectos relevantes ao uso da mobile health pelos ACS na prática assistencial ao RN nos idiomas inglês, espanhol e português, publicados no período de 2009 a 2019, cujos artigos completos estivessem disponíveis e indexados nas bases de dados citadas acima. Excluíram-se os estudos com foco em outras práticas utilizadas na assistência, com abordagem no cuidado materno e outros tipos de publicação que não artigos científicos, como

teses, dissertações ou livros, além de artigos de revisão.

A etapa de busca nas bases de dados foi realizada por três pesquisadoras de forma independente, as quais realizaram a escolha inicial dos artigos a partir dos títulos e resumos obtidos na busca. Ao final da busca, as três pesquisadoras reuniram-se para expor seus resultados e resolver os casos de discrepância na seleção dos artigos, determinando assim, aqueles seriam incluídos na revisão.

Ao lançar os descritores previamente definidos nas bases de dados, foram localizados através da leitura dos títulos e resumos, cento e cinquenta e cinco artigos dos quais, cento e vinte e sete não atendiam ao objetivo proposto pelo presente estudo, resultando em vinte e oito artigos para o segundo momento da análise.

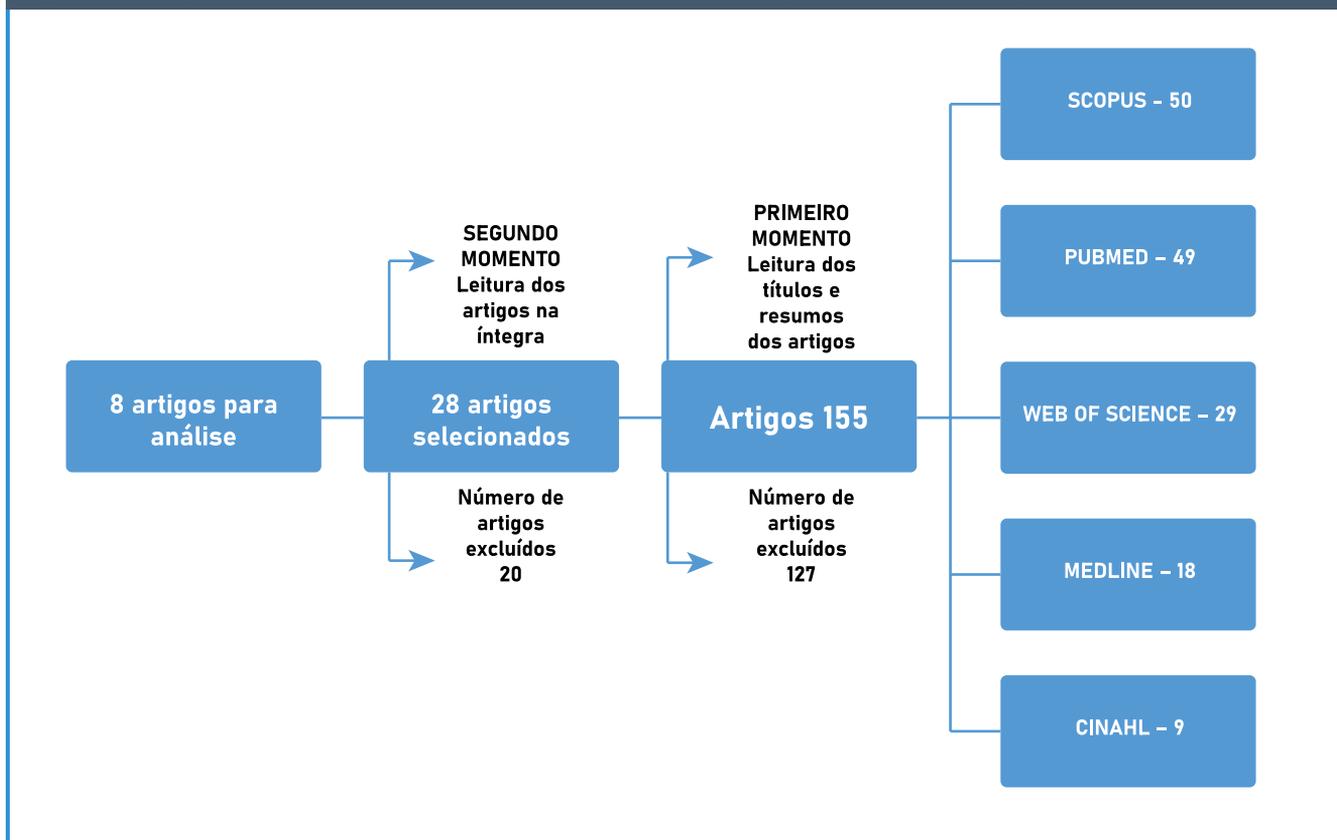
Após a leitura na íntegra dos textos, foram excluídos vinte estudos, dos quais: quatro eram projetos de estudo; quatro

abordavam sobre o processo de desenvolvimento, implantação e custos de um aplicativo; três tinham como sujeitos de pesquisa outros profissionais de saúde que não os ACS; cinco pautavam-se em testes de aplicativos voltados ao cuidado materno infantil, mas com foco na gestante e puérpera; dois utilizavam os dispositivos móveis apenas para realização de ligação para as mães, e não durante a visita domiciliar ao recém-nascido; e um constituía-se em resumo de evento científico. Deste processo, restaram oito artigos para análise final.

Figura 1, esquematiza através do fluxograma, esse processo de busca nas bases de dados digitais, a inclusão e exclusão dos artigos encontrados, e o resultado final de trabalhos elencados para análise.

Em seguida, realizou-se a confecção de um quadro para apresentação detalhada dos artigos selecionados e, posteriormente, procedeu-se a apresentação

Figura 1. Fluxograma com a descrição das etapas de obtenção dos artigos da revisão. Maringá, PR, Brasil, 2019.



dos resultados de forma descritiva em categorias criadas a partir da identificação de pontos semelhantes e conceitos-chave presentes nos estudos, conforme conduta metodológica proposta para a realização

da revisão integrativa da literatura⁽⁵⁾.

RESULTADOS

O Quadro 1 traz o detalhamento das

publicações que compõem o presente trabalho em relação a: base de dados onde foi encontrada, local e tipo do estudo, autores e ano do estudo, título, objetivo e resultados.

Quadro 1. Caracterização dos artigos revisados: bases de dados, local e tipo do estudo, autores e ano do estudo, título, objetivo e resultado. Maringá, PR, Brasil, 2019.

BASE DE DADOS	LOCAL E TIPO DO ESTUDO	AUTORES E ANO DO ESTUDO	TÍTULO	OBJETIVO	RESULTADOS
CINAHL	Uganda Qualitativo	AYIASI et al. 2015	Use of mobile phone consultations during home visits by Community Health Workers for maternal and newborn care : community experiences from Masindi and Kiryandongo districts, Uganda.	Explorar os benefícios maternos e neonatais percebidos pelo ACS, ao realizar a visita domiciliar para as mães e os bebês, realizando ligações telefônicas pelo celular, para profissionais de saúde de referência local, a fim de obter aconselhamento adicional.	A maioria das mulheres acompanhadas, e dos ACS, afirmaram que a intervenção melhorou o acesso à informação materna e neonatal; reduziu os custos de acesso aos cuidados de saúde e facilitou os encaminhamentos necessários.
PUBMED	Bihar Quantitativo	KAPHLE et al. 2015	Adoption and Usage of mHealth Technology on Quality and Experience of Care Provided by Frontline Workers: Observations From Rural India.	Avaliar se o uso da mobile health afeta a qualidade e a experiência dos cuidados maternos e neonatais prestados pelos ACS.	A qualidade e a experiência de cuidado com o bebê foram significativamente maiores com a utilização da mobile health.
SCOPUS	Andhra Pradesh Qualitativo	NGUYEN et al. 2015	Perceptions of data processes in mobile-based versus paper-based health information systems for maternal, newborn and child health: A qualitative study in Andhra Pradesh, India.	Entender os efeitos do uso da mobile health em comparação com a utilização do formulário de papel durante a visita domiciliar para a mãe e o bebê.	Os entrevistados observaram que os erros durante a coleta de dados foram reduzidos em tempo real através da mobile health, o que também reduziu a carga de trabalho dos ACS.
PUBMED	Uganda Ensaio Clínico	AYIASI et al. 2016	Effect of Village Health Team Home Visits and Mobile Phone Consultations on Maternal and Newborn Care Practices in Masindi and Kiryandongo , Uganda : A Community-Intervention Trial.	Mensurar o efeito da combinação da visita domiciliar feita pelo ACS com ligações telefônicas pelo celular, para profissionais de saúde de referência local, sobre as práticas de cuidado materno e neonatal.	Este estudo demonstrou que as visitas domiciliares combinadas com a consulta por telefone celular com profissionais de saúde, encorajaram as mulheres a fornecer melhor controle térmico e a praticar cuidados higiênicos no cordão umbilical para seus bebês, com maior frequência.

PUBMED	Bihar Descritivo	BALAKRISHNAN et al. 2016	Continuum of Care Services for Maternal and Child Health using mobile technology – a health system strengthening strategy in low and middle income countries.	Relatar o uso da mobile health pelo ACS, como uma estratégia de fortalecimento do sistema de saúde.	Demonstrou melhorias significativas na qualidade da prestação de serviços, na entrega dos relatórios, na eficiência do tempo de captura de informações e equidade na prestação do serviço de saúde.
WEB OF SCIENCE	Uttar Pradesh Experimental	PRINJA et al. 2017	Impact of m-health application used by community health volunteers on improving utilisation of maternal, new-born and child health care services in a rural area of Uttar Pradesh, India.	Avaliar o impacto da implantação de um aplicativo, em um projeto chamado “Redução da mortalidade Materna e Neonatal”, utilizado pelos ACS durante a visita domiciliar.	Foi encontrado um aumento estatisticamente significativo na cobertura das orientações e cuidados fornecidos para os recém-nascidos, quando o ACS utilizou a mhealth durante a visita domiciliar.
PUBMED	Tanzani Qualitativo	HACKETT et al. 2019	‘It makes you someone who changes with the times’: health worker and client perspectives on a smartphone-based counselling application deployed in rural Tanzania.	Avaliar se, e como, o aconselhamento do ACS através do uso da mobile health, influencia a percepção da qualidade do atendimento.	A mobile health pode influenciar positivamente as percepções da comunidade sobre o sistema de saúde e faz com que as mães tenham outro olhar em relação as orientações fornecidas pelo ACS.
PUBMED	Bangladesh Experimental	SCHAEFFER et al. 2019	Development and evaluation of a mobile application for case management of small and sick newborns in Bangladesh.	Testar a hipótese de que, os ACS que utilizaram o aplicativo contendo as mesmas informações do formulário de papel, avaliaram os recém-nascidos de forma mais completa e eficiente, quando comparados aos ACS que utilizaram os formulários de papel durante a visita domiciliar.	O uso do aplicativo pode ajudar os profissionais de saúde da linha de frente, a melhorar a conclusão da avaliação neonatal, a classificação de doenças e a adesão às diretrizes de manejo neonatal.

Fonte: Os autores

Quanto às características dos artigos, todos se apresentaram na língua inglesa, cinco foram realizados na Índia, e três em países da África. A data dos estudos se concentrou entre 2015 e 2019. Tais atributos destacam o caráter global e ino-

vador da temática, e uma coincidência com o período pós-lançamento da estratégia EVERY NEWBORN pela OMS.

DISCUSSÃO

Por meio da análise temática, emergiram duas categorias que foram foco das interpretações da revisão: “Uso da mobile health pelo agente comunitário de saúde e o aprimoramento da assistência ao recém-nascido”; e “Mobile health:

potencial facilitador e de empoderamento do trabalho do agente comunitário de saúde”.

Uso da mobile health pelo agente comunitário de saúde e o aprimoramento da assistência ao recém-nascido

A maioria dos estudos analisados evidenciou que o uso da saúde móvel durante a VD realizada pelo ACS ao neonato apresentou impactos sobre possibilidade de aumentar a quantidade e a qualidade dos cuidados ofertados ao bebê ao nascer, tendo em vista que a mHealth auxilia o profissional na tomada de decisões ao se deparar com situações de risco e agravos na saúde do bebê, como por exemplo, alteração nos sinais vitais, mudança na coloração da pele, inflamação do coto umbilical, entre outros⁽⁶⁻¹⁰⁾.

No trabalho realizado em Bangladesh, cada ACS levava consigo um celular com um aplicativo (app) instalado, contendo imagens das situações que os ACS poderiam encontrar no momento da visita domiciliar ao recém-nascido, como: o desenho de um bebê prematuro, a gravura de um bebê letárgico e a figura de um bebê apresentando retração intercostal. Abaixo de cada imagem, havia uma breve explicação sobre a situação apresentada e qual deveria ser a conduta do profissional diante de cada uma delas⁽⁶⁾.

O resultado do estudo demonstrou que, os ACS que usaram o App avaliaram o RN de forma mais assertiva, eficiente e completa, em comparação a aqueles que usaram formulários tradicionais de papel. O App também ajudou os ACS a reconhecer, e gerenciar, com maior facilidade, as situações de risco e agravos encontradas na visita, como a identificação de um bebê prematuro ou com baixo peso ao nascer⁽⁶⁾.

Em uma pesquisa conduzida em Bihar⁽⁷⁾, com a participação de 530 ACS que também utilizavam celulares com App instalado durante a VD, foram observadas melhorias significativas na qualidade da prestação dos serviços, na entrega dos relatórios, na otimização do

Consonante às demais pesquisas, a investigação sugere que a mHealth pode melhorar a assistência de saúde em locais com poucos recursos. Os resultados apontaram que os ACS demonstraram maior capacidade de orientar as mulheres sobre os cuidados neonatais usando a mobile health, em comparação à situações em que se utilizavam de formulários de papel, o que em última análise, melhora a continuidade e a qualidade dos cuidados prestados⁽⁹⁾.

tempo para coleta de dados e na equidade da assistência.

Deste modo, os autores⁽⁷⁾ ressaltam que o uso da mobile health pode ser considerado um reforço para o sistema de saúde e uma ferramenta importante para a assistência prestada à população em países subdesenvolvidos e em desenvolvimento, nos quais os recursos financeiros e humanos para a área da saúde são cada vez mais escassos.

Outra investigação conduzida em Bihar também associou a VD ao uso do App instalado no celular dos ACS, encontrando resultados muito semelhantes aos dos trabalhos anteriormente citados. Do mesmo modo, os pesquisadores⁽⁸⁾ ressaltam que a inclusão da mhealth para os trabalhadores da linha de frente pode ser uma estratégia potencial para fortalecer o sistema de saúde e melhorar a forma de assistir os indivíduos.

Assim como os estudos já apontados, o projeto desenvolvido em Uttar Pradesh obteve achados parecidos. A investigação contou com a participação de 259 ACS que utilizaram o celular com um App instalado durante a VD. O App trazia conteúdos com disponibilização de áudio e vídeo que eram relevantes para a assistência de saúde local, como: a identificação precoce de situações de risco materno e neonatal; e orientações para o encaminhamento rápido das gestantes, puérperas e neonatos com complicações⁽⁹⁾.

Consonante às demais pesquisas, a investigação sugere que a mHealth pode melhorar a assistência de saúde em locais com poucos recursos. Os resultados apontaram que os ACS demonstraram maior capacidade de orientar as mulheres sobre os cuidados neonatais usando a mobile health, em comparação à situações em que se utilizavam de formulários de papel, o que em última análise, melhora a continuidade e a qualidade dos cuidados prestados⁽⁹⁾.

No projeto desenvolvido em Uganda, os ACS realizaram a visita domiciliar combinada a ligações telefônicas para um profissional de saúde local de referência.

Toda vez que surgia alguma dúvida, ou tinham dificuldade para a resolução de um caso observado, os ACS ligavam para o profissional para obtenção de orientação especializada e auxílio⁽¹⁰⁾.

Entre os achados desse estudo, os pesquisadores destacaram a possibilidade de aprimoramento da assistência prestada ao RN através do uso do celular durante a VD, salientando que o uso da mHealth, possibilitou o aumento na quantidade e na qualidade das informações referentes ao cuidado neonatal, bem como na sensação de segurança dos ACS na tomada de decisão⁽¹⁰⁾.

Ao utilizar a saúde móvel durante a visita domiciliar, os ACS orientaram as mães mais frequentemente sobre a necessidade de fornecer cuidados adequados para o bebê, como: a realização do método mãe-canguru, a alimentação do bebê com copinho na ausência da mãe, a higienização adequada do coto umbilical, o aleitamento materno em livre demanda e o controle térmico adequado do bebê⁽⁶⁻¹⁰⁾.

Mobile health: potencial facilitador e de empoderamento do trabalho do agente comunitário de saúde

Observou-se na maioria dos artigos revisados, que a utilização da mHealth no cotidiano de trabalho viabiliza a substituição da prática convencional, na qual os profissionais coletam as informações em formulários de papel. Dessa forma, com o uso da saúde móvel, o profissional pode fazer a coleta de dados diretamente através do seu dispositivo móvel, eliminando a necessidade do uso de papel, economizando tempo e reduzindo o trabalho^(6-9,11,12).

Em pesquisa realizada em Bangladesh⁽⁶⁾ evidenciou-se o benefício do uso da mobile health durante as visitas domiciliares. O App instalado no celular dos ACS trazia lembretes, orientações, bem como mensagens educativas e de alerta, que auxiliavam os profissionais a fornecer informações mais precisas e a tomar decisões mais assertivas.

Os pesquisadores afirmaram tam-

bém que a mHealth foi importante para motivar os profissionais, já que, com o auxílio do celular, o trabalho passou a ser mais rápido e menos desgastante, pois não havia mais a necessidade de coletar os dados em formulários de papel para depois transcrevê-los para o computador⁽⁶⁾.

A investigação conduzida em Andhra Pradesh⁽¹¹⁾ demonstrou que o uso da saúde móvel melhorou a qualidade, a acessibilidade e o uso dos dados coletados. Segundo os autores, a mobile health possibilitou a integração de vários registros de papel em um sistema facilmente transportável para coleta de informações em tempo real. Deste modo, minimizou-se a carga administrativa de transmissão e processamento de dados, reduzindo os erros de entrada e aumentando a efetividade da atuação dos ACS, e de seus supervisores, em especial no que diz respeito à identificação de problemas desde o início da coleta de dados.

Outra descoberta dos investigadores foi que, com a disponibilidade dos painéis on-line e tabelas de dados que podem ser impressas, as informações coletadas por meio do App possibilitaram maior feedback da situação de saúde local para os membros da comunidade e gestores, do que quando coletadas através do uso de formulário de papel. Dessa forma, os autores ressaltam que as tecnologias de telefonia móvel podem melhorar os processos de informação de saúde em ambientes com poucos recursos⁽¹¹⁾.

Em um trabalho desenvolvido em Uganda, a utilização da mHealth facilitou e melhorou a assistência materna e infantil, proporcionando efetividade na coleta de dados e entrega de relatórios. Assim, o uso da mobile health impactou positivamente na prestação dos serviços de saúde à população, possibilitando que os profissionais realizassem a assistência ao recém-nascido com maior eficiência. Portanto, a mobile health passou a ser considerada um reforço para o sistema de saúde⁽¹²⁾.

O estudo realizado na zona rural da Tanzânia⁽¹³⁾ demonstrou que o uso

da saúde móvel melhorou o acesso aos cuidados maternos e neonatais, contribuindo para o engajamento social e emocional dos ACS. Tal engajamento, contribuiu para que os ACS ocupassem uma posição elevada dentro da comunidade, constituindo-se em incentivo à continuidade dos serviços comunitários por um período mais longo.

Os pesquisadores⁽¹³⁾ enfatizaram que a maioria dos ACS relatou se sentir mais confortável e preferir usar o aplicativo, achando-o mais rápido e preciso ao fornecer as recomendações, do que com o uso dos formulários de papel. A mHealth também auxiliou os ACS a identificar mais precisamente sinais de perigo neonatal e fatores de risco, como a prematuridade e a restrição do crescimento fetal.

Com o uso da mobile health, os ACS foram mais propensos a fornecer orientações adequadas relacionadas à alimentação e à regulação da temperatura corporal do bebê, como por exemplo, na indicação e implementação do método mãe-canguru. Em vários estudos, os ACS que utilizaram a mHealth em seu cotidiano de trabalho, relataram altos níveis de satisfação e confiança no uso da tecnologia para realizar encaminhamentos e orientações adequadas⁽⁹⁻¹³⁾.

Portanto, o uso da saúde móvel pelo ACS é visto como uma ferramenta para abordar e superar: as disparidades no acesso aos serviços de saúde; a insuficiência da infraestrutura de saúde nos países subdesenvolvidos e em desenvolvimento; a falta de recursos humanos para a saúde; o custo elevado de acesso à saúde; e as limitações na disponibilidade de recursos financeiros. A utilização da mobile health pode representar uma contribuição real para a obtenção de melhores resultados na assistência à saúde do neonato, durante a visita domiciliar realizada pelos ACS⁽⁶⁻¹³⁾.

CONCLUSÃO

A temática em questão é recente e inovadora, apontando ainda a necessidade de muitas pesquisas para que, de

fato, seja possível construir um corpo de evidências que estabeleçam os impactos positivos da mHealth sobre o cotidiano de trabalho dos ACS e, em especial, no que tange à assistência neonatal prestada por estes profissionais. Ademais, a maior divulgação destas possibilidades de intervenção se constitui em condição essencial, para estimular que mais pesquisadores se interessem e se aventurem na realização de estudos sobre o assunto.

A maioria das pesquisas analisadas

neste trabalho, já consideram a mobile health como uma ferramenta importante para superar vários entraves encontrados na assistência ao recém-nascido, como: as dificuldades no acesso aos serviços de saúde; a falta de infraestrutura e de recurso humanos; o custo elevado da saúde; e a escassez de recursos financeiros.

Portanto, é possível afirmar que o uso da mobile health torna real a possibilidade de: assistir ao recém-nascido de forma inovadora e mais eficiente e, conseqüentemente, contribuir para a re-

dução da morbimortalidade dessa clientela; otimizando o trabalho por meio da substituição de formulários de papel, reduzindo o retrabalho. Para além disso, a otimização do tempo dos profissionais, leva ao reconhecimento destes na realização de um bom trabalho; caracterizado pela melhoria na qualidade, quantidade e armazenamento dos dados coletados, pelo feedback mais rápido e adequado às necessidades de saúde local, com a participação efetiva dos gestores e da população assistida. ■

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Every Newborn: an action plan to end preventable deaths [Internet]. 2014 [acesso em 03 mar 2019]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/127938/9789241507448_eng.pdf?sequence=1.
2. World Health Organization. Reaching every newborn national 2020 milestones: country progress, plans and moving forward [Internet]. 2017 [acesso em 07 mar 2019]. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255719/9789241512619-eng.pdf?sequence=1>.
3. Waugaman A. From principle to practice: Implementing the Principles for Digital Development Perspectives and Recommendations from the Practitioner Community. Washington, DC: The Principles for Digital Development Working Group [Internet]; January 2016 [acesso em 28 mar 2019]. Disponível em: http://www.unicefstories.org/wp-content/uploads/2013/08/From_Principle_to_Practice.pdf.
4. Boulic SH. Compêndio mhealth, edição especial 2016: em grande escala [Internet]. May, 2016 [acesso em 28 mar 2019]. Disponível em: http://www.africanstrategies4health.org/uploads/1/3/5/3/13538666/2016_mhealth_final_cs6_pt_web_version.pdf.
5. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2008 Out-Dez [acesso em 28 mar 2019]; 17(4):758-64. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>.
6. Schaeffer, et al. Development and evaluation of a mobile application for case management of small and sick newborns in Bangladesh. BMC Medical Informatics and Decision Making [Internet]. 2019 [acesso em 25 jun 2019]; 19:116. Disponível em: <https://bmcmidinformedecismak.biomedcentral.com.ez433.periodicos.capes.gov.br/track/pdf/10.1186/s12911-019-0835->
7. Balakrishnan R, et al. Continuum of Care Services for Maternal and Child Health using mobile technology – a health system strengthening strategy in low- and middle-income countries. BMC Medical Informatics and Decision Making [Internet]. 2016 [acesso em 25 jun 2019]; 1–8. Disponível em: <https://bmcmidinformedecismak.biomedcentral.com.ez433.periodicos.capes.gov.br/track/pdf/10.1186/s12911-016-0326-z>.
8. Kaphle S, Chaturvedi S, Chaudhuri I, Krishnan R, Lesh N. Adoption and Usage of mHealth Technology on Quality and Experience of Care Provided by Frontline Workers: Observations from Rural India. JMIR Mhealth Uhealth [Internet]. 2015 [acesso em 14 mai 2019]; 3(2):e61. Disponível em: <https://mhealth.jmir.org/2015/2/e61/>.
9. Prinja S, et al. Impact of m-health application used by community health volunteers on improving utilization of maternal, new-born and child health care services in a rural area of Uttar Pradesh, India. Tropical Medicine and International Health [Internet]. 2017 Jul [acesso em 18 mai 2019]; 22(7):895–907. Disponível em: <https://onlinelibrary-wiley.ez433.periodicos.capes.gov.br/doi/epdf/10.1111/tmi.12895>.
10. Ayiasi RM, et al. Effect of Village Health Team Home Visits and Mobile Phone Consultations on Maternal and Newborn Care Practices in Masindi and Kiryandongo, Uganda: a Community-Intervention Trial [Internet]. 2016 [acesso em 14 mai 2019]; 1–19. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0153051>.
11. Nguyen LH, LeFevre AE, Jennings L, et al. Perceptions of data processes in mobile-based versus paper-based health information systems for maternal, newborn and child health: a qualitative study in Andhra Pradesh, India. BMJ Innov [Internet]. 2015 [acesso em 20 jun 2019]; 1:167–173. Disponível em: <https://innovations.bmj.com.ez433.periodicos.capes.gov.br/content/bmjinnov/1/4/167.full.pdf>.
12. Ayiasi RM, et al. Use of mobile phone consultations during home visits by Community Health Workers for maternal and newborn care: community experiences from Masindi and Kiryandongo districts, Uganda. BMC Public Health [Internet]. 2015 [acesso em 15 mai 2019]; 15:560. Disponível em: <https://bmcpubhealth.biomedcentral.com.ez433.periodicos.capes.gov.br/track/pdf/10.1186/s12889-015-1939-3>.
13. Hackett K, et al. It makes you someone who changes with the times': health worker and client perspectives on a smartphone-based counselling application deployed in rural Tanzania. Health Policy and Planning. 2019; 34(4):307-315.

Adversidades encontradas pelo enfermeiro para a realização da prevenção do câncer do colo de útero

RESUMO

Este estudo tem o objetivo de avaliar as adversidades encontradas pelo enfermeiro para realização da prevenção do câncer do colo de útero. Trata-se de uma pesquisa de campo, descritiva, de abordagem qualitativa, de caráter exploratório, no qual enfermeiros atuantes em Clínicas da Família no município de Nova Iguaçu/RJ responderam um questionário sendo assinado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, após aceitarem espontaneamente participar do estudo. Como resultado, foram encontradas adversidades para prática da prevenção sendo importante investir em recursos materiais e técnicos para suprir todas as dificuldades relatadas pelos profissionais. Concluiu-se que é necessária maior abordagem em ações educativas e preventivas para conscientização da população sobre a importância do exame, melhorando o entendimento sobre a patologia.

DESCRIPTORES: Saúde da Mulher; Prevenção e Controle. Cuidados de Enfermagem.

ABSTRACT

This study has the aim of evaluating the adversities encountered by nurses for the prevention of cervical cancer of the uterus. It is a field research, descriptive, qualitative, exploratory, in which nurses working in clinics of the family in the municipality of Nova Iguaçu/RJ answered a questionnaire being signed Term of Free and Informed Consent, after accepting to participate spontaneously of the study. As a result, were found adversity for the practice of prevention is important to invest in material and technical resources to overcome all the difficulties reported by professionals. It was concluded that there is a need for greater approach in educational and preventive actions for raising awareness of the population about the importance of examining, improving the understanding of the pathology.

DESCRIPTORS: Women's Health; Prevention e Control; Nursing Care.

RESUMEN

Este estudio tiene como objetivo evaluar las adversidades encontradas por las enfermeras para llevar a cabo la prevención del cáncer de cuello uterino. Esta es una investigación de campo exploratoria descriptiva con enfoque cualitativo, en la cual las enfermeras que trabajan en clínicas familiares en la ciudad de Nova Iguaçu/RJ respondieron un cuestionario y firmaron un consentimiento informado después de aceptar espontáneamente participar. del estudio Como resultado, se encontraron adversidades para la práctica de la prevención y fue importante invertir en recursos materiales y técnicos para enfrentar todas las dificultades reportadas por los profesionales. Se concluyó que es necesario un mayor enfoque en las acciones educativas y preventivas para sensibilizar a la población sobre la importancia del examen, mejorando la comprensión de la patología.

DESCRIPTORES: Salud de la Mujer; Prevención y Control. Cuidados de Enfermería.

Keila do Carmo Neves

Enfermeira. Doutora e Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro (EEAN/UFRJ). Especialista em Nefrologia. Membro do Grupo de Pesquisa Comunicação em Enfermagem Hospitalar Clientes de Alta Complexidade (CEHCAC).

Camilla Amorim Silva

Enfermeira. Graduada na Universidade Iguaçu (UNIG).

Wanderson Alves Ribeiro

Enfermeiro. Mestre pelo Programa Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde pela EEAAC/UFF.

Bruna Porath Azevedo Fassarella

Enfermeira. Pós-graduada em educação em saúde para preceptores do sus- hospital sírio libanês. Mestranda em ciências da saúde pela universidade de vassouras.

Ana Lúcia Naves Alves

Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal Fluminense (UFF). Doutoranda na Facultad de Humanidades Y Artes. Universidad Nacional de Rosario, UNR, Argentina.

Ana Carolina Mendes Soares Benevenuto Maia

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Especialista em Enfermagem Obstétrica. Professora Assistente da Área Materno-infantil do curso de Enfermagem e Obstetrícia- Campus Macaé da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Albert Lengruber de Azevedo

Enfermeiro. Doutor e Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Anna Nery. Especialista em Enfermagem Nefrologia, Saúde Mental e Psiquiátrica, Enfermagem do Trabalho, e Saúde da Família. Membro do Grupo de Pesquisa Comunicação em Enfermagem Hospitalar Clientes de Alta Complexidade.

INTRODUÇÃO

A saúde da mulher é uma preocupação antiga, mas a situação da população feminina no país demonstra que o desenvolvimento da área ainda é uma necessidade⁽¹⁾. Atualmente, um dos grandes apêços dos profissionais e dos serviços de saúde tem sido o aumento não só do acesso à assistência, mas também da particularidade desse trabalho, assegurando que a saúde da mulher seja considerada como um todo. Para que o atendimento se desenvolva cada vez mais, seja na medicina, enfermagem e demais áreas; é relevante que a realidade desse público seja reconhecida por esses profissionais da saúde e o que pode ser feito para mudá-la⁽²⁾.

As mulheres são as que mais buscam atendimento no Sistema Único de Saúde (SUS), seja para cuidado próprio ou buscando assistência à familiares e possuem ainda maior expectativa de vida em relação ao sexo masculino, porém, estão sujeitas a patologias específicas, como câncer de colo de útero e câncer de mama, além das doenças relacionadas a persistências das desigualdades do gênero⁽²⁾. Consideradas pelo ministério da saúde, as principais usuárias do SUS são brasileiras que representam 46,63% da população do Brasil na faixa etária de risco para desenvolvimento do câncer de colo de útero⁽³⁾.

Com base no Instituto Nacional de Câncer (INCA), o câncer do colo do útero, também chamado de cervical, pode

ser causado por uma infecção persistente do papiloma vírus humano (HPV), alguns deles do tipo oncogênico. A contaminação genital por esse vírus tem sido frequente e não causa doenças, entretanto, podem ocorrer alterações celulares, evoluindo para câncer, tais quais são descobertas facilmente no exame preventivo, conhecido como Papanicolau também. A importância da realização deste exame está no diagnóstico precoce e são curáveis quase a totalidade dos casos⁽⁴⁾.

O exame citopatológico detecta precocemente as lesões precursoras do câncer de colo do útero e são confirmadas pela colposcopia e exame histopatológico. Sangramento vaginal, leucorréia e dores pélvicas são os principais sintomas para essa neoplasia, podendo estar associados com queixas urinárias, ou intestinais em seu estado mais avançado⁽⁵⁾.

Um desafio para os profissionais de saúde se configura no rastreamento do câncer de colo de útero. É preciso que existam mudanças nessa realidade, são importantes atividades que promovam uma elevada cobertura populacional por meio de atividades de educação em saúde para toda população e captação assim da população-alvo⁽⁶⁾.

A consulta de enfermagem no atendimento individual deve ser entendida como uma oportunidade para traçar estratégias clínicas visando a prevenção e promoção à saúde da mulher através da realização do exame ginecológico que engloba avaliação

das mamas e exame citopatológico, além da avaliação dos parâmetros vitais. Durante a consulta, o enfermeiro deve também empoderar a usuária sobre as suas capacidades e importância do cuidado a saúde, promovendo reflexão e adesão as condutas propostas⁽¹⁾.

O Brasil está entre os países de maior desigualdade social e, conseqüentemente, iniquidade em saúde, já que promovê-la neste contexto significa atuar nos fatores que causam essas desigualdades sociais, agindo de forma organizada entre os vários setores da atenção à saúde. Portanto, é necessária uma abordagem que envolva toda sociedade com outros setores das políticas públicas⁽⁷⁾.

No ano de 1994, foi implantada a Estratégia Saúde da Família (ESF), seguindo os princípios e diretrizes do SUS. Com o trabalho das equipes, houve avanço na melhoria da qualidade de vida de milhões de famílias de todo país, contribuindo para as mudanças do modelo de atenção à saúde, tornando-o mais eficiente, equânime e mais próximo à realidade de cada usuário⁽⁸⁾.

Autores⁽⁹⁾ constataram, através de seu estudo realizado com enfermeiros da ESF, que no cenário de prevenção do câncer do colo do útero existem dificuldades diversas para o efetivo exercício das atividades pertinentes ao cotidiano de sua prática dentro da Unidade de Saúde. A importância em focar nas estratégias para que mais mulheres com idade e comportamento de

risco sejam alcançadas mostrou-se presente, uma vez que entrevistadas, tenham relatado que ainda existe muita resistência por parte deste público na realização do exame citopatológico. Também apresentam importantes obstáculos na gestão, como: um número insuficiente de profissionais, materiais e recursos, sobrecarga de trabalho e até a realização de atividades que não são de sua responsabilidade, em detrimento daquelas que lhes competem.

Autores⁽¹⁰⁾ afirmam que existem diversos fatores que contribuem para que a mulher não realize o exame ginecológico preventivo de forma precoce, tais como: considerado, muitas vezes, um procedimento invasivo, que pode vir a causar dor, que gera medo, timidez, ansiedade, desconforto e repulsa da própria genitália, causando prolongados adiamentos na procura dos serviços de saúde. É importante que o enfermeiro, pensando nisso, ao realizar este exame tenha uma postura técnica e ética no sentido de preservar a privacidade da cliente, posicioná-la em uma posição confortável, além de ser capaz de explicar os procedimentos realizados, observando sempre se a paciente compreendeu essas explicações.

As dificuldades encontradas pelo profissional enfermeiro na ESF para realizar a prevenção do câncer de colo de útero surgiu como questão norteadora desta pesquisa, que tem como objetivo geral compreender a atuação dos enfermeiros da ESF frente a prevenção do câncer do colo do útero e, como objetivo específico apreender, por meio das falas de enfermeiros, facilidades e dificuldades no cuidado de enfermagem relacionadas à prevenção do câncer de colo de útero, no contexto da atenção básica à saúde no município de Nova Iguaçu/Rio de Janeiro.

Salienta-se a importância da prevenção a esta neoplasia e compreendendo que ela engloba todos os níveis de assistência, e é na assistência básica e, especificamente na ESF, que se realizam as maiores ações de prevenção ao câncer de colo do útero. As ações abrangem desde a captação dessas mulheres, passando pelas ações em educação e saúde, consultas de acordo com o

protocolo, até a realização do exame e seus encaminhamentos devidos em caso de complicações⁽¹⁰⁾.

A atuação do enfermeiro na prevenção do câncer do colo de útero é importante para a integração com os outros componentes e com a comunidade. É com esse olhar diferenciado, nessa atuação que se constrói vínculo necessário à prática resultante e se alicerça no conhecimento da realidade daquela localidade e avaliação constante dos resultados para sistematizar as ações que visam à redução do dano pela doença⁽⁹⁾.

O estudo justifica-se, pois a ESF é considerada o local oportuno para a realização de atividades educativas no controle do câncer do colo do útero, visto que é a porta de entrada das mulheres nos serviços de saúde. Os profissionais que trabalham na ESF possuem uma área adscrita, o que possibilita o conhecimento da sua comunidade e a busca ativa dessas usuárias⁽⁵⁾. Para autores⁽¹¹⁾, o enfermeiro é um membro fundamental nesta equipe, planejando, gerenciando, coordenando e avaliando as ações e os programas desenvolvidos nessas unidades que, juntamente com a equipe, decide as intervenções necessárias.

Estudo⁽¹²⁾ corrobora ao afirmar que o enfermeiro é quem organizará a assistência desenvolvendo métodos estratégicos e criativos para a realização do rastreamento das usuárias do centro de saúde, incentivando-as a realizarem o exame periódico, pois este é o fator primordial para o sucesso do programa relacionado ao câncer do colo do útero.

METODOLOGIA

Este estudo trata-se de uma pesquisa de campo, descritiva, de abordagem qualitativa, de caráter exploratório. A pesquisa descritiva, de acordo com autores (13:21), “visa descrever as características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis. Envolve o uso de técnicas padronizadas de coleta de dados: questionário e observação sistemática. Assume, em geral, a forma de levantamento”.

Os locais para o desenvolvimento deste estudo foram as Clínicas da Família de Padre Manoel Monteiro, no bairro K11 e a Clínica da Família José Rodrigues da Silva, no bairro Caiçara, ambas no município de Nova Iguaçu/RJ.

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE), em 2017, o município apresentava uma população estimada de 798.657 habitantes, dos quais 52% eram mulheres. Nova Iguaçu, segundo o Departamento de Atenção Básica (DAB/MS) em julho de 2018, contava com 112 equipes de Saúde da Família (ESF) implantadas. Nesse estudo serão contempladas 10 equipes de saúde da família, isto é, 11,2 % das ESF do município.

Participaram do estudo enfermeiros atuantes nas clínicas da família citadas acima. O critério de inclusão adotado foi estar no exercício da prática assistencial da ESF há pelo menos um ano, este período se deve ao fato destes profissionais terem maior experiência profissional e compreenderem melhor as estratégias e os métodos de promoção e prevenção à saúde usados nas respectivas unidades. Foram excluídos da amostra os enfermeiros que estavam em gozo de licença médica ou férias na ocasião da coleta de dados.

Foram seguidos os aspectos éticos estabelecidos pela Resolução n.º 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) sobre ética em pesquisa com seres humanos. Tendo como critérios para realização de uma pesquisa, uma carta de anuência para autorização da pesquisa no cenário escolhido e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), tendo autorização do Comitê de Ética e Pesquisa sob o parecer n.º 3.021.089 e CAAE: 02286418.3.0000.8044.

Todos os participantes foram informados sobre o objetivo da pesquisa e assinaram o TCLE após aceitarem espontaneamente participar do estudo.

A coleta de dados se deu a partir da aplicação de um roteiro semiestruturado com questões relacionadas as dificuldades encontradas pelo enfermeiro para realizar a prevenção do câncer do colo de útero. A entrevista é um dos importantes meios

de coleta de informações uma vez que esta técnica, ao mesmo tempo em que valoriza a presença do investigador, oferece todas as perspectivas possíveis à liberdade e espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação⁽¹⁴⁾.

Para a análise de dados, foi utilizada a análise temática de conteúdo, que pressupõe algumas etapas como: leitura irrisoluta do material produzido; organização dos termos em categorias (iniciais, emergentes e significativas); agrupamento e codificação das categorias e consolidando dos resultados do estudo⁽¹⁵⁾.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após o levantamento de dados, foi possível elucidar a questão norteadora deste estudo, que se refere às dificuldades que os enfermeiros encontram para realizar a prevenção do câncer de colo de útero.

Participaram da pesquisa, onze (11) enfermeiros com média de idade entre 30 a 35 anos; sendo dez (10) do sexo feminino e um (1) do sexo masculino; média de tempo em que atuam na área: 2 a 10 anos. Quanto à especialização profissional, foi identificado que um (1) enfermeiro não possui especialização e os que possuem, apenas cinco (5) são na ESF.

A interpretação e organização dos dados resultaram em três categorias de análises, sendo elas: Desafios na promoção da saúde e prevenção do câncer de colo do útero; Estratégias de promoção; Prática de saúde mais utilizadas, e campanhas do ministério da saúde e grupos existentes nas ESFs como espaços de intervenção.

Desafios na promoção da saúde e prevenção do câncer de colo do útero:

De acordo com estudo⁽⁹⁾, o tema em questão está inserido no cenário da saúde da mulher, área vista como estratégica para ações prioritárias no SUS no nível da Atenção Primária. A aplicação de esforços governamentais associada à produção acadêmica e à atuação dos profissionais suscitou evoluções no acesso à prevenção do câncer do colo do útero em todo o Brasil.

Contudo, ainda se apresenta insatisfatório como apontado nas estimativas de incidência, tendência de mortalidade e em muitas regiões e situações, o diagnóstico ainda é realizado em estágios avançados da patologia.

“A minha maior dificuldade é a falta de insumos para realizar a coleta de preventivo.” (Enf1)

“Falta de insumos, a demora para tratamento quando necessário, a demora do resultado de exame.” (Enf2)

“Número grande pessoas que marcam e faltam, falta de insumos, demora no resultado.” (Enf3)

“Horário de funcionamento da unidade incompatível para mulheres que trabalham, mulheres faltosas.” (Enf5)

“Material para coleta do Papanicolau suficiente para demanda toda.” (Enf6)

“Demora de entrega.” (Enf7)

As mulheres demonstravam conhecer informações adulteradas, quando interpelladas acerca do conhecimento que obtinham sobre o exame de Papanicolau, no qual relacionavam o exame ao diagnóstico de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST/Aids). Percebeu-se ainda que a motivação relevante que as conduziu à efetuação do exame foi a presença de sinais e sintomas que causavam incômodo no seu dia a dia. O fato dos indivíduos buscarem o serviço de saúde apenas quando a doença se instala no organismo provoca interrupção no molde de saúde vigente, visto que rompe com o teor da prevenção, o que o torna subvertido devido uma prática medicalista do cuidar. Sobretudo a vergonha e o medo de acordo com os sentimentos são as manifestações despertadas na realização do exame. Compete ao profissional de enfermagem exercer suas atividades laborais emocionalmente e psicologica-

mente às mulheres que expõem tais sentimentos, considerados serem estes os desmotivadores centrais para aceitação do exame Papanicolau⁽¹⁶⁾.

A Linha de Cuidado do Câncer do Colo do Útero tem a finalidade de assegurar à mulher o acesso humanizado e integral às ações e aos serviços qualificados para promover a prevenção do câncer do colo do útero, acesso ao rastreamento das lesões precursoras, ao diagnóstico precoce e ao tratamento adequado, qualificado e em tempo oportuno⁽⁵⁾. Acompanhar e tratar todas as mulheres positivas, segundo as Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero⁽¹⁷⁾.

No que se refere ao agendamento das consultas, foi demonstrado que a busca ativa é um importante instrumento para esse fim. No entanto, é oferecida também a possibilidade de as consultas serem marcadas por livre demanda, respeitando-se o limite de vagas de que cada profissional dispõe. As participantes reconheceram a dificuldade de procurar o serviço de saúde nos horários e dias por ele disponibilizados. Este é um obstáculo para comparecer nas UPAs, especialmente na atualidade, pois a população feminina está cada vez mais inserida no mercado de trabalho e suas ocupações são justamente no horário de funcionamento dos serviços de saúde⁽⁹⁾.

Há o reconhecimento, por parte das autoridades e instituições responsáveis pela prevenção de doenças, de que há um contingente importante de mulheres que os programas não conseguem alcançar para realização do Papanicolau por inúmeros motivos. Estes vão desde a desinformação, medo, falta de tempo e rotina pesada de trabalho até não ter onde deixar os filhos e o desencorajamento pelo parceiro. Uma forma de alcançar o contingente de mulheres que não vai aos postos de saúde seria dar ênfase à ESF, que já faz parte do conjunto de prioridades do Ministério da Saúde⁽⁸⁾.

A falta de atitude por parte das mulheres em buscarem os serviços de saúde para realização do exame de rastreamento do câncer de colo uterino, também foi uma das barreiras apontadas pelos enfermeiros. Soma-se a isto, o fato de muitas mulheres

tratarem o câncer de colo do útero como uma doença distante do seu contexto de vida, favorecendo a falta de atitude e a não realização do exame Papanicolau. Na maioria das vezes, esse conhecimento consensual só é mudado quando elas mesmas ou pessoas próximas são acometidas pela doença⁽¹⁸⁾.

Segundo os relatos, em várias unidades de saúde, a oferta do rastreamento dessa doença estava diminuída. Em determinadas situações, foram mencionados como motivos a falta de material para realização do exame Papanicolau⁽⁹⁾.

Após a realização da coleta do citopatológico, cabe à Atenção Básica encaminhar o material para análise e aguardar o recebimento dos laudos. Em unidades não informatizadas, cabe realizar um cadastro manual dos exames encaminhados para poder acompanhar o retorno dos laudos. De posse do resultado, o profissional deve realizar a conduta de acordo com o resultado. Caso o resultado determine encaminhamento a outro serviço, é fundamental realizar uma solicitação de encaminhamento qualificada, com os dados relevantes sobre a usuária, sobre o quadro clínico e sobre o resultado do exame. Além disso, é necessário que a equipe acompanhe essa mulher, verificando a adesão ao tratamento⁽⁵⁾.

Finalmente, acredita-se que não basta possibilitar o exame nos serviços de saúde, muito menos lançar conhecimentos sobre tal. Primeiramente, faz-se necessário assegurar que a mulher possua acesso a esses informes e que as entenda, por exemplo, com campanhas de motivações a realização do exame ou com a busca ativa das faltosas. Assim sendo, pondera-se que existem grandes chances de que ela reflita seus saberes e torne-se consciente da verdadeira relevância do exame e, deste modo, busque de forma efetiva elaborá-lo⁽¹⁹⁾.

Promoção de saúde e práticas mais utilizadas

Essa categoria discute as ações de educação em saúde ofertadas pelos enfermeiros com propósito de promover o conhecimento das mulheres e o autocuidado, conseqüentemente, para a prevenção do câncer cérvico uterino. Observa-se que os

**Finalmente,
acredita-se que não
basta possibilitar o
exame nos serviços
de saúde, muito
menos lançar
conhecimentos
sobre tal.
Primeiramente,
faz-se necessário
assegurar que a
mulher possua
acesso a esses
informes e que
as entenda, por
exemplo, com
campanhas de
motivações a
realização do
exame ou com a
busca ativa das
faltosas.**

entrevistados fazem referência a utilização de ações educativas para esse fim, entretanto, vê-se que as ações são feitas de forma genérica e pontual, não havendo sistematização, tampouco ações educativas organizadas e periódicas, com base nas necessidades e na realidade local.

"[...] realizo palestra sobre o tema abordado." (Enf1)

"[...] quando a paciente chega na unidade, na sala de espera a gente distribui papel com informações sobre o câncer de colo de útero." (Enf2)

"[...] identificação precoce, através de entrevistas, consulta ginecológica e triagem." (Enf4)

As Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) são consideradas porta de entrada do usuário no sistema de saúde, espaço em que o enfermeiro é importante integrante da equipe multiprofissional da ESF. Conforme o tamanho da área de abrangência, se distribuem equipes que têm como desafio o trabalho integrado e a responsabilidade pelas pessoas ali residentes. Nesse contexto, os enfermeiros exercem atividades técnicas específicas de sua competência, administrativas e educativas e, através do vínculo com as usuárias, concentra esforços para reduzir os tabus, mitos e preconceitos e buscar o convencimento da clientela feminina sobre os seus benefícios da prevenção do câncer⁽⁵⁾.

Os membros dessa equipe devem conhecer bem a realidade local – o perfil social e reprodutivo das mulheres – e elaborar planos para atingir diretamente a real situação das usuárias⁽⁵⁾.

Pode-se afirmar que a educação em saúde é um dos princípios que regem as ações preventivas pela enfermagem. Quando uma paciente, através de informações e orientações educativas por parte da enfermagem, promove mudanças em sua vida rotineira, modificando seus hábitos alimentares e passando a realizar atividade física frequente, são observados melhores

resultados em sua qualidade de vida⁽²⁰⁾.

Enquanto profissionais da área de saúde, os enfermeiros são educadores e precisam orientar a importância da realização anual do Papanicolau ou sempre que alguma alteração perceptível for detectada, promover o diálogo constante e proporcionar à mulher informações que possibilitem uma melhoria na sua qualidade de vida⁽²¹⁾.

Entre as estratégias desenvolvidas na perspectiva de um melhor atendimento à saúde da mulher, evidencia-se o método de colpocitologia oncológica ou exame de Papanicolau que objetiva detectar preferencialmente as lesões precursoras do câncer do colo do útero ou este o mais precocemente possível. Nessa metodologia, considerada de realização simples, com rigor técnico por meio da coleta de um esfregaço, são obtidas amostras celulares dos epitélios da ectocérvice e endocérvice⁽¹⁴⁾.

Os enfermeiros fizeram referência a busca de mulheres pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para a realização do exame de colpocitologia oncológica. Pode-se dizer que essa busca ocorre de forma aleatória, ou seja, o enfermeiro orienta que os ACS façam o convite às mulheres durante suas visitas domiciliares.

"Parcerias com equipe multidisciplinar." (Enf2)

"Por sermos uma equipe, todos nós trabalhamos em conjunto, se queremos realizar qualquer ação pedimos o ACS para informar na comunidade e para essas mulheres o que será realizado na unidade." (Enf3)

"Costumo dizer que os ACS são as colunas das ESF, sem eles a gente não chega a lugar nenhum, eles conseguem trazer esse público alvo pra gente." (Enf4)

"Vínculo com os usuários, atuação do ACS." (Enf5)

No que se refere ao controle do câncer de colo de útero (CCU), o ACS tem

como atribuição: conhecer a importância da realização do exame citopatológico, como estratégia segura e eficiente para a detecção precoce do câncer do útero na população feminina da sua microárea; realizar visita domiciliar às mulheres de sua microárea, orientando-as sobre a importância da realização dos exames e facilitando o acesso à UBS; estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo atividades educativas relativas ao controle dos cânceres, de acordo com o planejamento da equipe, com vistas à promoção da saúde, a prevenção e ao acompanhamento das mulheres⁽⁵⁾.

Campanhas do Ministério da Saúde e os Grupos existentes nas ESF como espaço de intervenção

A terceira categoria surgiu a partir de vários entrevistados citarem as campanhas nacionais promovidas pelo Ministério da Saúde que funcionam como ajuda para as ações educativas e para a realização do exame contra o câncer do colo do útero. Nesse sentido, em ocasiões específicas, como por exemplo nas campanhas do 'Outubro Rosa', as mulheres cadastradas nessas ESF são convidadas a participar de eventos sobre a prevenção do câncer uterino, em que são realizadas palestras, informando e orientando as mulheres sobre comportamentos a serem adotados para evitar o câncer de colo uterino, enfatizando condutas a serem seguidas. Entretanto, alguns enfermeiros relataram que aproveitam a oportunidade das reuniões dos grupos de hiperdia (hipertensos e diabéticos) e de planejamento familiar para abordar a temática da prevenção contra o câncer do colo do útero por meio de palestras.

"Quando tem grupos de diabéticos e hipertensos, a gente aproveita para abordar o assunto de câncer de colo de útero." (Enf3)

"Claro que no mês de outubro nós sabemos que intensificamos essas questões." (Enf4)

"Muitas pacientes chegam na uni-

dade para receber atendimento com outra finalidade e acabamos orientando sobre o câncer de colo de útero". (Enf7)

Desta forma, o enfermeiro, em conjunto com os demais profissionais da área da saúde, possui uma significativa relevância no planejamento, execução e avaliação da agenda das ações da saúde, em seus distintos níveis de desempenho. As orientações em saúde são necessárias a partir do momento que olhamos para a prevenção do CCU e atividades educativas e preventivas, e é percebido que precisam ser realizadas de forma continuada na vida das mulheres. No entanto, ensinar, educar e informar as mulheres quanto às ações preventivas do agravo é também torná-la consciente de seu papel de pessoa responsável por seu bem-estar e saúde⁽¹⁾.

CONCLUSÃO

Diante dos fatos expostos e discutidos, os enfermeiros são educadores e precisam orientar a importância da realização anual do Papanicolau ou sempre que alguma alteração perceptível for detectada, proporcionando às mulheres informações que possibilitem uma melhoria na sua qualidade de vida, sendo necessária maior abordagem em campanhas de sensibilização e divulgação para realização do preventivo a fim de diminuir a vulnerabilidade das mulheres ao câncer de colo de útero.

O estudo permitiu identificar as mais relevantes adversidades para a realização da prevenção do câncer de colo de útero relatadas pelos profissionais, que foram: a falta de materiais para a demanda de pacientes, alto número de faltosos, demora na entrega dos exames, pacientes que buscam o serviço de saúde apenas quando a doença se manifesta, impossibilitando a prevenção. Além disso, outro importante desafio consiste na responsabilização do enfermeiro para a realização do rastreamento e busca ativa das mulheres que não realizaram o exame, agendando essas pacientes a fim de reduzir os índices de mor-

talidade referentes a esta patologia.

A vergonha e o medo, de acordo com os sentimentos, são as manifestações despertadas que desmotivam as mulheres para realização do exame, sendo de competência e responsabilidade do enfermeiro exercer atuação na criação de vínculo, confiança e respeito à intimidade e privacidade, esclarecendo todas as dúvidas e orientando sobre o câncer de colo de útero e a sua prevenção.

Deste modo, o presente estudo possibilitou compreender que, a partir da atuação do enfermeiro, revela-se a im-

portância de investimento em ações voltadas para prevenção do câncer do colo de útero, desenvolvendo atividades em múltiplas dimensões, com a realização das consultas de enfermagem e do exame de Papanicolau, ações educativas diversas junto à equipe de saúde e comunidade, controle da qualidade dos exames, gerenciamento e ações para o provimento de recursos materiais e técnicos, encaminhamentos para os devidos procedimentos, quando necessário.

Com isso, observamos a necessidade de investimentos para o desenvolvimento de

práticas de promoção à saúde, principalmente, em ambientes propícios à oferta de suporte educacional em saúde, fornecendo informação de forma direta e apropriada, possibilitando esclarecer todas as informações e dúvidas sobre tal patologia.

Podemos concluir que o profissional enfermeiro é o mais capacitado para analisar as dificuldades encontradas para prevenção do câncer de colo de útero e na realização do exame citopatológico, procurando soluções adequadas, quando possível, e oferecendo uma assistência mais humanizada. ■

REFERÊNCIAS

1. Santiago TR, Andrade MS, Paixão GPN. Conhecimento e prática das mulheres atendidas na unidade de saúde da família sobre o Papanicolau. *Rev. Enferm. UERJ*. 2014; 22(6):822-829.
2. Querino AB. O que é saúde da mulher e qual é a contribuição da enfermagem para área? [Internet] IESP. 2017 mar [acesso em 18 ago 2019]. Disponível em: <https://www.iespe.com.br/blog/saude-da-mulher/>.
3. Santana CA, et al. Atuação do enfermeiro na prevenção do Câncer de Colo de Útero. In: Congresso Internacional de Enfermagem. 2017.
4. Carvalho PG. Mulheres com câncer de colo de útero encaminhadas para unidade de referência em atenção oncológica no município do Rio de Janeiro: percurso na assistência entre confirmação do diagnóstico e início de tratamento. Rio de Janeiro: Instituto Oswaldo Cruz; 2016.
5. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
6. Salimena AMO, et al. Mulheres portadoras de câncer de colo de útero: percepção da assistência de enfermagem. *R. Enferm. Cent. O. Min*. 2014; 4(1):909-920.
7. Barreto ML. Desigualdades em saúde: uma perspectiva global. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2017; 22(7):2097-108.
8. Ministério da Saúde. Temático Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde/Organização Pan-Americana da Saúde; 2008.
9. Melo MCSC, et al. O enfermeiro na prevenção do câncer do colo de útero: o cotidiano da atenção primária. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 2012; 58(3):389-398.
10. Paula CG, et al. Atuação do enfermeiro da atenção básica frente ao controle do câncer uterino: revisão de literatura. *Pós Rev. Centro Universitário Newton Paiva*. 2012; 1(5):213-217.
11. Casarin MR, Piccoli JCE. Educação em saúde para prevenção do câncer de colo do útero em mulheres do município de Santo Ângelo/RS. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011; 16(9):3925-3932.
12. Ferreira SRS, Perico LAD, Dias VRF. A complexidade do trabalho do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde. *Rev. Bras. Enferm*. 2018; 71(supl. 1):704-709.
13. Mendonça FAC, et al. Prevenção do câncer de colo uterino: adesão de enfermeiros e usuárias da atenção primária. *Rev. Rene*. 2011; 12(2):261-170.
14. Silva AB, et al. Prevenção do câncer cervicouterino: uma ação realizada pelos enfermeiros da estratégia saúde da família? *Revista Ciência Plural*. 2017; 3(2).
15. Bardin L. Análise de Conteúdo. 1. ed. Brasil: Edições 70; 2011. 280 p.
16. Moura ADA, et al. Conhecimento e motivações das mulheres acerca do exame de papanicolaou: subsídios para a prática de enfermagem. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*. 2010; 11(1):94-104.
17. Instituto Nacional do Câncer (BR). Tipos de câncer. Colo do útero [Internet]. Brasil, 2018 [acesso em 18 ago 2019]. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tipos-decancer/site/home/colo_uterio/definicao.
18. Aguilar RP, Soares DAB. A realização do exame Papanicolau: perspectivas de usuárias e profissionais da Estratégia de Saúde da Família da cidade de Vitória da Conquista-BA. *Revista de Saúde Coletiva*. 2015; 25(2):359-379.
19. Peretto M, Drehmer LBR, Bello HMR. O não comparecimento ao exame preventivo do câncer de colo uterino: razões declaradas e sentimentos envolvidos. *Cogitare Enfermagem*. 2012; 17(1).
20. Panobianco MS, et al. O conhecimento sobre o HPV entre adolescentes estudantes de graduação em enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem*. 2013; 22(1).
21. Camargo AC. Manual de Condutas em Ginecologia Oncológica/Departamento de Ginecologia. 1 ed. São Paulo: FAP; 2010. 68p.

Puericultura na atenção primária de saúde: a percepção do responsável sobre consulta de enfermagem

RESUMO

Objetivo: conhecer a percepção dos responsáveis sobre a consulta de puericultura realizada por enfermeiros. **Metodologia:** estudo é do tipo pesquisa de campo, descritiva, exploratória e de abordagem qualitativa. Os participantes foram responsáveis que participam de consultas de puericultura realizadas por enfermeiros, e foi realizada uma entrevista semiestruturada. **Resultados e Discussão:** A coleta de dados foi realizada com 17 responsáveis, as mães estão presentes em 88,2% das consultas, 47% tinham de 25 a 35 anos de idade, 47% tinham ensino médio completo. Surgiram como categorias: percepção das responsáveis sobre a consulta de enfermagem de puericultura; Conhecimento adquirido pelas responsáveis na consulta de puericultura realizada pelo enfermeiro. Conclui-se que as responsáveis compreendem a relevância da consulta de puericultura realizada pelo enfermeiro, e que esta permite sanar mais dúvidas e adquirir mais informações por ser feita em mais tempo.

DESCRIPTORIOS: Cuidado da Criança; Enfermeiro; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Objective: know the perception of responsible about the child care consultation performed by nurses. **Methodology:** a field research study, descriptive, exploratory and with qualitative approach. Participants were responsible for participating in nursery consultations performed by nurses, and a semi-structured interview was conducted. **Results and Discussion:** Data collection was performed with 17 parents, mothers were present in 88.2% of consultations, 47% were 25 to 35 years of age, 47% had completed high school. They emerged as categories: the perception of those responsible for the child nursing consultation; Knowledge acquired by those responsible for the nursery consultation performed by the nurse. **Conclusion:** This study allows us to conclude that the caregivers understand the relevance of the nursery consultation performed by the nurse, and that this allows more questions to be answered and to acquire more information because it is done in a longer period of time.

DESCRIPTORS: Child Care; Nurses; Primary Health Care.

RESUMEN

Objetivo: conocer la percepción de los responsables de la consulta de cuidado infantil realizada por enfermeras. **Metodología:** Este es un enfoque de investigación de campo, descriptivo, exploratorio y cualitativo. Los participantes fueron responsables de asistir a las consultas de cuidado infantil realizadas por enfermeras, y se realizó una entrevista semiestructurada. **Resultados y discusión:** La recopilación de datos se realizó con 17 padres, las madres están presentes en el 88,2% de las consultas, el 47% tenía entre 25 y 35 años, el 47% había completado la escuela secundaria. Surgieron las siguientes categorías: percepción de los responsables de la consulta de enfermería de cuidado infantil; Conocimiento adquirido por los responsables de la consulta de cuidado infantil realizada por la enfermera. Se concluye que los tutores entienden la relevancia de la consulta de cuidado infantil realizada por la enfermera, y que permite responder más preguntas y obtener más información porque se realiza en un tiempo más prolongado.

DESCRIPTORIOS: Cuidado de Niños; Enfermera; Atención Primaria de Salud.

Wanderson Alves Ribeiro

Enfermeiro. Mestre pelo Programa Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde pela Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da UFF, Niterói/RJ. Docente do Curso de Graduação da UNIG. Preceptor Acadêmico do Curso de Graduação em Enfermagem da UNIABEU.

Bruna Porath Azevedo Fassarella

Enfermeira. Mestranda em Ciências Aplicadas em Saúde da Universidade Severino Sombra. Docente do Curso de Graduação da UNIG. Preceptora Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da UNIABEU.

Keila do Carmo Neves

Enfermeira. Pós-Graduada em Nefrologia; Mestre e Doutora em Enfermagem pela UFRJ. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da UNIG.

Ana Lúcia Naves Alves

Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva pela UFF. Docente do Curso de Graduação da UNIG.

Priscila Antunes Figueiredo da Silva Costa

Enfermeira. Preceptora do Curso de Graduação em Enfermagem da UNIG e Uniabeu; Pós-Graduada em Saúde da Família pela UNESA; Pós-Graduada em Docência do Ensino Superior com ênfase em EAD.

Fabiane de Assis Ferreira Antonio

Enfermeira. Graduada pela Universidade Iguazu.

Mârcio da Silva

Enfermeiro. Graduado pela Universidade Iguazu.

INTRODUÇÃO

No Brasil, segundo o Ministério da Saúde, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento faz parte da avaliação integral à saúde da criança (0 a 6 anos), sendo parte integrante da puericultura, a qual envolve a avaliação do peso, altura, desenvolvimento neuropsicomotor, vacinação e intercorrências, o estado nutricional, bem como orientações à mãe/família/cuidador sobre os cuidados com a criança (alimentação, higiene, vacinação e estimulação) em todo atendimento, não deixando também de registrar todos os procedimentos no cartão da criança⁽¹⁾.

No que diz respeito à redução das taxas de mortalidade infantil, houve uma redução expressiva nos últimos tempos, como relata o Ministério da Saúde⁽²⁾:

[...] o número caiu de 18,6 mortes por cada mil crianças nascidas vivas em 2010 para 16,9 óbitos por mil nascidos vivos em 2012. Em relação aos últimos 20 anos, a queda ainda mais expressiva: 68,5%, passando de 54 mortes por mil nascidos vivos em 1990 para 16,9 em 2012.

Esta redução, sem dúvidas também se deve as ações de saúde implementadas nos diferentes âmbitos do setor, tais como: Rede Cegonha, aleitamento, saúde na escola e na creche; tais quais são voltadas ao

cuidado da criança, que difundidas no país têm atingido as metas estabelecidas no Desenvolvimento do Milênio, antes dos prazos estabelecidos por este⁽²⁾.

A puericultura tem como definição tradicional: “conjunto de técnicas empregadas para assegurar o perfeito desenvolvimento físico, mental e moral da criança, desde o período da gestação”^(3:708). E, considera-se a consulta de puericultura uma das ações importantes tanto para o sistema de saúde, como a construção do vínculo entre a família, a criança e o profissional de saúde, para garantia da continuidade eficaz do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança⁽⁴⁾.

O enfermeiro, quando atua junto à clientela infantil, deve considerar as diversas dimensões inter-relacionadas à saúde das crianças às quais assiste, afastando-se de uma intervenção restrita à clínica biológica apresentada. Dentro dessa perspectiva, o desenvolvimento da criança tem sido enfatizado e valorizado no contexto da família. As relações parentais podem estar relacionadas a problemas no desenvolvimento cognitivo, social e do desempenho escolar da criança^(5,6).

Autores⁽⁵⁾ destacam o profissional enfermeiro como o principal agente responsável por esse acompanhamento nos serviços de atenção primária à saúde.

Os responsáveis podem perceber a consulta de puericultura de maneira empírica e diferente, cada um com suas características, crenças, valores e costumes. Mas é

importante afirmar que os responsáveis aprendem muito com os enfermeiros, uma vez orientados são capazes de relatar informações sobre alimentação, higiene e ações importantes para o cuidado do filho⁽⁷⁾.

Diante da problemática exposta, surgiram as seguintes questões de pesquisa: Qual a percepção dos responsáveis referente à relevância da consulta de puericultura realizada pelo enfermeiro? Qual a importância da interação do responsável e enfermeiro na realização da puericultura?

O estudo justifica-se pois, na atenção básica, a puericultura surge como ferramenta oportuna no acompanhamento integral do crescimento e desenvolvimento infantil, voltando-se para os aspectos de prevenção, proteção e promoção da saúde, de modo que a criança alcance a vida adulta sem influências desfavoráveis trazidas da infância⁽⁸⁾.

O estudo teve como objetivo geral conhecer a percepção de responsáveis sobre a consulta de puericultura realizada por enfermeiros. E objetivos específicos: identificar a relevância da consulta de puericultura na ótica dos responsáveis de uma unidade de Estratégia de Saúde da Família localizada em um município da Região Metropolitana I e descrever as principais problemáticas referidas pelo responsável após a consulta de puericultura realizada pelo enfermeiro.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo do tipo pesquisa de campo, descritiva, exploratória e de abordagem qualitativa. Foram seguidos todos os aspectos éticos segundo a Resolução n.º 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Foi solicitada previamente a autorização do local de estudo através da Carta de Anuência, e submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Iguazu via Plataforma Brasil sob protocolo n.º 98725118.2.0000.8044. Após o aceite do CEP, em outubro de 2018, os participantes da pesquisa foram convidados a participar, explicando-lhes as informações pertinentes à pesquisa e solicitado autorização através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A unidade escolhida como campo de pesquisa foi a Clínica da Família Marfel vinculada à Secretaria Municipal de Saúde em Nova Iguaçu. Oferece atendimento à população em nível básico, como por exemplo, consultas pediátricas, ginecológicas, visita domiciliar, imunização, coleta de exames, especialidades, teleconsultoria, saúde da família e solicitação de medicamentos.

Os sujeitos foram os responsáveis que participaram da consulta de puericultura realizada por enfermeiros na unidade de Estratégia de Saúde da Família (ESF), de ambos os sexos. Estes responsáveis incluem-se: pais biológicos, adotivos, avós maternos e paternos, e qualquer responsável legal da criança.

As entrevistas foram gravadas em aparelho mp3 e/ou celular, como um recurso para armazenamento das falas de cada participante, garantindo que a informação sobre as perguntas abertas seja melhor entendida, para posterior análise e discussão dos resultados, e foi realizada a transcrição das falas e definição das categorias.

Por ser um estudo de caráter qualitativo, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo de Bardin, usualmente utilizada para analisar as falas dos participantes de uma entrevista ou observações de um pesquisador. Cada fala transcrita recebeu um código, evitando a identificação dos participantes. Foi utilizado instrumento

de coleta de dados com perguntas abertas e fechadas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A coleta de dados foi realizada com 17 responsáveis que aceitaram participar da pesquisa e responderam às perguntas da entrevista, que foi transcrita e analisada. Abaixo se pode observar a Tabela 1 com as informações sociodemográficas dos participantes do estudo.

Observa-se que a coleta de dados foi realizada apenas com mulheres, as mães es-

tão presentes em 88,2% das consultas, mas também se encontraram em duas consultas, as crianças sendo levadas pela avó e tia.

No que se refere à idade das responsáveis, 47% tinham de 25 a 35 anos de idade, seguidas de 15 a 25 anos, com 41,2% das responsáveis, ressaltando que as mulheres são adolescentes e adultas jovens. A avó e tia que estão entre as participantes têm 47 e 34 anos, respectivamente. Sobre a idade das crianças a serem consultadas pela enfermagem, 82,3% tinham menos de 1 ano, e 58,9% das mulheres tinham apenas um filho.

No que concerne ao conhecimento

Tabela 1. Aspectos sociodemográficos das 17 responsáveis em Clínica da Família. Nova Iguaçu, RJ, Brasil, 2018.

RESPONSÁVEL	QUANTIDADE	%
Mãe	15	5,9
Avó	1	5,9
Tia	1	88,2
Idade da responsável		
15 – 25	7	41,2
25 – 35	8	47
35 – 45	1	5,9
45 – 50	1	5,9
Idade da criança		
0 – 1 ano	14	82,3
1 – 2 anos	2	11,8
2 – 3 anos	1	5,9
Quantidade de filhos		
1 filho	10	58,9
2 filhos	3	17,6
3 filhos	1	5,9
4 ou mais	3	17,6
Escolaridade		
Ensino primário incompleto	1	5,9
Ensino primário completo	4	23,5
Ensino fundamental incompleto	0	0
Ensino fundamental completo	1	5,9
Ensino médio incompleto	1	5,9
Ensino médio completo	8	47
Ensino superior incompleto	1	5,9
Ensino superior completo	1	5,9

sobre o nível de escolaridade das responsáveis, identificou-se que 47% tinham ensino médio completo, e uma única responsável com ensino superior completo foi a tia, que é Enfermeira.

Percepção das responsáveis sobre a consulta de enfermagem de puericultura

Sobre a percepção, as responsáveis apontaram inicialmente o que entendem sobre a consulta de puericultura realizada pelo enfermeiro através da entrevista. De acordo com o estudo, a puericultura “etimologicamente quer dizer: puer = criança e cultur/cultura = criação, cuidados dispensados a alguém”^(9:7). E para compreender esta percepção, abaixo estão às falas que exemplificam o conhecimento destas mulheres.

Assim, consulta vista como forma de cuidado e acompanhamento de saúde foi dito pelas responsáveis R3, R8, R9, R14 e R16:

“Acompanhamento médico” (R3).

“Cuidar da saúde do meu filho” (R8).

“Acompanhamento do peso e crescimento do bebê” (R9).

“Cuidar da saúde do neto” (R14).

“Cuidar da saúde do bebê” (R16).

Conforme a literatura^(10:567), a puericultura também é definida como uma atividade que:

[...] efetiva-se pelo acompanhamento periódico e sistemático das crianças para avaliação de seu crescimento e desenvolvimento, vacinação, orientações aos pais e/ou cuidadores sobre a prevenção de acidentes, aleitamento materno e orientação alimentar no período do desmame, higiene individual e ambiental, assim como pela identificação precoce dos agravos, com vistas à intervenção efetiva e apropriada.

Também a consulta é vista como um método de avaliação da saúde da criança, como dito pela maior parte das responsáveis:

“Examina o bebê todo para ver se ele está bem” (R1).

“Acho bom, avalia a criança e ajuda a gente que é mãe de primeira viagem” (R2).

“Saber se o neném está bem” (R12).

“Ver a saúde do filho” (R13).

Ainda em concordância com as falas, estudo⁽¹⁰⁾ mostra que a puericultura tem como principais pilares a prevenção e educação em saúde, preservando a avaliação das questões negativas relacionadas ao baixo peso ao nascer, um fator de risco para outras comorbidades e outras positivas, como o aleitamento materno, um fator de proteção para a criança. Algumas responsáveis ressaltaram estes pilares da puericultura:

“Prevenção para a saúde do filho” (R6).

“[...] com o enfermeiro a gente tem tempo pra tirar nossas dúvidas” (R7).

“Prevenção para a saúde do bebê” (R15).

“Prevenção, orientação, educação, saúde” (R17).

Também nesta pesquisa abordaram-se sobre a importância da consulta, as responsáveis destacaram questões próximas à percepção de significado da consulta de puericultura realizada por enfermeiro:

“[...] pra ver se está boa a saúde” (R3).

“[...] pra saúde da criança” (R1 e R9).

“[...] pra ver se está tudo bem de saúde” (R11, R13)

É possível identificar que os enfermeiros conseguem identificar as ações que precisam ser realizadas em uma consulta de puericultura, de forma sistemática e humanizada. Através da consulta de enfermagem, o profissional consegue obter uma avaliação mais abrangente da criança, além de observar as intercorrências e queixas prestadas pela criança/mãe atendida, buscando compreender todo o estado de saúde da criança⁽¹⁰⁾.

Percebe-se que inexperiência e interesse por novas informações fizeram com que responsáveis também buscassem a consulta e por causa deste motivo consideraram importante:

“Importância da vacinação” (R16).

“Prevenção, desenvolvimento da criança” (R17).

Deste modo, a vacinação é considerada uma ação relevante para a saúde pública do país, proporcionando a redução significativa de doenças incidentes na infância, a redução da propagação e número de óbitos de crianças por doenças raras preveníveis por vacina. Tem caráter preventivo e de recomendação mundial a todas as crianças⁽¹¹⁾.

No que se refere a doenças que possam ter acometido as crianças, 82,3% das responsáveis afirmou que não tinham nenhuma doença. Apenas uma ponderou a resposta e disse:

“Não tem doença, mas já ficou internada” (R4).

Enquanto duas apontaram em suas falas que a criança tinha:

“Alergia” (R8).

“[...] adenoidite” (R10).

Percebe-se que com os anos, as doenças mudaram, sendo as causas mais recentes

e frequentes, as doenças diarreicas, que eram a causa mais comum, e em 2015, passou ser a 7ª causa de morte. As infecções respiratórias reduziram ao longo dos anos, mas ainda fazem parte das dez principais causas mortais no país. “Também figuram entre as 20 primeiras posições em 2015 algumas causas externas, apesar do declínio das taxas: a aspiração de corpos estranhos ocupou a 10ª posição; os acidentes de trânsito, a 11ª; o afogamento, a 12ª; e a violência interpessoal, a 13ª”^(12;52).

Outra questão ressaltada pelas mulheres foi a relação com o enfermeiro que as atendiam, percebe-se nas falas que a interação entre os responsáveis e enfermeiros é equilibrada e confortável e pode influenciar na continuidade das consultas. Destacam-se as falas:

“Todas elas ótimas, atenção total, me senti confortável” (R1).

“Me senti em casa” (R4).

“Foi bom, tirei minhas dúvidas” (R5).

“Bem. São atenciosas e segura nas ações” (R17).

Sendo assim, a interação entre o enfermeiro e mãe/família é considerada o foco principal da prática da assistência, mas precisa ser uma comunicação saudável, que garanta um diálogo com compartilhamento de ideias e pensamentos, evitando um discurso autoritário e preconceito, sem desvalorizar a prática de cuidado da mãe, apenas orientando com respeito sobre as práticas adequadas. Percebe-se que a relação limitada e deficiente prejudica o desenvolvimento da autonomia das mães e das habilidades⁽¹³⁾.

Conhecimento adquirido pelas responsáveis na consulta de puericultura realizada pelo enfermeiro

O aleitamento materno é visto como uma estratégia natural para estabelecer o vínculo materno, sendo uma das orientações básicas de uma consulta de puericultura, além de garantir “o afeto, proteção e

nutrição para a criança e constitui a mais sensível, econômica e eficaz intervenção para redução da morbimortalidade infantil” (14:37). Ressaltam-se as falas:

“Pegar direito no peito diminuir o nestogêno e só dar peito” (R1).

“Amamentação [...] importância do leite materno [...]” (R16).

“[...] aleitamento [...]” (R17).

No que diz respeito à higiene da criança, um autor^(15:1) aponta como objetivos a serem alcançados através da consulta: “divulgar os princípios da higiene infantil de modo a contribuir para a redução das elevadas taxas de mortalidade infantil e favorecer a formação de indivíduos saudáveis, em condições de contribuir para o desenvolvimento da nação”. Neste sentido, algumas mães disseram que aprenderam ou foram orientadas sobre:

“[...] limpar direitinho a boca e lavar a mamadeira” (R1).

“[...] tem que limpar a língua da criança [...] cada vez que dar o mama” (R2).

“Sobre higiene e troca de fralda [...] limpar a boca do bebê” (R3).

Além da amamentação, outras orientações acerca da alimentação equilibrada foram prestadas, pois algumas crianças tinham acima de um ano de idade:

“Evitar refrigerante e comida enlatada [...] dar água filtrada e vacinação” (R7).

“Sobre alimentação [...] não dar açúcar” (R9).

“Sobre a comida, alimentação saudável [...] dar alimentos coloridos e saudáveis” (R10).

“Alimentação [...]” (R14).

O crescimento é considerado um processo dinâmico, que ocorre durante toda a vida, pelas modificações do tamanho corporal. Os fatores que a criança está exposta podem ser intrínsecos e extrínsecos, como a genética e fatores ambientais, “dentre os quais se destacam a alimentação, a saúde, a higiene, a habitação e os cuidados gerais com a criança, que atuam acelerando ou retardando esse processo”^(16:16).

Portanto, são prezadas na consulta a garantia das informações acerca do peso, medida e exame físico completo; o crescimento e desenvolvimento; a carteira de vacinação (partes não preenchidas, vacinas atrasadas e outros); acompanhamento profissional desde a gestação. Os enfermeiros também destacam a importância das etapas da consulta para assistência da criança e atenção a mãe, para que seja considerada humanizada⁽¹⁰⁾. E algumas responsáveis apontaram as orientações acerca da prevenção:

“[...] tirei minhas dúvidas” (R4).

“[...] vacinação” (R7, R13, R14).

“[...] importância da vacinação” (R15).

“[...] importância da vacinação” (R16, R17).

CONCLUSÃO

Nesta pesquisa, os objetivos foram alcançados, uma vez que as responsáveis responderam todas as perguntas do roteiro proposto. Este estudo permite concluir que as responsáveis compreendem a relevância da consulta de puericultura realizada pelo enfermeiro, e que esta permite sanar mais dúvidas e adquirir mais informações por ser feita em mais tempo. Com o enfermeiro é possível compreender sobre as formas de cuidado à criança.

Percebe-se que a formação do vínculo com os enfermeiros melhora a qualidade do cuidado a ser prestada e permite o desenvolvimento de habilidades. Destaca-se também que, as responsáveis sentem-se

confortáveis e bem acolhidas nas consultas. A maioria das responsáveis mostrou ter conhecimento que a puericultura visa avaliação da saúde, acompanhamento e tratamento das queixas, orientações para ativi-

dades da vida diária, ações de prevenção, e a importância da higiene e amamentação.

Este estudo pretende contribuir para a compreensão da percepção das responsáveis sobre a consulta de puericultura rea-

lizada pelo enfermeiro, a fim de ampliar o conhecimento das principais ações prestadas e quais estratégias precisam ser implementadas. Mas ainda recomendam-se mais pesquisas que abordem a temática. ■

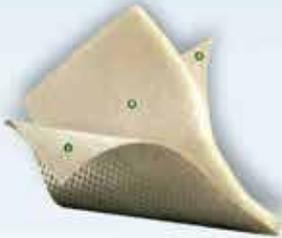
REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; (Série A - Normas e Manuais Técnicos), 2005 [acesso em 08 mai 2018]. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2013/10/brasil-reduz-em-70-a-taxa-de-mortalidade-na-infancia>.
2. Ministério da Saúde (BR). Brasil reduz em 77% a taxa de mortalidade na infância. Saúde da criança [Internet]. Portal Brasil. 2013 [acesso em 08 mai 2018]. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2013/10/brasilreduz-em-70-a-taxa-de-mortalidade-na-infancia>.
3. Cegalla DP. Dicionário escolar da língua portuguesa. 2. ed. São Paulo: Companhia Editora Nacional; 2008.
4. Moura RS, Saraiva FJC, Santos RFM, Porfírio ABV, Leite GF, Felippu JSTM. Diagnóstico e intervenções de enfermagem durante as consultas de puericultura: Relato de experiência. Olhares Plurais- Revista Eletrônica Multidisciplinar. 2015 [acesso em 05 jun 2018]; 2(13). Disponível em: <http://revista.seune.edu.br/index.php/op/article/view/194>.
5. Falbo BCP, et al. Estímulo ao desenvolvimento infantil: produção do conhecimento em enfermagem. Revista brasileira de enfermagem [Internet]. 2012 Feb. [acesso em 05 jun 2018]; 65(1):148-154. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000100022&lng=en&nrm=iso.
6. Cia F, et al. Habilidades sociais parentais e o relacionamento entre pais e filho. Psicologia em Estudo [Internet]. 2006 jan./abr. [acesso em 03 jun 2018]; 11(1):73-81. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v11n1/v11n1a09.pdf>.
7. Paz BMC. Percepção do cuidador: acerca das orientações de enfermagem na consulta de puericultura [Internet]. Trabalho de Conclusão de Curso, Faculdade Maria Milza, 2018 [acesso em 11 nov 2018]. Disponível em: <http://131.0.244.66:8082/jspui/bitstream/123456789/706/1/barbara%20paz%20tcc2.pdf>.
8. Malaquias TSM, Gaíva MAM, Higarashi IH. Percepções dos familiares de crianças sobre a consulta de puericultura na estratégia saúde da família. Revista Gaúcha de Enfermagem [Internet]. 2015 mar. [acesso em 17 mai 2018]; 36(1):62-68. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/download/46907/33319>.
9. Silva FSB. Implantar a consulta de puericultura para crianças de 0 a 2 anos na área do Pratius II - Pindoretama-CE [Internet]. Escola de Saúde Pública do Ceará [Trabalho de Conclusão de Curso] Fortaleza, 2009 [acesso em 05 jun 2018]. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/3914>.
10. Campos RMC, et al. Consulta de enfermagem em puericultura: a vivência do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família. Revista da Escola de Enfermagem da USP [Internet]. 2011 [acesso em 20 mai 2018]; 45(3). Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n3/v45n3a03.pdf>.
11. Lance E, Rodewald MD. Vacinação infantil. National Immunization Program, Centers for Disease Control and Prevention [Internet]. EUA, junho 2014 [acesso em 06 jun 2018]. Disponível em: <http://www.encyclopedia-crianca.com/sites/default/files/textes-experts/pt-pt/2385/vacinacao-infantil.pdf>.
12. França EB, et al. Principais causas da mortalidade na infância no Brasil, em 1990 e 2015: estimativas do estudo de Carga Global de Doença. Revista Brasileira de Epidemiologia [Internet]. 2017 [acesso em 24 mai 2018]; 20:46-60. Disponível em: https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rbepid/v20s1/1980-5497-rbepid-20-s1-00046.pdf.
13. Moreira MDS, Gaíva MAM. Comunicação do enfermeiro com a mãe/família na consulta de enfermagem à criança. Cienc Cuid Saude [Internet]. 2016 [acesso em 11 nov 2018]; 15(4):677-684. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Maria_Gaiva/publication/313775891_Comunicacao_do_enfermeiro_com_a_mae_familia_na_consulta_de_enfermagem_a_crianca/communication_of_the_nurse_with_the_motherfamily_in_the_nursing_appointment_to_the_child/links/58c302f345851538eb809b53/Comunicacao-do-enfermeiro-com-a-mae-familia-na-consulta-de-enfermagem-a-crianca-Communication-of-the-nurse-with-the-mother-family-in-the-nursing-appointment-to-the-child.pdf.
14. Ferreira MGC, Gomes MFP, Fraccolli LA. Aleitamento materno: orientações recebidas por gestantes acompanhadas pela estratégia saúde da família. Revista de Atenção à Saúde [Internet]. 2018 [acesso em 21 mai 2018]; 16(55):36-41. Disponível em: http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/4888.
15. Lima ALG. A recepção higiênica do bebê: um estudo a partir de manuais de puericultura publicados no Brasil entre 1918 e 1968. Na. 7 Col. LEPSI IP/FE-USP [Internet]. 2009 [acesso em 17 mai 2018]. Disponível em: http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?pid=MSC000000032008000100015&script=sci_arttext&lng=pt.
16. Romani SAM, Lira PIC. Fatores determinantes do crescimento infantil. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil [Internet]. 2004 mar [acesso em 03 jun 2018]; 4(1):15-23. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292004000100002&lng=en&nrm=iso.

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.*

