



Enfermagem

em Foco

REVISTA OFICIAL DO CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM

VOLUME 7, Nº 2, 2016



04



9772177428000

submissão online

Criada em 18/5/2010

SCLN QD 304, Lote 09, Bloco E, Asa Norte, Brasília, DF - CEP: 70736-550, telefone: (61) 3329-5800, fax: (61) 3329-5801
Site: www.portalcofen.gov.br • e-mail: revista@cofen.gov.br

Diretor-Presidente/President Director:
Manoel Carlos Neri da Silva - Conselho Federal de Enfermagem

Editor-Chefe/Chief Editor:
Joel Rolim Mancia - Universidade do Vale do Rio dos Sinos, UNISINOS, RS

Editores Associados/Associated Editors

Mara Ambrosina de Oliveira Vargas - Universidade Federal de Santa Catarina, SC
Mirna Albuquerque Frota - Universidade de Fortaleza, CE

Valéria Lerch Lunardi - Universidade Federal do Rio Grande, RS
Vanda Elisa Andres Felli - Universidade de São Paulo, SP

Conselho Editorial/Editorial Board

Alacoque Lorenzini Erdmann - Universidade Federal de Santa Catarina, BR
Anadergh Barbosa Branco - Universidade de Brasília, BR
Andrea Gomes Linard - UFMA, BR
Claudia Bartz - Universidade de Wisconsin, EUA
Denise Gastaldo - Universidade de Toronto, CA
Denize Boutillet Munari - Universidade Federal de Goiás, BR
Edilene Curvelo Hora - Universidade Federal de Sergipe, BR
Ednaldo Cavalcante de Araújo - Universidade Federal de Pernambuco, BR
Elizabeth Esperidião Cardozo - Universidade Federal de Goiás, BR
Elizabeth Teixeira - Universidade do Estado do Pará, BR
Flávia Regina Souza Ramos - Universidade Federal de Santa Catarina, BR
Isabel Cristina Kowal Oln Cunha - Universidade Federal de São Paulo, BR
Josicelia Dumêt Fernandes - Universidade Federal da Bahia, BR
Joyce E. Thompson - STTHAU, EUA
Lorita Marlena Freitag Pagliuca - Universidade Federal do Ceará, BR

Madalena Alonso - Universidad de Monterrey, MX
Maria Cristina Soares Figueiredo Trezza - Universidade Federal de Alagoas, BR
Maria Mirian Lima da Nóbrega - Universidade Federal da Paraíba, BR
Maria Tereza Casbas - Espanha
Mirian Santos Paiva - Universidade Federal da Bahia, BR
Paulete Ambrósio Maciel - Universidade Federal do Espírito Santo, BR
Raimunda Medeiros Germano - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, BR
Regina Maria dos Santos - Universidade Federal de Alagoas, BR
Sandra Valenzuela Suazo - Universidad de Concepción, CL
Shaké Ketefian - University of Michigan, EUA
Silvana Santiago da Rocha - Universidade Federal do Piauí, BR
Silvina Malvarez - Opas
Taka Oguiso - Universidade de São Paulo, BR
Telma Ribeiro Garcia - Universidade Federal da Paraíba, BR
Wilmra Suely Batista Pereira - Universidade Federal de Rondônia, BR

Plenário Cofen - 2015-2018 • Diretoria/Board of Directors

Presidente - Manoel Carlos Neri da Silva
Vice-Presidente - Irene do Carmo Alves Ferreira
Primeira-Secretária - Maria do Rozário de Fátima Borges Sampaio
Segundo-Secretário - Vencelau Jackson da Conceição Pantoja
Primeiro-Tesoureiro - Jebson Medeiros de Souza
Segundo-Tesoureiro - Antônio José Coutinho de Jesus

Luciano da Silva • Mirna Albuquerque Frota • Nádia Mattos Ramalho
Conselheiros Suplentes - Anselmo Jackson Rodrigues de Almeida • Dorisdaia Carvalho de Humerez • Eloiza Sales Correia • Francisca Norma Lauria Freire • Gilvan Brolini • Leocarlos Cartaxo Moreira • Márcia Anésia Coelho Marques dos Santos • Orlene Veloso Dias • Walkírio Costa Almeida

Missão e objetivos

A missão da revista Enfermagem em Foco é contribuir para o fortalecimento e desenvolvimento da profissão, em especial no que diz respeito aos objetivos do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, de normatizar e fiscalizar o exercício profissional. Tem como objetivos: propiciar o consumo crítico da produção científica, disponibilizando aos profissionais de enfermagem e à comunidade científica, nacional e internacional, conhecimentos atualizados, fomentando o debate e o intercâmbio acerca da enfermagem como trabalho social, disciplina do conhecimento científico e profissão do cuidado humano.

Declaração de direitos

O Cofen e os editores não são responsáveis por consequências advindas do uso de informação contida na revista. A opinião expressa pelos autores não corresponde necessariamente à posição do Cofen. Os artigos são propriedade da revista e sua reprodução é permitida somente com autorização dos editores e citação da fonte original.

Informações sobre assinaturas e distribuição

A revista, de publicação trimestral, com tiragem de 40 mil exemplares, tem distribuição gratuita e dirigida, assim como livre, no site www.portalcofen.gov.br.

Números anteriores

Os números anteriores podem ser acessados no site da revista.

Propriedade e direitos

Todos os artigos, desenhos e fotografias estão sob a proteção do Código de Direitos de Autor e não podem ser total nem parcialmente reproduzidos sem a permissão prévia, por escrito, dos editores da revista. A Enfermagem em Foco enviará todos os esforços para que o material mantenha total fidelidade ao original.

Data de impressão: agosto de 2016.

Fontes de indexação

Latindex: Índice Latinoamericano de Publicações Científicas Seriadas
CUIDEN, CINAHL, BDENF e EBSCO

Título abreviado: Enferm. Foco

Klimt Agência de Publicidade LTDA.

CLN 309 Bloco D Salas 211/214, Asa Norte, Brasília, DF - CEP 70755 540 - tel: 61-3034-4883 - Site: www.klimtpublicidade.com
Diretor Geral: Rafael Frota • Supervisor Geral: Renato Blanco • Projeto Gráfico: Daniel Ferreira • Design gráfico: David Clarck
Publicidade: De Brito Propaganda • Revisora: Bruna Lima

610.73 E46	Enfermagem em Foco [publicação do] Conselho Federal de Enfermagem. - Vol. 1, n.1 (maio: 2010) - Brasília: Cofen, 2010 - - V. Trimestral 1. Enfermagem - Periódicos. I. Conselho Federal de Enfermagem.
---------------	--

Afiliada à



Associação Brasileira de Editores Científicos

05

QUEM SOMOS

Editores da Revista Enfermagem em Foco

07

1. PERCEPÇÕES DE MULHERES VIVENDO COM O VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA ACERCA DA IMPOSSIBILIDADE DE AMAMENTAR

Perceptions of living women with human immunodeficiency virus about breastfeeding inability.

Percepciones de las mujeres que viven con el virus de inmunodeficiencia humana sobre la incapacidad lactancia.

Valéria Linder, Simone Edi Chaves, Márcia Rejane Strapasson

12

2. (DES)CUIDADO DO PACIENTE COMO FONTE DE SOFRIMENTO MORAL DE DOCENTES DE CURSOS TÉCNICOS EM ENFERMAGEM

The lack of care from the patient as reason of moral suffering of teacher from technical nursing course.

Descuido del paciente como fuente de sufrimiento moral de docentes de cursos técnicos en enfermería.

Carla Godinho Duarte, Valéria LerchLunardi, Rosemary Silva da Silveira, Edson Luiz Devos Barlem, Grazielle de Lima Dalmolin

17

3. QUALIDADE DE VIDA, SINTOMAS DEPRESSIVOS E ADESÃO AO TRATAMENTO DE PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL

Quality of life, depressive symptoms and adherence to treatment of people with hypertension.

Calidad de vida, síntomas depresivos y la adhesión a las personas con tratamiento de la hipertensión.

Jadiel Fellipe Santana Santos, Ana Caroline Rodrigues Lima, Clarissa Maria Dias Mota, Cristiane Franca Lisboa Gois,

Gabriela Menezes Gonçalves de Brito, Íkaro Daniel de Carvalho Barreto

22

4. PERFIL DE PESSOAS ESTOMIZADAS DE UMA REGIÃO DE SAÚDE MINEIRA

Ostomized profile of a health region of minas gerais state, Brazil.

Perfil de las personas con estomía en una región sanitaria del minas gerais, Brazil.

Juliano Teixeira Moraes, Raquel Silva Assunção, Francisco dos Santos de Sá, Eduardo Ribeiro Lessa, Leoni dos Santos Corrêa

27

5. PROTEÇÃO RADIOLÓGICA: DA LEGISLAÇÃO À PRÁTICA DE UM SERVIÇO

Radiation protection: from legislation to practice of a service.

Protección radiológica: de la legislación a la práctica de un servicio.

Andréa Huhn, Mara Ambrosina de Oliveira Vargas, Luís Lança, Micheli Leal Ferreira, Juliana Almeida Coelho de Melo, Dulcinéia Ghizoni Schneider

32

6. SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PERSPECTIVA DA EQUIPE

Nursing Care Systematization in the perspective of Staff.

Sistematización de la asistencia de enfermería en la perspectiva del equipo.

Rudval Souza da Silva, Ana Raquel Lima Peralva de Almeida, Francieli Aparecida de Oliveira, Arly Silva Oliveira, Maria do Rozário de Fátima Borges Sampaio, Gilvânia Patrícia do Nascimento Paixão

37

7. OCORRÊNCIA DE FLEBITE EM ACESSO VENOSO

Phlebitis occurrence in venous access.

Ocurrencia de flebitis en el acceso venoso.

Ane Kássia de Carvalho Barbosa, Kamille Regina Costa de Carvalho, Isabel Cristina Cavalcante Carvalho Moreira

42

8. ESTUDO COMPARATIVO ENTRE AS TÉCNICAS MANUAL E AUTOMÁTICA DE DEMARCAÇÃO DE BORDA PARA AVALIAÇÃO DE ÁREA DE ÚLCERAS POR PRESSÃO

Comparative study between manual and automatic techniques to pinpoint wound edges during pressure ulcers perimeter evaluation.
Investigación comparativa entre las técnicas manual y automática de demarcación de borde para evaluación del área de úlceras por decúbito.
Karolina Bastos da Cruz Salmona, Levy Aniceto Santana, Rinaldo de Souza Neves, Renato da Veiga Guadagnin

47

9. CULTIVO DO BEM VIVER DAS PESSOAS IDOSAS E TECNOLOGIA CUIDATIVO-EDUCACIONAL DE ENFERMAGEM

Growing the elderly's good living and caring-educational technologies of nursing.
Cultivo del bienestar de los ancianos y tecnología cuidadora-educacional de la enfermería.
Thais Monteiro Goes, Sandra Helena Isse Polaro, Lucia Hisako Takase Gonçalves

52

10. ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: QUE LUGAR É ESSE?

User embracement with risc classification: What is this place?
Acogimiento con calificación de riesgo: ¿Qué es este lugar?
Hosana Ferreira Rates, Marília Alves, Ricardo Bezerra Cavalcante

57

11. ESTRATÉGIAS DE DEFESA UTILIZADAS POR TRABALHADORES DE ENFERMAGEM ATUANTES EM PRONTO-SOCORRO

Defense strategies used for nursing workers in emergency room.
Estrategias defensivas utilizadas por trabajadores de enfermería activos en primeros auxilios.
Jeanini Dalcol Miorin, Silviamar Camponogara, Camila Pinno, Etiane de Oliveira Freitas, Quézia Boeira da Cunha, isele Loise Dias

62

12. PLANEJAMENTO INTEGRADO DO ENSINO NA PERSPECTIVA DE DOCENTES DE UMA UNIVERSIDADE FEDERAL

Planning teaching in perspective of a federal university lecturers.
Planificación docente en la perspectiva de profesores de una universidad federal.
Raissa Silva Souza, Maria Flávia Gazzinelli Bethony

67

13. EXAME OBSTÉTRICO REALIZADO PELA ENFERMEIRA: DA TEORIA À PRÁTICA

Examination exam by obstetric nurse: from theory to practice.
Exploración obstétrica realizado por la enfermera de la teoría a la práctica.
Maryanne Machado Ataide, Amuzza Aylla Pereira dos Santos, Jovânia Marques de Oliveira e Silva, Maria Elisângela Torres de Lima Sanches

72

14. INTERVENÇÕES EDUCATIVAS E SEU IMPACTO NA CULTURA DE SEGURANÇA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Educational intervention and impact on safety culture: an integrative review.
Intervención educativa y su impacto en la cultura de seguridad: una revisión integradora.
Monique Mendes Marinho, Vera Radünz, Francis Solange Vieira Tourinho, Luciana Martins da Rosa, Marciele Misiak

78

15. MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA QUE BUSCARAM APOIO NO CENTRO DE REFERÊNCIA GENY LEHNEN/RN

Women in violence situation who sought support at Genny Lehne/RS Reference Center.
Mujeres en situación de violencia que se ve en el Centro de Referencia Geny Lehnen, / RS.
Larissa Alessandra Stockmanns de Oliveira, Sandra Maria Cezar Leal

83

16. PROMOVENDO A AUTOESTIMA NA GESTAÇÃO: FOCO NO ACOLHIMENTO

Promoting self-esteem during pregnancy: focus on user embracement.
Promoción de la autoestima en el embarazo: enfoque en el acogimiento.
Jamila Geri Tomaschewski-Barlem, Simoní Saraiva Bordignon, Cesar Francisco Silva da Costa, Carla de Oliveira da Costa, Edison Luiz Devos Barlem

EDITORES DA REVISTA ENFERMAGEM EM FOCO



Manoel Carlos Neri da Silva

Diretor Presidente

Graduado e licenciado em enfermagem, com especialização na área de educação ambiental e desenvolvimento sustentável pela Universidade Federal de Rondônia - UNIR (1993). Na vida universitária, foi presidente do Centro Acadêmico de Enfermagem e do Diretório Central dos Estudantes (DCE), onde já desportava sua liderança. Foi docente da UNIR (1997-2005), bem como da Faculdade São Lucas (a partir de 1999). Laborou como enfermeiro assistencial no Hospital/Pronto Socorro João Paulo II e na Secretaria Municipal de Saúde de Porto Velho, onde assumiu o cargo de secretário adjunto municipal de saúde. Foi presidente do Coren-RO (2000-2005). Também ocupou a presidência do Instituto de Previdência e Assistência Municipal (IPAM) de Porto Velho. Foi membro do Conselho Estadual de Saúde de Rondônia por cinco anos. Atualmente, é presidente do Conselho Federal de Enfermagem - Cofen.



Joel Rolim Mancia

Editor-chefe

Graduado em Enfermagem pela Unisinos (1988). Mestrado em enfermagem (2002) e doutorado em enfermagem (2007) pela Universidade Federal de Santa Catarina. Atua no Hospital de Pronto-Socorro de Porto Alegre. Professor da Universidade do Vale dos Sinos-UNISINOS. Editor da Revista Brasileira de Enfermagem (1998-2004) e da Revista Panamericana de Enfermería da Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería (2003-2006). Membro fundador do Conselho Iberoamericano de Editores de Revistas de Enfermería (2003). Secretário do Fórum Nacional de Editores de Revistas de Enfermagem (2005-2010). Membro do conselho editorial da revista Nursing Inquiry/Melbourne, Austrália, Revista Enfermería Clínica de España e do International Academy of Nursing Editors.. Consultor do Núcleo de Estudos da História da Enfermagem Brasileira (Nephebras) da Escola de Enfermagem Anna Nery - UFRJ. Membro do grupo de pesquisa Gehces da UFSC. Conselheiro do Conselho Estadual de Saúde do RS. Tem experiência na área de enfermagem, com ênfase em publicações, periódicos e editoração de livros.



Mara Ambrosina Vargas

Editora Associada

Professora da Graduação e Pós Graduação do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) - Departamento de Enfermagem. Doutora em Enfermagem com ênfase em Filosofia, Saúde e Sociedade pela UFSC. Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Especialista em Enfermagem em Terapia Intensiva Adulto pela Associação Brasileira de Enfermagem em Terapia Intensiva. Coordenadora dos Laboratórios de Práticas Simuladas do Departamento Enfermagem UFSC. É pesquisadora do Grupo Práxis/UFSC - Núcleo de Estudos sobre Trabalho, Cidadania, Saúde e Enfermagem, abordando as temáticas: ética e bioética, políticas públicas em saúde, cuidados paliativos, enfermagem em terapia intensiva - adulto, tecnologias de enfermagem, tecnobiomedicina, segurança do paciente, gestão de segurança, morte; Foucault e Pesquisa Pós-Estruturalista. Ministra cursos de Ética e Bioética para enfermagem e de Pesquisa Qualitativa. Membro da Comissão de Ética do COREN/SC. Editora da Revista Texto & Contexto Enfermagem.



Mirna Albuquerque Frota

Editora Associada

Graduação em Enfermagem, mestrado e doutorado em enfermagem pela Universidade Federal do Ceará - UFC. Professora adjunta do mestrado em saúde coletiva e do curso de graduação em enfermagem da Universidade de Fortaleza - Unifor. Líder do Núcleo de Pesquisa e Estudo em Saúde da Criança - Nupesc - CNPq/Unifor. Editora-chefe da Revista Tendências da Enfermagem Profissional - ReTEP e conselheira ad hoc de diversos periódicos da área de enfermagem e saúde coletiva, tais como Revista da Escola de Enfermagem da USP, Revista Panamericana de Salud Pública/ Pan American Journal of Public Health, Cadernos de Saúde Pública e Revista Brasileira em Promoção da Saúde. Autora do livro Desnutrição Infantil na Família: Causa Obscura. Enfermeira assistencial da unidade de neonatologia do Hospital Geral de Fortaleza - HGF.



Valéria Lerch Lunardi

Editora Associada

Graduada em Enfermagem (1976) e mestrado em educação (1994) pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul- UFRGS. Doutorado em Enfermagem (1997) pela Universidade Federal de Santa Catarina- UFSC. Estágio de pós- doutorado na Universidade de Toronto (2002). Docente permanente voluntária do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e em Educação Ambiental da Universidade Federal do Rio Grande -FURG. Membro do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem e Saúde (NEPES). Pesquisadora do CNPq, desenvolvendo estudos na área da Ética. Membro do Conselho Editorial da Revista Horizonte de Enfermería, Revista Brasileira de Enfermagem, Revista Eletrônica de Enfermagem, Revista de Enfermagem UERJ, Revista da Enfermagem da UFSM e Revista Vittalle.



Vanda Elisa Andres Felli

Editora Associada

Graduação em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP (1979). Mestre (1988) e doutora (1996) pelo programa de pós-graduação em enfermagem EEUSP. Professora associada do departamento de orientação profissional da EEUSP (2002). Ensina em todos os níveis (graduação, especialização, mestrado e doutorado), orienta e desenvolve projetos na área de gerência em enfermagem e saúde do trabalhador. Líder do grupo de pesquisa "Estudos sobre a Saúde do Trabalhador de Enfermagem". Pesquisadora do CNPq. Membro do Scientific Committee on Occupational Health Nursing e do International Council of Occupational Health. Pesquisadora associada do Centro Colaborador do Instituto Joanna Briggs no Brasil. Consultora das revistas: Escola de Enfermagem da USP, Latinoamericana Enfermagem, Brasileira de Enfermagem, Gaúcha de Enfermagem, Mineira de Enfermagem e Brasileira de Epidemiologia.



ENFERMAGEM não se ensina a distância

*Manoel Carlos Neri da Silva | Coren/RO nº 63.592

Enfermeiro e presidente do Conselho Federal de Enfermagem

A Enfermagem é uma profissão de assistência direta ao paciente, presente na vida de recém-nascidos, crianças, adolescentes, adultos e idosos. Os conhecimentos teórico-práticos necessários à formação de enfermeiros e de técnicos em Enfermagem envolvem práticas sociais, éticas e legais, que se processam pelo ensino e assistência. Não são passíveis de aquisição via teleaulas, porque o cuidado não é virtual. É real, tangível, tem corpo e forma.

O Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) alerta a sociedade para os riscos à saúde trazidos pela formação de profissionais de Enfermagem por meio do ensino a distância (EaD). As atividades teóricas e práticas deverão estar presentes desde o início do curso, permeando toda a formação do enfermeiro, de forma integrada e interdisciplinar. Sem a fusão da prática com a teoria, como o futuro profissional poderá realizar procedimentos essenciais para salvar vidas e amenizar dor e desconfortos? Se mal executados, tais procedimentos podem causar danos irreversíveis.

Desde 2011, os Conselhos Profissionais do setor se colocam de forma unânime contra a formação não presencial na área de Saúde. As peculiaridades do trabalho em saúde exigem uma formação teórica e prática desses profissionais em necessária interação com docentes assistenciais e com pacientes, além de práticas laboratoriais e estágio curricular supervisionado por docentes qualificados. Contrariando as recomendações fundamentadas do Cofen, responsável pela fiscalização do exercício profissional, cursos de graduação a distância estão sendo ofertados pelas universidades brasileiras, com aval e reconhecimento do Ministério da Educação, que não tem sequer cumprido o seu papel na correta fiscalização e regulação de tais cursos.

O Conselho reconhece as potencialidades do EaD para a formação continuada e para o ensino complementar, inclusive os cursos presenciais admitem uma carga horária a distância de até 20% do total.

Sem laboratórios, biblioteca, corpo docente qualificado ou condições mínimas de apoio, a maioria dos polos localiza-se em municípios diminutos, que não oferecem sequer condições para a prática de estágio supervisionado. Foram essas as condições constatadas pelo Sistema Cofen/Conselhos Regionais em recente inspeção a pedido do Ministério Público Federal do Distrito Federal.

AUDIÊNCIAS PÚBLICAS – Convidamos a sociedade a refletir sobre essas questões, e a reagir. Estamos realizando audiências públicas em todo o Brasil para discutir a formação em Enfermagem a distância, seus riscos e possíveis benefícios. Nacionalmente, propusemos e apoiamos o Projeto de Lei (PL 2891/2015) proibindo a formação de enfermeiros e técnicos de Enfermagem a distância. Também defendemos a criação de legislação que estabeleça a realização de exame para registro do profissional nos Conselhos de Enfermagem.

A qualidade da formação em Enfermagem é um aspecto crucial da qualidade da assistência e tem, portanto, evidente interesse público. Os profissionais de Enfermagem estão presentes em todos os municípios brasileiros e correspondem a mais da metade da força de trabalho do Sistema Único de Saúde e da rede complementar.

VAGAS OCIOSAS – Atualmente, os profissionais de Enfermagem em atuação no Brasil já somam quase 2 milhões, entre enfermeiros, técnicos e auxiliares de Enfermagem. Indícios de saturação do mercado de trabalho foram apontados na pesquisa “Perfil da Enfermagem no Brasil” (Fiocruz-Cofen, 2015), maior levantamento sobre uma profissão já realizado na América Latina.

Anualmente, são cerca de 160 mil vagas ofertadas na graduação presencial em Enfermagem, sendo que, destas, 75 mil vagas ficam ociosas. O que comprova ser desnecessária a formação de enfermeiros por ensino a distância. Estima-se que cerca das 60 mil vagas de graduação em Enfermagem EaD já ofertadas, mais de 90% estejam ociosas, à espera de alunos. Não há, portanto, carência de profissionais que justifique a expansão da oferta por meio do EaD, que só interessa aos grandes grupos educacionais.

O enfermeiro precisa ter a sensibilidade de perceber as necessidades do outro. O contato com o paciente e a comunidade é fundamental para o estabelecimento de vínculos de confiança, permitindo cuidados e orientações efetivas para a promoção da saúde. Muitas vezes, “na arte e na ciência do cuidado”, a Enfermagem combina conhecimentos técnicos e humanísticos necessários à sensibilidade para lidar com as fragilidades e necessidades das pessoas. Não é a distância, na frieza de um estudo solitário, que esse profissional terá condições de aprender sua função.

| ARTIGO I

PERCEPÇÕES DE MULHERES VIVENDO COM O VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA ACERCA DA IMPOSSIBILIDADE DE AMAMENTAR

Valéria Linder¹, Simone Edi Chaves², Márcia Rejane Strapasson³

Objetivo: conhecer a percepção de mulheres vivendo com o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) acerca da impossibilidade de amamentar. Metodologia: pesquisa qualitativa realizada em uma maternidade de hospital público de Porto Alegre/RS em 2014, com 10 mulheres portadoras do vírus que se encontravam no período de puerpério imediato. Para a análise dos dados, utilizou-se a análise de conteúdo. Resultados: emergiram quatro categorias temáticas: orientação de não amamentar apenas como um procedimento técnico; dificuldade das mulheres em revelar seu diagnóstico; percepções das mulheres vivendo com HIV sobre as orientações fornecidas pela equipe de enfermagem e sentimento das mulheres vivendo com HIV em não amamentar. Conclusão: destaca-se a necessidade da implementação de estratégias educativas nos serviços de saúde que qualifiquem a formação da equipe de enfermagem para o cuidado à mulher vivendo com HIV.

Descriptores: HIV; Direitos da mulher; Aleitamento materno; Assistência integral à saúde da mulher.

PERCEPTIONS OF LIVING WOMEN WITH HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS ABOUT BREASTFEEDING INABILITY

Objective: to know the perception of women living with the Human Immunodeficiency virus (HIV) about impossibility of breastfeeding. Methodology: qualitative research conducted in a public hospital maternity Porto Alegre/RS between February and March 2014. The study included 10 women with the virus who were in the immediate postpartum period. For data analysis we used the content analysis. Results: the analysis emerged four thematic categories: the guidance of not breastfeeding only as a technical procedure; the difficulty of women to reveal their diagnosis; perceptions of women living with HIV on the guidelines provided by the nursing team and the feeling of women with HIV in not breastfeeding. Conclusion: the study highlights the need to implement educational strategies in health services that qualify the training of nursing staff to care for the carrier of the virus wife.

Descriptors: HIV; Women's rights; Breastfeeding; Full assistance to women's health.

PERCEPCIONES DE LAS MUJERES QUE VIVEN CON EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA SOBRE LA INCAPACIDAD LACTANCIA

Objetivo: conocer la percepción de las mujeres que viven con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) respecto la imposibilidad de amamantar. Metodología: investigación cualitativa llevada a cabo en un hospital público de maternidad Porto Alegre/RS entre febrero y marzo de 2014. El estudio incluyó 10 mujeres con el virus que estaban en el período posparto. Para análisis de datos se utilizó el análisis de contenido. Resultados: el análisis emergieron cuatro categorías temáticas: no amamantar orientación sólo como un procedimiento técnico; la dificultad de las mujeres para revelar su diagnóstico; percepciones de las mujeres que viven con el VIH en las directrices proporcionadas por el equipo de enfermería y el sentimiento de las mujeres con VIH no amamantar. Conclusión: el estudio pone de relieve la necesidad de implementar estrategias educativas en los servicios de salud que califican la formación del personal de enfermería para el cuidado de las mujeres que viven con el VIH.

Descriptores: VIH; Derechos de las mujer; Lactancia materna; Atención integral de la salud de la mujer.

¹Enfermeira. Ex-aluna do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS).

²Enfermeira. Doutora em educação, docente do Curso de Graduação em Enfermagem e coordenadora do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da UNISINOS.

³Enfermeira. Mestre. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da UNISINOS.

INTRODUÇÃO

As mudanças no perfil epidemiológico das pessoas vivendo com Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) no país, que possui altos índices de gestantes soropositivas, configuram esse como um relevante problema de saúde pública pela possibilidade de transmissão vertical do HIV. Dessa forma, a realização de atividades educativas e de promoção à saúde são algumas das estratégias que poderão auxiliar na diminuição desses índices de transmissão.

Entre 2000 a junho de 2015, foram notificados 92.210 casos de HIV em mulheres gestantes. Em 2014, o número foi de 7.668 casos no Brasil, o que correspondeu a 2,6 casos por mil nascidos vivos. A região Sul foi a única do país com taxa de detecção superior à média nacional, registrando 5,8 casos por mil nascidos vivos. Assim, os estados com os maiores índices em 2014 foram: Rio Grande do Sul (8,8 por mil nascidos vivos), Santa Catarina (5,8), Amazonas (3,8), Rio de Janeiro (4,0) e Paraná (2,7).⁽¹⁾

Aproximadamente 65% da transmissão vertical ocorre durante o trabalho de parto ou no próprio parto; 35% ocorre em ambiente intrauterino, com frequência nas últimas semanas de gestação. A taxa de transmissão vertical durante a amamentação fica entre 7% a 22%, renovando-se a cada exposição.⁽²⁾

A taxa de transmissão do HIV de mulheres para o recém-nascido durante a gravidez, sem qualquer tratamento, pode ocorrer em até 20% dos casos. Nas situações em que a mulher portadora do vírus segue todas as recomendações preconizadas pelo Ministério da Saúde (MS) para evitar a transmissão vertical, a possibilidade de infecção do recém-nascido é reduzida para níveis menores que 1%.⁽²⁾

Uma mulher vivendo com HIV configura uma situação de alerta e requer cuidados específicos. Medidas cabíveis de profilaxia devem ser adotadas, como o uso de Zidovudina (AZT) injetável para as mulheres no trabalho de parto e parto, e AZT solução oral para o recém-nascido, com a finalidade de reduzir o risco de transmissão vertical.⁽²⁾

Essas mulheres deverão ser orientadas a não amamentar, estando indicada a inibição mecânica e/ou medicamentosa da lactação logo após o parto, evitando a estimulação e manipulação das mamas. Essa conduta deve ser mantida por um período de dez dias sendo recomendada a utilização concomitante dos antirretrovirais.⁽²⁾

O alojamento conjunto deve ser mantido e reforçado para a criação de vínculo mãe e filho. As mulheres vivendo com HIV deverão ser informadas quanto à importância do acompanhamento clínico e ginecológico após sua alta, como também, ao recém-nascido até definir seu estado sorológico. Além disso, é disponibilizado de forma gratuita, pelo Sistema Único de Saúde (SUS), a fórmula láctea infantil por pelo menos seis meses de idade.⁽²⁾

Assim, a relevância deste estudo encontra-se na necessidade de conhecer as percepções das mulheres vivendo com o HIV acerca da recomendação de amamentar e na identificação de fatores que poderão contribuir na qualidade do seu atendimento, contribuindo para o papel da enfermagem em relação à orientação fornecida a essas mulheres no período do puerpério⁽³⁾. Espera-se contribuir na qualificação da sua assistência promovendo melhoria na adesão aos antirretrovirais, fornecendo orientações sobre a prevenção da transmissão vertical e os cuidados no período puerperal.

Este estudo teve como objetivo conhecer a percepção de mulheres vivendo com o HIV acerca da impossibilidade de amamentar. Como objetivos específicos: investigar se as mulheres vivendo com HIV têm conhecimento sobre a impossibilidade de amamentarem; identificar as dificuldades vivenciadas por mulheres vivendo com HIV acerca da impossibilidade de amamentarem; conhecer a percepção das mulheres vivendo com o HIV sobre as orientações fornecidas pela enfermagem em relação a não amamentação.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo de caráter exploratório e descritivo⁽⁴⁾.

O estudo foi realizado em uma maternidade de hospital público, em Porto Alegre/RS. Participaram 10 mulheres vivendo com HIV que se encontravam no período de puerpério imediato, internadas no alojamento conjunto. A coleta de dados prosseguiu até o momento em que ocorreu a saturação dos dados.⁽⁵⁾

Estabeleceu-se, como critério de inclusão, ter mais de 18 anos, em período do puerpério imediato, internada no alojamento conjunto e informada acerca do diagnóstico de HIV. Excluíram-se as mulheres que apresentaram alguma intercorrência clínica ou obstétrica durante a internação.

A coleta de dados ocorreu entre fevereiro e março de 2014, mediante entrevista semiestruturada contendo oito questões norteadoras enfocando o conhecimento das mulheres acerca do tratamento e dos cuidados com o filho; dificuldades a respeito do tratamento, amamentação e cuidados com o filho; conhecimento sobre a impossibilidade de amamentar; acolhimento pela equipe de enfermagem; sentimento pela impossibilidade de amamentação; preconceitos enfrentados; revelação e recepção do diagnóstico.

Os dados foram coletados pela pesquisadora responsável. As entrevistas foram realizadas no alojamento conjunto, em sala reservada, com data e horário agendados, conforme a disponibilidade das participantes. As participantes receberam nomes fictícios.

A análise dos dados seguiu a proposta da análise de conteúdo:⁽⁶⁾

- a) pré-análise;
- b) exploração do material;
- c) tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

A pesquisa seguiu as normas éticas preconizadas pela resolução nº 466/2012.⁽⁷⁾ O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS) sob o número 495.746 e da instituição coparticipante sob o número 604.535-0. As participantes do estudo foram incluídas, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

As dez participantes da pesquisa apresentaram idades entre 18 e 35 anos, quatro eram divorciadas, duas eram viúvas, e outras quatro solteiras. Todas estavam em relacionamento com algum companheiro na ocasião. A ocupação de oito das entrevistadas era com o trabalho do lar.

Em relação aos antecedentes gestacionais, três das respondentes afirmaram ter três filhos; uma delas disse ter oito filhos; outra, seis; duas delas, dois filhos; e três estavam em sua primeira gestação. Além disso, seis dessas mulheres descobriram que eram portadoras do HIV no hospital, pelo teste rápido, e as outras quatro através de exames laboratoriais durante a gestação. Apenas duas relataram que usaram os antirretrovirais durante a gestação.

A partir da análise, emergiram quatro categorias, apresentadas a seguir:

Orientação de não amamentar apenas como um procedimento técnico

Os relatos envolveram a ideia de que, embora as mães soubessem que não podiam amamentar devido às orientações recebidas, todas apresentaram pouco conhecimento sobre a doença e o tratamento dos seus filhos, com informações muito superficiais, como revelado pelo discurso da maioria delas: *Sei que não vou poder amamentar meu filho, o doutor me falou, mas não entendi o porquê, acho que é minha doença, esse tal de vírus que tenho. (CAQUI); Não tenho muito conhecimento sobre os remédios que meu filho vai tomar, sei que vai ser um xarope, já me explicaram que não posso amamentar meu filho, ele toma mamadeira; (MORANGO); Quanto a não poder dar o peito para meu filho, já me explicaram, a doutora e as gurias da enfermagem. (PÊSSEGO).*

Dificuldade das mulheres em revelar seu diagnóstico

Essa categoria reuniu as principais dificuldades enfrentadas pelas mulheres em estudo. A maioria das participantes revelou ter medo de sofrer preconceito por serem portadoras do HIV, ultrapassando as barreiras de não poder amamentar entre outras dificuldades, como o medo da reação das pessoas quando souberem seu diagnóstico,

conforme os relatos a seguir: *já sofri muito preconceito por um bom tempo, tenho apoio da minha família, mas é aquela coisa, sabe, nunca gostei de falar muito entre família sobre isso. Quando me perguntam se não dou o peito, digo que tenho o mamilo invertido, que não deixa de ser verdade o meu é assim mesmo [...]. (MORANGO); [...] as pessoas ficam me perguntando e isso é difícil de falar. Estou muito triste, vou dizer que tive hepatite e não posso amamentar. Eu prefiro guardar para mim, porque as pessoas não são solidárias, existem preconceitos ainda. Eu tenho medo que eles pensam que minha filha vai ter o vírus e rejeitarem ela. (CAQUI); Prefiro guardar segredo, se não vão me chamar de "aidética", preconceito existe sim. (CARAMBOLA)*

Análise revela que as participantes preferem manter sigilo quanto ao diagnóstico da doença. Usam desculpas quando questionadas da impossibilidade de amamentar, referem ter o apoio dos familiares, mas não da sociedade, pois muitas vezes são julgadas e passam por situações constrangedoras pela impossibilidade de amamentar. Sendo assim, o sentimento do medo e do preconceito é ainda definido como a principal dificuldade relatada por elas.

Percepções das mulheres vivendo com HIV sobre as orientações fornecidas pela equipe de enfermagem

Nesta categoria, foram incluídos os relatos das mulheres referentes à recepção, ao acolhimento pela equipe de enfermagem na internação hospitalar. Os relatos envolveram discursos tanto relativos à presença constante da equipe de enfermagem, como o esclarecimento das dúvidas durante este período, sendo ilustradas em suas falas: *A equipe de enfermagem é muito boa, esclarece minhas dúvidas, são atenciosas, elas me explicaram tudo e me deixaram tranquila. Aqui no quarto estão sempre conversando com a gente. Fazem oficinas, palestras aqui na unidade, são bem dedicadas. (MAÇÃ); As gurias da enfermagem são bem preparadas, esclarecem dúvidas, estão sempre à disposição, realizam palestras e oficinas aqui dentro, sobre vários temas, é muito bom, me sinto acolhida. (PÊSSEGO); Quanto à enfermagem, fui tratada igual a qualquer uma que estava ali, elas são atenciosas, queridas, estão sempre à nossa disposição, estava com medo de sofrer preconceito, mas isso não aconteceu, fiquei no quarto junto com outras que podem amamentar, achei bem legal. O papel delas é fundamental para todas nós. (CAQUI).*

Sentimento das mulheres com HIV em não amamentar

Essa categoria refere-se aos sentimentos que as entrevistadas relataram em relação à impossibilidade da amamentação e a consciência dos benefícios que proporcionam a seus filhos ao seguir essa recomendação. Os depoimentos a seguir confirmam essa consideração: [...] fico

muito triste, porque na verdade quando eu decidi ser mãe e tenho o HIV, minha mãe falou que uma coisa que eu não iria poder fazer era amamentar, que era uma coisa muito bonita. Minhas irmãs sempre amamentaram os filhos delas até três, quatro anos. Sempre tive vontade, mas não tem como né [choro]. (MAÇÃ); Quanto a não poder dar o peito para meu filho, eu me sinto a última das últimas mães, é muito difícil, estou aprendendo a lidar com esta situação [choro]. A minha primeira filha amamentei até os 4 meses, porque ainda não tinha aparecido o vírus. Mas entendo que é o melhor para ele. (PÊSSEGO); O que mais está me machucando é não poder amamentar, as pessoas ficam me perguntando e isso é difícil de falar. Estou muito triste, vou dizer que tive hepatite e não posso amamentar. Minha mãe fica me questionando, porque todas as minhas irmãs deram o peito, e eu amamentei nas outras gestações, mas agora é diferente, aí ela não entende né, mas tento fugir da situação. Estou muito magoada, não sei como vai ser o vínculo com minha filha, mas vou fazer o melhor por ela [choro] [...]. (CAQUI).

DISCUSSÃO

A prática da amamentação por mulheres com HIV+ é contraindicada pelo Programa Nacional de DST/AIDS do Brasil, devido aos riscos de contaminação por meio do leite materno ao recém-nascido.⁽⁸⁾ Entretanto, o estudo demonstra que as orientações de não amamentar estão mais vinculadas aos procedimentos técnicos para evitar que a mãe amamente o bebê, com poucas explicações sobre as implicações da amamentação para as mulheres com HIV.

Segundo o MS, o leite materno pode ser substituído por fórmula infantil e em casos especiais, como recém-nascido de baixo peso ou prematuros, o leite humano pasteurizado pode ser oferecido proveniente de bancos de leite credenciados pelo MS. O uso de aleitamento cruzado, aleitamento misto e leite humano pasteurizado domiciliar é proibido.⁽²⁾

O tratamento do recém-nascido deve ser realizado com AZT solução oral, preferencialmente ainda na sala de parto, logo após os cuidados imediatos, ou nas primeiras quatro horas após o nascimento, devendo ser mantido durante as primeiras quatro semanas de vida.⁽⁹⁾

Sendo assim, a equipe de enfermagem no alojamento conjunto tem papel importante na orientação dessas mulheres quanto aos cuidados e possíveis complicações

com a mama, como ingurgitamento mamário, mastite, abcesso, entre outros.⁽¹⁰⁾ Além de orientar quanto à adesão ao tratamento e acompanhamento clínico, também deve estar atenta aos aspectos individuais e dinâmicos que podem afetar essa adesão.⁽²⁾

Observou-se que o receio de revelar o diagnóstico reside no temor quanto ao julgamento social, à humilhação, na vergonha e na culpa por serem portadoras do vírus HIV.⁽⁹⁾ O segredo em relação ao assunto passa a ser a melhor opção adotada por elas como forma de sobrevivência para não se sentirem magoadas e ofendidas perante a sociedade e o preconceito. Estar vivendo com o HIV, ainda hoje, é sinônimo de exclusão social, quer seja em países em desenvolvimento ou desenvolvidos.

O temor das mulheres vivendo com HIV em revelar seu diagnóstico e a dificuldade de acesso ao sistema de saúde causam impacto negativo na adesão ao tratamento. É crucial o apoio familiar e a implementação de estratégias que visem a inserção da família no sistema de saúde, ampliando a assistência e influenciando positivamente a adesão.⁽²⁾

“Quanto a não poder dar o peito para meu filho, eu me sinto a última das últimas mães”

As mulheres vivendo com HIV necessitam de apoio e orientações durante a internação hospitalar, ficando a equipe de enfermagem responsável para promover seu acompanhamento. Como as mulheres estão passando por uma fase singular da vida, o aconselhamento é essencial nesse período.⁽⁹⁾ É necessário realizar contra referência das mulheres vivendo com HIV ao serviço especializado para continuidade do acompanhamento, como também, orientações referentes ao uso da fórmula láctea infantil e aos cuidados com as mamas.⁽⁹⁾

Corroborando com essa afirmativa, um dos papéis do profissional da saúde é aconselhar, escutar e estabelecer uma relação de confiança com as mulheres vivendo com HIV. Torna-se necessário orientá-las sobre o uso de supressão farmacológica para inibir a lactação, planejamento reprodutivo, sexo seguro e outras necessidades relacionadas à saúde ginecológica, além da adesão ao tratamento e revisão

puerperal, proporcionando melhorias na assistência.⁽²⁾

O estudo revela que, embora a contraindicação da amamentação provoque sentimentos ambivalentes nas mães, a preocupação com a saúde de seus filhos, como o medo pela infecção do HIV e os cuidados de profilaxia da transmissão vertical, prevalecem diante da frustração pela impossibilidade de amamentar.⁽¹⁰⁾ Torna-se notável que essa situação mobiliza muitas angústias associadas à função materna e à saúde do recém - nascido.

Na sociedade atual, a importância da amamentação é compreendida como um evento que tem influência biológica, cultural, social e psicológica na vida de uma mulher. O ato de amamentar é visto popularmente como um comportamento natural.⁽¹¹⁾ Assim, a cobrança social coloca as mulheres vivendo com HIV em situações constrangedoras, pois sofrem preconceitos, enfrentam barreiras, sentimentos de insegurança e medo em relação à doença e ao futuro de seu filho pela impossibilidade de amamentar.⁽²⁾

CONCLUSÃO

O estudo procurou analisar a percepção de mulheres vivendo com o HIV acerca da impossibilidade de amamentar. Identificou-se que a maioria das mulheres vivendo com

o HIV recebeu o diagnóstico dessa condição na própria maternidade, no momento do nascimento do bebê, por meio do teste rápido.

Evidenciou-se pouco conhecimento dessas mulheres relativo à doença e ao tratamento que elas e os bebês precisam receber antes e depois do parto; medo, preconceito e o julgamento da sociedade aparecem como seus maiores desafios. A impossibilidade de amamentação gera angústia e tristeza a essas mães quando associada ao papel da maternidade e à saúde do neonato.

O estudo denota a necessidade de implementação de estratégias como palestras, estudos de casos, rodas de conversa, cursos de aperfeiçoamento para qualificação da equipe de enfermagem, de modo a realizar ações educativas, buscando a aderência das mulheres às medidas de profilaxia da transmissão vertical.

Compreender o sentimento de mães vivendo com o HIV, em relação ao tratamento e à impossibilidade da amamentação, ainda constitui um grande dilema para todos. Para que essas mulheres sigam as recomendações de saúde preconizadas, torna-se necessário que o profissional de saúde esteja qualificado para a escuta, fornecendo-lhes informações e proporcionando-lhes um atendimento digno e humanizado.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Boletim epidemiológico HIV e AIDS 2015: até 26ª - semana epidemiológica. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas. Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
3. Ministério da Saúde (BR). Boas práticas em HIV/AIDS na atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
4. Lakatos EM, Marconi MA. Fundamentos de metodologia científica: técnicas de pesquisa. 7ª ed. São Paulo: Atlas; 2010.
5. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem. Porto Alegre: Artmed; 2011. Planos de amostragem: p. 339-68.
6. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14ª ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
7. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
8. Machado MMT, Braga MQC, Galvão MTG. Problemas com a mama puerperal revelados por mães soropositivas. Rev Esc Enferm USP [internet]. 2010 [acesso em 2016 jan 09]; 44(1): 120-5. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n1/a17v44n1.pdf>.
9. Galvão MTG, Cunha GH, Machado MMT. Dilemas e conflitos de ser mãe na vigência do HIV/AIDS. Rev Bras Enferm [internet]. 2010 [acesso em 2016 jan 09]; 63(3): 371-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n3/a04v63n3.pdf>.
10. Contim CLV, Arantes EO, Dias IMAV, et al. Ser mãe e portadora do HIV: dualidade que permeia o risco da transmissão vertical. Rev Enferm UERJ [internet]. 2015 [acesso em 2016 fev 06]; 23(3): 401-6. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v23n3/v23n3a18.pdf>.
11. Wilhelm LA, Demori CC, Alves CN, Barreto CN, Cremonese L, Ressel LB. A vivência da amamentação na ótica de mulheres: contribuições para a enfermagem. Rev Enferm UFSM [internet]. 2015 [acesso em 2016 jan 09]; 5(1): 160-8. Disponível em: <http://cascaev.ufsm.br/revistas/ojs2.2/index.php/reufsm/article/view/15409/pdf>.

(DES)CUIDADO DO PACIENTE COMO FONTE DE SOFRIMENTO MORAL DE DOCENTES DE CURSOS TÉCNICOS EM ENFERMAGEM

Carla Godinho Duarte¹, Valéria Lerch Lunardi², Rosemary Silva da Silveira², Edson Luiz Devos Barlem², Graziele de Lima Dalmolin³

Objetivo: conhecer como as vivências de docentes de cursos técnicos de enfermagem têm contribuído para seu sofrimento moral (SM). Metodologia: pesquisa qualitativa, mediante entrevistas semiestruturadas, com dez enfermeiros docentes de duas instituições de ensino profissionalizantes do extremo sul do Brasil, e análise textual discursiva. Resultados: construíram-se duas categorias: - (Des)cuidado prestado pelo futuro técnico em enfermagem como fonte de SM ao docente – revelando desinteresse e distanciamento do estudante das práticas de cuidado; - Dinâmica organizacional do ambiente de estágio e (des)cuidado do paciente como fonte de SM do docente, relacionada à precariedade de recursos materiais e a condutas inadequadas dos profissionais de enfermagem. Conclusão: tais situações de descompromisso repercutem em vivências de SM. A problematização do cotidiano, pelos docentes, poderia contribuir para o reconhecimento da dimensão moral presente no sofrimento, entendendo-o como SM, fortalecendo-se para o enfrentamento dos problemas e dilemas morais vivenciados na prática educacional.

Descriptores: Enfermagem; Ensino; Educação Profissionalizante; Ética em enfermagem.

THE LACK OF CARE FROM THE PATIENT AS REASON OF MORAL SUFFERING OF TEACHER FROM TECHNICAL NURSING COURSE

Objective: to know how the life experience of technical nursing course teachers has been decisive for their SM. Methodology: quality research, through interview semi-produced with ten nursing teachers from two professionalizing teaching institutions in southern Brazil, and written text analysis. Results: two categories were built: -The care or lack of care from the future nursing technician as the cause of SM in the teaches – expressing lack of interest making students not to participate in inappropriate behavior nursing classes; - Organizational dynamic in the trainee environment and the care or lack of care of the patient as the cause of teachers' SM, related to precarious equipment and inappropriate behavior from nursing professionals. Conclusion: these carelessness situations are causes of SM in nursing teachers. It must be considered that if the teachers were concerned they could go forward identifying the moral issue found in suffering, understanding it as SM, getting stronger to face the problem and moral dilemma present in educational practice.

Descriptors: Nursing; Education; Professionalizing Education; Ethics Nursing

DESCUIDO DEL PACIENTE COMO FUENTE DE SUFRIMIENTO MORAL DE DOCENTES DE CURSOS TÉCNICOS EN ENFERMERIA

Objetivo: conocer cómo las vivencias de docentes de cursos técnicos de enfermería han contribuido para su SM. Metodología: pesquisa cualitativa, bajo entrevistas a medio hechas, con diez enfermeros docentes de dos instituciones de enseñanza profesional del extremo sur de Brasil, y análisis textual discursiva. Resultados: dos clases fueron construidas:- Descuido ofrecido por el futuro técnico en enfermería como fuente de SM al docente – corriendo el velo del desinterés y alejamiento del estudiante de las prácticas del cuidado con directivas y procederes inadecuados; - Dinámica organizacional del contexto de la práctica profesional y descuido del resignado como fuente de SM del docente, relacionada a la precariedad de recursos materiales y a conductas inoportunas de los profesionales de enfermería. Conclusión: estas situaciones de descompromiso repercuten en vivencias de SM. Se considera que si los docentes problematizasen ese diario, podrían progresar para el reconocimiento del ancho moral listo en el sufrimiento, habiendo la comprensión de eso como SM, fortaleciéndose para el enfrentamiento de las dificultades y disyuntivas morales vividos en la práctica educacional.

Descriptores: Enfermería; Enseñanza; Educación para profesionalizarse; Ética en Enfermería

¹Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul – Campus Rio Grande, IFRS. carla.duarte@riogrande.ifrs.edu.br

²Enfermeira. Doutor em Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande, FURG.

³Enfermeira. Doutor em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Maria, UFSM.

INTRODUÇÃO

A enfermagem fundamenta-se como uma prática voltada ao cuidado do outro, nos mais variados cenários de atuação. Nesse contexto, insere-se o enfermeiro docente e seu compromisso com a formação de futuros profissionais, que precisam conscientizar-se da responsabilidade que assumem ao desenvolverem práticas de cuidado, atuando com comprometimento e profissionalismo⁽¹⁾.

A prática docente, em especial do docente de cursos técnico de enfermagem, entretanto, tem sido influenciada por muitos fatores, relacionados a fragilidades da educação básica do estudante, associadas a sua falta de tempo, descompromisso e desinteresse, manifestos em comportamentos e condutas inadequadas, não condizentes com os preceitos e valores profissionais. Destacam-se, também, as condições de trabalho, quanto a sua elevada carga horária, baixa remuneração, não reconhecimento do compromisso e da complexidade das ações do docente de enfermagem que, além de cuidar, assume a responsabilidade de ensinar o cuidado, o que demonstra a pouca valorização e reconhecimento do trabalho docente, entre outras⁽¹⁻⁴⁾.

Estudos revelam, ainda, inadequações organizacionais nos ambientes das práticas supervisionadas dos estudantes, com negligências, falta de comprometimento profissional, desrespeito aos direitos dos pacientes, fatores reconhecidos como problemas e dilemas morais e fontes não apenas de sofrimento, mas de sofrimento moral (SM) da equipe de enfermagem⁽⁵⁻⁷⁾.

O SM caracteriza-se como um doloroso desequilíbrio psicológico, vivenciado pelas enfermeiras, quando reconhecem a conduta ética adequada a seguir, porém sentem-se impossibilitadas de agir, frente às limitações de outros ou constrangimentos institucionais⁽⁸⁾; ou, também, quando há uma incompatibilidade entre o ambiente interno, ou seja, seus valores, percepções e necessidades e as situações impostas pelo ambiente externo⁽⁹⁾.

As vivências de SM na enfermagem têm sido bastante presentes, por sua aproximação com situações de cuidado aos pacientes que envolvem dor, sofrimento, angústia e incerteza quanto aos tratamentos e prognósticos, somados aos obstáculos institucionais. Ainda, o SM não está restrito apenas às áreas clínicas, mas também à área acadêmica,

afetando a todos envolvidos com a situação clínica dos pacientes⁽¹⁰⁾.

Desta forma, buscando compreender as questões que envolvem o trabalho docente em cursos técnicos em enfermagem e o SM, objetiva-se *conhecer como as vivências de docentes de cursos técnicos de enfermagem têm contribuído para seu SM.*

METODOLOGIA

Estudo qualitativo, exploratório-descritivo, desenvolvido em duas instituições de ensino profissionalizantes, com formação de técnico em enfermagem, situadas em uma cidade do extremo sul do Brasil: uma instituição pública (A) e outra privada (B).

Os participantes do estudo foram dez enfermeiros docentes, e atuantes nos cursos há pelo menos seis meses, identificados como ED e um número sequencial.

Como técnica de coleta de dados, de setembro a outubro de 2015, a primeira autora realizou entrevistas semi-estruturadas, gravadas, nos respectivos locais de trabalho dos participantes, enfocando: percepções, conflitos e dilemas no trabalho docente.

Os dados foram submetidos à Análise Textual Discursiva, compreendendo a desmontagem dos textos, estabelecimento de relações e captação do novo emergente⁽¹¹⁾. Procedeu-se à validação dos dados com seis participantes que demonstraram disponibilidade.

A Resolução nº 466/2012 foi respeitada, com aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Área da Saúde local (CEPAS), sob o parecer número 094/2015.

RESULTADOS

Construíram-se duas categorias, apresentadas a seguir.

(Des)cuidado prestado pelo futuro técnico de enfermagem como fonte de SM ao docente

Condutas e comportamentos inadequados dos estudantes, não condizentes com o perfil profissional, necessário ao desenvolvimento de práticas de cuidado efetivas e respeitosas aos pacientes, têm se revelado como fonte de angústia e frustração ao docente: *Então, tu tens que estar bem mais em cima do aluno, porque eles estão lidando*

“Condutas e comportamentos inadequados dos estudantes [...] têm se revelado como fonte de angústia e frustração ao docente”

com vidas. (...) é um pouco frustrante, pois tu trabalhas o assunto, trabalha na prática e, em determinado momento, a pessoa faz tal procedimento, e tu questionas, e dizem: 'eu não sabia'; 'eu me esqueci'. Claro, a gente fica frustrada, fica triste, com certeza (ED4); O negativo é isso, de tu quereres que o aluno aprenda mais, se sensibilize, que ele se dê conta de que trabalhar com a vida, que se ele fizer um erro ali, acabou, não tem como voltar. Então, essas coisas são frustrantes, de alguns não terem a visão de que vão cuidar de uma vida, e que aquela vida está nas mãos deles (ED10).

Percebe-se um distanciamento e desvalorização das práticas de cuidado integral ao paciente, que, embora possam parecer repetitivas, atendem a suas necessidades básicas, provocando sofrimento ao docente: *O aluno de hoje não é o mesmo de antes, eles fazem corpo mole, querem só punção, acham que é só isso. Quanta riqueza tu descobres em um banho, tem hora melhor para fazer uma avaliação, um exame físico do que na hora do banho? Aí, eles dizem 'exame físico é coisa de médico ou de enfermeiro (ED8).*

Tais condutas, aparentemente, contribuem com a formação de profissionais mais distantes do cuidado do paciente, sem valorizar o contato e a interação com o paciente e seus familiares, ferramentas fundamentais para um cuidado humanizado: (...) eles vão ali, verificam os sinais, vão embora, 'bom dia', voltam, 'boa tarde', medicação e vão embora. É bem técnico, vou ali e faço o que tenho que fazer e saio, para não ter mais contato, aquela interação entre paciente e profissional. O próprio aluno comenta em sala de aula que, após um tempo, o pessoal cria essa barreira, não quer ter esse contato com a família, porque se criar afinidade, vão começar a chamar a toda hora; então, eu crio essa barreira para não me incomodarem (ED10).

Os docentes percebem com descontentamento que o estudante visualiza sua formação técnica como uma maior possibilidade de emprego na área, sem entusiasmo, sem demonstrar afinidade com a profissão e os valores profissionais, o que é identificado em como realizam os cuidados de enfermagem: (...) as pessoas estão buscando mais a facilidade da inserção no mercado de trabalho do que realmente realizar uma profissão que elas tenham afinidade; não falo por vocação, porque a profissão se aprende, mas tu tens que ter afinidade (ED5).

Dinâmica organizacional do ambiente de estágio e (des)cuidado do paciente como fonte de SM do docente

Nas atividades práticas, o modo como o ambiente hospitalar está organizado tem também sido fonte de sofrimento aos docentes, especialmente, quanto à sua precariedade: *Na prática, é a falta de recursos materiais que está bem complicada; às vezes, tu chegas ali e não tem nada. Por exemplo, como tu vais fazer uma mudança de*

decúbito? Tu fazes mudança de decúbito, só que, devido à cama, o paciente volta. Às vezes, queres dar um banho, não tem lençóis; então, o que eu não consigo fazer é devido à falta de estrutura física. Tens que fazer uma medicação, e tens que ir em três ou quatro unidades para achar, sendo que é antibiótico que deveria ter ali; é falta de organização (ED1).

A percepção de condutas inadequadas na prestação de cuidados de enfermagem, nos ambientes em que os estágios são realizados, não se configurando como espaços propícios à formação profissional, tem provocado insatisfação e sofrimento aos docentes: *Tinha uma senhora acamada, com dor, câncer terminal e o acompanhante vinha pedir a medicação, e a técnica ficava fazendo crochê e falava: 'eu não vou lá, até que eu termine'. Aí, o que tu fazes nessa situação? 'Perguntei: queres que eu vá? Eu posso ir'; 'vai, tá aí a prescrição'. Fomos lá, vimos o que tinha, diluímos a medicação; quando eu voltei, achei que ela ia me agradecer, e tu sabes o que ela falou? 'Amanhã vão querer que eu vá rápido de novo e vocês não tão aqui'. Isso te deixa muito frustrada, muito triste, e é uma instituição de ensino, e o paciente está lá para ser bem tratado; ninguém vai querer ficar no hospital, isso me deixa muito chateada; e está sendo feito na frente do aluno e, às vezes, o aluno acaba repetindo (ED1); Existe uma barreira que o que a gente ensina não é o que eles aprendem na prática, porque eles vêm muitas coisas erradas, (...) a gente diz para calçar a luva, um exemplo simples, e a gente vê profissionais não calçando, (...) indo e vindo sem lavar as mãos, e eles nos questionam: 'porque disso', existem barreiras negativas, sim (ED7).*

DISCUSSÃO

Manifestações evidenciadas pelos enfermeiros docentes entrevistados repercutem em vivências de insatisfação e frustração, envolvendo conflitos morais, geradores de SM. Percebe-se um descompasso entre seus valores e a decisão institucional a seguir nos ambientes em que atuam⁽¹²⁾.

Em relação ao (des)cuidado do paciente, destacam-se o descompromisso e o distanciamento do estudante das práticas de cuidado com comportamentos inadequados, não condizentes com conhecimento e valores que precisam ser compreendidos e adotados, ao se assumir a responsabilidade de cuidar de outras pessoas. Evidencia-se o sofrimento docente, comprometido com a construção do futuro profissional que, no entanto, não corresponde às práticas educativas propostas, possivelmente não as identificando como relevantes ao seu processo de formação⁽²⁾.

Nas atividades de estágio prático, as queixas avançam da carência de recursos para a ausência de humanização no atendimento⁽¹³⁾, associadas à falta de competência e comprometimento de alguns profissionais e desrespeito aos direitos do paciente^(6,7).

Ainda, na dimensão de des(cuidado) do paciente, destacam-se condutas inadequadas, quando os estudantes demonstram interesse apenas pelo aprendizado do novo ou adotam uma conduta evasiva frente ao contato com o paciente e seus familiares. Desconsideram, assim, a essência da enfermagem, que está alicerçada no atendimento às necessidades do paciente, independente do seu grau de complexidade⁽¹⁴⁾.

Tais vivências tem se configurado como fontes de frustração para o docente, possivelmente evoluindo para SM, pois vê as situações sendo conduzidas na contramão de suas crenças e valores. O ensino da enfermagem tem predisposto docentes a vivenciarem dilemas morais, pois a eles são atribuídas múltiplas responsabilidades simultaneamente: preparação dos estudantes como profissionais competentes, defesa das normas da profissão e garantia de assistência segura aos pacientes⁽¹⁵⁾.

O enfermeiro docente, além de cuidar, assume a responsabilidade de ensinar o cuidado. Esse é um grande desafio, pois requer a consciência que competências técnicas não são suficientes para o desenvolvimento do cuidado, sendo necessária a construção conjunta do conhecimento com vistas à formação ética, empoderamento, empatia e solidariedade no âmbito do fazer, sem perder o entusiasmo para o cuidado⁽⁴⁾.

A percepção da falta de entusiasmo e de afinidade de estudantes com os valores profissionais tem sido fonte de sofrimento ao docente. Um estudo com acadêmicos de um curso de graduação em enfermagem revela que a falta de identificação com as atividades da profissão podem estar relacionadas ao pouco conhecimento do curso ou à falta de interesse pela profissão escolhida⁽¹⁶⁾.

A dinâmica organizacional do ambiente de estágio, comprometendo o cuidado do paciente, constitui-se em fonte de sofrimento aos docentes, destacando-se a precariedade dos recursos materiais do ambiente hospitalar, diretamente relacionada à crise de qualidade do atendimento⁽¹²⁾.

O docente tem responsabilidade e compromisso, pois a formação envolve a construção do conhecimento, o desenvolvimento de habilidades técnicas e da sensibilidade moral de futuros profissionais, com vistas à assistência e ao cuidado de outras pessoas. As condições de trabalho, entretanto, frente à constatação da precariedade de recursos, sejam materiais, sejam humanos, podem não propiciar o desenvolvimento de práticas da forma adequada, gerando conflitos internos, pois desempenham sua prática docente diferentemente da que gostariam de realizar^(2,17). Por vezes, o docente sequer percebe seu sofrimento frente aos conflitos a que a organização do trabalho o submete⁽¹⁷⁾.

Condutas inadequadas de profissionais de enfermagem, nos ambientes em que os estágios são realizados, representam

uma prática assistencial descomprometida técnica e eticamente com o cuidado, contrariando os preceitos da profissão, ratificando que esses espaços podem não se mostrar propícios à formação profissional. Outro estudo também evidenciou que os campos de atividades práticas e de estágios supervisionados nem sempre possibilitam o alcance dos objetivos das disciplinas⁽¹⁸⁾.

Ainda, a desarticulação entre o ensino e a prática, entre o que o estudante aprende na academia e o que é aplicado na prática, bem como o que lhe é cobrado pelos enfermeiros das unidades, têm gerado manifestações de insatisfação docente⁽³⁾ e, possivelmente, SM.

Vivências de SM em estudantes também foram identificadas, em outro estudo, ao perceberem diferenças entre os princípios que aprenderam durante sua formação acadêmica e, posteriormente, quando desenvolvem sua atuação clínica⁽¹⁰⁾.

Comportamentos de indiferença e, até, de hostilidade dos profissionais da equipe de enfermagem, nos campos de estágio, ao não receberem o estudante de maneira respeitosa e acolhedora, dificultando o desenvolvimento do processo ensino-aprendizagem e a formação de um profissional comprometido com as ações de cuidado, têm sido percebidas com insatisfação e sofrimento pelos docentes. Assim, faz-se necessária uma reflexão e crítica constante acerca das atitudes assumidas, no intuito de identificar bons e maus exemplos, para que modelos de profissionais, realmente comprometidos com sua prática, possam ser seguidos⁽⁴⁾.

Estudo referente às situações reconhecidas como de negligência no cuidado ao paciente revelou a frustração dos docentes por sentirem-se como “convidados”, tendo suas ações limitadas, frente à realidade vivenciada pelos pacientes em unidades psiquiátricas, em que havia pouca ênfase e interação com o paciente, com predomínio de terapia medicamentosa e retenção de informações. Relatam, ainda, inconformidade com tal situação. Entretanto, com medo de represálias, como a possibilidade de perderem o campo de estágio para novos alunos, abstêm-se de impulsionar mudanças em tal contexto⁽¹⁹⁾. Os docentes de enfermagem, assim, vêem-se continuamente desafiados na defesa dos padrões da profissão, bem como na manutenção de suas obrigações morais⁽¹⁵⁾.

Essas situações, quando vivenciadas, são potencialmente geradoras de repercussões negativas à ação docente e ao profissional em formação, pois ao mesmo tempo em que o docente se percebe como um modelo ao estudante, não intervém suficientemente, em tais situações⁽²⁰⁾. Essa aparente impotência repercute em sofrimento docente, possivelmente em SM, pois, de um lado, está seu compromisso com a formação do estudante e, de outro, a constatação de que os espaços de ensino oferecidos não se configuram como

apropriados ao contexto de formação.

É fundamental que novos estudos sejam realizados sobre o SM na docência de cursos técnicos em enfermagem, no sentido de problematizar e desnaturalizar práticas vivenciadas, cotidianamente. Faz-se necessário construir estratégias de enfrentamento que contribuam com a prática docente, o processo ensino-aprendizagem e a formação de técnicos de enfermagem comprometidos com a profissão e com o cuidado do outro.

CONCLUSÃO

Constatou-se que situações de conflitos e dilemas morais geradoras de SM estão presentes na prática dos docentes dos dois cursos técnicos em enfermagem. Manifestações de des(cuidado) com o paciente, seja por comportamentos inadequados do estudante em formação,

que não coincidem com a assistência de qualidade almejada, seja pela dinâmica organizacional dos ambientes de estágio, associadas à carência de recursos materiais, bem como à atuação descomprometida dos trabalhadores de enfermagem, são potenciais catalizadores de SM nos docentes.

Entretanto, tais vivências dos docentes têm se configurado predominantemente como fontes de insatisfação e sofrimento no trabalho, sem a suficiente percepção da sua dimensão moral. É possível que se os docentes problematizassem esse cotidiano, procurando desnaturalizá-lo, preferentemente com seus pares, poderiam avançar para o reconhecimento da dimensão moral presente nesse sofrimento, entendendo-o como SM, fortalecendo-se para o enfrentamento dos problemas e dilemas morais vivenciados na prática educacional.

REFERÊNCIAS

1. Góes FSN, Côrrea AK, Camargo RAA, Hara CYN. Necessidades de aprendizagem de alunos da Educação Profissional de Nível Técnico em Enfermagem. *RevBrasEnferm*. 2015; 68(1): 20-5.
2. Ferreira EM, Fernandes MF, Prado C, Baptista PCP, Freitas GF, Bonini BB. Prazer e sofrimento no processo de trabalho do enfermeiro docente. *RevEscEnferm USP*. 2009; 43(2): 1292-6. [Citado em 2015 mar 11]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe2/a25v43s2.pdf>
3. Tavares PEN, Santos SAM, Comassetto I, Santos RM, Santana VVRS. A vivência do ser enfermeiro e preceptor em um hospital escola: olhar fenomenológico. *Rev RENE*. 2011; 2(4): 798-807.
4. Sebold LF, Carraro TE. Modos de ser enfermeiro-professor-no-ensino-do-cuidado de enfermagem: um olhar heideggeriano. *RevBrasEnferm*. 2013;66(4): 550-6.
5. Barlem ELD, Lunardi VL, Lunardi GL, Dalmolin GL, Tomaschewski JG. Vivência do sofrimento moral na enfermagem: percepção da enfermeira. *RevEscEnferm USP*. 2012; 46(3): 681-8.
6. Barlem ELD, Lunardi VL, Lunardi GL, Barlem-Tomaschewski JG, Silveira RS, Dalmolin GL. Sofrimento moral em trabalhadores da enfermagem. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2013; 21, spe: 79-87.
7. Dalmolin GL, Lunardi VL, Lunardi GL, BarlemELD, Silveira RS. Enfermeiros, técnicos ou auxiliares de enfermagem: quem vivencia maior sofrimento moral? *Rev Esc Enferm USP*. 2014; 48(3): 521-9.
8. Jameton A. *Nursing Practice: The Ethical Issues*. Prentice-Hall. EnglewoodCliffs, NJ. 1984.
9. Corley MC. Nurse moral distress: a proposed theory and research agenda. *Nursing Ethics*. 2002; 9(6): 636-50.
10. Sasso L, Bagnasco A, Bianchi M, Bressan V, Carnevale F. Moral distress in undergraduate nursing students: A systematic review. *NursingEthics*. 2015; 1-12. doi:10.1177/0969733015574926
11. Moraes R, Galiazzo MC. Análise textual discursiva. 2. ed. rev. Ijuí: Editora Unijuí, 2011.
12. Lunardi VL, Barlem ELD, Bulhosa MS, Santos SSC, Lunardi Filho WD, Silveira, RS et al. Sofrimento moral e a dimensão ética no trabalho da enfermagem. *RevBrasEnferm*. 2009;62(4): 599-603.
13. Caregnato RCA, Martini RMF, Mutti RMV. Questão ético-moral na formação dos enfermeiros e médicos: efeitos de sentidos nos discursos docentes. *Texto Contexto Enferm*. 2009; 18(4): 713-21. [Citado em 2015 mar 15]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072009000400013
14. Ribeiro KRB, Barros WCTS, Oliveira LPBA, Melo CR, Ramos FRS, Pires DEP. Reflexão sobre o sofrimento moral no trabalho do enfermeiro docente. *Rev Enferm UFPE online*. 2014; 8(3):765-70.
15. Pratt M, Martin L, Mohide A, Black M. A Descriptive Analysis of the Impact of Moral Distress on the Evaluation of Unsatisfactory Nursing Students. *NursingForum*. 2013; 48(4) 231-39.doi: 10.1111/nuf.12036.
16. Tomaschewski-Barlem JG, Lunardi VL, Ramos AM, Silveira RS, Barlem ELD, Ernandes CM. Manifestações da síndrome de burnout entre estudantes de graduação em enfermagem. *Texto Contexto - Enferm*. [Internet]. 2013; 22(3):754-62. [cited 2016 Jan 25]Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000300023&lng=en.
17. Backes VMS, Moyá JLM, Prado ML. Processo de construção do conhecimento pedagógico do docente universitário de enfermagem. *Rev Latino Am Enfermagem*. 2011; 19(2):8 telas.
18. Ferreira Junior MA. Os reflexos da formação inicial na atuação dos professores enfermeiros. *RevBrasEnferm*. 2008; 61(6). [Citado em 2015 mar 15]. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000600012
19. Wojtowicz B, Hagen B. A guest in the house: nursing instructors' experiences of the moral distress felt by students during inpatient psychiatric clinical rotations. *Int J Nurse EducScholarsh*. 2014; 23; 11:2013-0086.doi: 10.1515/ijnes-2013-0086.
20. Yoes T. Addressing Moral Distress: Challenge and Strategies for Nursing Faculty. *Oklahoma Nurse*. 2012; 57(2):14.

QUALIDADE DE VIDA, SINTOMAS DEPRESSIVOS E ADESÃO AO TRATAMENTO DE PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL

Jadiel Fellipe Santana Santos¹, Ana Caroline Rodrigues Lima¹, Clarissa Maria Dias Mota²,
Cristiane Franca Lisboa Gois³, Gabriela Menezes Gonçalves de Brito⁴, Íkaro Daniel de Carvalho Barreto⁵

Objetivo: avaliar a qualidade de vida (QV), sintomas depressivos e adesão ao tratamento de pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). **Metodologia:** estudo do tipo descritivo exploratório, de corte transversal e abordagem quantitativa, realizado com a população de 155 usuários. Foram utilizados quatro instrumentos para a coleta de dados: um para caracterização sóciodemográfica e clínica, o Medical Outcomes Study 36 (SF-36), o Inventário de Depressão de Beck (BDI) e a Medida de Adesão aos Tratamentos (MTA). Os dados foram analisados segundo testes estatísticos e regressão linear simples. **Resultados:** o domínio mais comprometido da QV foi Aspecto físico (Média = 49,0); 34,8% apresentaram disforia, e 14,2% depressão moderada; 76,8% aderiam ao tratamento. **Conclusão:** as atividades avaliadas no domínio Aspecto físico da QV foram as mais comprometidas. A maioria dos sujeitos apresentou alteração psicológica e aderiu ao tratamento medicamentoso.

Descriptores: Qualidade de vida; Hipertensão; Depressão; Adesão à medicação.

QUALITY OF LIFE, DEPRESSIVE SYMPTOMS AND ADHERENCE TO TREATMENT OF PEOPLE WITH HYPERTENSION

Objective: to evaluate the quality of life (QOL), depressive symptoms and adherence to treatment of people with Hypertension. **Methodology:** the study type is descriptive exploratory, cross-sectional and quantitative approach, with a total of 155 user as a target population. For data collection, four instruments were used: one for sociodemographic and clinical characterization, the Medical Outcomes Study 36 (SF-36), the Beck Depression Inventory (BDI) and the Measurement of Treatment Adherence (MTA). Data analyzes was performed with statistic tests and linear regression. **Results:** the most compromised domain of QOL was physical aspect (mean = 49.0); 34.8% of subjects had dysphoria, and 14.2% moderate depression; 76.8% had adhered to treatment. **Conclusion:** the activities evaluated in the physical domain of QOL were the most compromised. Most of subjects showed psychological change and adhere to drug treatment.

Descriptors: Quality of life; Hypertension; Depression; Medication adherence.

CALIDAD DE VIDA, SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y LA ADHESIÓN A LAS PERSONAS CON TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN

Objetivo: evaluar la calidad de vida (CV), síntomas depresivos y la adherencia al tratamiento de las personas con hipertensión arterial sistémica (HAS). **Metodología:** estudio exploratorio descriptivo, transversal y de enfoque cuantitativo, realizado con 155 usuarios. Se utilizaron cuatro instrumentos para la recolección de datos: un para la caracterización sociodemográfica y clínica, el Medical Outcomes Study 36 (SF-36), el Inventario de Depresión de Beck (BDI) y la Medición de la adherencia al tratamiento (MTA). Para análisis de los datos se realizaron testes estadísticos y análisis de regresión lineal. **Resultados:** La zona más afectada de la CV fue el aspecto físico (media = 49,0); 34,8% tenían disforia, y el 14,2% depresión moderada; 76,8% adhiere al tratamiento. **Conclusión:** las actividades evaluadas en el dominio de aspecto físico de CV son los más comprometida. La mayoría mostró cambio psicológico y se adhieren al tratamiento farmacológico.

Descriptores: Calidad de vida; Hipertensión; Depresión; Adherencia a la medicación.

¹Enfermeiro. Universidade Federal de Sergipe, UFS.

²Enfermeira. Mestranda. Universidade Federal de São Paulo, UNIFESP.

³Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora da UFS.

⁴Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem. Universidade Federal da Bahia. Email: Gabriela.menezes.g@hotmail.com

⁵Estatístico. Mestre em Estatística. Universidade Federal de Pernambuco, UFPE.

INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença crônica que apresenta elevada morbimortalidade e constitui um dos principais fatores de risco modificáveis para as doenças cardiovasculares⁽¹⁾.

Em 2014, o Brasil apresentava cerca de 126 milhões de pessoas com HAS cadastradas; dessas, em torno de 100 milhões residiam na zona urbana. No mesmo período, foram registradas pouco mais de um milhão de internações por doenças do aparelho circulatório; dessas, em torno de 75 mil por complicações decorrentes da HAS essencial ou primária, o que representou a sexta maior causa de internação entre as doenças do aparelho circulatório, gerando um gasto de aproximadamente 26 milhões de reais aos cofres públicos⁽²⁾.

As mudanças impostas pela doença crônica na vida das pessoas podem se refletir negativamente na qualidade de vida (QV)⁽³⁾. No contexto do indivíduo com HAS, os domínios da qualidade de vida que têm sido identificados como mais comprometidos são Capacidade funcional⁽⁴⁾, Aspectos físicos⁽⁵⁾ e Vitalidade⁽⁶⁾.

Além disso, estudos também têm pesquisado a relação da QV com a depressão⁽⁵⁾, assim como com a adesão ao tratamento medicamentoso⁽⁷⁾. A depressão pode interferir negativamente na QV de pessoas com HAS⁽⁵⁾, como também a baixa adesão ao tratamento pode estar associada à pior QV e à depressão⁽⁷⁾.

Resultado de um estudo de revisão sistemática, que teve como objetivo examinar a força e a consistência das evidências sobre a relação entre depressão e adesão aos medicamentos anti-hipertensivos, concluiu que, embora os estudos tenham revelado existir relação entre depressão e baixa adesão, não é possível concluir definitivamente essa relação em virtude da heterogeneidade dos estudos, no que diz respeito à avaliação da depressão e adesão, bem como das inconsistências nos resultados.⁽⁸⁾

Assim, considerando a elevada prevalência e morbidade associada à HAS, a relação entre QV, depressão e adesão ao tratamento, o número reduzido de artigos desenvolvidos com essa temática, o presente estudo teve como objetivo avaliar a QV, a presença de sintomas depressivos e a adesão ao tratamento medicamentoso de pessoas com HAS acompanhadas por uma Equipe de Saúde da Família (ESF) do município de Aracaju, estado de Sergipe.

METODOLOGIA

Estudo descritivo, exploratório, de corte transversal e abordagem quantitativa realizado com pessoas com HAS, acompanhadas na Atenção Primária de Saúde, no ano de 2012.

A população foi constituída por todas as pessoas/

usuários acompanhados por uma ESF do município de Aracaju, que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: idade igual ou superior a 18 anos, possuir indicação médica para o tratamento medicamentoso com anti-hipertensivo há pelo menos seis meses, ter realizado última consulta com o médico da ESF há pelo menos seis meses, possuir pelo menos duas consultas médicas e duas de enfermagem no último ano e apresentar condições clínicas (físicas e psicológicas) para responder aos instrumentos.

Foram selecionados 172 usuários hipertensos, no entanto, quatro estavam internados, nove não foram localizados e quatro recusaram-se a fazer parte da pesquisa, obtendo-se um total de 155 participantes.

A coleta de dados foi iniciada após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe (CAAE - 0328.0.107.107-11).

As pessoas que concordaram participar da pesquisa foram orientadas a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A coleta foi realizada inicialmente consultando os prontuários. Em seguida, os pesquisadores entrevistaram de forma individual cada participante nas suas residências, iniciando pela caracterização sóciodemográfica e clínica dos participantes. Para avaliar a QV, foi utilizado o *Medical Outcomes Study 36 – item Short-Form (SF-36)*, em sua versão traduzida e validada para o português do Brasil⁽⁹⁾, com 36 questões agrupadas em oito componentes. A medida do questionário varia em uma escala de zero a 100; quanto maior a pontuação, melhor será a QV⁽⁹⁾.

Foi utilizado o Inventário de Depressão de Beck (BDI), em sua versão traduzida e validada para o português⁽¹⁰⁾, composto por 21 itens, cuja intensidade varia de zero (0) a três (3). O total possível para a escala varia de zero a 63, com maiores valores indicando maior depressão⁽¹¹⁾.

Utilizou-se o instrumento denominado Medida de Adesão aos Tratamentos (MTA)⁽¹²⁾, composto por sete itens que avaliam o comportamento do indivíduo em relação ao uso diário dos medicamentos. Os valores obtidos com as respostas aos sete itens são somados e divididos pelo número de itens, variando de um a seis, e posteriormente transformados numa escala dicotômica (Aderente/Não aderente)⁽¹³⁾.

Foram realizadas análises descritivas de frequência simples para variáveis nominais ou categóricas, de tendência central (média e mediana) e dispersão (desvio-padrão) para as variáveis contínuas. Também foram realizados testes estatísticos: teste de Mann Whitney para comparação das médias dos domínios do SF-36, do BDI e do MTA frente às variáveis: sexo, presença de companheiro (a), prática de atividade física e uso de medicação controlada; teste de correlação de Spearman para avaliar a correlação entre os domínios do SF-36, BDI e MTA com as variáveis: idade, renda

familiar e número de medicações em uso.

Foi utilizada regressão linear simples para investigar a relação entre domínios do SF-36 e BDI com variáveis sociodemográficas. Foi utilizado o teste T de student para avaliar a significância das variáveis, bem como foram apresentadas as variáveis significativas em modelos multivariados quando houve. A consistência interna dos domínios do SF-36, do BDI e do MTA foi calculada utilizando a *Alfa de Cronbach*. O nível de significância para os testes realizados foi de 0,05 e o software utilizado foi o R Core Team 2015.

RESULTADOS

Os participantes apresentaram idade média de 62,6 anos, a maioria era do sexo feminino (119, 76,8%), possuía companheiro (a) (83, 53,5%), declarava-se não negra (71,7%) e tinha o 1º grau completo ou incompleto (101, 65,2%). Com relação ao exercício de atividade laboral, dez (6,5%) trabalhavam, 15 (9,7%) estavam desempregados, 98 (63,2%) aposentados ou eram pensionistas e 32 (20,6%) se enquadravam em outras situações (trabalho em casa, afastado pelo INSS). A renda individual era de R\$ 548,9 ± R\$ 512,1. A maior parte não praticava atividade física regularmente (102, 65,8%) e não fazia uso de medicação controlada (123, 79,4%).

Foi calculada consistência interna dos instrumentos de medida utilizados. Os valores para os domínios do SF-36 variaram de 0,619 (Estado Geral de Saúde) a 0,942 (Aspectos Emocionais). O BDI apresentou valor igual a 0,81 e o MTA 0,78.

A análise descritiva das medidas utilizadas para avaliar a QV, sintomas depressivos e adesão ao tratamento está apresentada na tabela 1.

Tabela 1 – Análise descritiva dos domínios do SF-36, BDI e MTA. Aracaju - SE, 2012.

Variáveis	Média (D.P.)	Mediana	Intervalo
Componentes do SF-36			
Aspecto Físico	49,03 (44,5)	50	0 - 100
Dor	59,8 (28,2)	61	0 - 100
Estado Geral de Saúde	60,2 (22,5)	62	0 - 100
Capacidade Funcional	62,3 (29,4)	65	0 - 100
Vitalidade	62,4 (23,3)	65	0 - 100
Saúde Mental	69,1 (24,3)	76	0 - 100
Aspecto Emocional	75,0 (41,0)	100	0 - 100
Aspecto Social	79,5 (27,7)	100	0 - 100
BDI	12,3 (8,1)	11	0 - 48
MTA	35,0 (6,6)	37	9 - 42

D.P.: Desvio Padrão

Quando foi avaliada a presença de sintomas depressivos a partir de estratos⁽¹¹⁾, 67 (43,2%) não os apresentaram, 54 (34,8%) apresentaram disforia, oito (5,2%) estado depressivo leve, 22 (14,2%) depressão moderada, quatro (2,6%) depressão grave.

Com relação à adesão ao tratamento medicamentoso, considerando a possibilidade de avaliação dos resultados utilizando escala dicotômica, 36 (23,2%) não aderiam ao tratamento e 119 (76,8%) aderiam.

Os homens apresentaram melhor avaliação em seis dos oito domínios do SF-36, Capacidade funcional, Dor, Estado geral de saúde, Aspecto emocional, Saúde mental e Vitalidade ($p<0,05$). As mulheres apresentaram melhor avaliação nos domínios Aspectos físicos e sociais ($p<0,05$). Com relação à avaliação do BDI e MTA frente ao sexo, as diferenças de média foram discretas, assim como na avaliação dos domínios do SF-36, do BDI e do MTA com o estado civil.

Quando avaliada a QV frente ao uso de medicação controlada, o grupo que não fazia uso apresentou melhor avaliação em todos os domínios, sendo essa diferença estatisticamente significativa nos domínios Aspectos emocionais e Saúde mental ($p<0,05$). O grupo que fazia uso de medicação controlada apresentou maior valor médio no BDI, quando comparado ao que não fazia uso, e essa diferença foi estatisticamente significativa ($p<0,05$). Já com relação ao MTA, as diferenças foram discretas.

Quanto à prática de atividade física, os que praticavam também apresentaram melhor avaliação em todos os domínios, sendo essa diferença estatisticamente significativa ($p<0,05$) para seis dos oito domínios do SF-36: Capacidade funcional, Aspectos físicos, Dor, Estado geral de saúde, Vitalidade e Saúde mental. O grupo que praticava exercício físico apresentou menor média no BDI, sugerindo menor probabilidade de apresentar sintomas depressivos ($p<0,05$) e maior adesão, todavia a diferença no MTA foi mínima.

Foi utilizada regressão linear simples para investigar a relação entre domínios do SF-36 e BDI com variáveis sóciodemográficas (idade, sexo, escolaridade, estado civil, renda individual e trabalho). Foi utilizado o teste T de student para avaliar a significância dos parâmetros, bem como foram apresentadas as variáveis significativas em modelos multivariados quando houve.

A tabela 2 demonstra os resultados significativos das regressões lineares para os domínios do SF-36 Capacidade funcional, Vitalidade, Aspecto emocional e Saúde mental, assim como para o BDI.

Tabela 2 - Regressão Linear para Capacidade Funcional, Vitalidade, Aspecto Emocional, Saúde Mental e BDI Bruto. Aracaju, 2012.

	IC 95%				
	B	EP	Inf	Sup	p
Capacidade Funcional					
Intercepto	80,5	8,93	62,98	98,01	<0,001
Trabalho					
Empregado (Referência)	-	-	-	-	-
Desempregado	6,83	11,53	-29,44	15,78	0,554
Aposentado ou Pensionista	-23,71	9,38	-42,10	-5,33	0,011
Outro	-12,06	10,23	-32,13	8,00	0,239
Vitalidade					
Intercepto	59,87	2,09	55,77	63,98	<0,001
Sexo					
Masculino	10,96	4,34	2,44	19,47	0,012
Feminino(Referência)	-	-	-	-	-
Aspecto Emocional					
Intercepto	66,88	4,74	57,6	76,17	<0,001
Renda Individual (R\$ 1,00)	0,015	0,006	0,002	0,027	0,019
Saúde mental					
Intercepto	62,29	2,76	56,88	67,69	<0,001
Renda Individual (R\$ 1,00)	0,012	0,004	0,005	0,02	0,001
BDI Bruto					
Intercepto	16,08	1,53	13,07	19,09	<0,001
Eskolaridade					
Analfabeto (Referência)	-	-	-	-	-
Ensino fundamental	-3,79	1,72	-7,16	-0,41	0,03
Ensino médio	-7,03	2,33	-11,59	-2,46	0,003
Ensino superior	7,92	7,98	-7,72	23,56	0,321

B – Parâmetro estimado; EP – Erro Padrão; IC – Intervalo de Confiança de 95%;
 Inf - Inferior; Sup – Superior

A correlação entre as medidas SF-36, BDI e MTA também foi avaliada. Todos os domínios do SF-36 apresentaram correlação negativa com o BDI, que variou de moderada (Capacidade funcional ($r = -0,408$, $p=0,00$) Aspectos físicos ($r = -0,374$, $p = 0,00$), Dor ($r = -0,349$, $p=0,00$), Estado geral de saúde ($r = -0,466$, $p=0,00$), Vitalidade ($r = -0,0444$, $p=0,00$), Aspectos sociais ($r = -0,405$, $p=0,00$), Aspecto emocional ($r = -0,442$, $p=0,00$)) a forte magnitude (Saúde mental ($r = -0,016$, $p=0,00$)). Quanto à avaliação do SF-36 com o MTA, as correlações foram positivas e fracas ($r < 0,30$), e do BDI com o MTA, negativas e fracas.

DISCUSSÃO

Algumas características sóciodemográficas da população se assemelham a de outros estudos como, prevalência do sexo feminino, idade, existência de companheiro(a) ^(4,6) e baixa escolaridade⁽⁶⁾.

Os indivíduos que fizeram parte da amostra apresentavam problemas para realizar atividades profissionais e/ou domésticas, devido sua saúde física (Capacidade funcional), assim como em outro estudo⁽⁵⁾.

A ausência ou diminuição de atividade laboral está diretamente associada à capacidade funcional, com o grupo de indivíduos que estavam aposentados ou eram pensionistas, tendo apresentado diminuição da Capacidade funcional de 23,71 pontos, quando comparados aos que trabalhavam.

A média de idade dos indivíduos foi acima de 60 anos. Nesse sentido, um estudo que avaliou a capacidade funcional de idosos, tendo estabelecido como incapacidade funcional quando o idoso referia não conseguir realizar determinada atividade da vida diária, necessitando de ajuda de terceiros, identificou que a maioria dos idosos da amostra apresentou HAS e incapacidade funcional⁽¹⁴⁾.

A orientação sobre a importância da adoção de um estilo de vida saudável é fundamental no tratamento da HAS. Dentre essas recomendações, está a prática de atividade física⁽¹⁾. No presente estudo, o grupo que praticava atividade física apresentou melhor avaliação da QV e menos sintomas depressivos. Nesse sentido, um estudo de revisão sistemática, também concluiu que existe associação positiva entre essas variáveis⁽¹⁵⁾.

Os homens apresentaram melhor QV considerando todos os domínios do SF-36. Esse resultado é semelhante ao apresentado em outro estudo realizado com 246 indivíduos hipertensos com algumas características sóciodemográficas parecidas⁽⁶⁾. O domínio Vitalidade, que avalia a frequência com que cada indivíduo sente-se cheio de energia e vontade ou, por outro lado, cansado e esgotado, foi o que apresentou diferença estatisticamente significativa, influenciado pelo sexo, o que foi confirmado no modelo de regressão linear.

As mulheres vivem mais e apresentam mais comprometimento da saúde quando comparadas aos homens, assim como possuem mais dificuldade para desenvolver as atividades da vida diária, demonstrando maior incapacidade funcional, mais sintomas e QV inferior a dos homens⁽¹⁶⁾.

A renda individual interferiu na QV. Maior renda, melhor avaliação da qualidade de vida no Aspecto emocional e Saúde mental. Em outro estudo, entretanto, o domínio Capacidade funcional foi o que obteve melhor avaliação entre as pessoas com HAS que tinham melhor renda⁽⁶⁾.

Aplicando estatística bivariada, foi observado que todos os domínios do SF-36 se correlacionaram com o BDI. O sinal negativo das correlações sugere que a presença de sintomas depressivos pode impactar negativamente a QV dos indivíduos com HAS que fizeram parte da amostra.

Quando avaliada a presença de sintomas depressivos e sua relação com o nível de escolaridade, indivíduos analfabetos apresentaram maior probabilidade de desenvolver sintomas de depressão quando comparados com os que cursaram ensino fundamental e médio. Tal resultado vem ao encontro de estudo cujos autores identificaram maior prevalência de depressão entre os indivíduos com menor escolaridade⁽¹⁷⁾.

Embora já tenha sido identificada correlação entre presença de sintomas depressivos e adesão ao tratamento medicamentoso⁽⁷⁾, no presente estudo, essa correlação foi fraca ($r<0,30$). Apesar do sentido ter sido negativo, sugere que a presença de sintomas depressivos diminui a adesão. As

diferenças de resultados podem ser atribuídas às diferenças regionais e socioeconômicas dos indivíduos e metodológicas dos estudos.

CONCLUSÃO

O domínio da QV mais comprometido entre os participantes do estudo foi Aspecto físico. Para o sexo masculino, maior renda e desenvolver atividade laboral são variáveis relacionadas à uma melhor QV. A maioria apresentou alteração psicológica, que variou de disforia à depressão grave, assim como aderiu ao tratamento medicamentoso.

Os resultados desse estudo oferecem um diagnóstico do estado de saúde percebido pelos indivíduos e da sua adesão ao tratamento medicamentoso. Subsidiaram, assim, o planejamento da assistência de enfermagem voltada a esse público, com vistas à promoção da saúde e prevenção de complicações e, por conseguinte, a uma melhoria da QV.

REFERÊNCIAS

1. Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq Bras Cardiol 2010; 95(1 supl.1): 1-51.
2. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS: indicadores de saúde. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>. Acessado em 17 de novembro de 2015.
3. Azevedo ALS de; Silva RA da; Tomasi, E; Quevedo L de Á. Doenças crônicas e qualidade de vida na atenção primária à saúde. Cad. Saúde Pública [online]. 2013; 29(9):1774-82.
4. Ogundala MO, Adedokun B, Dairo MD, Odunaiya NA. Profile and predictor of health-related quality of life among hypertensive patients in southwestern Nigeria. BMC Cardiovasc Disord. 2009; 17 (9):1-8.
5. Carvalho MAN, Silva IBS, Ramos SBP, Coelho LF, Gonçalves ID, Figueiredo Neto JA. Qualidade de Vida de Pacientes Hipertensos e Comparação entre dois Instrumentos de Medida de QVRS. Arq Bras Cardiol. 2012; 98(5):442-51.
6. Carvalho MV, Siqueira LB, Sousa ALL, Jardim PCBV. A influência da hipertensão arterial na qualidade de vida. Arq. Bras. Cardiol. 2013; 100 (2):164-74.
7. Krousel-Wood M, Islam T, Muntror P, Holt E, Joyce C, Morisky DE, Webber LS, Frohlich ED. Association of depression with antihypertensive medication adherence in older adults: cross-sectional and longitudinal findings from Cosmo. Ann Behav Med. 2010; 40(3):248-57.
8. Eze-Nliam CM, Thombs BD, Lima BB, Smith CG, Ziegelstein RC. The association of depression with adherence to antihypertensive medications: a systematic review. J Hypertens. 2010 Sep; 28(9):1785-95.
9. Ciconelli RM. Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida "Medical Outcomes 36 Item Short Form Health Survey- SF-36" [Tese de Doutorado]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo; 1997.
10. Gorenstein, C, Andrade, L. Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. Rev Psiquiatr Clín. 1998; 25(5):245-50.
11. Kendall PC, Hollon SD, Beck AT, Hammen CL, Ingrain RE. Issues and Recommendations Regarding Use of the Beck Depression Inventory. Cognit Ther Res. 1987; 11(3): 289-99.
12. Delgado AB, Lima ML. Contributo para validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. Psic, Saúde & Doenças. 2001; 2(2):81-100.
13. Gimenes HT, Zanetti ML, Haas VJ. Fatores relacionados à adesão do paciente diabético à terapêutica medicamentosa. Rev. Latino-Am. Enferm. 2009; 17(1):46-51.
14. Ferreira PC dos S, Tavares DM dos S, Rodrigues RAP. Características sociodemográficas, capacidade funcional e morbilidades entre idosos com e sem declínio cognitivo. Acta Paul Enferm. 2011; 24(1):29-35.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Vigilil Brasil 2014: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. - Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
16. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de Indicadores Sociais - Uma análise das condições de vida da população brasileira 2013. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, IBGE. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Estudos e Pesquisas, Informação Demográfica e Socioeconômica, 32. Rio de Janeiro, 2013.
17. Molina MRAL, Wiener CD, Branco JC, Jansen K, Souza LDM, Tomasi E et al. Prevalência de depressão em usuários de unidades de atenção primária. Rev. psiquiatr. clín. 2012; 39(6):194-7.

PERFIL DE PESSOAS ESTOMIZADAS DE UMA REGIÃO DE SAÚDE MINEIRA

Juliano Teixeira Moraes¹, Raquel Silva Assunção², Francisco dos Santos de Sá³, Eduardo Ribeiro Lessa⁴, Leoni dos Santos Corrêa⁴

Objetivo: descrever o perfil epidemiológico das pessoas estomizadas de uma região de saúde do estado de Minas Gerais. Metodologia: estudo descritivo, transversal, realizado de agosto a novembro de 2014, no Serviço de Atenção à Saúde da Pessoa Ostomizada de nível II do município de Divinópolis. Os dados foram colhidos mediante análise dos prontuários utilizados para cadastro e acompanhamento dessas pessoas no serviço de saúde e submetidos à análise descritiva. Resultados: analisados 185 prontuários de pessoas estomizadas, identificou-se a predominância de homens, casados, idosos, com baixo grau de instrução e com renda inferior a dois salários mínimos; estomias do tipo colostomias decorrentes do câncer de colo e reto. Conclusão: esse trabalho possibilitou ampliar o conhecimento da população de estomizados, podendo auxiliar o profissional de saúde, em especial o enfermeiro, a planejar a assistência do serviço de referência.

Descriptores: Estomias; Perfil de saúde; Serviços de saúde.

OSTOMIZED PROFILE OF A HEALTH REGION OF MINAS GERAIS STATE, BRAZIL

Objective: to describe the epidemiological profile of stomized people in a health region of Minas Gerais. Methodology: descriptive, cross-sectional study conducted from August to November 2014, the Care Health Service to the Stomized People level II of the municipality of the Divinópolis city. Data were collected by analyzing the records used for registration and monitoring of these people in the health service and submitted to descriptive analysis. Results: the study included 185 records of stomized people identified the predominance of men, married, older, low level of education and income less than two minimum salary; of the ostomy kind of colostomy resultin from the colon and rectum cancer. Conclusion: this work made it possible to expand the knowledge about the ostomy population and may aid health professionals, especially nurses, to plan the assistance of the reference service.

Descriptors: Ostomy; Health profile; Health service;

PERFIL DE LAS PERSONAS CON ESTOMÍA EN UNA REGIÓN SANITARIA DEL MINAS GERAIS, BRAZIL

Objetivo: describir el perfil epidemiológico de las personas estomizadas en una región sanitaria de Minas Gerais. Metodología: estudio descriptivo, transversal, realizado entre agosto y noviembre de 2014, el Servicio de Salud de Atención del Personas Estomizadas nivel II del municipio de la ciudad de Divinópolis. Los datos fueron recolectados mediante el análisis de los registros utilizados para el registro y seguimiento de estas personas en el servicio de salud y sometidos a análisis descriptivo. Resultados: el estudio incluyó 185 registros de personas identificadas estomizadas el predominio de los hombres, casados, más viejo, bajo nivel de educación e ingresos de menos de dos salarios mínimos; del colostomía resultin del cáncer de colon y el recto. Conclusión: este trabajo ha permitido ampliar el conocimiento sobre la población de ostomia, pudiendo ayudar a los profesionales de la salud, sobre todo enfermeras, para planificar la asistencia del servicio de referencia.

Descriptores: Estomía; Perfil de salud; Servicios de salud;

¹Enfermeiro, Doutor em Ciências Aplicadas à Saúde do Adulto. Docente na Universidade Federal de São João del-Rei. E-mail: julianotmoraes@ujsj.edu.br

²Enfermeira, Mestre em Enfermagem. Secretaria Municipal de Saúde de Divinópolis, MG

³Enfermeiro, Mestre em Ciências da Saúde. Secretaria Municipal de Saúde de Divinópolis, MG

⁴Acadêmico do curso de medicina da Universidade Federal de São João del-Rei.

INTRODUÇÃO

A pessoa estomizada é aquela submetida a uma cirurgia que resulta na confecção de um estoma. O termo estoma ou estomia tem origem na palavra grega "stoma" e significa "abertura de origem cirúrgica de uma nova "boca", visando à exteriorização de qualquer víscera oca existente no corpo"⁽¹⁾. Os estomas mais comuns são os urinários e os intestinais. Os urinários são comumente denominados de derivações urinárias e são realizados em pacientes com doenças que envolvem a pelve renal, ureteres, bexiga e uretra, e tem por objetivo preservar a função renal^(1,2). Os estomas intestinais são indicados quando alguma parte do intestino apresenta disfunção, obstrução ou lesão. O estoma recebe o nome de acordo com a porção intestinal, podendo ser ileostomia, cecostomia ou colostomia^(2,3).

Estomias intestinais podem ser realizadas por doenças benignas ou malignas, criadas em condições de cirurgia eletiva ou de emergência, construídas no intestino delgado ou colôn, podendo ser consideradas temporária ou permanente, e ainda para fins curativos ou paliativos⁽⁴⁾. Esses estomas são causados por traumatismos, doenças congênitas, doenças inflamatórias (doença de Crohn, retocolite ulcerativa crônica, diverticulite), tumores e câncer do intestino (cólon)⁽⁵⁾.

As pessoas estomizadas, embora possuidoras de características comuns que as unem em um grupo especial, possuem necessidades e reações próprias implícitas na sua identidade e subjetividade. Assim, a resposta a essa problemática, causada pela abertura do estoma, guarda relação com as condições pessoais de cada um, bem como com as variações externas, tais como, a qualidade de suporte familiar, financeiro e assistencial recebidos em todas as fases de tratamento gerador de estoma⁽⁶⁾.

Entretanto, poucos estudos têm demonstrado preocupação em descrever o perfil dessa clientela, uma vez que é difícil precisar um quadro epidemiológico sobre as estomias por serem sequelas ou consequências de doenças ou traumas e não uma doença. Considera-se ainda que os dados sobre a situação dos estomizados em nosso país, apresentados pelo Ministério da Saúde (MS), são incipientes⁽⁷⁾. Portanto, esse artigo teve como objetivo descrever o perfil epidemiológico das pessoas estomizadas de uma região de saúde do estado de Minas Gerais.

É importante conhecer esse perfil para que se possa subsidiar o planejamento e a gestão dos serviços de saúde, bem como ações de educação em saúde e capacitação dos profissionais da rede, com vistas à melhoria da assistência à saúde e consequentemente da qualidade de vida dos indivíduos.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa transversal realizada no Serviço de Atenção à Saúde da Pessoa Ostomizada de nível II (SASPO II) do município de Divinópolis, por meio da análise de informações registradas em prontuários utilizadas para cadastro e

acompanhamento dessas pessoas no serviço de saúde. A coleta de dados aconteceu no período de agosto a novembro de 2014.

O SASPO II é referência para a Região de Saúde de Divinópolis/Santo Antônio do Monte, Minas Gerais. A Região de Saúde de Divinópolis/Santo Antônio do Monte compreende uma extensão territorial de 6.601,7 Km², com uma população estimada em 433.163 habitantes no Centro-Oeste mineiro. Atende, portanto, as pessoas estomizadas encaminhadas por diversos municípios: Araújos, Arcos, Carmo do Cajuru, Cláudio, Divinópolis, Itapecerica, Japaraíba, Lagoa da Prata, Pedra do Indaiá, Perdigão, Santo Antônio do Monte, São Gonçalo do Pará e São Sebastião do Oeste⁽⁸⁾.

É um serviço que possui uma equipe multidisciplinar composta por médico, enfermeiro, assistente social, psicólogo e nutricionista. Presta assistência especializada e de natureza interdisciplinar às pessoas com estoma, objetivando sua reabilitação, incluindo a orientação para o autocuidado, prevenção, tratamento de complicações nas estomias, capacitação e fornecimento de equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança⁽⁹⁾.

Assim, foram analisados 175 prontuários das pessoas estomizadas. Utilizou-se, como critério de inclusão, os prontuários de usuário ativo no SASPO II de Divinópolis, desde a sua implantação em maio de 2011. Foram considerados prontuários inativos aqueles vinculados a usuários que se desligaram do serviço por motivo de óbito, reversão cirúrgica do estoma ou abandono do tratamento. Foram colhidas as seguintes variáveis de estudo no prontuário: município, idade, sexo, estado civil, grau de instrução, raça/cor, renda familiar, diagnóstico, tipo de estoma, permanência do estoma, localização, complicações, tipo de abdome, eliminação de efluentes e tipo de dispositivo indicado.

Todos os prontuários possuem ficha cadastral que comprehende a avaliação de enfermagem e médica no momento de adesão ao sistema. Foi feita uma análise estatística descritiva de todas as informações apresentadas por meio de tabelas de frequências.

Os dados foram coletados após aprovação da Secretaria Municipal de Saúde de Divinópolis-MG e do Comitê de Ética da Universidade Federal de São João Del-Rei / Campus Centro Oeste por meio do parecer n. 714.992 (CAAE: 32873614.0.0000.5545). O estudo respeitou os preceitos éticos determinados pela Resolução CONEP nº 466/2012, garantindo o anonimato dos indivíduos participantes. Por se tratar de dados secundários, não foi aplicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, já que não houve contato ou outra forma de comunicação com as pessoas envolvidas na pesquisa.

RESULTADOS

A região de saúde de Divinópolis/Santo Antônio do Monte possui um número de 175 pessoas estomizadas cadastradas, com maior prevalência de cadastros oriundos do município de Divinópolis (55,4%) (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição de pessoas estomizadas cadastradas no serviço a cada 10.000 habitantes e porcentagem em relação ao total, por município da Região de Saúde de Divinópolis/Santo Antônio do Monte - MG, 2014.

Município	População	Nº	%	Prevalência /1000 habitantes
Araújos	8.645	0	0	0,0
Arcos	38.946	15	8,6	3,85
Carmo do Cajurú	21.519	9	5,1	4,18
Cláudio	27.579	11	6,3	4,00
Divinópolis	228.643	97	55,4	4,24
Itapecerica	22.082	6	3,4	2,71
Japaraíba	4.206	3	1,7	7,13
Lagoa da Prata	49.654	10	5,7	2,01
Pedra do Indaiá	4.013	3	1,7	7,48
Perdigão	10.185	2	1,1	1,96
Santo Antônio do Monte	27.556	14	8,0	5,08
São Gonçalo do Pará	11.475	5	2,9	4,36
São Sebastião do Oeste	6.344	0	0	0
		175	100,0	

Fonte: SASPO nível II de Divinópolis / IBGE

Ainda, levando-se em consideração a população geral de cada município, a prevalência dos casos mostra Pedra do Indaiá, Japaraíba e Santo Antônio do Monte, como os municípios com maior prevalência de pacientes estomizados acompanhados no serviço de referência.

O perfil sócio-demográfico descreve uma população com maior representatividade no sexo masculino (55,4%). Os dados mostram que a situação conjugal mais frequente é de pessoas casadas (42,9%). Com relação à idade, houve maior ocorrência de pessoas acima de 60 anos (63%). O grau de instrução, levando-se em consideração o tempo de estudo, demonstrou a predominância de pessoas semianalfabetas, ou seja, aqueles que sabem ler e escrever, mas não concluíram o ensino fundamental (29,7%) e com ensino fundamental (24%). Em relação à raça, após utilizar o critério preconizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), houve predomínio de pacientes declarados brancos (65,1%). Por fim, a renda familiar, expressa em salários mínimos, descreve a população com renda de um a dois salários mínimos (49,1%) (Tabela 2).

Tabela 2 – Características socioeconômicas e demográficas dos usuários acompanhados pelo Serviço de Atenção à Saúde das Pessoas Estomizadas. Divinópolis, 2014. (n=175)

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	97	55,4
Feminino	78	44,6

Estado civil	n	%
Casado(a)	75	42,9
Solteiro(a)	28	16,0
Viúvo(a)	27	15,4
Divorciado	08	4,6
Amasiado(a)	01	0,6
Não informado	36	20,5
Idade		
80 e mais	28	16,2
60 a 79 anos	81	46,8
20 a 59 anos	54	31,2
< 20 anos	10	5,8
Não informado	02	0,1
Grau de Instrução		
Analfabeto(a)	17	13,6
Semianalfabeto(a)	52	41,6
Nível fundamental	42	33,6
Nível médio	10	8,0
Nível superior	04	3,2
Não informado	50	28,5
Renda familiar		
<1 salário mínimo	13	12,04
1 a <2 salários mínimos	86	79,63
2 a <3 salários mínimos	06	5,55
3 a <4 salários mínimos	03	2,78
Não informado	67	89,3

Fonte: SASPO nível II de Divinópolis / IBGE

O tipo de estomia mais prevalente foi a colostomia (73,7%). A principal causa para realização do estoma observada foi a decorrente de Neoplasia Colorretal (46,9%). Não foram observadas complicações registradas em 58% das pessoas vinculadas ao serviço. As complicações registradas apontaram para prolapsos (11,36%), retração (10,79%) e dermatite (9,1%) (Tabela 3).

Tabela 3 – Estomias, diagnósticos e tipos de complicações dos usuários acompanhados pelo Serviço de Atenção à Saúde das Pessoas Estomizadas. Divinópolis, 2014. (n=175)

Variáveis	n	%
Tipo de Estomia		
Colostomia Esquerda	101	58,4
Colostomia Direita	28	16,1
Ileostomia	24	13,9
Urostomia	19	11,0
Fístula	01	0,6
Não informado	02	1,1
Diagnóstico		
Neoplasia Colorretal	82	48,8
Outros	43	25,6
Doença Diverticular	12	7,1

Megacolon/ Colón Chagásico	11	6,6
Megacolon congênito (Hirschsprung)	05	3,0
Doença inflamatória intestinal	04	2,4
Volvo	04	2,4
Trauma	04	2,4
Complicações de apendicite	02	1,2
Colite isquêmica	01	0,6
Não informado	07	4,8
Complicação		
Sem complicação	102	58,29
Prolapso	20	11,43
Retração	19	10,86
Dermatite	16	9,14
Hérnia Paracolostômica	09	5,14
Edema	03	1,71
Descolamento Mucocutâneo	03	1,71
Sangramento	02	1,14
Abscesso	01	0,57

Fonte: SASPO nível II de Divinópolis / IBGE

Os dados referentes ao tempo de permanência com o estoma (temporária ou permanente) não foram analisados, uma vez que essa informação foi auto relatada pelo estomizado ao serviço, não sendo constatada a indicação médica.

DISCUSSÃO

Embora o número de estomizados tenha aumentado nos últimos anos, percebe-se que nessa Região de Saúde, a prevalência de estomizados, identificada nos prontuários, está abaixo do estabelecido pela IOA e ABRASO (1/1.000 habitantes)⁽⁶⁾. Os baixos números registrados podem ser explicados pelo fato de que se trata de um serviço com menos de cinco anos de existência na região, muitos usuários podem não conhecer o programa ou não estar vinculados aos serviços públicos de saúde⁽¹⁰⁾.

Nessa população, ao se comparar o número de estomizados de cada município com a população geral, observou-se que municípios de pequeno porte tiveram uma prevalência proporcionalmente maior em relação aos municípios maiores. Novos estudos devem ser realizados para se compreender melhor essa população, afim de se conhecer e analisar as condições que fazem com que esse número de casos seja maior em relação aos outros municípios.

O avançar da idade é um dos fatores que mais se destaca no processo de oncogênese em decorrência da maior exposição a fatores de risco ao longo dos anos; consequentemente, o número de estomias cresce nessa população⁽¹¹⁾. A população de idosos estomizados revela implicações para o cuidado. Sabe-se que eles podem sofrer mais impactos psicológicos como resultado de estar estomizado. Os profissionais de saúde devem entender as mudanças relacionadas ao envelhecimento e como elas podem afetar o autocuidado das pessoas estomizadas. Deve ser considerado, ainda, que os homens parecem ter mais dificuldade

com ajustamento emocional após a cirurgia, quando comparados com as mulheres mais idosas com ostomias⁽¹²⁾.

Além disso, deve-se considerar que o homem busca menos os serviços de saúde para prevenção de agravos. Dados do Ministério da Saúde (MS) revelam que os homens apenas procuram o Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da atenção especializada, tendo, como consequência, o agravio da morbidade pelo retardamento na atenção e maior custo para o SUS. O modelo de uma masculinidade ainda idealizada consiste numa ideia de invulnerabilidade e, portanto, de comportamento de risco. Associado a isso, encontram-se suas dificuldades de verbalizar as próprias necessidades de saúde, pois falar de seus problemas de saúde pode significar uma possível demonstração de fraqueza, de feminilização perante os outros⁽¹³⁾.

Embora a população tenha se destacado entre idosos, destacou-se, também, o número de pessoas casadas. Sendo casadas, há de se considerar a sexualidade vivenciada por esse grupo. A presença de enfermidade, tanto no parceiro como no próprio idoso, tem sido o principal fator envolvido para a ausência ou diminuição da sexualidade, principalmente quando a doença ocorre no homem, pois comumente afeta a potência masculina⁽¹⁴⁾.

A convivência com a bolsa coletora leva ao aparecimento de sentimentos conflituosos, preocupações e dificuldade para lidar com essa nova situação⁽¹⁵⁾. A presença de um parceiro para a pessoa com estomia contribui para manter uma atitude de esperança realista, além de poder partilhar preocupações e receios, afim de ajudar-se mutuamente⁽¹⁶⁾.

O grau de instrução encontrado nesse estudo deve ser bastante considerado, devido aos necessários esclarecimentos sobre a doença e o tratamento, e assim, garantir a adesão dos pacientes ao autocuidado. A baixa escolaridade pode refletir-se na forma de assimilar as orientações a serem transmitidas acerca dos cuidados com o estoma⁽¹⁷⁾.

No Brasil, o câncer colorretal está entre as quatro localizações mais frequentes de neoplasias, em ambos os sexos. Abrange tumores que acometem um segmento do intestino grosso (o cólon) e o reto. Para 2016, a estimativa de novos casos é de 34.280⁽¹⁸⁾. O tratamento do câncer colorretal consiste em procedimento cirúrgico, quimioterapia e radioterapia, sendo as duas últimas terapias associadas à cirurgia. A ressecção cirúrgica do local afetado e a realização de uma colostomia constituem-se na mais efetiva terapia para o câncer colorretal⁽¹⁹⁾.

O número predominante de pessoas colostomizadas em relação às ileostomizadas faz com que, ao planejar assistência, algumas considerações sejam observadas: menor número de lesões peri-estomais, possibilidade de se realizar a irrigação, consistência das fezes, maior tempo entre alimentação e evacuação, condição de absorção de alimentos e medicamentos, dentre outros⁽³⁾.

Complicações do tipo prolapsos e retracção dizem respeito principalmente ao posicionamento da estomia quando do procedimento cirúrgico. O aparecimento dessas complicações pode ser consequência de consultas pré-operatórias sem

demarcação de estoma. A má localização dificulta o autocuidado, a visualização da pele e a troca de equipamentos⁽²⁰⁾.

Considera-se como limitação desse estudo a deficiência identificada nos registros de informações.

CONCLUSÃO

Este trabalho possibilitou ampliar o conhecimento da população de estomizados da Região de Saúde de Divinópolis/Santo Antônio do Monte, Minas Gerais. Essa população mostrou-se como predominantemente de homens, casados, idosos, com baixo grau de instrução e com renda inferior a dois salários mínimos.

Houve predomínio de estomias do tipo colostomias

decorrentes do câncer de colo e reto. Dentre as complicações, o estudo chama a atenção para o prolapsos, retração e dermatite periestomia.

Estudos dessa natureza poderão auxiliar o profissional de saúde, em especial o enfermeiro, a planejar a assistência do serviço de referência. Dessa forma, atividades educativas e atendimentos clínicos poderão ser melhor compreendidos pelos estomizados, uma vez que se comprehende melhor o seu contexto.

AGRADECIMENTOS

Ao Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – Redes de Atenção à Saúde (PET-Redes) da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde.

REFERÊNCIAS

1. Fernandes RM, Borges EL, Donoso MTV. Perfil da clientela estomizada residente no município de Ponte Nova, Minas Gerais. Rev bras. coloproctol. 2011 [citado em 2016 abr 22]; 30(4): 385-392. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-98802010000400001&lng=en.
2. Recalla SI, English K, Nazarali R, Mayo S, Miller D, Gray M. Ostomy care and management: a systematic review. J Wound Ostomy Continence Nurs. 2013 Sep-Oct;40(5):489-500.
3. Registered Nurses Association Of Ontario (RNAO). Ostomy care and management. Toronto: Registered Nurses'Association of Ontario; 2009. Disponível em: http://mao.ca/sites/mao-ca/files/Ostomy_Care__Management.pdf
4. Hendren S, Hammond, K, Glasgow SC, Perry WB, Buie WD et al. Clinical Practice Guidelines for Ostomy Surgery. Dis Colon Rectum 2015 [citado em 2016 abr 22]; 58: 375-387. Disponível em: https://www.facsrs.org/sites/default/files/downloads/publication/clinical_practice_guidelines_for_ostomy_surgery.pdf
5. Kleinubing-Júnior H, Pinho Mauro SL, Ferreira LC, Bachtold GA, Merki A. Perfil dos pacientes ambulatoriais com doenças inflamatórias intestinais. ABCD, arq. bras. cir. dig. 2011 [citado em 2016 Abr 22]; 24(3): 200-203. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-67202011000300004&lng=en.
6. Santos VLCG, Cesaretti IUR. Assistência em estomaterapia - cuidando de pessoas com estomia: 2ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 2015.
7. Santos VLCG. Aspectos Epidemiológicos dos Estomas. Estima. 2007 [citado em 2016 jun 24]; 5(1). Disponível em: <http://www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/view/207>.
8. Secretaria de Estado de Saúde. Assessoria de Gestão Regional (Minas Gerais). O PDR - Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde, 2010.
9. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde (Brasil). Portaria n.400 de 16 de novembro de 2009. Institui a atenção à saúde da pessoa estomizada. Diário Oficial da União 18 nov. 2009; 220(1): 41-42.
10. Sampaio FAA, Aquino PS, Araújo TL, Galvão MTG. Nursing care to an ostomy patient: application of the Orem's theory. Acta paul. enferm. 2008 [citado em 2016 abr 22]; 21(1): 94-100. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002008000100015&lng=en.
11. Da Paz RC, Fortes RC, Toscano BAF. Processo de envelhecimento e câncer: métodos subjetivos de avaliação do estado nutricional em idosos oncológicos. Com. Ciências Saúde. 2011 [citado em 2016 abr 22]; 22(2):143-150.
156. Disponível em: http://www.escs.edu.br/pesquisa/revista/2011Vol%2022_2_6_Processo.pdf.
12. Skeps R, McMullen CK, Wendel CS, Bulkley J, Grant M, Mohler J et al. Changes in Body Mass Index and Stoma Related Problems in the Elderly. Journal of geriatric oncology. 2013 [citado em 2016 abr 22]; 4(1):84-89. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3564631/?tool=pubmed>.
13. Da Silva PLN, Maciel MM, Carfesan CS, Santos S, Souza JR. Política de atenção à saúde do homem no Brasil e os desafios da sua implantação: uma revisão integrativa. Enferm. glob. 2013 [citado em 2016 abr 22]; 12(32): 381-413. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000400024&lng=es.
14. Alencar DL, Marques APO, Leal MCC, Vieira JCM. Fatores que interferem na sexualidade de idosos: uma revisão integrativa. Ciênc. saúde coletiva. 2014 [citado em 2016 Abr 22]; 19(8): 3533-3542. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000803533&lng=en.
15. Cardoso DBR, Almeida CE, Santana ME, Carvalho DS, Sonobe HM, Sawada NO. Sexualidade de pessoas com estomias intestinais. Rev Rene. 2015 [citado em 2016 Abr 22]; 16(4): 576-85. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/viewFile/2051/pdf>.
16. Sousa CF, Brito DC, Branco MZPC. Depois da colostomia... vivências das pessoas portadoras. Enfermagem em Foco 2012 [citado em 2016 Abr 22]; 3(1):12-15. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/213/134>.
17. Menezes LCG, Guedes MVC, Oliveira RM, Oliveira SKP, Meneses LST, Castro ME. Prática de autocuidado de estomizados: contribuições da teoria de orem Rev Rene. 2013 [citado em 2016 Abr 22]; 14(2): 301-10. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/235>.
18. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil: INCA; 2015.
19. Guimarães RM, Muñiz CD, Boccolini CS, Boccolini PMM, Boeira SF. Tendência da mortalidade por câncer de cólon e reto no Brasil segundo sexo, 1980-2009 Cad. Saúde Colet. 2012 [citado em 2016 Abr 22]; 20(1): 121-7. Disponível em: http://www.cadernos.iesc.ufrrj.br/cadernos/images/csc/2012_1/artigos/CSC_v20n1_121-127.pdf.
20. Miranda SM, Luz MHBA, Sonobe HM, Andrade EMLR, Moura ECC. Caracterização Sociodemográfica e Clínica de Pessoas com Estomia em Teresina. Estima. 2016 [citado em 2016 Abr 22]; 14(1): 29-35. Disponível em: <http://www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/view/117/pdf>.

PROTEÇÃO RADIOLÓGICA: DA LEGISLAÇÃO À PRÁTICA DE UM SERVIÇO

**Andréa Huhn¹, Mara Ambrosina de Oliveira Vargas², Luís Lança³, Daiane Trentin⁴
Juliana Almeida Coelho de Melo¹, Dulcinéia Ghizoni Schneider²**

Objetivos: comparar o Programa de Proteção Radiológica de um hospital público na região Sul do Brasil com o estabelecido na legislação brasileira vigente e descrever o cotidiano do serviço. **Metodologia:** estudo qualitativo, exploratório e descritivo desenvolvido por observação não participante e análise documental do Memorial Descritivo. Participaram 14 trabalhadores ocupacionalmente e para-ocupacionalmente expostos. Adotada Análise de Conteúdo para a análise de dados. **Resultados:** evidenciaram-se inconsistências no Programa de Proteção Radiológica e necessidade de inserção de outros itens, além dos indicados na Portaria 453. As dificuldades burocráticas e financeiras, inerentes a maioria dos hospitais públicos, repercutem na adequação ágil às situações emergentes e importantes com relação à Proteção Radiológica. **Conclusão:** a formação continuada mostra-se necessária para atualização dos profissionais ocupacionalmente e para-ocupacionalmente expostos.

Descriptores: Radiação Ionizante; Proteção Radiológica; Serviço Hospitalar de Radiologia.

RADIATION PROTECTION: FROM LEGISLATION TO PRACTICE OF A SERVICE

Objectives: to compare the Radiological Protection Program of a public hospital in Southern Brazil, with the stated in Brazilian legislation and describe their daily lives. **Methodology:** qualitative, exploratory and descriptive study developed by non-participant observation and documentary analysis of the Descriptive Memorial. Thirteen workers occupationally and para-occupationally exposed participated. Adopted Content Analysis to analyze data. **Results:** showed up inconsistencies in the Radiation Protection Program and necessity of including other items, than those specified in Ordinance 453. The bureaucratic and financial difficulties, inherent to most public hospitals, affects the agile adaptation to emerging and important situations regarding Radiation Protection. **Conclusion:** continuing education is shown to be necessary for updating professionals occupationally and para-occupationally exposed.

Descriptors: Ionizing Radiation; Radiation Protection; Hospital Radiology Department.

PROTECCIÓN RADOLÓGICA: DE LA LEGISLACIÓN A LA PRÁCTICA DE UN SERVICIO

Objetivos: comparar el Programa de Protección Radiológica de un hospital público en el sur de Brasil, con lo dispuesto en la legislación brasileña y describir su cotidiano. **Metodología:** estudio cualitativo, exploratorio y descriptivo mediante observación no participante y análisis documental del Memorial Descriptivo. Participaron 13 trabajadores ocupacionalmente y para-ocupacionalmente expuestos. Adoptada Análisis de Contenido para analizar los datos. **Resultados:** se presentaron inconsistencias en el Programa de Protección Radiológica y necesidad de incluir otros elementos, además de los especificados en la Ordenanza 453. Las dificultades burocráticas y financieras inherentes a la mayoría de los hospitales públicos, afecta la adaptación ágil para situaciones emergentes y importantes en relación con la Protección Radiológica. **Conclusion:** la educación continua se demuestra necesaria para la actualización de los profesionales ocupacionalmente y para-ocupacionalmente expuestos.

Descriptores: Ionizante Radiación; Protección Radiológica; Servicio de Radiología en Hospital.

¹Enfermeira. Doutoranda da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Docente do Instituto Federal de Santa Catarina (IFSC). E-mail: andreahuhn@hotmail.com.

²Enfermeira. Doutora em Filosofia da Enfermagem UFSC. Docente da UFSC.

³Radiographer. PhD Health Technologies. Vice-Presidente da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa - (ESTeSL).

⁴Enfermeira. Mestranda da UFSC.

INTRODUÇÃO

Apesar dos esforços de órgãos governamentais brasileiros em difundir informações relacionadas às atividades de Proteção Radiológica (PR), nota-se, ainda, mesmo entre os profissionais da área, pouco domínio quanto ao conhecimento dos efeitos da exposição excessiva⁽¹⁾. Na perspectiva da PR, considera-se que qualquer dose de radiação está associada a probabilidade de ocorrência de efeitos nocivos à saúde⁽²⁾.

Os trabalhadores ocupacionalmente expostos, os técnicos e tecnólogos em radiologia, operam os equipamentos emissores de Radiação Ionizante (RI). Os profissionais que participam desses procedimentos, como auxiliares, técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos, são designados trabalhadores para-ocupacionalmente expostos, pois podem receber doses superiores aos limites preconizados pela Norma Nuclear 3.01 (NN 3.01), da Comissão Nacional de Energia Nuclear (CNEN)⁽³⁾.

No Brasil, a Portaria da Secretaria de Vigilância Sanitária - Ministério da Saúde (SVS/MS) nº 453 de 1º de junho de 1998 e a Norma Regulamentadora 32 (NR 32) são de extrema importância para PR nos serviços de radiodiagnóstico. A Portaria exige um Memorial Descritivo, que visa desenvolver as formas adequadas de controle do risco físico à RI para fins ocupacionais e minimizar a dose de radiação no paciente. O segundo item exigido no Memorial é um Programa de Proteção Radiológica (PPR), imprescindível para o funcionamento de serviços de radiodiagnóstico⁽⁴⁾. A NR 32 estabelece as diretrizes básicas para implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral, dando especial atenção, nos itens 32.4 e 32.4.2.1, às RI e um Plano de Proteção Radiológica, respectivamente⁽⁵⁾.

Os serviços de radiodiagnóstico públicos têm dificuldade em manter atualizados o Memorial e o PPR, provavelmente porque o foco dos profissionais esteja mais voltado ao serviço de radiodiagnóstico do que a exploração da legislação acerca do assunto. Uma legislação que, por vezes, confunde o leitor por referir em um documento a nomenclatura PPR e, em outro, Plano de Proteção Radiológica, como é o caso da Portaria 453/98 e da NR 32, respectivamente. Consolida-se, aqui, a necessidade de considerar os vários aspectos que um serviço de radiodiagnóstico necessita conhecer e detalhar para assegurar requisitos mínimos de PR à equipe multiprofissional de saúde e usuários. Explicita-se que o Plano referenciado pela NR 32 deve estar redigido e situar-se em local de fácil acesso aos trabalhadores que atuam onde existem fontes de RI e refere-se mais especificamente aos serviços de Medicina Nuclear e Radioterapia. O PPR, da SVS, refere-se aos serviços

de radiodiagnóstico que possuem equipamentos de raios X.

Logo, os objetivos deste estudo são comparar o PPR do serviço hospitalar de radiologia com o estabelecido na legislação vigente e descrever o cotidiano de um serviço de radiologia referente à PR.

METODOLOGIA

Estudo qualitativo, exploratório e descritivo. Utilizou dados da observação não participante e análise documental: do Memorial Descritivo que contém o PPR do serviço de radiologia de um hospital público de ensino da região Sul do Brasil e da legislação vigente no país.

Os participantes da pesquisa foram 14 trabalhadores ocupacionalmente e para-ocupacionalmente expostos, sendo um enfermeiro, um técnico/a de enfermagem, 11 técnicos/as em radiologia e um tecnólogo/a em radiologia.

Foram analisados todos os documentos locados no setor de PR, que se relacionavam ao PPR, como memorandos referentes ao controle de qualidade dos equipamentos de RI. Analisou-se a legislação, considerando-se a diferença entre lei, portaria, instrução normativa, resolução e decreto. Procedeu-se a observação não participante durante os exames radiológicos de julho a agosto de 2014, desde seu início até o momento da liberação do paciente. Foram realizados 24 exames com duração média de 20 minutos, a fim de identificar como os trabalhadores ocupacionalmente e para-ocupacionalmente expostos se portam diante do cotidiano envolvendo a RI e se os requisitos referentes ao PPR e a PR se concretizam na prática, como por exemplo, se utilizam vestimentas de proteção radiológica (VPRs) e as oferecem aos pacientes e acompanhantes quando necessário.

O termo VPR deve ser utilizado em substituição aos equipamentos de proteção individual (EPIs), pois segundo a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) e a NR nº 6, designa a proteção de corpo inteiro e também do tórax, como é o caso dos aventais e luvas de chumbo, protetor de tireoide e óculos plumbíferos, entre outros⁽⁶⁾.

A análise de conteúdo foi pautada em Bardin. O projeto da pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, parecer nº 717.660 de julho de 2014.

RESULTADOS

Os resultados foram divididos em duas categorias, descritas a seguir.

Legislação e NR brasileiras referentes à RI e PR

No quadro 1, é apresentada a Legislação/NR brasileiras referente à RI e, no quadro 2, as Normas estabelecidas pelo Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) referentes à saúde e à segurança dos trabalhadores em radiodiagnóstico.

Quadro 1: Legislação/NR brasileiras referentes a RI.

Lei/Decreto/Resolução/ Portaria/ Instrução Normativa	Ambiente de saúde e RI
Lei nº 1.234 de 14/11/1950 ⁽⁷⁾	Direitos/vantagens a servidores que operam com raios X e substâncias radioativas.
Lei nº 6.437 de 20/08/1977 ⁽⁸⁾ Decreto nº 81.384 de 22/02/1978	Estabelece as infrações/sanções à legislação sanitária federal. Concessão de gratificação por atividades com raios X ou substâncias radioativas, conforme Lei nº 1.234.
Lei nº 7.394 de 29/10/1985 ⁽⁹⁾ Decreto nº 92.790 de 17/06/1986	Regula o exercício da profissão de Técnico em Radiologia.
Resolução nº 06 de 21/12/1988 – Conselho Nacional de Saúde ⁽¹⁰⁾	Medidas de radioproteção para pacientes, profissionais expostos a RI e população.
Lei nº 8.080 de 19/09/1990 ⁽¹¹⁾	Condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e funcionamento dos serviços.
Portaria SVS/MS nº 453 de 01/06/1998 ⁽⁴⁾	Aprova o Regulamento Técnico e diretrizes básicas de PR em radiodiagnóstico médico/odontológico, dispõe sobre o uso dos raios X diagnósticos.
Resolução ANVISA nº 1.016 de 3/04/2006 ⁽¹²⁾	Aprova o Guia de Radiodiagnóstico Médico, Segurança e Desempenho de Equipamentos.
Instrução Normativa nº 002/DIVS/SES de 24/10/2008 ⁽¹³⁾	Dá cumprimento à Portaria Federal nº 453, controle ocupacional dos trabalhadores com exposições ocupacionais às RI.
Instrução Normativa nº 004/DIVS/SES 02/09/2010 ⁽¹⁴⁾	Implanta o cumprimento à Portaria Federal 453 referente aos serviços Hemodinâmica/Cardiologia Intervencionista.
Instrução Normativa nº 001/DIVS de 07/03/2013 ⁽¹⁵⁾	Cadastramento obrigatório dos prestadores de serviços, na avaliação de equipamentos e ambientes na área de PR em radiologia médica/odontológica.
Instrução Normativa nº 002/DIVS de 07/03/2013 ⁽¹⁶⁾	Estabelece formulários para serviços de Radiologia Médica.
Instrução Normativa nº 001/2014/DIVS/SES de 27/03/2014 ⁽¹⁷⁾	Sistema de Informação Estadual de RI, disponível na web, gerenciando exposições dos indivíduos ocupacionalmente expostos e acompanhamento das exposições médicas em procedimentos de radiologia intervencionista. Ferramenta inovadora entre as autoridades reguladoras da América Latina.

Fonte: As autoras. Florianópolis - SC, 2014.

Quadro 2: Normas referentes à saúde e à segurança dos trabalhadores em radiodiagnóstico estabelecidas pelo MTE.

Norma	Competência/atuação/ procedimento/condições de trabalho
NR 6 - nº 3.214, de 08/06/1978 ⁽¹⁸⁾	Obrigações do empregador/empregado quanto aos EPIs. Para trabalhador exposto à RI, os EPIs são óculos e vestimentas de chumbo.
Atualizada pela Portaria SIT (Secretaria e Inspeção do Trabalho) no 194, de 07/12/2010	
NR 7 - Portaria GM nº 3.214, de 08/06/1978 ⁽¹⁹⁾	Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional: busca diagnosticar e tratar possíveis riscos ocupacionais precocemente, por meio de hemograma e contagem de plaquetas, realizado no ato admissional e semestralmente pelo trabalhador.
Atualizada pela Portaria SIT nº 223, de 06/05/2011	
NR 9 - Portaria nº 25, de 29/12/1994, da Secretaria de Segurança e Saúde do Trabalho - MT ⁽²⁰⁾	Metodologia de ação que garanta preservação da saúde dos trabalhadores, por meio do reconhecimento e controle da ocorrência de riscos ambientais no ambiente de trabalho, considerando a proteção do meio ambiente e dos recursos naturais.
NR 15 - Portaria MTE nº 3.214, de 08/06/1978 ⁽²¹⁾	Estabelece parâmetros para atividades insalubres. Limites de tolerância, princípios e obrigações para a proteção do homem e do meio ambiente contra efeitos indevidos causados pela RI, constam na Norma CNEN-N 3.01 Diretrizes Básicas de Radioproteção.
Atualizada pela Portaria SIT nº 203 de 28/01/2011	
NR 32 - Portaria GM nº 485, de 11/11/2005 ⁽⁵⁾	Medidas de proteção à segurança e saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde. Reforça, no item 32.4.2 a obrigatoriedade de manter no local de trabalho e à disposição da inspeção do trabalhador o Plano de Proteção Radiológica, aprovado pela CNEA e o PPR.
Atualizada pela Portaria GM nº 1.748, de 30/08/2011	

Fonte: as autoras. Florianópolis - SC, 2014.

O cotidiano de um serviço de radiologia referente à PR

Nesta categoria, utilizaram-se dados da pesquisa documental referente ao PPR e observação não participante. Pode-se observar que o Memorial do hospital encontrava-se parcialmente incompleto e desatualizado. Na descrição de alguns equipamentos, não constavam informações acerca do ano de fabricação/data de instalação/fonte emissora de radiação/modelo/número de série. Ainda, apresentavam várias vezes a frase: “*pelo fato do aparelho ser muito antigo, manuais e certificados referentes ao mesmo não existem mais na instituição e não estão disponíveis para aquisição.*”

Foi observado que a profissional das técnicas radiológicas estava afastada de sua função, atuando como digitadora de laudos, por estar grávida. Outro fato observado foi a exposição de familiares durante a realização de um exame de raios X de seios da face, ainda que o profissional tenha se posicionado atrás do biombo de chumbo para disparar o feixe de raios X, em todas as incidências.

Aspectos relacionados à questão da NR 7, do MTE, foram destacados: no caso de RI, é obrigatório um exame de hemograma com contagem de plaquetas, na admissão do profissional e semestralmente. Mas, no entanto, foi evidenciado que os profissionais não realizaram os exames periódicos; alguns afirmaram estar realizando o hemograma por conta própria.

Todos os profissionais observados usavam, durante sua jornada de trabalho e enquanto permaneceram nas salas de exame, dosímetro individual de leitura indireta e se protegeram da radiação atrás dos biombos de chumbo existentes nas salas.

DISCUSSÃO

Ainda que a Portaria 453 e a NR 32 sejam as que mais enfatizam a PR, há divergências em alguns aspectos, confundindo, por vezes, a tomada de decisões. Essas divergências acarretam que empregador e empregado questionem as leis, as normas e as responsabilidades dentro de um serviço de radiodiagnóstico. Além disso, há desatualização e falta de informações no PPR do hospital.

Entre as divergências, analisa-se o determinado para gestantes. A Portaria 453 orienta que a trabalhadora, tão logo seja constatada a gravidez, notifique o serviço para que as condições de trabalho sejam revistas, no intuito de garantir a saúde do feto. A NR 32 determina que toda trabalhadora grávida deve ser remanejada das atividades com RI, para atividade compatível com seu nível de formação^(4,5). Entende-se que a Portaria indica que gestantes devem controlar a dose recebida no abdome para o feto, mas não deixa claro que será alocada em local que não tenha atividades com RI. Tendo em vista que qualquer dose

de radiação está associada à probabilidade de ocorrência de efeitos nocivos à saúde, não importando quão baixa seja essa dose⁽²⁾, uma trabalhadora gestante, ocupacionalmente ou para-ocupacionalmente exposta, deve ser afastada de um provável contato com RI.

Compreende-se que a gravidez de uma trabalhadora do setor de radiodiagnóstico é um item importante e deveria estar incluso no PPR, para o empregador orientar essa profissional e a mesma ter embasamento legal. No caso dos serviços de radiodiagnóstico, a intenção é realizar um exame de qualidade e seguro para profissionais e pacientes⁽²²⁾.

Outra constatação foi o desconhecimento dos profissionais das técnicas radiológicas e/ou a negligência com a PR dos mesmos para com os pacientes. Na cena em que os familiares entram na sala de exames, somente a criança que seria submetida ao exame deveria ter entrado e apenas um adulto seria necessário para conter os seus movimentos. Além disso, a criança e sua mãe deveriam ter utilizado VPR.

O exame de hemograma com contagem de plaquetas é obrigatório na admissão do profissional e semestralmente, conforme preconizado pela NR 7, do MTE. Segundo a nota técnica da Associação Catarinense de Medicina⁽²³⁾, a análise de exames complementares, como o hemograma, não serve para aferir as condições de exposição às RI, o que está contrário à afirmação da NR 32. Para que o sangue periférico retrate alterações de insuficiência hematopoiética, é necessário que, os valores das doses recebidas estejam acima do compatível com as normas mínimas de segurança/controle.

O limiar de dose para o aparecimento da forma hematopoiética da síndrome aguda de radiação, está entre 0,8 a 1 Gray, equivalente para exposição de corpo inteiro de 800 a 1000 millisievert (mSv). Seria necessária uma dose 500 vezes superior ao nível de investigação de 1,5 mSv, em um evento agudo, para aparecer efeitos determinísticos no sangue periférico. Logo, mesmo obrigatória por lei, a realização semestral do hemograma com contagem de plaquetas, não oferece subsídio quanto às doses de radiação recebida⁽²⁴⁾.

Cartilhas explicativas acerca da importância do uso das VPRs poderiam estar disponíveis para os pacientes, pressupondo-se que os profissionais já tivessem esse conhecimento advindo de sua formação e/ou por meio de educação continuada. As organizações hospitalares precisam de profissionais capacitados para um atendimento eficaz e seguro⁽²⁵⁾.

CONCLUSÃO

Foram evidenciadas inconsistências no PPR e a

necessidade de inserção de outros itens, além dos indicados na Portaria 453. As dificuldades burocráticas e financeiras, inerentes a maioria dos hospitais públicos, repercutem na adequação ágil às situações emergentes e importantes com relação à PR.

Há divergências nas orientações regulamentares quanto à situação da trabalhadora gestante ocupacionalmente ou

para-ocupacionalmente exposta à realização de exames complementares. Outra constatação foi o desconhecimento dos profissionais das técnicas radiológicas e/ou a negligência com a PR dos mesmos para com os pacientes. A qualidade dos Programas desenvolvidos no âmbito da PR deve contribuir para a organização dos setores de PR e para evitar danos à saúde da equipe multiprofissional.

REFERÊNCIAS

1. Azevedo ACP. Radioproteção em serviços de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2010.
2. Xavier AM, Moro JP, Heibron PF. Princípios básicos de segurança e proteção radiológica. 3ª Edição. Porto Alegre: UFRGS, 2010.
3. Ministério da Ciência e Tecnologia (BR). Comissão Nacional de Energia Nuclear, Resolução CNEN nº 27/2005. Norma CNEN NN-3.01 de setembro de 2011. Diretrizes Básicas de Proteção Radiológica. Brasília: Ministério da Ciência e Tecnologia. 2005.
4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância Sanitária, Diretrizes de proteção radiológica em radiodiagnóstico médico e odontológico. Portaria nº 453, de 1º de junho de 1998. Brasília: Ministério da Saúde. 1998.
5. Ministério do Trabalho e Emprego (BR). Norma Regulamentadora NR 32. Estabelece as diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde. Brasília: Ministério do Trabalho e Emprego. 2005.
6. Soares FAP, Pereira AG, Flôr RC. Utilização de vestimentas de proteção radiológica para redução de dose absorvida: uma revisão integrativa da literatura. *Radiol Bras [internet]*. 2011; [Citado 2015 Jan 06]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-39842011000200009.44\(2\):97-103](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-39842011000200009.44(2):97-103).
7. Brasil. Lei nº. 1.234, de 14 de novembro de 1950. Dispõe acerca dos direitos e vantagens a servidores que operam com raios X e substâncias radioativas. Diário Oficial da União: Poder Executivo, 1950.
8. Brasil. Lei n. 6.437, de 20 de agosto de 1977. Configura infrações à legislação sanitária federal, estabelece as sanções respectivas, e dá outras providências. Diário Oficial da União: Poder Executivo, 1977.
9. Brasil. Lei n. 7.394, de 29 de outubro de 1985. Regula o Exercício da Profissão de Técnico em Radiologia e dá outras providências. Diário Oficial da União: Poder Executivo, 1985.
10. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 6, de 21 de dezembro de 1988. Aprova as normas técnicas gerais de radioproteção. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 1988.
11. Brasil. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União: Poder Executivo, 1990.
12. Ministério da Saúde (BR), Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução Anvisa/RE nº. 1.016 de 3 de abril de 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
13. Secretaria do Estado da Saúde de Santa Catarina (BR). Instrução Normativa 002/DIVS/SES de 24 de outubro de 2008. Requisitos Operacionais, que trata do controle ocupacional dos trabalhadores em atividades que envolvam exposições ocupacionais às radiações ionizantes nos serviços de radiologia e diagnóstico por imagem. Florianópolis: SES/SC, 2008.
14. Secretaria do Estado da Saúde de Santa Catarina (BR). Instrução Normativa 004/DIVS/SES de 2 de setembro de 2010. Complementa a Portaria Federal nº 453, de 01 de junho de 1998, no que se refere aos serviços de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista. Florianópolis: SES/SC, 2010.
15. Secretaria do Estado da Saúde de Santa Catarina (BR). Instrução Normativa nº 001/DIVS de 07 de março de 2013. Florianópolis: SES/SC, 2013.
16. Secretaria do Estado da Saúde de Santa Catarina (BR). Instrução Normativa nº 002/DIVS de 07 de março de 2013. Estabelece formulários para os serviços de Radiologia Médica. Florianópolis: SES/SC, 2013a.
17. Secretaria do Estado da Saúde de Santa Catarina. Instrução Normativa nº 001/2014/DIVS/SES de 27 de março de 2014. Sistema de Informação Estadual de Radiações Ionizantes que permite o gerenciamento das exposições de todos os indivíduos ocupacionalmente expostos às radiações ionizantes na saúde. Florianópolis: SES/SC, 2014.
18. Ministério do Trabalho e Emprego (BR). Norma Regulamentadora NR 6. Equipamento de proteção individual. Brasília: Ministério do Trabalho e Emprego, 1978.
19. Ministério do Trabalho e Emprego (BR). Norma Regulamentadora NR 7. Programa de controle médico de saúde ocupacional. Brasília: Ministério do Trabalho e Emprego, 1978.
20. Ministério do Trabalho e Emprego (BR). Norma Regulamentadora NR 9. Programa de prevenção de riscos ambientais. Brasília: Ministério do Trabalho e Emprego, 1994.
21. Ministério do Trabalho e Emprego (BR). Norma Regulamentadora NR 15. Atividades e operações insalubres. Brasília: Ministério do Trabalho e Emprego, 1979.
22. Kim H, Park M, Park S, Jeong H, Kim J & Kim Y. Estimation of absorbed organ doses and effective dose based on body mass index in digital radiography. *Radiat Prot Dosimetry [internet]*. 2012; [Citado 2016 Jan 09]. Disponível em: <http://rpd.oxfordjournals.org/content/153/1/92.short>. 153(1): 92-9.
23. Associação Catarinense de Medicina. Emprego de Hemograma no Controle Ocupacional dos Trabalhadores, expostos às radiações Ionizantes. Nota Técnica. Florianópolis: ACM, 2013.
24. Valverde NJL. Radiações Ionizantes. In: Patologia do Trabalho. São Paulo: Atheneu; 2005.
25. Melo JAC, Gelbcke FL, Huhn A, Vargas MAO. Processo de trabalho na enfermagem radiológica: a invisibilidade da radiação ionizante. Texto contexto-enferm.[Internet].2015;[Citado 2016 Jan 19].Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072015000300801&script=sci_abstract&tlang=pt. 24(3):801-08.

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PERSPECTIVA DA EQUIPE

Rudval Souza da Silva¹, Ana Raquel Lima Peralva de Almeida², Francieli Aparecida de Oliveira²
Arly Silva Oliveira², Maria do Rozário de Fátima Borges Sampaio³, Gilvânia Patrícia do Nascimento Paixão⁴

Objetivo: descrever o conhecimento da equipe de enfermagem sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e o Processo de Enfermagem (PE). **Metodologia:** pesquisa exploratória e descritiva, realizada em 2013, com 32 profissionais de enfermagem de um hospital público do Norte da Bahia. Para a coleta de dados, foi usada a entrevista semiestruturada e os dados foram tratados segundo a técnica de análise de conteúdo de Bardin. **Resultados:** três categorias temáticas: 1) SAE e PE: do que estamos falando? 2) Fatores dificultadores na operacionalização do PE: com a palavra os enfermeiros 3) A formação de nível médio em enfermagem: competências e habilidade para o desenvolvimento do PE. **Conclusão:** existe um déficit relacionado ao conhecimento sobre a SAE e a aplicação do PE como ferramenta prática para sistematizar o cuidado de enfermagem.

Descriptores: Equipe de Enfermagem; Processos de enfermagem; Administração dos cuidados ao paciente.

NURSING CARE SYSTEMATIZATION IN THE PERSPECTIVE OF STAFF

Objective: to describe the knowledge of the nursing staffs on the Nursing Care Systematization (NCS) and the Nursing Process (NP). **Methodology:** this is an exploratory and descriptive research, accomplished in 2013, with 32 nursing professionals from a public hospital North of Bahia. To collect data, we used the semi-structured interviews and data were treated with the technique Bardin's content analysis. **Results:** three thematic categories: 1) NCS and NP: what are we talking about? 2) Difficulty factors in the operationalization of the NP: with the word nurses 3) The formation of secondary level nursing: competences and skills to the development of NP. **Conclusion:** there is a deficit related to the knowledge of the NCS and the application of the nursing process as a practical tool to systematize nursing care.

Descriptors: Nursing team; Nursing process; Patient care management.

SISTEMATIZACIÓN DE LA ASISTENCIA DE ENFERMERÍA EN LA PERSPECTIVA DEL EQUIPO

Objetivo: describir el conocimiento del personal de enfermería en la Sistematización de la Asistencia de Enfermería (SAE) y el proceso de enfermería (PE). **Metodología:** investigación exploratoria y descriptiva, realizada en 2013, con 32 profesionales de enfermería de un hospital público al Norte de Bahía. Para recopilar los datos, hemos utilizado las entrevistas semiestructuradas y los datos fueron tratados por la técnica de análisis de contenido de Bardin. **Resultados:** los tres temas: 1) SAE y PE: ¿qué estamos hablando? 2) factores que dificultan la aplicación de la PE: con la palabra los enfermeras 3) La formación de enfermería de nivel medio: las habilidades y la capacidad de desarrollar PE. **Conclusión:** hay un déficit en relación con el conocimiento de la SAE y la aplicación del proceso de enfermería como herramienta práctica para sistematizar los cuidados de enfermería.

Descriptores: Grupo de enfermera; Procesos de enfermera; Manejo de atención al paciente.

¹Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Professor Adjunto do Colegiado de Enfermagem da Universidade do Estado da Bahia UNEB/Campus VII. E-mail: rudvalsouza@yahoo.com.br

²Acadêmica de Enfermagem da UNEB/Bolsista de Iniciação Científica/FAPESB.

³Enfermeira. Mestra em Enfermagem. Especialista em Enfermagem em Saúde Pública. Docente Aposentada do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí (UFPI). Conselheira do Conselho Federal de Enfermagem.

⁴Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem UFBA. Professora Assistente do Colegiado de Enfermagem da Universidade do Estado da Bahia UNEB.

INTRODUÇÃO

A Enfermagem tem como objeto de trabalho a pessoa que necessita de cuidado, o qual deve ser prestado de modo integral e individual. Para tanto, necessita de uma organização. Nessa perspectiva, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é a estrutura de organização que visa dinamizar o trabalho da equipe de enfermagem, direcionando as práticas de cuidar de maneira planejada e individualizada, de forma a buscar atender as particularidades de cada cliente/clientela (pessoa, família ou comunidade)⁽¹⁾.

O Cofen, por meio da Resolução nº 358/2009, normatiza a implementação da SAE em todos os ambientes, públicos e privados, onde ocorra o cuidado profissional de enfermagem, lançando mão do Processo de Enfermagem (PE). Esse é definido como uma metodologia de trabalho que visa oferecer subsídios ao desenvolvimento da assistência, tendo como base o método científico. Tem como propósito a identificação de uma situação problema de um cliente/clientela, possibilitando, assim, direcionar a implementação adequada das terapêuticas de enfermagem^(2,3). O PE é uma ferramenta operacional que visa promover a autonomia e científicidade profissional do enfermeiro, visando aperfeiçoar a interação paciente-profissional, com o intuito de facilitar a obtenção de dados necessários para um cuidar individualizado⁽⁴⁾.

Estudos apontam que, de fato, ainda são marcantes as dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros na operacionalização da SAE, destacando-se como obstáculos o número reduzido de profissionais, a sobrecarga do trabalho e o desconhecimento do funcionamento do processo de implantação da SAE pelo enfermeiro e a operacionalização do Processo de Enfermagem^(5,6). Para tanto, é evidente a necessidade de implantação da SAE em seu ambiente de trabalho e o conhecimento sobre sua utilização⁽⁷⁾.

A relevância do estudo se apoia no pressuposto de que a partir do momento em que os profissionais compreendam o contexto da sua prática, isso poderá provocar reflexões que venham contribuir com a melhoria da qualidade da assistência na instituição lócus da pesquisa, bem como no âmbito de outros serviços de enfermagem que ainda não contemplem uma prática sistematizada.

Apesar do reconhecimento, por parte do enfermeiro e sua equipe, da relevância do PE para a organização do trabalho, na prática, ainda é visível a resistência da equipe de enfermagem à operacionalização de uma assistência sistematizada, justificando a realização do presente estudo, o qual tem como objetivo descrever o conhecimento da equipe de enfermagem sobre a SAE e o PE.

METODOLOGIA

Estudo exploratório e descritivo de abordagem qualitativa,

desenvolvido a partir de um projeto de iniciação científica, o qual teve como lócus um serviço hospitalar situado na região Piemonte Norte do Itapicuru, no estado da Bahia. Dos 56 profissionais de enfermagem da instituição, 32 participaram do estudo. Constituiu critério de inclusão trabalhar há mais de seis meses na instituição.

A coleta de dados foi realizada no período de agosto a dezembro de 2013, por meio de entrevista semiestruturada, gravada e posteriormente transcrita e analisada, enfocando o conhecimento da equipe de enfermagem sobre a SAE e o PE.

As entrevistas foram analisadas seguindo a Técnica de Análise de Conteúdo⁽⁸⁾, o que possibilitou a organização dos dados em categorias temáticas de modo a conduzir a um resultado estruturalmente elaborado do seu conteúdo.

O processo de análise seguiu as seguintes etapas:

1. Pré-análise: partiu do processo de leitura flutuante, quando o conteúdo das respostas pôde se tornar mais claro, possibilitando estabelecer, na etapa seguinte, as unidades de registro. **2. Exploração do material:** foi possível identificar as unidades de registro por meio dos recortes das falas dos entrevistados, as quais foram codificadas em unidades de contexto. **3. Inferência:** nesta última etapa, ocorreu o processo de inferência a partir das unidades de contexto, o que permitiu a categorização das ideias em categorias temáticas.

O projeto foi aprovado pelo CEP/UNEB recebendo o parecer de nº 246.615 e conduzido conforme a Resolução CNS nº 466/12. Para garantir o anonimato, os fragmentos citados foram identificados com as letras "E" para enfermeiros [E1...E8], "T" para técnicos [T1...T21] e "A" para auxiliares de enfermagem [A1...A3].

RESULTADOS

Em relação à caracterização dos 32 participantes, oito eram enfermeiros, 21 técnicos e três auxiliares de enfermagem. Em relação ao sexo, 29 são do sexo feminino e três do masculino. Quanto ao tempo de atuação dos enfermeiros, variou entre um e cinco anos e os técnicos e auxiliares de enfermagem, entre um e 30 anos de serviço. Quanto ao tempo de formação, variou entre três a dez anos e de dois a 30 anos respectivamente. Da análise dos depoimentos, emergiram três categorias temáticas apresentadas a seguir e sustentadas nas falas dos entrevistados.

Categoria 1 - SAE e Processo de Enfermagem: do que estamos falando?

Essa categoria emergiu das respostas sobre o significado de SAE e PE, o que demonstra o desconhecimento desses conceitos, evidenciando que, na formação de nível técnico, não existe uma discussão sobre tais conceitos, como pode ser

observado nas falas a seguir: *Processo de enfermagem? Não, ainda não ouvir falar não (T-7); O processo de enfermagem, em questão de cuidar. É o cuidar, o medicar, é lidar com o ser humano (T-29); Trabalhar, com gente que precisa, gente doente (A-2).*

Quanto aos enfermeiros, seis desses, ao responderem sobre o que compreendem em relação ao conceito de SAE e PE, demonstraram superficialidade nas definições. *Meio de organização que o enfermeiro tem para liderar sua prática e fornecer autonomia profissional aos cuidados específicos aos pacientes (E-11); Etapas para organização da assistência humanizada da enfermagem (E-12).*

Três enfermeiros conseguiram expressar elementos conceituais que nos possibilitam inferir o que reflete as definições postas na Resolução 358/2009. *São os instrumentos que a gente utiliza, [...] para organizar utilizando do PE para um cuidado individualizado, utilizando além de várias etapas outros recursos também (E-13); De acordo com esse PE é que a gente vai preparar o nosso cuidado com o paciente, que nesse processo a gente acaba que entrando meio que na sistematização. Se eu sei o que eu vou fazer com o meu paciente eu vou sistematizar o meu atendimento (E-14); É um retrato de todo o serviço de enfermagem, é o retrato do trabalho do enfermeiro com sua equipe. Viabiliza a questão financeira, dos gastos da empresa também, é um ponto positivo dela, trazer economias pra empresa porque você tem como melhor planejar o serviço durante o mês, conhecendo seu público (E-16).*

Categoria 2 - Fatores dificultadores na operacionalização do PE: com a palavra os enfermeiros

Nessa categoria, puderam ser evidenciados os fatores dificultadores como **o número reduzido de enfermeiros, a ausência de educação permanente, além do desconhecimento e inabilidade na operacionalização das etapas do PE.** Como dificultador é a necessidade dos próprios recursos humanos pra que haja tempo para implantação da sistematização, [...] uma vez implantado realizar uma educação continuada, uma conscientização, uma apresentação pra toda equipe que muitas vezes eles desconhecem (E-1); A gente fica muito presa às burocracias [do serviço]. Dificulta você olhar o paciente, tocar, fazer anamnese, fazer o exame físico, porque muitas vezes a gente está na mesa, cuidando só da parte burocrática do hospital (E-13); A quantidade de profissionais, a gente não tem o suficiente pra fazer o PE [...] (E-16); Tem que implantar o SAE na unidade e botar em prática, porque aqui não funciona (E-22).

Apenas dois enfermeiros reconhecem explicitamente a importância de uma assistência sistematizada. Todavia, esses profissionais também assumem que as atividades

burocráticas são justificativas para a não operacionalização da SAE, como podemos observar nas falas a seguir: *A dificuldade que a gente tem é essa, fica muito preso a abrir prescrição, a providenciar transporte de transferência, [...]. Ligar pra clínicas pra solicitar ultrassom. Então, a parte muito burocrática, muitas vezes a gente entra e sai do plantão sem olhar o paciente. A gente tá apegada a coisas burocráticas que teria que ser outro profissional para a parte burocrática e não a enfermagem, então a gente fica muito sobrecarregada deixando a desejar realmente na assistência para com o paciente (E-13); Pra mim a importância da SAE é que, é... é tipo uma fiscalização que vai ter um controle com a equipe, ta entendendo? Se ele tivesse em prática a gente tinha mais respaldo com a equipe. A importância mesmo é que a gente vai ter uma maior organização (E-22).*

Categoria 3 - A formação de nível médio em enfermagem: competências e habilidade para o desenvolvimento do PE

Nessa categoria, foi possível observar que os profissionais de nível médio apresentam desconhecimento sobre a SAE e o PE, como sugerem as falas abaixo: *PE ... não, ainda não ouvi falar não. [...] Não, se falaram [no decorrer do curso técnico] eu já me esqueci. Já esqueci, não vou mentir (T-7); O que é o processo? É cuidar da saúde, eu acho que seja cuidar da saúde do paciente. Tem mais alguma coisa? (T-17); Esse processo até o momento não estou lembrado! Esse PE (A-1).*

Quando perguntamos sobre o conhecimento das etapas do PE, foi notório que os profissionais de nível médio não sabiam citá-las, evidenciando não ter sido um conteúdo abordado na formação. Pôde-se inferir que as expressões SAE e PE não fazem parte do cotidiano desses profissionais: *Já ouvi falar sobre esse processo só que no momento eu não lembro, não estou lembrada assim do "processo" (T-4); Não. Desconheço (T-9); Eu tô esquecida [das etapas do PE] (A-2).*

DISCUSSÃO

Existe uma problemática identificada na definição dos conceitos de SAE e PE, por parte dos enfermeiros e da totalidade dos técnicos e auxiliares entrevistados. O desconhecimento sobre o tema pode ser explicado pela falta de informação da legislação. Ainda pode ser esclarecido, como evidenciado na literatura⁽⁹⁾, pela disparidade de conceitos abordados e a falta de uniformização.

Apesar da regulamentação pelo Cofen, a expressão tal como é conhecida e divulgada hoje (SAE) não é o único modo de ser chamada. São encontradas na literatura outras terminologias, como: Processo de Enfermagem, Processo de Cuidado, Metodologia da Assistência de Enfermagem, Processo de Assistir ou Consulta de Enfermagem⁽⁹⁾. A Resolução nº 358/2009 esclarece e define o que é a SAE

e o que é o PE, sendo este último, sinônimo de consulta de enfermagem⁽²⁾.

Com isso, a depender do conceito abordado, podem surgir dúvidas no momento da aplicação do PE, o qual aparece nas falas dos enfermeiros como sinônimo de SAE. Quanto aos auxiliares e técnicos, o desconhecimento sobre a SAE e o PE pode ser explicado pela falta de esclarecimentos quanto a sua participação nas etapas de coleta de dados, implementação e avaliação correspondentes ao PE, conforme preconizado na mesma Resolução⁽²⁾.

A participação dos auxiliares e técnicos nesta metodologia ainda é obscura; eles não percebem suas contribuições, fato reforçado pela compreensão dúbia da legislação⁽¹⁰⁾, ou ainda pela falta de credibilidade desses profissionais frente à SAE e ao PE e a pouca vontade dos gestores em implantá-la⁽¹¹⁾.

Existe um conhecimento superficial dos enfermeiros sobre a conceituação da SAE e do PE, o que deixa explícito o distanciamento existente entre os profissionais e a legislação. Reiterando achados da literatura⁽¹²⁾, o desconhecimento sobre a SAE é visto como um desafio para a equipe, e a falta de embasamento teórico atinge diretamente a qualidade do cuidado⁽⁵⁾. É necessário o aperfeiçoamento do ensino, de maneira a trazer tais conceitos para o cotidiano e não deixá-los apenas na teoria.

Importante ressaltar que, para além de todas essas ferramentas, é necessário também a vontade e dedicação por parte da equipe de enfermagem e, acima de tudo, que esta conte com o apoio institucional a possibilitar a reorganização do serviço, a alocação de recursos humanos e materiais, priorizando-se, a assistência. Assim, a proposta de implantação da SAE deve estar de acordo com a missão, cultura, filosofia e os objetivos da instituição⁽¹³⁾.

Apesar de alguns enfermeiros possuírem certo conhecimento sobre a SAE e o PE, apenas dois conseguiram expressar a importância destes para a qualidade do cuidado. A individualização da assistência prestada ao paciente é uma prerrogativa da aplicação do PE, de modo a colocar em prática os seus conhecimentos, conquistando o reconhecimento pela qualidade da assistência⁽³⁾.

Como fatores dificultadores para a sistematização, foram citados a falta de materiais e o aprisionamento do enfermeiro às questões burocráticas. Em sua rotina, os enfermeiros exercem diversas atribuições que os distanciam da assistência direta ao paciente. Como fatores intervenientes que afetam diretamente a execução prática da SAE e do PE já foram citados: a falta de apoio da gerência dos serviços de saúde, recursos físicos, apoio da equipe de enfermagem, recursos financeiros, planejamento e otimização do tempo entre as ações do cuidar e a parte burocrática⁽¹⁴⁾.

Ainda sobre as questões que dificultam a implementação,

foi citado o quantitativo insuficiente de profissionais. Esse dado corrobora pesquisas recentes^(5,13,15) que afirmam que a aplicação do PE tem sofrido interferência direta da sobrecarga de trabalho, associada ao número reduzido de profissionais. Vale ressaltar que o dimensionamento de pessoal, quando de acordo com as necessidades da unidade, proporciona ao profissional maior oportunidade para organizar, executar e avaliar os planos de cuidado, sendo um fator preponderante para que a SAE seja implementada⁽¹⁶⁾.

Foi possível perceber que o desconhecimento dos conceitos, pela totalidade dos profissionais de nível médio, está relacionado à formação. Outra pesquisa demonstrou resultado semelhante e sugere como fator determinante o conhecimento fragmentado oferecido nos cursos técnicos⁽¹⁷⁾. Existe de fato a necessidade de inclusão da temática na sua matriz curricular, de maneira que venha a esclarecer o papel de cada membro da equipe⁽¹⁰⁾.

É necessário fazer valer as competências profissionais, instituídas nas Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico⁽¹⁸⁾, a exemplo de: identificar a estrutura e organização do sistema de saúde vigente; planejar e organizar o trabalho na perspectiva do atendimento integral e de qualidade; realizar trabalho em equipe, correlacionando conhecimentos de várias disciplinas ou ciências, tendo em vista o caráter interdisciplinar da área; interpretar e aplicar normas do exercício profissional e princípios éticos que regem a conduta do profissional de saúde, dentre outras.

Importante salientar que esta última competência citada, nos remete ao que diz a Resolução nº 358/2009 - Art. 5º que define que o Técnico e o Auxiliar de Enfermagem participam da execução do PE, naquilo que lhes couber, sob a supervisão e orientação do Enfermeiro, em conformidade com o disposto na Lei do Exercício e o decreto que a regulamenta⁽²⁾.

Nas Diretrizes Curriculares⁽¹⁸⁾, ao tratar da formação de nível médio, não há referência ao conceito de PE, contrariando o que legisla a Resolução 358/2009. Daí a importância de estimular os técnicos e auxiliares a participarem do planejamento do cuidado⁽¹⁷⁾.

Os técnicos e auxiliares não conseguem perceber a sua participação na execução do PE, sendo possível inferir que existe uma interpretação equivocada da Lei do Exercício Profissional⁽¹⁷⁾ especialmente quando afirmam que a SAE é privativa do enfermeiro. A Resolução 358/2009 esclarece que o PE é uma ferramenta que operacionaliza a SAE e que o auxiliar e técnico participam do PE⁽²⁾ por meio da efetivação da prescrição de enfermagem, convertendo-a em ações práticas, que visam repercutir positivamente na saúde da clientela⁽¹³⁾.

Diante do exposto, é notória que a participação destes

profissionais na SAE ainda é limitada, e isso pode ser explicado por lacunas existentes na sua formação inicial e ao longo da trajetória profissional⁽¹⁹⁾.

Considera-se oportuno apontar como limitação do estudo a realidade de apenas uma instituição, podendo não permitir generalizações. Pensa-se, contudo, que seja possível contribuir para aprofundar o conhecimento e a reflexão sobre a temática.

CONCLUSÃO

Conclui-se que existe um déficit quanto ao conhecimento do que é a SAE e de como o PE pode contribuir como ferramenta prática para sistematizar o cuidado. Pode-se observar que essa deficiência perpassa um contínuo da formação à prática profissional, com grande necessidade de maior ênfase na

formação de nível técnico e acadêmico em prol de maior aprendizagem e esclarecimentos quanto aos conceitos de SAE e PE, de maneira mais metodológica do que decorativa.

É necessário perceber o quanto a formação influencia diretamente o processo de implantação da SAE e do PE. Apesar de ser uma temática discutida na academia, se faz necessário que, nos cursos de formação de nível técnico, os docentes consigam esclarecer o papel e a atuação dos técnicos e auxiliares na execução do PE, de acordo com o que preconiza a Resolução 358/2009 para que fique clara a sua ativa participação na equipe.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da UNEB e a FAPESB, pelo auxílio financeiro.

REFERÊNCIAS

1. Garcia, TR, Nóbrega MML. Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. Esc. Anna Nery. 2009; 13(1):816-8.
2. Conselho Federal de Enfermagem (BR). Resolução 358/2009 do COFEN, 15 de outubro de 2009 (BR). 2009 [Citado 2015 jul 26] Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-3582009_4384.html
3. Silva RS, Pereira A, Conceição JC, Biai ISC. Aplicação do processo de enfermagem: estudo de caso com um portador do vírus da hepatite C. Rev Baiana Enferm. 2010; 24(1, 2, 3): 87-95.
4. Menezes SRT, Priel MR, Pereira LL. Autonomia e vulnerabilidade da enfermeira na prática da sistematização da assistência de enfermagem. Rev Esc Enferm USP. 2011; 45(4):953-8.
5. Medeiros AL, Santos SR, Cabral RWL. Sistematização da Assistência de Enfermagem: dificuldades evidenciadas pela teoria fundamentada nos dados. Rev. enferm. UERJ. 2013; 21(1):47-53.
6. Silva EGC, Oliveira VC, Neves GBC, Guimarães TMR. Nurses' knowledge about nursing care systematization: from theory to practice. Rev Esc Enferm USP. 2011; 45(6):1380-6.
7. Botelho J, Veloso GBL, Favero L. Sistematização da assistência de enfermagem: o conhecimento da equipe de enfermagem de um centro cirúrgico. Rev Enfermagem em Foco. 2013; 4(3,4):198-201.
8. Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2010.
9. Silva RS, Bandeira WCO, Lima MOM. Sistematização da Assistência de Enfermagem: do que estamos falando? In: Silva RS, Bittencourt IS, Paixão GPN. Enfermagem avançada: um guia para a prática. Salvador: Sanar, 2016. 65-88.
10. Ramos LAR, Carvalho EC, Canini SRMS. Opinião de auxiliares e técnicos de enfermagem sobre a sistematização da assistência de enfermagem. Rev Eletro Enf. 2009;11(1):39-44.
11. Medeiros AL, Santos SR, Cabral RWL. Desvelando dificuldades operacionais na sistematização da assistência de enfermagem na perspectiva da Grounded Theory. Rev. Eletr. Enferm. 2013;15(1):44-53.
12. Carvalho ACTR, Oliveira KT, Almeida RS, Souza FS, Menezes HF. Refletindo sobre a prática da sistematização da assistência de enfermagem na unidade de terapia intensiva. Rev. pesq. cuid. Fundam. 2013; 5(2):3723-9.
13. Soares, MI, Resck, ZMR, Camelo SHH, Terra FS. Gerenciamento de recursos humanos e sua interface na sistematização da assistência de enfermagem. Enferm. glob. 2016; 15(42):353-64.
14. Oliveira KF, Iwamoto HH, Oliveira JFO, Almeida DV. Sistematização da Assistência de Enfermagem na Rede Hospitalar de Uberaba-MG. Rev. Enf. Ref. 2012; 3(8):105-14.
15. Dias I, Terra AA, Machado JO, Reis V. Sistematização da Assistência de Enfermagem no Gerenciamento da Qualidade em Saúde. Rev Baiana Enferm. 2012; 25(2):161-72.
16. Maya CM, Simões ALA. Implicações do dimensionamento do pessoal de enfermagem no desempenho das competências do profissional enfermeiro. Rev Bras Enferm. 2011; 64(5):898-904.
17. Cruz AMP, Almeida MA. Competências na formação de Técnicos de Enfermagem para implementar a Sistematização da Assistência de Enfermagem. Rev Esc Enferm USP. 2010; 44(4):921-7.
18. Ministério da Educação (BR), Conselho Nacional de Educação. Resolução Nº 4 de 22 Dez 1999: diretrizes curriculares nacionais para a educação profissional de nível técnico. 1999 [Citado 2015 jul 26]. Disponível em: <http://www.mec.gov.br/cne/pdf/CEB04991.pdf>
19. Longaray VK, Almeida MA, Cezaro P. Processo de enfermagem: reflexões de auxiliares e técnicos. Texto contexto-enferm. 2008; 17(1):150-7.

OCORRÊNCIA DE FLEBITE EM ACESSO VENOSO

Ane Kássia de Carvalho Barbosa¹, Kamille Regina Costa de Carvalho¹, Isabel Cristina Cavalcante Carvalho Moreira²

Objetivo: analisar a ocorrência da flebite dentre os pacientes internados em um hospital público de Teresina-PI. **Metodologia:** estudo prospectivo, quantitativo, do tipo descritivo-exploratório em um hospital público, com 187 pacientes que faziam uso de acesso venoso, mediante observação e aplicação de questionário semiestruturado. **Resultados:** evidenciam considerável predominância do tipo de flebite química 79,1% (148) e de punção do acesso venoso periférico 91,98% (172). Dentre os locais de punção na utilização do acesso venoso periférico ressalta-se a veia braquial 41,71% (78). A correlação entre o grau de flebite e o tipo de flebite apontou o predomínio da flebite de tipo química em todos os graus identificados, respectivamente grau 1 (94) 50,27%, grau 2 (49) 26,20% e grau 3 (5) 2,67%. **Conclusão:** destaca-se a ausência de um protocolo técnico voltado ao gerenciamento da ocorrência de flebite para manejo e monitorização adequada da segurança do paciente.

Descriptores: Flebite; Assistência de Enfermagem; Segurança do Paciente

PHLEBITIS OCCURRENCE IN VENOUS ACCESS

Objective: to analyze the occurrence of phlebitis among patients admitted to a public hospital of Teresina-PI. **Methodology:** prospective, Quantitative, do descriptive exploratory study performed in public hospital with 187 patients usingvenous access, through observation and application of semi-structured questionnaire. **Results:** show considerable predominance of the type of chemical phlebitis 79.1% (148) and puncture of peripheral venous access 91.98% (172). Among the puncture sites in the use of peripheral venous access emphasizes the brachial vein 41.71% (78). The correlation between the degree of phlebitis thetype of phlebitis pointed to the predominance of chemical type of phlebitis in all identified degrees respectively grade 1 (94) 50.27%, grade 2 (49) 26.20% and grade 3 (5) 2.67%. **Conclusion:** the study highlights the absence of a technical protocol aimed at managing the occurrence of phlebitis for management and adequate monitoring of Patient Safety.

Descriptors: Phlebitis; Nursing Care; Patient Safety

OCURRENCIA DE FLEBITIS EN EL ACCESO VENOSO

Objetivo: analizar la ocurrencia de flebitis en pacientes ingresados en un hospital público de Teresina-PI. **Metodología:** estudio prospectivo, cuantitativo, descriptivo y exploratorio en un hospital público con 187 pacientes que utilizan el acceso venoso, a través de la observación y la aplicación del cuestionario semi-estructurado. **Resultados:** muestran una considerable predominio del tipo de producto químico flebitis 79,1% (148) y perfore el acceso venoso periférico 91,98% (172). Entre los sitios de punción en el uso del acceso venoso periférico hace hincapié en la vena braquial 41,71% (78). La correlación entre el grado de flebitis y el tipo de flebitis señaló el predominio de tipo químico de flebitis en todos los grados, respectivamente, identificados grado 1 (94) 50.27%, grado 2 (49) 26.20% y de grado 3 (5) 2,67%. **Conclusión:** no es la ausencia de un protocolo técnico destinado a la gestión de la aparición de flebitis para la gestión y el seguimiento adecuado de la seguridad del paciente.

Descriptores: Flebitis; Cuidados de enfermería; Seguridad del paciente

¹Acadêmica de Enfermagem do 9º semestre da Faculdade Integral Diferencial (FACIDI)DEVRY). E-mail: ane.kassia@hotmail.com

²Mestre em Enfermagem. Professora do curso de Enfermagem da (FACIDI)DEVRY). Coordenadora do curso de Enfermagem da (FACIDI)DEVRY).

INTRODUÇÃO

Diversos fatores associados à Terapia Intravenosa (TIV) ou às características do paciente dificultam a obtenção do acesso venoso periférico e influenciam a ocorrência de complicações, interferindo na qualidade da assistência de Enfermagem.

Segundo o *Centers Disease Control and Prevention* (CDC), milhões de punções intravasculares são realizadas a cada ano. O uso de cateter venoso periférico pode originar complicações locais ou sistêmicas, com aumento da morbimortalidade e período de hospitalização⁽¹⁾. As complicações locais referem-se às lesões localizadas ao redor do sítio de inserção do cateter, dificilmente graves e com possibilidade de reconhecimento precoce, tais como: hematoma, oclusão, flebite, tromboflebite, infiltração, extravasamento e infecção local⁽²⁾.

A punção venosa segura é um desafio no âmbito das Metas Internacionais de Segurança do paciente. Nessa perspectiva, dentre os pressupostos das Metas Internacionais destacam-se a redução do risco de infecção associada aos cuidados de saúde, bem como a análise de eventos adversos frente à qualidade do cuidado de enfermagem prestado.

A segurança do paciente é um componente intrínseco na qualidade da assistência, ou seja, para oferecer cuidados com qualidade, é imprescindível que as instituições de saúde prestem um atendimento seguro⁽³⁾.

Nessa perspectiva, a análise dos eventos adversos é instrumento imprescindível para apontar a qualidade do cuidado de enfermagem prestado, sendo utilizada como indicador de resultados da assistência por organizações como: CQH (Compromisso com a Qualidade Hospitalar), ONA (Organização Nacional de Acreditação) e JCAHO (*Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*)⁽⁴⁾.

Flebite é o processo inflamatório da camada íntima das veias, causado por irritação mecânica, química ou infecções bacterianas, cujas manifestações incluem dor, edema, hiperemia local e calor. Na evolução, pode, também, surgir cordão fibroso palpável, aumento da temperatura basal e, em casos infecciosos, secreção purulenta no sítio de inserção do cateter⁽⁵⁾.

A flebite manifesta-se como um problema que atinge vários pacientes internados, podendo ser classificada de acordo com o fator predisponente, como flebite química, quando tem relação com a administração de medicamentos ou soluções de risco; flebite mecânica, que pode resultar do trauma ocasionado pelo cateter na parede do vaso e flebite infecciosa, relacionada à contaminação da solução, do local de inserção do cateter e/ou do dispositivo⁽⁶⁾.

A flebite é classificada em três graus. No primeiro grau, a pele fica avermelhada no local da aplicação, podendo ou não

haver dor. No segundo grau, ocorre dor no local da inserção do cateter, avermelhamento da pele e/ou acúmulo de líquidos (edema). No terceiro grau, além dos sinais anteriores, percebe-se um endurecimento da veia, o canal venoso fica endurecido, com mais de uma polegada, aproximadamente (2,75cm) em comprimento, e também presença de secreção purulenta no local.

As estratégias recomendadas para prevenir infecções associadas ao Cateter de Inserção Periférica (CIP) incluem: higienização das mãos, uso de técnicas de assepsia e preparo adequado da pele⁽⁷⁾.

Em virtude disso, objetivou-se analisar a frequência de ocorrência da flebite entre os pacientes internados em um hospital público de Teresina-PI.

METODOLOGIA

Realizou-se um estudo prospectivo, quantitativo, do tipo descritivo-exploratório em um hospital público do município de Teresina-PI.

Os participantes do estudo foram, portanto, 187 pacientes eleitos pelo método de escolha aleatória, não intencional, que faziam uso de terapia intravenosa (TI) e que apresentavam flebite.

Os critérios de inclusão foram: pacientes maiores de 18 anos, com punção venosa periférica ou central que concordaram em participar da pesquisa; e os critérios de exclusão foram: pacientes confusos, sedados ou que não concordaram em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A coleta de dados foi realizada durante os meses de junho e julho de 2015, de acordo com a autorização do hospital, por meio da observação direta do local da punção venosa e aplicação de questionário semiestruturado direcionado aos pacientes que faziam uso de TI. Com o questionário semiestruturado, foram coletados dados sobre sexo, idade, tipo de cateter, tipo de flebite, grau da flebite, intervalo mínimo de troca do acesso e local da punção. Os dados foram organizados em planilhas do programa Microsoft Office Excel 2010. Para a análise de significância das variáveis aleatórias discretas foram submetidos ao Teste de Correlação de Pearson e para as análises aleatórias contínuas foram submetidos ao Teste T de Student, ambos com Intervalo de confiança de 95% e significância estabelecida em $p < 0,05$. Para tanto, foi utilizado o programa estatístico "R statistical" versão 3.2.2 (2015).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Integral Diferencial – CEP/FACID, recebendo autorização para início da pesquisa sob protocolo de nº 1.107.604, sendo também aprovado por meio do Termo de Consentimento Institucional pelo CEP/HUT pelo nº de protocolo 15/15.

RESULTADOS

A frequência de flebite em um hospital público é justificada pelo uso recorrente de medicações hipertônicas, caráter de urgência do hospital e superlotação, propiciando condições inerentes à presença desse evento. As flebites foram analisadas quanto ao tipo de acesso que a ocasionou, tipo de flebite, grau de flebite, bem como local da punção venosa, apresentados na tabela 1.

Tabela 1 – Tipos de flebite, de acessos venosos e locais de punção. Teresina- PI, 2015

Variáveis relacionadas à ocorrência da flebite (n=187)		
Tipos de flebite	Nº	%
Mecânica	6	3,20%
Química	148	79,10%
Infecciosa	33	17,60%
Tipos de acesso		
AVP	172	91,98%
AVC	15	8,02%
Local AVP		
Braquial	78	41,71%
Ulnar	21	11,23%
Radial	72	38,50%
Safena	1	0,53%
Local AVC		
Carotídea	1	0,53%
Femoral	1	0,53%
Subclávia	13	6,95%

Em relação ao tipo de flebite nos pacientes avaliados, conforme dados mostrados na Tabela 1, verificou-se considerável predominância do tipo química 79,1% (148), seguida por infecciosa 17,6% (33) e mecânica 3,2% (6). É válido salientar que a predominância do tipo química associa-se ao uso de medicações hipertônicas e irritantes.

Quanto à apresentação do tipo de acesso e locais de punção nos pacientes avaliados que apresentaram flebite, é possível perceber a predominância na frequência de punção do acesso venoso periférico (AVP) 91,98% (172), quando comparado com o acesso venoso central (AVC) 8,02% (15). Assim, associa-se a predominância na frequência do acesso venoso periférico a uma maior facilidade de punção venosa, visto que necessita de habilidades e competências técnicas relativamente mais simples, quando comparadas com a obtenção do AVC que é um procedimento médico cirúrgico.

No que se refere ao local de punção encontrado na utilização do AVP destaca-se a veia braquial 41,71% (78). Quanto ao local de punção encontrado na utilização do AVC ressalta-se a veia subclávia 6,95% (13).

Tabela 2 – Correlação do tipo e grau de flebite. Teresina- PI, jul/agos. 2015

Correlação do tipo de flebite e o grau						
Tipo de flebite						
Variáveis	Mecânica	Química	Infecciosa	n	%	
1	2	1,07%	94	50,27%	25	13,37%
2	4	2,14%	49	26,20%	8	4,28%
3	0	0,00%	5	2,67%	0	0,00%

Quanto a avaliação da correlação da frequência entre o grau e o tipo de flebite apresentados pelos pacientes, como mostra a Tabela 2, é válido ressaltar que ocorreu o predomínio da flebite de tipo química em todos os graus encontrados no estudo, respectivamente grau 1 (94) 50,27%, grau 2 (49), 26,20% e grau 3 (5) 2,67%. Por conseguinte, o tipo de flebite infecciosa correspondeu a grau 1 (25) 13,37%, grau 2 (8) 4,28% e grau 3 (0) 0%. O tipo de flebite mecânica correspondeu a grau 1(2) 1,07%, grau 2 (4) 2,14% e grau 3 (0) 0%. Com isso, não ocorreram casos de grau 3 de flebite tendo como tipo e/ou fator causal a variável mecânica ou infecciosa.

DISCUSSÃO

A obtenção de acesso intravenoso periférico é o procedimento invasivo mais realizado em instituições de saúde. Estima-se que mais de 70% dos pacientes internados em hospitais sejam submetidos à Punção Intravenosa Periférica (PIP)⁽⁸⁾.

Embora a PIP esteja associada a diversos benefícios terapêuticos, podem ocasionar o desenvolvimento de complicações locais e sistêmicas, tais como extravasamento, infiltração, hematoma e flebite⁽⁹⁾. Em estudo que avaliou a incidência de complicações associadas aos cateteres foi possível destacar a infiltração/extravasamento (69,89%), como a principal complicação seguida da flebite (17,84%) e obstrução (12,27%)⁽⁸⁾.

O conhecimento dos enfermeiros e identificação precoce de fatores de risco para o desenvolvimento de flebite podem reduzir as complicações, melhorando a qualidade do cuidado, segurança do paciente, seus índices de satisfação e, ao mesmo tempo, reduzindo o tempo de permanência hospitalar e o custo total dos cuidados de saúde⁽¹⁰⁾. As implicações voltadas à prática da enfermagem no que tange à terapia intravenosa comportam o conhecimento das complicações e seus fatores de risco, a fim de evitá-las, bem como orientar condutas relacionadas à vigilância dos cateteres venosos⁽⁸⁾.

Dentre os fatores predisponentes para o desenvolvimento da flebite citam-se: as condições do paciente, técnica asséptica e habilidade na punção do profissional que instala a terapia intravenosa, a osmolaridade dos medicamentos e

fluídos, tempo de permanência, tipo e localização do cateter, idade, sexo e função circulatória⁽¹¹⁾.

A administração de medicamentos por meio de uma veia já com flebite pode agravar ainda mais o quadro inflamatório. Portanto, a avaliação da veia também é uma medida de segurança, uma vez que, quanto mais precocemente identificada, menor a injúria para o paciente⁽¹²⁾.

De acordo com estudo realizado recentemente, as complicações em decorrência de cateteres intravenosos independem do local da punção⁽⁹⁾. No entanto, pode-se verificar predominância de complicações em cateteres localizados nos membros superiores⁽⁸⁾, o que condiz com achados da pesquisa em questão.

A veia subclávia se sobressai quanto ao local de punção preferencial de acesso venoso central como se pode verificar no estudo em questão, com uma frequência de 6,95%. O uso da veia subclávia está associado a um menor risco de infecção, enquanto a femoral apresenta risco aumentado, além de maior probabilidade de ocorrer TVP (trombose venosa profunda). Assim, consideram-se como veias padrão para a punção, a subclávia, a jugular e a femoral⁽³⁾. As vantagens proporcionadas pela utilização do cateter venoso central, a depender do quadro clínico do paciente, se contrapõem às complicações decorrentes do seu uso, dentre elas, encontram-se as infecções do sítio de inserção, as infecções de corrente sanguínea, as tromboflebites sépticas, endocardites e outras infecções metastáticas⁽¹³⁾.

Os fatores de risco associados à infecção sanguínea determinada por cateter venoso central podem estar relacionados a doenças pré-existentes e a fatores clínicos, como admissão em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), uso de ventilação mecânica e monitoramento hemodinâmico invasivo. Acrescentam-se, aos fatores de risco, o tipo e o material do cateter, o local de escolha para inserção e o não seguimento da técnica preconizada na inserção e na manutenção do cateter. Segundo achados de investigações científicas, alguns fatores aumentam significativamente a susceptibilidade a infecções: tempo de uso do cateter, infusão de nutrição parenteral, transfusão sanguínea, infecção subjacente no momento da inserção do cateter, mais de uma indicação para uso do dispositivo e sítio de inserção femoral⁽¹⁴⁻¹⁶⁾.

Para que se pudesse avaliar o grau da flebite, foi adotada a classificação de lesão de acordo com a escala da *Infusion Nursing Society* (INS), que considera a proporção de 5% de flebite como valor máximo para a ocorrência desse tipo de complicação.

Estudo de revisão realizado com uma amostra de 679 CIP inseridos em adultos descreveu 25 (3,7%) ocorrências de flebite, a maioria de Grau 1⁽¹⁷⁾. Pesquisa descritiva realizada na Turquia verificou 54,5% ocorrências de flebite e o Grau 1 foi o mais observado⁽¹⁸⁾. Em ensaio clínico randomizado realizado em um hospital de ensino, verificou-se os diferentes graus, sendo predominante o grau 1, seguida de grau 2⁽¹⁹⁾.

A presença de cordão fibroso palpável no trajeto do vaso e/ou secreção purulenta, que são indicadores de graus mais avançados da complicação, não foram identificados. Esses achados estão em consonância com outro estudo⁽⁵⁾, que também utilizou a escala da INS. No entanto, em estudo de natureza integrativa⁽³⁾, constatou-se a ocorrência de flebite grau 2 obtendo a maior frequência absoluta e relativa.

Como intervenção de enfermagem para o tratamento de flebites, convencionalmente, é indicada a aplicação tópica de compressas mornas com intuito de reduzir o processo inflamatório local. Entretanto, dependendo da intensidade da flebite, somente a aplicação de compressas não é suficiente para melhora do processo inflamatório⁽²⁰⁾.

No que se refere à prevenção das complicações relacionadas ao acesso venoso, citam-se: escolha de veias calibrosas ou utilização de acesso central para a administração de soluções hipertônicas; escolha do menor dispositivo indicado à infusão; rodízio a cada 72 horas do local punctionado; fixação adequada para evitar irritação mecânica; punções realizadas por profissionais habilitados; higienização adequada das mãos; protocolo de orientação sobre medicações irritantes e soluções hipertônicas; e troca dos frascos de soluções a cada 24 horas^(21, 22).

A amostra de participantes do estudo ocorreu pelo método de escolha aleatória durante um determinado semestre, sendo esse fator limitante no curso da pesquisa. Outro aspecto limitante está relacionado ao quantitativo que compõe a amostra da pesquisa, pois dentre os 187 participantes todos apresentaram o agravo, ou seja, flebite. Contudo, existe a possibilidade de não ocorrer flebite na

“O uso da veia subclávia está associado a um menor risco de infecção enquanto a femoral apresenta risco aumentado”

população que não foi incluída no estudo durante a coleta de dados, considerando ainda a observação direta do local da punção venosa uma particularidade que contribuiu para atrair a atenção dos pesquisadores quanto ao aspecto observado. Cita-se ainda, a dificuldade de comparação da frequência de ocorrência de flebite frente às clínicas (médica, cirúrgica e neurológica), visto que não foi mensurado um quantitativo mínimo, de modo a permitir a correlação entre as variáveis propostas, dificultando o panorama em questão.

CONCLUSÃO

No que tange à apresentação do tipo de flebite, foi possível identificar o tipo de flebite química como destaque. Quanto ao tipo de punção venosa, a punção de acesso venoso

periférico foi considerável, sendo a veia braquial o principal local de escolha. Quanto à localização venosa em acesso venoso central, notou-se a preferência pela veia subclávia. Ao correlacionar o tipo e grau da flebite ocorreu predomínio do tipo química, sendo o grau 1 o principal estágio de flebite encontrado no estudo.

Conclui-se que a ocorrência de flebite está acima do parâmetro preconizado pela (INS). Nessa perspectiva, a flebite ainda se constitui como um dos principais problemas relacionados ao uso de cateteres intravenosos.

Sugere-se o desenvolvimento de estudos semelhantes para a contemplação dos graus de flebite, infiltração e extravasamento, bem como a distinção adequada dessas duas últimas.

REFERÊNCIAS

- Oliveira ASS, Parreira PMSD. Intervenções de enfermagem e flebites decorrentes de cateteres venosos periféricos. Revisão sistemática da literatura. Rev Enferm. Ref. 2010; (2): 137-47.
- Danski MTR, Oliveira GLR, Johann DA, Pedrolo E, Vayego SA. Incidência de complicações locais no cateterismo venoso periférico e fatores de risco associados. Acta Paul. Enferm. 2015; 28(6): 517-23.
- Nascimento JSA. Infecção de corrente sanguínea relacionada a cateter venoso central na UTI: uma revisão integrativa. Teresina-PI. Monografia-Faculdade Integral Diferencial- FACID/DÉVRY. 2014.
- Xelegati R, Évora YDM. Desenvolvimento de ambiente virtual de aprendizagem em eventos adversos, em enfermagem1. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2011; 19(5): 08 telas.
- Magerote NP, Lima MHM, Silva JB, Correia MDL, Secoli SR. Associação entre flebite e retirada de cateteres Intravenosos periféricos. Rev Texto Contexto Enferm. 2011; 20(3): 486-92.
- Jacinto AKL, Avelar AFM, Wilson AMMM, Pedreira MLG. Flebite associada a cateteres intravenosos periféricos em crianças: estudo de fatores predisponentes. Rev Esc Anna Nery. 2014; 18(2): 220-6.
- Palese A, Cescon F. Eficácia de iodopovidona a 10% de acordo com tempo de secagem antes da inserção do cateter intravenoso periférico: resultados preliminares de um estudo exploratório quasi-experimental. Rev Latino-Am Enfermagem. 2013; 21(Spec): 06 telas.
- Danski MTR, Mingorance P, Johann DA, Vayego SA, Lind J. Incidência de complicações locais e fatores de risco associados ao cateter intravenoso periférico em neonatos*. Rev Esc Enferm da USP. 2016; 50(1): 22-8.
- Enes SMS, Opitz SP, Faro ARMC, Pedreira MLG. Flebite associada a cateteres intravenosos periféricos em adultos internados em hospital da Amazônia Ocidental Brasileira*. Rev Esc Enferm da USP. 2016; 50 (2): 263-71.
- Milutinović D, Simin D, Zec D. Fatores de risco para a flebite: estudo com questionário sobre a percepção dos enfermeiros. Rev Latino-Am Enfermagem. 2015; 23(4): 677-84.
- Abdul-Hak CK, Barros AF. Incidência de flebite em uma unidade de clínica médica. Rev Texto Contexto Enferm. 2014; 23(3): 633-8.
- Silva LD, Camerini FG. Análise da administração de medicamentos intravenosos em hospital da Rede Sentinela. Rev Texto Contexto Enferm. 2012; 21(3): 633-41.
- Catarino CF, Marins ACDM, Silva APAM, Gomes AVO, Nascimento MAL. Perfil epidemiológico das infecções primárias de corrente sanguínea em uma unidade de terapia intensiva neonatal. Rev Pesq Cuid Fund. 2012; 5(1): 3229-37.
- Duarte ED, Pimenta AM, Silva BCN, Paula CM. Fatores associados à infecção pelo uso do cateter central de inserção periférica em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Rev Esc Enferm da USP. 2013; 47(3): 547-54.
- Brachine JDP, Peterline MAS, Pedreira MLG. Método bundle na redução de infecção de corrente sanguínea relacionada a cateteres centrais: revisão integrativa. Rev Gaúcha de Enferm. 2012; 33(4):200-10.
- Vilela R, Dantas SROE, Trabasso P. Equipe interdisciplinar reduz infecção sanguínea relacionada ao cateter venoso central em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica. Rev Paul de Pediatr. 2010; 28(4): 292-8.
- Powell J, Tarnow KG, Perucca R. The relationship between peripheral intravenous catheter indwell time and the incidence of phlebitis. J Infus Nurs. 2008; 31(1):39-45
- Uslusoy E, Mete S. Predisposing factors to phlebitis in patients with peripheral intravenous catheters: a descriptive study. J Am Acad Nurs Pract. 2008; 20(4):172-80.
- Danski MTR, Johann DA, Vayego SA, Oliveira GRL, Lind J. Complicações relacionadas ao uso do cateter venoso periférico: ensaio clínico randomizado. Acta Paul. Enferm. 2016; 29 (1): 84-92.
- Reis PED, Carvalho EC, Bueno PCP, Bastos JK. Aplicação clínica da Chamomilla recutitaem flebites: estudo de curva dose-resposta. Rev Latino-Am Enfermagem 2011; 19(1): 08.
- Negri DC, Avelar AFM, Andreoni S, Pedreira MLG. Fatores predisponentes para insucesso da punção intravenosa periférica em crianças. Rev Latino-Am Enfermagem 2012; 20 (6): 1-8.
- Urbanetto JS, Rodrigues AB, Oliveira DJ, Dornelles FF, Filho JMR, Gustavo AS, Schilling MCL. Prevalência de flebites em pacientes adultos com cateter venoso periférico. Rev Enferm UFSM 2014; 1(3):334-9.

ESTUDO COMPARATIVO ENTRE AS TÉCNICAS MANUAL E AUTOMÁTICA DE DEMARCAÇÃO DE BORDA PARA AVALIAÇÃO DE ÁREA DE ÚLCERAS POR PRESSÃO

Karolina Bastos da Cruz Salmona¹, Levy Aniceto Santana², Rinaldo de Souza Neves³, Renato da Veiga Guadagnin⁴

Objetivo: comparar a acurácia entre a técnica manual e automática de demarcação da borda da ferida para cálculo de área pelo software ImageJ para avaliação de úlceras por pressão (UP). **Metodologia:** trata-se de um estudo transversal controlado com análise computacional de imagens realizada em 35 fotografias digitais de úlceras por pressão (UP) localizadas nas regiões sacral, trochanteriana e isquiática. O software utilizado para cálculo de propriedades (ImageJ) é um recurso não invasivo, reproduzível, objetivo e de uso viável na prática clínica para delimitação da área de feridas. Utilizou-se o software SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) para a análise descritiva dos dados, concordância entre as medidas pelo procedimento de Bland e Altman. **Resultados:** observou-se pouca concordância entre as técnicas. A técnica automática denominada Brightness/Contrast demonstrou medidas mais aproximadas à técnica manual para avaliação de área de UP. **Conclusão:** ambas as técnicas computacionais, manual e automática do software ImageJ, para cálculo de área de UP, demonstraram boa correlação positiva, mas também pouca concordância entre as técnicas, quando comparadas.

Descriptores: Cicatrização de Feridas; Úlceras por Pressão; Avaliação

COMPARATIVE STUDY BETWEEN MANUAL AND AUTOMATIC TECHNIQUES TO PINPOINT WOUND EDGES DURING PRESSURE ULCERS PERIMETER EVALUATION

Objective: to compare the accuracy between manual and automatic perimeter estimation technique to pinpoint wound edges using the software ImageJ to ascertain pressure ulcers (PU). **Methodology:** through a controlled transversal investigation using 35 pressure ulcers (PU) digital photographs taken in the sacral, trochanter and ischium areas. The software used to determine its properties (ImageJ) is a noninvasive, objective and reproducible practical resource to use in clinical practice to delimit the wound area. The SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) software made possible a descriptive analysis of data and concordance between the measurements using Bland and Altman procedure. **Results:** a slight agreement between the techniques has been discovered. The automated technique known as Brightness/Contrast displayed results closer to the manual technique to estimate PU area. **Conclusion:** both computational techniques, manual and automatic, of the ImageJ software to estimate PU area showed sound positive correlation, but also limited correlation between the techniques, when cross-checked.

Descriptors: Wound healing; Pressure ulcers; Measurement.

INVESTIGACIÓN COMPARATIVA ENTRE LAS TÉCNICAS MANUAL Y AUTOMÁTICA DE DEMARCACIÓN DE BORDE PARA EVALUACIÓN DEL ÁREA DE ÚLCERAS POR DECÚBITO

Objetivo: comparar la precisión entre la técnica manual y automatizada de demarcación de borde de la lesión para calcular el área por el software ImageJ para evaluación de úlceras por decúbito (UD). **Metodología:** tratase de una investigación transversal manejada con el análisis computacional de imágenes de 35 fotografías digitales de úlceras por decúbito (UD) localizadas en las regiones sacra, regiones trocanteras e isquiática. El software utilizado para el cálculo de propiedades (ImageJ) es un recurso no invasivo, reproducible, objetivo y de uso manejable en la práctica clínica para la demarcación del área de las lesiones. Se aplicó el software SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) para el análisis descriptivo de los datos, conformidad entre las mediciones por intermedio del método Bland y Altman. **Resultados:** se constató conformidad limitada entre las técnicas. La técnica automática denominada Brightness/Contrast demostró mediciones más próximas a la técnica manual para evaluación del área UD. **Conclusión:** las dos técnicas computacionales, manual y automatizada del software ImageJ, para el cálculo del área UD, han revelado gran correlación positiva, pero también poca correlación entre las técnicas, cuando comparadas.

Descriptores: Curación de Heridas; Úlceras por Decúbito; Evaluación.

¹Fisioterapeuta. Graduada pela Universidade Católica de Brasília.

²Fisioterapeuta. Doutor em Ciências da Saúde. Docente da Escola Superior de Ciências (FEPES).

³Enfermeiro. Doutor em Ciências da Saúde. Docente da FEPES. E-mail: rinaldodesouza@gmail.com

⁴Engenheiro Mecânico. Doutor em Ciências da Administração. Docente do Programa de Mestrado em Gestão do Conhecimento e da Tecnologia da Informação da Universidade Católica de Brasília.

INTRODUÇÃO

As úlceras por pressão (UP) são definidas como qualquer alteração relacionada à integridade tegumentar, resultantes da compressão não aliviada de tecidos moles entre uma proeminência óssea e uma superfície rígida. Compreendem uma das principais complicações entre os pacientes críticos, sendo o tratamento, em geral, prolongado e oneroso^(1,2).

Dentre os fatores de risco intrínsecos e extrínsecos predisponentes às feridas, destacam-se: idade avançada, imobilidade, alterações de sensibilidade e consciência, bem como a sua associação à umidade, cisalhamento e fricção⁽³⁾. Em uma Unidade de Terapia Intensiva Adulto de um serviço de Saúde Pública do Distrito Federal (DF), no ano de 2010, foram identificadas incidência de 37% e prevalência de 57,9% de UP⁽⁴⁾.

Considerada como um indicador de qualidade na saúde, ora relacionado às intervenções implementadas em situações de hospitalização e/ou institucionalização, ora relacionado à prevenção, a ferida constitui um transtorno significativo à medida que promove redução relevante da qualidade de vida do paciente. Estima-se que 0,4% a 38% de indivíduos hospitalizados desenvolvem UP, sendo esse um problema de saúde persistente^(5,6).

A monitorização e avaliação precisa da extensão da ferida permite ao profissional definir prognóstico, desenvolver intervenções terapêuticas efetivas baseadas em tomadas de decisão clínica, com fundamento em evidências e, além disso, melhorar os cuidados assistenciais ao paciente⁽⁷⁾.

Existem diversas técnicas para aferição de área de feridas, dentre elas, a planimetria manual, método quantitativo simples, que utiliza um material transparente, como uma folha de acetato. É um procedimento rápido e de baixo custo, semelhante a uma avaliação usando uma régua. Já a planimetria digital, com análise do traçado manual da ferida em escâner portátil, permite maior precisão da área de interesse automaticamente⁽⁷⁾.

A evolução tecnológica e o uso de fotografias digitais permitem o registro do objeto e análise computadorizada por software especializado de forma precisa, não invasiva e com riscos reduzidos de contaminação, sendo amplamente utilizado para acompanhamento da evolução clínica das feridas^(2,7).

Encontra-se disponível comercialmente uma variedade de softwares editores de imagem digital para o acompanhamento de área topográfica e também de feridas, os quais podem ser úteis em diversas áreas do conhecimento, como engenharia civil, odontologia e oftalmologia. Dentre esses softwares, o AutoCAD® (Autodesk Inc.) tem sido utilizado em estudos com animais e seres humanos para a avaliação de área de feridas ou UP⁽⁸⁾, assim como o MOTIC® (Instruments Inc. Canadá),

que permite aplicação semelhante. Também são descritos na literatura⁽⁹⁻¹¹⁾ os programas VeVMD (*Vista Medical, Winnipeg, Manitoba, Canada*), desenvolvidos para mensurar e organizar dados obtidos a partir das imagens, e WHAT (*Wound Healing Analysing Tool*), o qual possibilita a avaliação e submissão de dados e relatórios aos centros de tratamento, via acesso à *Internet*. No entanto, o custo elevado dos softwares comerciais, bem como a quantidade insuficiente de profissionais com conhecimento para seu manuseio, tornam inviável o emprego maciço do método às práticas clínicas rotineiras.

Dentre os recursos computacionais para a mensuração da área de objetos de interesse, o software *ImageJ* é considerado como um programa que dispõe de ferramentas úteis para o acompanhamento da evolução cicatricial. É um software gratuito e de livre acesso, que possibilita processar imagens com rotinas existentes (*plugins*) e a construção de rotinas pelo próprio usuário em linguagem Java®. A utilização do *ImageJ* foi proposta em estudo histopatológico esofágico, sendo considerado reproduzível, objetivo e facilmente aplicável⁽¹²⁾.

O *ImageJ* permite a medição tanto manual, a partir da delimitação da área de interesse com auxílio do mouse, como automática. Efetua a binarização da imagem, transformando-a em tons branco e preto, destacando o objeto de interesse^(9,12). A técnica manual é a mais utilizada, cujos resultados demonstram eficácia e boa confiabilidade, apesar de haver contradições no que se refere à habilidade do examinador. Já a técnica automática é pouco encontrada na literatura⁽⁷⁾, observadas as dificuldades em caráter prático para a aferição de área das feridas.

Nesse contexto, o objetivo desse estudo é comparar o uso das técnicas manual e automática de demarcação de borda para avaliação de área de UP pelo software *ImageJ*.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo transversal controlado com análise computacional de imagens, em 35 fotografias digitais de portadores de UP, captadas em uma unidade de internação de um hospital público da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF), no período de fevereiro a julho de 2013. Foram incluídos 18 pacientes portadores de UP em região sacral, trocantérica e isquiática e excluídos da amostra os que apresentavam essas UP com fístula ou túnel, pois essa alteração dificultaria a mensuração das bordas e de suas áreas.

O protocolo experimental foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS) da SES/DF, número 192/641. Utilizou-se um formulário para obter dados de identificação

do paciente, assim como da idade, tempo médio da lesão, sexo, diagnóstico clínico, número de feridas e regiões de ocorrência da UP mais prevalentes.

Captação das imagens fotográficas

As imagens foram obtidas por câmera fotográfica profissional da marca Canon® modelo T3i - 18-55 mm linha EOS Rebel®, com resolução de 18 megapixels e imagem no formato JPEG (*Joint Photographic Experts Group*).

Durante o registro fotográfico das imagens, a UP do paciente foi posicionada com iluminação de luz solar e com luz artificial desligada para obtenção de melhor qualidade de coloração. Posicionou-se a câmera com eixo perpendicular ao leito da ferida, para evitar distorções resultantes da inclinação da câmera, e com distância de 30 cm da ferida, utilizando-se de uma régua para controle da distância.

Inserção de padrão de área

Como referência métrica para o cálculo computadorizado da área pelo software *ImageJ*, foi colocado ao lado da UP um objeto quadrado em papel com 3 cm de lado. Uma régua foi utilizada para mensurar a distância entre a borda da UP e a lente da câmera fotográfica.

Importação das imagens fotográficas

As imagens das UP foram importadas pelo software *ImageJ*, versão 1.47v ano 2012, instalado em um notebook, marca DELL Inspiron 3421. Um único operador realizou quatro aferições em cada uma das imagens: uma sob o modo manual e outras três sob o automático (*Brightness/Contrast*, *Threshold color* e *Binary*).

Demarcação por meio da técnica manual das imagens fotográficas

A demarcação sob a técnica manual foi iniciada a partir da abertura do arquivo da imagem. Após a marcação das medidas de interesse, *Area/Perimeter*, na opção *Set Measurements*, fez-se a padronização ou calibração da escala, indicando o comprimento conhecido a partir dos eixos x e y (lados) do objeto-padrão. Foram utilizadas as ferramentas *Magnifying glass*, *Scrolling tool* e de seleção *Straight*. Em seguida, foram preenchidos, na opção *Analyse/Set Scale*, os espaços referentes à distância e proporção em *pixels*, e a distância conhecida, ou seja, 3 cm.

A ferramenta de seleção *Freehand* foi utilizada para o contorno manual da UP, com o auxílio do mouse, sendo considerado como borda o limite do tecido róseo de cicatrização ou da pele íntegra. Após salvar a seleção da borda delineada e ao clicar nas teclas de atalho CTRL+M ou em *Analyse/Measure*, o software calculou a área em cm^2 .

Demarcação por meio da técnica automática das imagens fotográficas

Foi realizada a análise em técnica automática, utilizando os mesmos procedimentos referentes à transferência das imagens para o computador e a calibração da escala de dimensão horizontal e vertical (x e y).

O cálculo da área pela delimitação da borda da UP pela técnica automática *Brightness/Contrast* foi realizado adotando-se a sequência de ícones: seleção do objeto de interesse; *Edit/Clear Outside*, para isolar ao máximo a ferida do restante da imagem; *Image/Adjust/Brightness/Contrast*; *Threshold Color*, indicando a opção B&W; *Measure particles*, obtendo-se a área final da ferida.

Foi utilizada a opção 8-bits (*gray scale*), ou escala cinza, no menu *Image/Type*, que corresponde a um sistema de 256 níveis de cor cinza por pixel. É possível, a partir disto, que a imagem seja convertida em uma representação com números diferentes de zero em apenas dois tons: preto e branco.

Para separação do objeto de interesse utilizou-se a limiarização (*Threshold*) por meio da técnica *Binary*¹².

Análise dos dados

A análise descritiva dos dados, a concordância entre as medidas pelo procedimento de *Bland* e *Altman* foram realizadas utilizando o software SPSS, versão 20.0 para Windows, com nível de significância de 5%.

RESULTADOS

Avaliou-se 35 UP presentes em 18 pacientes com média e desvio-padrão (DP) de idade igual a 37,1 e 13,9 anos e o tempo médio e DP de lesão de 2,16 e 1,46 meses. Noventa e quatro por cento dos pacientes são do gênero masculino e o Traumatismo Craniano Encefálico foi o diagnóstico clínico prevalente (66,6%).

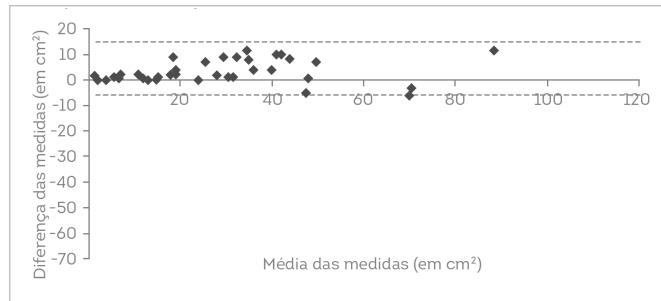
Os 18 participantes apresentaram prevalência média e DP de 2,1 e 1,3 UP por paciente, sendo a maioria localizada nas regiões sacral (25), trocantérica (8) e isquiática (2).

A medida de área da UP realizada pela técnica manual apresentou média e DP de 30,62 e 20,97 cm^2 ; a mensurada pela técnica automática, ferramenta *Brightness/Contrast*, apresentou média e DP de 27,4 e 20,18 cm^2 ; no modo automático, a ferramenta *Threshold* apresentou média e DP de 47,6 e 29,9 cm^2 ; no modo automático, a ferramenta *Binary* apresentou média e DP de 44,34 e 28,38 cm^2 .

O gráfico de Bland e Altman, com limites superior e inferior de concordância baseados na fórmula (média \pm 2 vezes o DP), mostrou limite superior de 12,24 cm^2 e inferior de -5,78 cm^2 ao comparar as medidas da área aferida pelas técnicas manual e automática (*Brightness/Contrast*), permitindo uma diferença de 18,02 cm^2 e representando uma melhor concordância

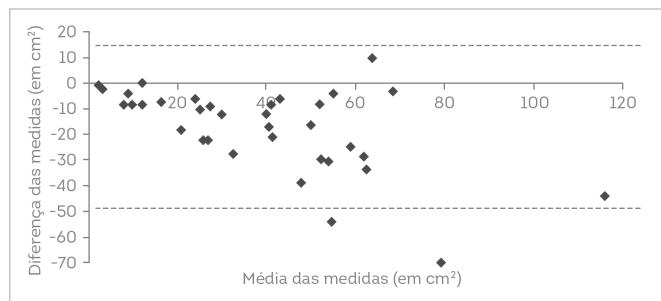
entre ambos, quando comparados às demais técnicas, haja vista que os valores estão mais próximos de zero (Gráfico 1).

Gráfico 1: Análise de concordância entre as medidas de área das feridas pelas técnicas manual e automática (*Brightness/Contrast*), a partir do gráfico de Bland e Altman (n=35).



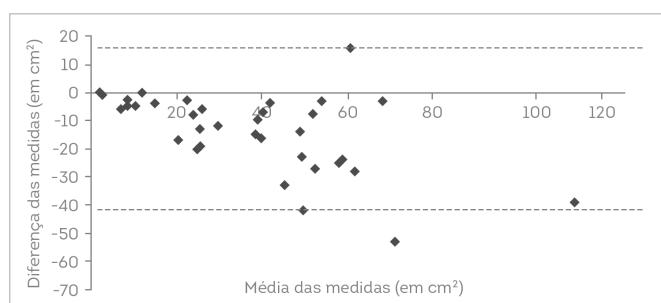
Comparando-se as medidas da área aferida pelas técnicas manual e automática (*Threshold*) da UP, o limite superior foi de 15,42 cm² e o inferior de -49,48 cm² com uma diferença significativa de 64,9 cm², representando pouca concordância entre as duas técnicas (Gráfico 2).

Gráfico 2: Análise de concordância entre as medidas de área das UP pelas técnicas manual e automática (*Threshold*), a partir do gráfico de Bland e Altman (n=35). Brasília, DF, Brasil, 2014.



Na comparação entre as medidas da área aferida da UP pelas técnicas manual e automática (*Binary*), o limite superior foi de 14,17 cm² e o inferior de -41,59 cm², com uma diferença significativa de 55,7 cm², demonstrando pouca concordância entre as duas técnicas (Gráfico 3).

Gráfico 3: Análise de concordância entre as medidas de área das UP pela técnica manual e automática (*Binary*), a partir do gráfico de Bland e Altman (n=35). Brasília, DF, Brasil, 2014.



Observou-se a relação proporcional inversa entre a distância dos pontos e o grau de diferença entre as medidas. Aqueles mais próximos de zero representaram uma redução das diferenças e, com isso, uma melhor concordância. Percebeu-se também a influência do tamanho das feridas sobre a localização do ponto, sendo possível identificá-lo em posição mais distante dos demais, provavelmente atribuída à dificuldade do software em delimitar áreas maiores.

DISCUSSÃO

Pelo software *ImageJ*, considerou-se como referência o modo manual de mensuração de área em feridas, sendo demonstrado pelos resultados deste estudo uma melhor concordância com a técnica automática, utilizando a ferramenta *Brightness/Contrast*. Este achado também foi observado em um estudo que determinou a eficiência e eficácia do referido método computacional automático quando comparado à planimetria digital⁽¹³⁾.

As maiores divergências entre as ferramentas *Threshold* e *Binary* também foram observadas na comparação de valores entre as médias das medidas, sendo 47,6 cm² e 44,34 cm², respectivamente. Esses resultados podem estar relacionados à limitação do software em contornar adequadamente as bordas da ferida e, por isso, adicionar ao cálculo da área os pixels de regiões adjacentes, incluindo os de tecido íntegro. Por outro lado, houve um melhor resultado referente à ferramenta *Brightness/Contrast*, com média de 27,4 cm², ou seja, um valor mais próximo da delimitação manual, com média de 30,62 cm². A similaridade de cores da ferida às de regiões próximas ao seu contorno, incluindo o esbranquiçamento das áreas internas, foi também observada em um estudo⁽¹³⁾, em que se mostrou que não houve diferença estatística entre as mensurações encontradas pela planimetria digital e pela técnica automática *ImageJ*, ferramenta *Brightness/Contrast*.

Diferentemente de um estudo sobre a utilização de método automatizado, com a ferramenta *Threshold*⁽¹⁴⁾, não houve equilíbrio de contrastes suficiente para determinar a área de interesse com base na distribuição de pixels da imagem.

A ferramenta *Binary*, também utilizada como recurso adicional para a escala cinza ou *gray scale* (8-bit)⁽¹⁴⁾, impossibilitou, neste estudo, a ação do operador para graduar os filtros e as cores após o clique sobre o ícone correspondente – *Binary/Make Binary*.

A variabilidade interobservador durante o contorno manual das UP constitui elemento desfavorável à precisão do método^(7,10). Esse problema pode ser minimizado a partir da realização dos procedimentos de análise computacional de todas as imagens por apenas um operador. Ademais, optou-se pela utilização de ferramentas de seleção que

demonstrassem afinidade pelo contorno e formato real da úlcera, como a forma geométrica elíptica.

Pela técnica automática, a codificação de intensidade em cores e ajustes de contrastes para determinação de área de interesse mostrou-se subjetiva neste estudo, observada a influência da variedade de tons e semitons semelhantes sobre a habilidade e memória visual do operador para a identificação da ferida pós-segmentação.

Considerando aspectos operacionais do software, o presente estudo sugere, além da técnica computacional manual para a mensuração de área de UP, a utilização da ferramenta automática *Brightness/Contrast*.

Face ao exposto, tornam-se necessários estudos futuros para subsidiar cálculos mais específicos relacionados à área, volume e quantidade de texturas presentes nas feridas, para implementar práticas rotineiras automatizadas, ágeis, precisas e seguras, a serem utilizáveis por qualquer operador.

Uma das limitações do estudo decorre do uso do software *ImageJ* para contornar com precisão toda a borda da ferida, pois esse procedimento requer controle e habilidade do examinador para realizar a demarcação precisa da UP.

Percebeu-se também que o software apresenta dificuldade para aferição de áreas maiores das UP.

CONCLUSÃO

Permite-se concluir neste estudo que ambas as técnicas computacionais, manual e automática do software *ImageJ*, para cálculo de área de UP, demonstraram boa correlação positiva, mas também pouca concordância entre as técnicas, quando comparadas. A ferramenta *Brightness/Contrast* mostrou medidas aproximadas às da técnica manual. Sugere-se que a técnica automática é uma alternativa adicional para a aferição de área de feridas.

Como impacto para a prática clínica na área de saúde e principalmente na Enfermagem, este estudo possibilita avanços computacionais nos procedimentos de demarcação de borda de UP para avaliação de sua área por meio do software *ImageJ*.

Quanto ao avanço tecnológico, a pesquisa é relevante, pois apresenta resultados importantes, utilizando-se da técnica automática por meio da ferramenta *Brightness/Contrast* para mensuração da área de UP.

REFERÊNCIAS

1. Silva EWNL, Araújo RA, Oliveira EC, Falcão VTFL. Aplicabilidade do protocolo de prevenção de úlcera de pressão em unidade de terapia intensiva. Rev Bras Ter Intensiva 2010;22(2):175-85.
2. Pereira IL, Sousa LC, Santana LA, Guadagnin RV, Neves RS. A posição da câmera fotográfica influencia no cálculo computadorizado da área de úlcera por pressão? Enferm Foc. 2011;2(4):218-21.
3. Lopes AG, Soares MC, Santana LA, Guadagnin RV, Neves RS. Aferição não-invasiva de úlcera por pressão simulada em modelo plano. Rev Bras Enferm 2009;62(2):200-3.
4. Matos LS, Duarte NLV, Minetto RC. Incidência e prevalência de úlcera por pressão no CTI de um Hospital Público do DF. Rev Eletr Enf 2010;12(4):719-26.
5. Silva AJ, Pereira SM, Rodrigues A, Rocha AP, Varela J, Gomes LM, Messias N, Carvalhal R, Luís R, Mendes LFP. Custo econômico do tratamento das úlceras por pressão: uma abordagem teórica. Rev Esc Enferm 2013;47(4):971-6.
6. Santos CT, Oliveira MC, Pereira AGS, Suzuki LM, Lucena AF. Indicador de qualidade assistencial úlcera por pressão: análise de prontuário e de notificação de incidente. Rev. Gaúcha Enferm 2013;34(1):111-8.
7. Chang AC, Dearman B, Greenwood JE. A Comparison of Wound Area Measurement Techniques: Visitrak® Versus Photography. Eplasty 2011;11(18):158-66.
8. Reis CLD, Cavalcante JM, Rocha Júnior EF, Neves RS, Santana LA, Guadagnin RV, et al. Mensuração de área de úlceras por pressão por meio dos softwares Motic e do AutoCAD®. Rev Bras Enferm 2012;65(2):304-8.
9. Wu GA, MS, Bogie K. Assessment of Gluteus Maximus Muscle Area With Different Image Analysis Programs. Arch Phys Med Rehabil 2009;90:1048-54.
10. Gardner SE, Frantz RA, Hillis SL, Blodgett TJ, Femino LM, Lehman SM. Volume Measures Using a Digital Image Analysis System are Reliable in Diabetic Foot Ulcers. Wounds 2012;24(6):146-51.
11. Wild T, Prinz M, Fortner N, Krois W, Sahora K, Stremitzer, Hoelzenbein T. Digital measurement and analysis of wounds based on colour segmentation. Eur Surg 2008; 40(1):5-10.
12. Vardar E, Vardar R, Yükselen V, Makay O, Erkan N, Bayol U, Ozütemiz O. Image-based assessment of esophageal stricture in experimental corrosive esophagitis in animals: An objective, adjunct diagnostic tool. Turk J Gastroenterol 2009;20(1):3-8.
13. Rodrigues DF, Mendes FF, Dias TA, Lima AR, Silva LAF. O programa ImageJ como ferramenta de análise morfométrica de feridas cutâneas. Encycl Biosf 2013;9(17):1955.
14. Shuai W, Yong-rui B, Yun-Peng D, Xian-Sheng M, Ting-Guo K. Evaluation of gastric ulcer model based on gray-scale image analysis. Afr. J. Microbiol. Res 2011;5(11):1285-90.

CULTIVO DO BEM VIVER DAS PESSOAS IDOSAS E TECNOLOGIA CUIDATIVO-EDUCACIONAL DE ENFERMAGEM

Thais Monteiro Goes¹, Sandra Helena Isse Polaro², Lucia Hisako Takase Gonçalves³

Objetivo: realizar avaliação diagnóstica de condições de vida e saúde dos idosos convivendo em família e comunidade, usuários de uma Unidade Básica de Saúde – UBS e testar o desenvolvimento de uma tecnologia cuidativo-educacional. Metodologia: pesquisa convergente-assistencial, adotando a técnica do grupo de convergência com 13 idosos, que se desenvolveu em sete encontros, em 2013. Resultados: o estudo revelou perspectivas à enfermeira ser facilitadora no desenvolvimento de competências ao autocuidado e estimuladora de idosos para que sejam protagonistas do próprio envelhecimento, instrumentalizada por diretrizes da tecnologia leve de atos de cuidado, fundamentada em referências de enfermagem. Conclusão: o estudo apresentou resultados benéficos aos idosos que se submeteram à experiência e também à enfermagem, pela possibilidade de empreender ações cuidativo-educacionais inovadas.

Descriptores: Idoso; Tecnologia educacional; Atenção básica; Envelhecimento ativo; Enfermeiro.

GROWING THE ELDERLY'S GOOD LIVING AND CARING-EDUCATIONAL TECHNOLOGIES OF NURSING

Objective: perform a diagnostic evaluation of living conditions and health of the elderly living in family and community, and users of a Basic Health Unit - UBS, and also test the development of a care-educational technology. Methodology: convergent-care research that adopted the convergence group technique with 13 seniors, which developed during seven meetings in 2013. Results: the paper revealed prospects for the nurse to be a facilitator in the development of self-care skills and stimulate the elderly so that they can be the protagonists of their aging. It was instrumentalized by guidelines of light technology about caring acts based on nursing references. Conclusion: the study presented beneficial results to the elderly who underwent the experience, and also for the nurses, by the possibility of taking innovated caring-educational actions.

Descriptors: Elderly; Educational technology; Primary care; Active aging; Nurse.

CULTIVO DEL BIENVIVIR DE LOS ANCIANOS Y TECNOLOGÍA CUIDADORA-EDUCACIONAL DE LA ENFERMERÍA

Objetivo: realizar una evaluación diagnóstica de las condiciones de vida y salud de los ancianos que conviven en familia, comunidad y son usuarios de una Unidad Básica de Salud - UBS, y testear el desarrollo de una tecnología cuidadora-educacional. Metodología: investigación convergente-asistencial adoptando la técnica del grupo de convergencia perspectivas para que la enfermera sea facilitadora en el desarrollo de competencias para el autocuidado con 13 ancianos, que se desarrolló durante siete encuentros, en el 2013. Resultados: el estudio rebeló y estimuladora de ancianos para que sean protagonistas del propio envejecimiento; instrumentalizada por directrices de la tecnología leve de actos de cuidado y fundamentada en las referencias de enfermería. Conclusion: el estudio presentó resultados benéficos para los ancianos que se sometieron a la experiencia, y también, para la enfermería, por la posibilidad de emprender acciones cuidadoras-educacionales innovadas.

Descriptores: Anciano; Tecnología educacional; Atención primaria, Envejecimiento activo, Enfermero.

¹Enfermeira. Mestre em enfermagem. Docente de enfermagem do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará- IFPA.

²Enfermeira. Doutora em enfermagem. Docente da Universidade Federal do Pará (UFPA).

³Enfermeira. Doutora em enfermagem. Docente da UFPA. E-mail: lucia.takase@pq.cnpq.br

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, o Brasil tem vivenciado intenso processo de transição demográfica, com população de características jovens passando para mais envelhecidas^(1,2). O rápido crescimento desse segmento da população exige revisão de políticas de saúde, que devem se basear na promoção do envelhecimento ativo e saudável, na prevenção de agravos ao longo de todo o ciclo da vida e na atenção às necessidades específicas dessa população⁽³⁾.

É nessa instância que se insere o enfermeiro, que assume a figura do profissional em maior contato com o usuário do serviço de saúde, além de ser o principal responsável pelo desenvolvimento de estratégias de educação em saúde para os idosos e respectivas famílias, como, por exemplo, a criação de grupos educativos em âmbito da atenção primária^(4,5).

Nesse contexto, as tecnologias cuidativo-educacionais em saúde (TCESs) são ferramentas importantes para desenvolver o trabalho educativo e o processo de cuidar. Na área da saúde, a temática da tecnologia assume papel importante no cotidiano profissional, pois além de máquinas e equipamentos, estão à disposição dos profissionais e usuários, os mais diversos tipos de tecnologias em saúde, principalmente as leves e leveduras⁽⁶⁾. As TCESs integram o grupo das tecnologias leves, denominadas tecnologia de relações, como acolhimento, vínculo, autonomização, responsabilização e gestão como forma de governar processos de trabalho^(6,7).

A proposta de desenvolver uma TCES para usuários idosos partiu do interesse por aperfeiçoar o seu atendimento. Uma das condições a serem superadas no tocante a essa população é assegurar-lhe acesso aos serviços com práticas transformadoras, adotando tecnologias de cuidado da vida e saúde, que contemplem os modos de enfrentamento das múltiplas mudanças no processo de envelhecimento. Tal tecnologia leva-nos a enfatizar a necessidade de efetiva assistência básica que privilegie principalmente o caráter educativo na comunidade voltado para o bem-estar e para maior qualidade de vida de idosos vivendo em família e comunidade^(7,8).

Considerando-se ser recente a inclusão da atenção à população idosa pelo SUS, a complexidade de efetivar essa atenção às múltiplas especificidades de contextos culturais e sociogeográficos demonstra ser quase impossível prestar um cuidado de qualidade, como: promover o envelhecer ativo⁽⁹⁾ e saudável; compensar incapacidades e limitações comuns da velhice; facilitar o processo de cuidar da vida e saúde do idoso e sua respectiva família cuidadora ou potencial cuidadora⁽¹⁰⁾. Assim, definiu-se a seguinte questão de pesquisa: Como desenvolver uma tecnologia cuidativo-educacional para o bem-viver e qualidade de vida possível de pessoas idosas em seu curso de envelhecimento, vivendo em sua comunidade específica? E os objetivos: realizar avaliação diagnóstica de condições de vida e saúde dos idosos convivendo em família e comunidade,

usuários de uma Unidade Básica de Saúde – UBS e, testar o desenvolvimento de uma tecnologia cuidativo-educacional aos mesmos idosos, considerando o atendimento das necessidades detectadas na avaliação diagnóstica.

METODOLOGIA

Para responder a questão de pesquisa, optou-se pelo método misto, tipo sequenciado: na primeira instância, procedeu-se à avaliação diagnóstica de condições de vida e saúde dos idosos (1º objetivo), e, em seguida, ao teste do desenvolvimento de tecnologia cuidativo-educacional (2º objetivo).

A pesquisa foi realizada na Unidade Básica Saúde do Guamá, em Belém-PA, escolhida por atender uma região de periferia, populosa e empobrecida, no primeiro semestre de 2013. Participaram 30 idosos, selecionados intencionalmente, que aceitaram participar do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A avaliação diagnóstica dos idosos foi realizada por aplicação da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa (MS) e do APGAR de Família de Smilkstein. A Caderneta criada pelo Ministério da Saúde (MS), em 2007, é ferramenta de avaliação multidimensional gerontogeriátrica que visa identificar situações de risco potenciais para a saúde da pessoa, tendo como função primordial propiciar um levantamento periódico das condições de vida e saúde do idoso que possam interferir no seu bem-estar⁽¹¹⁾. Já o APGAR de Família de Smilkstein, traduzido e validado para o Brasil, avalia a dinâmica de família no desenvolvimento e na sustentação das relações familiares, representando as dimensões: adaptação; companheirismo; desenvolvimento; afetividade; capacidade resolutiva, propostas do instrumento APGAR, cujo acrônimo vem de: *Adaptation, Partnership, Growth, Affection, Resolve*^(12,13).

Essa avaliação diagnóstica dos usuários idosos da UBS serviu de base para a concepção do planejamento estratégico educacional de TCES, aplicado a idosos selecionados por conveniência, participantes da amostra inicial.

Para testar a TCES, adotou-se o chamado grupo de convergência do método da Pesquisa Convergente-Assistencial (PCA) na modalidade de trabalho em grupo⁽¹⁴⁾. A PCA é um tipo de pesquisa ação, cujos sujeitos são os atores diretos do estudo, envolvidos na orientação para resolver ou minimizar problemas da prática, ou para realizar mudanças e/ou introduzir inovações na prática de cuidados da vida e saúde, no contexto em que ocorre a investigação. Dentre os 30 idosos da amostra inicial, o único critério de inclusão foi que assumissem o compromisso de comparecer aos sete encontros semanais que se alongariam por dois meses, formando-se assim um grupo de 13 idosos (12 mulheres e um homem).

Os encontros grupais, o primeiro e o último, tiveram objetivos específicos: o primeiro para acolhimento, apresentação da avaliação diagnóstica e discussão da programação da TCES

e, o último para síntese e avaliação da aprendizagem. Do 2º ao 6º, os encontros foram pensados segundo a perspectiva dos participantes, coordenados pela pesquisadora enfermeira que se guiou pelo referencial teórico da enfermagem de autocuidado^(5,10,15).

Do aspecto de cuidados éticos, foram respeitados os preceitos de pesquisa com seres humanos segundo diretrizes da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, tendo o projeto sido submetido e aprovado pelo CEP do ICS/UFPA e protocolado sob nº 027/2012.

RESULTADOS

A avaliação diagnóstica dos 30 idosos usuários da UBS resultou no seguinte perfil: 29 mulheres e um homem; idade de igual proporção de faixas etárias de 60-69 e 70-79; predominando 15 idosas casadas. A escolaridade da maioria (23) atingia de quatro a oito anos de estudos. Quanto à ocupação, predominio de 21 idosas aposentadas, demonstra reflexo da escolaridade maior entre as mulheres, favorecendo o emprego ao longo da vida e usufruto atual de aposentadoria. Quanto aos hábitos de vida, apenas três fumam atualmente, enquanto oito dizem beber com frequência; a maioria (22) pratica atividade física. Constatou-se também que a maioria não apresenta restrição física. Quase todos os idosos moram em arranjos multigeracionais, embora 18 deles passem a maior parte do dia sozinhos, com a ressalva em 22 dos casos, de que teriam, quando necessário, cuidadoras familiares. Quanto à avaliação da dinâmica familiar, 20 dos idosos classificaram sua família como sendo de alta funcionalidade, contra seis, de moderada funcionalidade, pressupondo-se que a maioria está satisfeita com o relacionamento e atendimento da família a suas demandas cotidianas de vida doméstica e social. Quanto à morbidade por Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), encontrou-se alto índice de 14 idosos sofrendo de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Essa avaliação diagnóstica serviu de base para a concepção do planejamento estratégico educacional de TCES, desenvolvida entre os 13 idosos selecionados por conveniência, da amostra inicial. Dos dados emergidos e reflexões tidas durante a aplicação da TCES, levando-se em conta as competências e práticas de autocuidado^(10,11,15), referencial de enfermagem adotado, seguem duas categorias principais.

a) Autocuidado em desvios de saúde: enfrentando a cronicidade

Emergiram questões como: a nutrição interferindo no controle das afecções crônicas; o temor às demências; os riscos de fragilização como hospitalização e quedas, incluindo efeitos adversos de medicação; o receio de perda da libido; o desconhecimento das causas de aumento do HIV/AIDS em idosos. Assim, entre os receios, destacou-se a questão da perda da libido em decorrência de certas medicações usadas, o

que exigiu discussão sobre melhores orientações profissionais: [...] depois que fui diagnosticado de diabetes e comecei a tomar a medicação, afetou meu desempenho sexual. Tive que discutir isso com o médico (Bem-me-quer); Aumento de AIDS na velhice? Isso a gente não fala, não sabemos... (Violeta e Perpétua).

Já o temor ao esquecimento, atribuindo o mal à doença de Alzheimer, também apareceu nas discussões que mereceram reorientações: O telefone tocou e eu estava fazendo doce no fogão; fui atender o telefone e esqueci o fogo aceso, fiquei preocupada [...] será que já tenho aquela doença? (Violeta); [...] faz um mês que venho percebendo problema de memória. A senhora acha que estou com Alzheimer? Venho apresentando dificuldade de lembrar coisas, como onde guardei a chave, o dinheiro; estou esquecendo de dar recados... mas sou boa de número [...] (Açucena).

b) Requisito de autocuidado desenvolvimental

A tônica da discussão girou em torno de preconceitos: contra idoso, contra sexualidade na velhice, contra direito à cidadania. Ao discutir preconceitos, observou-se conhecimento e interesse dos idosos, embora ainda prisioneiros de mitos e tabus, inclusive de autopreconceito presente.

Muitas vezes, os idosos sentem vergonha e consideram que sexo é algo somente para jovens; embora concordem que o envelhecimento não os exime de usufruir a sexualidade, conforme as falas: Acho que se eu ficasse viúva, eu podia até querer arrumar um namorado (Violeta); [...] ficar com meu velho abraçadinho é tão gostoso (Hortêncio). A discussão dessa temática teve grande repercussão entre as idosas, como se observa na fala: [...] quando casei não sabia nada sobre sexo [...] (Orquídea); [...] ninguém conversava sobre sexo na minha casa; minha criação foi de - beijar engravidada (Cambraia).

Discutir com o grupo sua visão em relação à sexualidade foi importante para perceber o quanto necessitavam de ações de educação que os auxiliassem no desenvolvimento de competências para o empoderamento relacionado à sexualidade, como também buscar orientações específicas em face das intercorrências próprias do envelhecimento, como revelam suas falas: [...] sempre peço para a assistente social, gel lubrificante que é distribuído na unidade pois ajuda na relação sexual (Violeta e Perpétua).

A avaliação obtida após a experiência, de melhora na dinâmica familiar, pressupõe possível influência da vivência dos idosos por dois meses em prática educativa do repensar reflexivo de seu próprio envelhecimento. Tal avaliação, da maioria⁽¹²⁾, de atribuir a dinâmica de sua família com boa funcionalidade, em comparação à aplicação anterior, com resposta de nove, denota efeitos que extrapolaram o convívio grupal, o da convivência familiar, com uma visão mais abrangente de crescimento nas relações humanas de modo

mais horizontalizado e comprometido. Corrobora-se isso com dados subjetivos resultantes de manifestação dos participantes no último encontro, cujo posicionamento positivo foi assim revelado: *Depois desses nossos encontros minha vida mudou, tenho outro jeito de pensar em relação a como envelhecer com qualidade [...] (Cambraia); No grupo passamos a entender melhor sobre os direitos dos idosos [...] de como cuidar-se melhor [...] a gente teve a oportunidade para falar o que sabemos e tirar as nossas dúvidas [...] a enfermeira trabalhou com brincadeiras [...] facilitou nosso aprendizado [...] (Violeta).*

DISCUSSÃO

A avaliação diagnóstica realizada dos idosos usuários da UBS neste estudo resultou num perfil semelhante a de outros estudos^(8,16) desenvolvidos em contextos sociogeográficos similares de periferia empobrecida de cidades paraenses. Ressalta-se nesse perfil: a predominância de mulheres, um fato já observado de serem elas usuárias ativas de UBS. As condições de vida e saúde, avaliadas pela Caderneta do Idoso⁽¹¹⁾, demonstraram que idosos moram em arranjos multigeracionais e têm, quando necessário, familiares cuidadores. A maioria sofre de alguma DCNT, com alto índice de idosos com HAS.

Com base nesse quadro diagnóstico, se desenvolveu a atividade educacional de TCES junto aos idosos selecionados, que cumpriram as sessões educacionais. Assim, ao longo dessas sessões, observou-se prenúncio de empoderamento para o autocuidado, em sinais emitidos nas falas: a tomada de consciência quanto às questões da velhice, mudanças na prática de cuidado relativo ao enfrentamento das intercorrências de saúde no transcurso do envelhecimento^(5,17).

a) Autocuidado em desvios de saúde: enfrentando a cronicidade

O processo educativo sobre prevenção e/ou controle da HAS e Diabetes Mellitus (DM) ocorreu de maneira contínua e dinâmica, discutindo-se os fatores de risco: seu reconhecimento e modos de enfrentamento.

Depoimentos sobre perda da memória ensejaram discussão sobre estimulação da memória, como prática necessária do cotidiano, pois é a alteração cognitiva que mais preocupa os idosos⁽¹¹⁾. Alterações esperadas no envelhecimento incluem diminuição na memória operacional e na memória episódica⁽¹⁸⁾. Nesse momento, fica clara a importância e a presença da (o) enfermeira (o) capacitada (o) especificamente em gerontogeriatria⁽¹⁰⁾ para estimular as competências para o autocuidado dos idosos, por meio da sistemática de apoio/educação preconizada por Orem⁽¹⁵⁾.

Ainda na prevenção, em temas de desvio de saúde, discuti-se sobre as Infecções Sexuamente Transmissíveis (IST), incluindo o HIV/AIDS em idosos, cuja epidemiologia denuncia incidência crescente de casos positivos⁽¹⁹⁾. De modo geral, as relações amorosas das idosas representam um déficit de competência

ao autocuidado na prática da sexualidade saudável e segura. As reflexões com as idosas giraram em torno de esclarecimentos sobre doenças sexualmente transmissíveis, incluindo o HIV/AIDS e os comportamentos de vida sexual segura, denotando que essas idosas passaram a considerar que, para adquirir tal competência, teriam de enfrentar e superar a resistência do parceiro, empoderando-se para discutir com o mesmo de maneira horizontal⁽²⁰⁻²²⁾.

A questão da sexualidade na terceira idade abrange também preconceitos entre os próprios profissionais de saúde que não solicitam a sorologia para o HIV prontamente e nem indagam os idosos sobre a vida sexual. Enquanto isso, a desinformação, conforme alegada pelos idosos, perpetua entre eles como se fossem imunes ao vírus^(23,24).

b) Requisito de autocuidado desenvolvimental: o idoso como protagonista de seu próprio envelhecimento

Ao trabalhar o autopreconceito, percebiam-se, por exemplo, quanto à própria sexualidade. A velhice pode ser saudável e prazerosa com cuidados e hábitos desenvolvidos durante toda a vida, como competências, habilidades e um estilo de vida.

O fato de não ser jovem não implica necessariamente abdicar dos prazeres da vida, incluindo a satisfação sexual⁽²¹⁾.

A sexualidade foi discutida com os idosos e estimulada dentro de uma prática saudável e sem estigmas, o que deve representar mais um fator a contribuir para uma vida autônoma, plena e prazerosa⁽²⁵⁾. A sociedade em geral, ainda nos dias de hoje, desconsidera que as mudanças que ocorrem no processo do envelhecimento não impedem que os idosos vivenciem sua sexualidade como parte de um processo natural⁽²²⁾.

O direito à cidadania foi a questão que buscou trabalhar a competência do idoso em relação a sua própria velhice. Constatou-se que idosos da amostra exercem outras atividades de lazer, sociais, culturais e espirituais na comunidade e também na família, o que os mantém ativos e com sua autonomia preservada, gozando de respeito e estima na comunidade⁽⁹⁾.

Em face da satisfação pessoal de cada idoso participante com os benefícios obtidos em termos de novas aprendizagens, oportunização de debate aberto sobre sexualidade (tema ainda proibitivo na relação cotidiana atual), despertar da necessidade de empoderamento das idosas para enfrentar a desigualdade de gênero em questões de prática sexual saudável e prazerosa, atestam-se ganhos positivos.

Considerando tais resultados, embora provisórios, e ser essa tecnologia leve e leve-dura de cuidado fundada no trabalho de saúde em ato de cuidar/ensinar, sua replicação é possível, porém tomará sempre matizes próprios do contexto geográfico e temporal e da situação de aplicação que sempre será peculiar.

Da avaliação geral, infere-se que a (o) enfermeira (o) pode atuar no fortalecimento de competências para o autocuidado do idoso, rumo ao protagonismo do próprio envelhecimento

com qualidade.

A limitação do estudo se observa em razão de ter sido ainda uma testagem inicial da TCES, embora apresentando sinais positivos de resultados benéficos tanto aos idosos quanto para enfermeiras (os). Por se tratar de experiência inicial e limitada, essa TCES carece de sucessivas replicações em diferentes contextos, sempre visando apoiar ações cuidativo-educacionais da (o) enfermeira (o) no atendimento do usuário idoso com vistas a alcançar o envelhecimento ativo e saudável.

CONCLUSÃO

O estudo, embora limitado ainda, de testagem inicial, apresentou resultados benéficos aos idosos que se submeteram à experiência e também à enfermagem, pela possibilidade de

empreender ações cuidativo-educacionais inovadas a favor do autocuidado no envelhecimento.

O estudo revelou perspectivas para o enfermeiro ser facilitador no desenvolvimento de competências para o autocuidado e estimulador dos idosos como protagonistas do próprio envelhecimento, instrumentalizado por diretrizes da tecnologia leve de atos de relação no cuidado.

AGRADECIMENTOS

Ao CNPq pelo apoio financeiro - Edital Universal, proc. 480422/2013-3. Aos idosos usuários da UBS do Guamá pela disponibilidade em participar da pesquisa. À educadora Raphaela Monteiro Goes, pela disponibilidade em ser treinada e participar no Grupo de convergência atuando como observadora, gravando e anotando todo o evento grupal.

REFERÊNCIAS

1. Veras R. Prevenção de doenças em idosos: os equívocos dos atuais modelos. *Cad Saúde Pública*. 2012;28(10):1834-40.
2. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico (IBGE, censo sinopse 2010). Rio de Janeiro: IBGE, 2010 [citado em 20 Jan 2014]. Disponível em: www.ibge.gov.br
3. Mendes ACG, Sá DA, Miranda GMD, Lyra TM, Tavares RAW. Assistência pública de saúde no contexto da transição demográfica brasileira: exigências atuais e futuras. *Cad Saúde Pública*. 2012;28(5):955-64.
4. Silveira RE, Mendonça FTNF, Santos AS, Filipe EMV. Estratégias de educação em saúde para idosos: experiências e desafios. *Cultura de los Cuidados* [Online]. 2015;19(42):154-63. doi:10.14198/cuid.2015.42.14
5. Valcarenghi RV, Lourenço LFL, Siewert JS, Alvarez AM. Produção científica de enfermagem sobre promoção de saúde condição crônica e envelhecimento. *Rev Bras Enferm*. 2015;68(4):705-12.
6. Merhy EE. Saúde: cartografia do trabalho vivo em ato. São Paulo (SP): Hucitec; 2002.
7. Gonçalves, LHT, Schier, J. "Grupo Aqui e Agora" - Uma tecnologia leve de ação sócio-educativa de enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2005;14(2):271-9.
8. Polaro SHI, Gonçalves LHT, Alvarez AM. Enfermeiras desafiando a violência no âmbito de atuação da Estratégia de Saúde da Família. *Texto Contexto Enferm*. 2013;22(4):935-42.
9. WHO - World Health Organization. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde; 2005.
10. Gonçalves LHT, Alvarez AM, Santos SMA. A enfermagem gerontogeriatrística e sua especificidade. In: Gonçalves LHT, Tourinho FSV. *Enfermagem no cuidado do idoso hospitalizado*. Barueri: Manole; 2012. p. 3-25.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa: Manual de preenchimento. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
12. Duarte YAO. Família: rede de suporte ou fator estressor: a ótica dos idosos e cuidadores familiares [tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo (USP); 2001.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. (Caderno de Atenção Básica n. 19).
14. Trentini M, Gonçalves LHT. Pequenos grupos de convergência: um método no desenvolvimento de tecnologias em enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2000;9(1):63-78.
15. McEwen, M., Wills, E. M. Bases teóricas de enfermagem. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.
16. Gonçalves LHT, Polaro SHI, Carvalho JN, Goes TM, Medeiros HP, Souza FJD. Condições de vida e saúde de idosos amazônicos: realidade de comunidades periféricas de cidades paraenses. *Rev Enferm UFPE* [online]. 2015; 9(1):39-46.
17. Janini JP, Bessler D, Vargas AB. Educação em saúde e promoção da saúde: impacto na qualidade de vida do idoso. *Saúde Debate*. 2015; 39(105):480-90.
18. Carvalho FCR, Neri AL, Yassuda MS. Treino de memória episódica com ênfase em categorização para idosos sem demência e depressão. *Psicol Reflex Crit*. 2010; 23(2):317-23.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional DST/Aids - Vigilância Epidemiológica. Boletim Epidemiológico de AIDS. 2010 Jan/Jun; Ano III(1).
20. Miranda AS, Gonçalves LHT. Autocuidado de mulheres residentes amazônicas na prevenção e controle do papiloma vírus (HPV) - participação da (o) enfermeira (o). *Enferm. Foco* 2016;7(1):8-12.
21. Vieira KFL. Sexualidade e qualidade de vida do idoso: desafios contemporâneos e repercussões psicosociais [tese]. Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa (PB); 2012.
22. Castro SFF, Nascimento BG, Soares SD, Barros Junior FO, Sousa CMM, Lago EC. Sexualidade na terceira idade - a percepção do enfermeiro da estratégia saúde da família. *RevEnfermUFPE* [online]. 2013 [citado em 14 Out 2013];7(10):5907-14. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/4606>
23. Santos AFM; Assis M. Vulnerabilidade das idosas ao HIV/AIDS: despertar das políticas públicas e profissionais de saúde no contexto da atenção integral: revisão de literatura. *RevBrasGeriatrGerontol* [Internet]. 2011 [citado em 20 Jan 2014];14(1):147-57. Disponível em: <http://revista.unati.uerj.br/pdf/rbgg/v14n1/v14n1a15.pdf>
24. Castro SFF, Costa AA, Carvalho LA, Barros Júnior FO. Prevenção da AIDS em idosos: visão e prática do enfermeiro. *Ciênc Saúde (Porto Alegre)*. 2014;7(3):131-40.
25. Soccia V. Vida afetiva e amorosa do adulto idoso. In: Witer C, Buriti MA, Org. *Envelhecimento e contingências da vida*. Campinas (SP): Alínea; 2011. Cap. 2p. 41-58. (Coleção Velhice e Sociedade).

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: QUE LUGAR É ESSE?

Hosana Ferreira Rates¹, Marília Alves², Ricardo Bezerra Cavalcante³

Objetivo: conhecer o Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) como lugar próprio e espaços criados pelos sujeitos. Metodologia: estudo de caso de abordagem qualitativa. Realizaram-se entrevistas semiestruturadas com 20 enfermeiros e observação assistemática em uma Unidade de Pronto Atendimento, em 2015. Os dados foram submetidos à Análise de Conteúdo Temática. Resultados: o ACCR vai além de um ambiente ou uma postura adotada pelos profissionais, é um lugar próprio, pois é delimitado por normatizações, regras previamente estabelecidas que intentam circunscrever os sujeitos e isolá-los. Além disso, nesse lugar próprio, os espaços são delimitados a partir do caminhar que cada profissional e usuário empreendem no âmbito do ACCR. Cada qual tem o seu fazer, a sua intencionalidade, a sua vivência estimulada por situações que circunstanciam aquele ambiente. Conclusão: o Acolhimento como lugar próprio-espaco deve ser considerado, visando intervenções sobre a sua realidade.

Descriptores: Enfermagem em emergência; Triagem; Serviços médicos de emergência

USER EMBRACEMENT WITH RISC CLASSIFICATION: WHAT IS THIS PLACE?

Objective: to know the User embracement with Risk Classification (ACCR) as the proper place and spaces created by the subjects. Methodology: the type is a case qualitative study. There were semi-structured interviews with 20 nurses and no systematic observation in an Emergency Unit, in 2015. The data were submitted to Thematic Content Analysis. Results: it was found that the ACCR goes beyond an environment or posture adopted by professionals, is a proper place it is delimited by norms, rules, previously established that attempt to circumscribe the subject and isolate them. Moreover, in this own place, the spaces are delimited from the walk that every professional and user undertaking under the Emergency Triage. Each one has its making, its intentionality, its experience stimulated by situations which circumstance that environment. Conclusion: the conformation of the triage while own place-space should be considered targeting interventions on their reality.

Descriptors: Emergency nursing; Triage; Emergency medical services

ACOGIMIENTO CON CALIFICACIÓN DE RIESGO: ¿QUÉ ES ESTE LUGAR?

Objetivo: conocer el Acogimiento con Calificación de Riesgo como el lugar propio y espacios creados por los sujetos. Metodología: estudio de caso cualitativo. Hubo entrevistas semiestructuradas con 20 (veinte) enfermeras y observación no sistemática en un servicio de emergencia en el año 2015. Los datos fueron sometidos a Análisis de Contenido Temático. Resultados: el Acogimiento va más allá de un ambiente o una postura adoptada por los profesionales, es un lugar apropiado, es delimitada por las normas, las reglas establecidas con anterioridad que el intento de circunscribir el sujeto y aislarlos. Por otra parte, este lugar en sí, los espacios están limitados por el caminar de el profesional y usuario en el Acogimiento. Cada uno tiene su hacen, su intencionalidad, su experiencia estimulada por el situaciones que circunstancian ese entorno. Conclusión: acogimiento como el lugar propio en el espacio debe ser considerado con el fin de intervenir sobre su realidad.

Descriptores: Enfermería de urgencias; Triaje; Servicios médicos de urgencia

¹Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora Universidade Federal de São João Del Rei.

²Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professor Titular Universidade Federal de Minas Gerais.

³Enfermeiro. Doutor em Ciência da Informação. Professor Adjunto Universidade Federal São João Del Rei.

INTRODUÇÃO

No Brasil, o Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) tem apresentado dificuldades de implantação e encontra desafios para sua institucionalização. A estrutura física desses serviços necessita de readequações^(1,2); os profissionais não se sentem capacitados, bem como apresentam sofrimentos diante das tensões que ali vivenciam⁽³⁾. Ressaltam-se ainda a inadequada referência e contra referência ocasionada pela insuficiente implementação da Política Nacional de Atenção às Urgências^(1,2).

Intervir sobre essa realidade complexa é uma necessidade. Entretanto, é preciso conhecê-la além do que realmente aparenta, não apenas como uma estrutura física ou uma postura inerente à maneira de acolher de cada profissional. Conhecer o ACCR como um lugar próprio e os espaços inscritos pelos sujeitos nesse lugar é um avanço necessário, pois é nesse lugar próprio que o enfermeiro se vê desafiado e empreende seus movimentos; delimitando o seu espaço, escapa da norma e constrói o seu cotidiano de trabalho por meio de seu próprio fazer. Lugar próprio e espaço são interdependentes e conformam o cotidiano. Um lugar é a ordem segundo a qual se distribuem elementos nas relações de coexistência e impera a lei do “próprio”. Isto é, os elementos considerados se acham uns ao lado dos outros, cada um situado num lugar “próprio” e distinto. Já o espaço é a delimitação dos movimentos realizados pelos sujeitos, onde as relações de poder e produção de saber se manifestam. O espaço é o lugar praticado, o jeito de fazer de cada sujeito e suas interações⁽³⁾.

Assim, propõe-se as seguintes questões norteadoras: Como se constitui o ACCR como lugar próprio? Como são os espaços criados pelos sujeitos no ACCR? Enfim, este estudo buscou conhecer o ACCR como lugar próprio e os espaços criados pelos sujeitos.

METODOLOGIA

Realizou-se um estudo de caso com abordagem qualitativa utilizando-se o referencial teórico de Certeau⁽⁴⁾ sobre “cotidiano”, sobretudo seus conceitos de lugar próprio e espaço.

O cenário escolhido foi uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) de um município de médio porte do Centro-Oeste mineiro. O município é sede da Superintendência Regional de Saúde. É referência de saúde para 54 municípios em seu entorno. A UPA foi construída em 2013, sendo considerada de Porte III, que estabelece no mínimo 15 leitos de observação com capacidade de atender até 350 pacientes por dia em uma população na área de abrangência de 200 mil a 300 mil habitantes. A opção por

realizar o estudo nessa unidade se justificou pela facilidade de acesso dos pesquisadores e por ser a única UPA do município em foco. O ACCR é realizado em dois consultórios construídos para tal fim e se situam próximos à recepção. Atualmente, a UPA possui 22 enfermeiros que realizam o ACCR no período diurno e noturno, sendo que esses foram os potenciais participantes da pesquisa. Entretanto, um enfermeiro recusou-se a participar do estudo e outro se encontrava de férias. Assim, participaram do estudo 20 enfermeiros.

A coleta de dados foi realizada entre os meses de janeiro e fevereiro de 2015, por meio de entrevistas semiestruturadas com os enfermeiros e observação assistemática de seu cotidiano de trabalho. Cada enfermeiro recebeu um código para garantir seu anonimato (letra E= Enfermeiro e o número 1 a 20 para as entrevistas). As entrevistas tiveram uma duração média de 40 minutos e continham questões relacionadas ao perfil do respondente, sobre o processo de trabalho desenvolvido no ACCR e as práticas cotidianas utilizando o protocolo de Manchester de classificação de risco.

O registro das observações (NO: notas de observação) foi realizado em um diário de campo. Buscou-se observar o cotidiano de trabalho dos profissionais no ACCR e suas relações com os usuários atendidos. As observações ocorreram durante o período de realização das entrevistas e em caráter complementar. Os dados coletados foram submetidos à Análise de Conteúdo Temática⁽⁵⁾, que se processou da seguinte forma: na 1^a fase, realizou-se a Pré-análise ou Leitura flutuante: o primeiro contato com os documentos consistiu em analisar e conhecer o texto; realizou-se a preparação do material: as notas da observação registradas no diário de campo e as transcrições das entrevistas constituíram o *corpus* da pesquisa. Na 2^a fase, realizou-se a exploração do material, sua codificação. Foram extraídas as unidades de registro, os núcleos de sentido, as unidades de contexto e por fim as categorias temáticas. Na 3^a fase, os resultados foram tratados de maneira a serem significantes e válidos. A análise das entrevistas foi enriquecida com o material das observações, articulando dados empíricos e referenciais teóricos, buscando responder às questões da pesquisa.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Minas Gerais, sob parecer nº 799.271 e CAAE 33125014.0.0000.5149.

RESULTADOS

A partir da análise, foram construídas as seguintes categorias: O Acolhimento com Classificação de Risco como um lugar próprio; Os espaços criados no Acolhimento com Classificação de Risco: a prática do lugar, descritas a seguir.

O Acolhimento com Classificação de Risco como um lugar próprio

Verificou-se que o cenário envolvendo o ACCR constitui-se como um lugar impregnado por símbolos que remontam à sua história e finalidade. A disposição do cenário, as cores de classificação e a nomenclatura dada aos profissionais retratam a finalidade do serviço disponibilizado: *A primeira impressão ao chegar à UPA em uma segunda-feira, às 7 horas da manhã, foi de admiração. Um prédio de construção nova [...] uma recepção ampla, com as cadeiras demarcadas da cor específica para os pacientes classificados como azul e verde. [...] um painel eletrônico com o nome dos médicos emergencistas, do enfermeiro classificador e do enfermeiro coordenador. Havia também dois consultórios dos enfermeiros classificadores (NO).*

O ACCR como lugar também possui instrumentos de trabalho, normatizações, regras de conduta a serem seguidas pelos profissionais: [...] os formulários de classificação e o manual do Sistema Manchester de Classificação de Risco (deve ser consultado quando houver dúvidas sobre a normalização) (NO); Os TRIUS (triagem em unidades de saúde) também estavam disponíveis e em funcionamento. São computadores com o software estadual do Protocolo de Manchester e trazem acoplados termômetro auricular e oxímetro (NO). Eu tenho o computador que tem os programas do governo entre ele o SIS (Sistema Integrado de Saúde), e o Manchester propriamente dito [...] o oxímetro, o termômetro e o aparelho de pressão (E13): Eu preciso do livro que tem os protocolos com os discriminadores, os fluxogramas completos e quando o TRIUS está inoperante então nós temos que usar outro instrumento, que é a Classificação manual (E2).

Também, foi constatada a existência de um fluxo normatizado, a ser percorrido pelos pacientes e a ser operacionalizado pelos profissionais nesse lugar próprio: *O recepcionista questiona sobre a demanda do paciente visando direcioná-lo a uma das especialidades preexistentes no SIS (Sistema Integrado de Saúde) e encaminhá-lo ao ACCR [...] (NO); O enfermeiro chama o paciente [...], em seguida abre o software do Protocolo de Manchester [...]. Na sequência passa para a página de triagem, onde pergunta ao paciente o motivo pelo qual procurou o serviço [...] e seleciona o fluxograma da queixa principal e após a classificação encaminha para o médico ou assistente social (NO). Após o paciente passar pela recepção, ele vem para a classificação e utilizamos o TRIUS, que é o computador com o programa do Protocolo de Manchester da SES [Secretaria Estadual de Saúde]. Aqui tem particularidade de ter o SIS, que é um sistema de informação municipal em que a gente alimenta concomitante com a classificação feita pelo TRIUS.*

Dependendo da classificação, o paciente vai para a sala vermelha ou amarela ou fica aguardando o médico. No caso de paciente verde ou azul para ser encaminhado para atenção básica, ele passa pela assistente social (E3).

Os espaços criados no Acolhimento com Classificação de Risco: a prática do lugar

Apesar de o ACCR ter características que o delimitam como um lugar próprio (normatizado e regimentado), também são criados espaços a partir dos movimentos dos sujeitos (profissionais e usuários) ali inseridos e de seus relacionamentos. Assim, o ACCR é um lugar praticado que vai além das normas e regras estabelecidas; existem, nesses espaços do ACCR, maneiras próprias de cuidar e fazer saúde.

Primeiramente, verificamos que os enfermeiros classificadores executavam suas atividades concentradas, predominantemente, no interior do consultório, a partir de um fazer solitário, repleto de expressões corporais que denotavam sentimentos de angústia e impotência diante de situações emergentes. *Os enfermeiros ficavam a todo o tempo dentro do consultório, realizando o ACCR, interrompiam o atendimento somente para realizar suas necessidades fisiológicas (NO); Uma enfermeira durante o atendimento a um idoso demonstrou-se angustiada, frustrada, pois não conseguia encaixar o paciente em nenhum fluxograma de atendimento. A necessidade daquele usuário era outra. Já estava há dias sem comer e perambulando pelas ruas, encontrou na UPA uma porta de entrada para resolver seu problema, mas sem solução (NO).*

O consultório para esses profissionais representava um refúgio diante da alta demanda por classificação e diante das insatisfações verbalizadas por pacientes e acompanhantes. *Vários [pacientes] expressavam a indignação verbalizando que já estavam esperando há muito tempo para serem atendidos. Alguns enfermeiros pareciam se 'proteger' dentro dos consultórios e saiam às vezes para chamar os pacientes. Eles demonstravam sentimento de angústia diante da impotência relacionada ao sistema de saúde ineficiente e aos colegas de todos os níveis de atenção que não se implicavam com o trabalho. Suspiravam fundo e verbalizavam dizendo que era muito difícil estar ali (NO); A sensação que a gente tem é que é um trabalho sem fim, é um saco sem fundo [...] Às vezes a gente sente medo... fica muito exposto todo dia. Eu acho se as coisas funcionassem da forma que precisam funcionar, o atendimento médico ser mais rápido, talvez tudo isso seria minimizado [...] a demanda seria menor, a gente iria trabalhar melhor! (E3).*

Outra constatação foi a forma de acolher dos enfermeiros por meio de uma triagem rápida voltada para a queixa e sua localização no corpo e não para questões de ordem

social, emocional ou outras. [...] o diálogo se resumia ao questionamento inicial sobre o que estava sentindo e onde. O paciente apenas respondia e não havia qualquer outro diálogo. A classificação era realizada e partia-se para o próximo paciente (NO); [...] é uma pequena entrevista, que pergunto qual é a queixa principal, porque veio aqui? E alguns parâmetros que a gente é obrigada a seguir [...] é rapidinho, cê tem que triar em três minutos no máximo [...] (E1).

Os profissionais também se movimentam no sentido de promover interações no cotidiano de trabalho. Criam espaços que se intercruzam com os demais. São construídos a partir do diálogo multiprofissional que se origina da necessidade de definição de condutas, da organização do fluxo de atendimentos e priorização dos pacientes: [...] ele [funcionário da recepção] acaba me direcionando paciente que realmente precisava ter uma priorização [...] (E2); [...] não é incomum ouvir ele [o usuário] conversar às vezes com o rapaz da portaria ou com algum técnico, 'ah você tem que voltar lá e a enfermeira vai te dar cor [...] (E3); [...] em alguns casos que não são pra UPA, a gente passa pra assistente social pra ela tá direcionando (E19); [...] você tem que ir ali conversar com o médico para trocar uma ideia com ele pra ver como que vai encaminhar o paciente (E11). Os pacientes inseridos nesse lugar, também criam seus espaços. Apesar de serem, em sua maioria, classificados como verde e azul, movimentam-se a partir de um caminhar próprio direcionado à UPA: [...] em torno de 80, 90% das pessoas que vem aqui é de atenção básica [...] a gente brinca que é um saco sem fundo, não tem fim [...] é um gargalo que vem da atenção básica (E3); [...] maioria inclusive vem aqui pra consultinha [...] Aqueles negócios que tá acontecendo há três meses e ele vem aqui pra resolver mais rápido [...] (E8).

Este caminhar promovido pelos usuários é o seu jeito próprio criado para escapar das situações que o pressionam, conforme destacado a seguir. [...] ele [usuário] vai no posto de saúde com a queixa, às vezes nem é ouvido muito bem lá e já encaminhado pra cá, pra UPA, né? (E11); A demanda aqui é muito grande por não ter hospital, só ter UPA [...] (E5); [...] nós ainda recebemos o azul aqui, porque nós não temos unidades de referência pra tá encaminhando esse paciente [...] (E17).

DISCUSSÃO

A partir dos resultados verificados, é possível elencar algumas características do ACCR como um lugar próprio. Primeiro, há uma lógica organizativa e estruturada voltada para as demandas de urgência e emergência. O cenário, os materiais e os fluxos foram estruturados para receber uma clientela que tenha as suas demandas ouvidas e solucionadas. Das observações, foi possível depreender que o serviço não foi criado de qualquer forma, pelo improviso, ou transformado a partir de outra finalidade. Pelo contrário,

foi arquitetado geometricamente para se conformar como um ponto da rede assistencial cuja finalidade é atender às demandas assistenciais por urgência/emergência. É preciso reconhecer este avanço no cenário observado, pois é muito comum verificar no país a criação de serviços de urgência/emergência adaptados, com pouca estrutura e sem uma lógica organizativa, prejudiciais ao atendimento que se deseja implementar^(6,7).

Ainda, reconhece-se que há uma normatização direcionadora do trabalho desenvolvido pelos profissionais. O Protocolo de Manchester com seus fluxogramas de atendimento e os sistemas de informação (manuais, software, SIS) são elementos que remetem a esse fazer normatizado com vistas à padronização e ao alinhamento com uma política definida a priori⁽⁸⁾.

Todas essas características desse lugar próprio apontam para a existência de um sistema cultural estabelecido por políticas, leis, regras que intentam circunscrever os sujeitos nesse lugar, cabendo-lhes o consumo desse sistema cultural⁽⁴⁾. Assim, espera-se que os símbolos contidos nesse lugar e suas normatizações sejam compreendidos e respeitados como a lei do lugar, o sistema de condutas que ali se aprova e se permite.

Entretanto há um fazer do enfermeiro que rompe com a lógica estruturada e normatizada do ACCR como um lugar apenas. Empreende-se neste cenário os movimentos que delimitam o seu espaço, é a prática de um lugar, estimulada por situações circunstanciais (pressões, alta demanda, tempo). O fazer do enfermeiro, nesse espaço criado, se adapta, se (re)inventa. Assim, a proposta é de que o ACCR não seja compreendido apenas como um lugar próprio, aquele do protocolo e da normatização, representado por um consultório onde se faz uma avaliação dos riscos e prioridades, mas é, ao mesmo tempo, um espaço repleto de movimentos que devem ser considerados, visando o acolhimento e a escuta qualificada. Nessa ótica, o ACCR é um lugar-espelho, onde o "acolher" ganha outra importância, o vínculo, o estabelecimento de uma escuta que proporciona a responsabilização pelo problema do outro no ensejo por resolvê-lo ou por buscar possibilidades⁽⁹⁾. Cabe a necessidade de empoderá-lo nessa direção para fazer valer essa potencialidade.

Assim, apesar da organização do fluxo de atendimento nesse lugar estar centrado num modelo biologicista que valoriza o saber especializado sobre o processo patológico⁽¹⁰⁾, cada profissional empreende um movimento próprio, cria seus espaços, com vistas a dar conta da realidade. Esses espaços se inter-relacionam e contribuem para a organização do fluxo de atendimento que depende dessas interações, onde cada profissional, em sua função, executa suas atividades, mas há uma continuidade no trabalho do outro.

É necessário fortalecer a comunicação entre os profissionais com vistas a favorecer o cuidado na urgência uma vez que o trabalho em equipe origina-se a partir da necessidade de promover a qualidade dos serviços em saúde, de maneira a atender eficientemente às demandas do paciente⁽¹¹⁾.

Assim como os profissionais, a população também institui o seu próprio fazer, é um caminhar próprio na rede assistencial, inventa o seu espaço e busca na UPA uma oportunidade de ter os seus problemas de saúde resolvidos. A procura do serviço de urgência relacionada a sinais e sintomas não urgentes (classificação verde e azul) é uma constante no Brasil (45% e 62,4% dos atendimentos) e também nos Estados Unidos (37% das classificações)⁽¹²⁾. Esse caminhar por assistência na urgência é decorrente da falta de resolutividade nos níveis básicos da rede de saúde, da falta e/ou demora no apoio diagnóstico, da demora de consulta em especialidades médicas, bem como da ausência de médico na unidade básica⁽¹³⁾.

Esta situação circunstancial coloca de um lado usuários que demandam a sua necessidade de saúde/doença/cuidado e de outro, profissionais e o próprio sistema organizacional (lógica organizativa do sistema – o lugar próprio versus lógica de demanda do usuário – o espaço criado). O espaço é vivo, não há de ser apenas um lugar cuja ordem se estabelece e fixa a aceitação de um sistema cultural a ser consumido⁽⁴⁾.

Desta feita, o paciente, que também compõe as cenas desse lugar, movimenta-se e exige cuidado, almeja a resolução de seu problema e empreende os seus movimentos repletos de intencionalidades.

Enfim, admite-se como limitação neste estudo a impossibilidade de generalizações. A realidade encontrada é característica do contexto estudado, entretanto, pode ser utilizada para o norteamento de estudos futuros.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O ACCR vai além de um ambiente ou uma postura adotada pelos profissionais, é um lugar próprio, pois é delimitado por normatizações, regras previamente estabelecidas que intentam circunscrever os sujeitos e isolá-los. Além disso, nesse lugar próprio, os espaços são delimitados a partir do caminhar que cada profissional e usuário empreendem no âmbito do ACCR. Cada qual tem o seu fazer, a sua intencionalidade, a sua vivência estimulada por situações que circunstanciam aquele ambiente. Estes espaços devem ser considerados com vistas a intervir sobre a realidade que se estabelece no ACCR; não se pode intervir sobre as problemáticas ali existentes apenas com o intuito de adequar o ACCR à norma. As subjetividades, as interações e os movimentos inerentes aos sujeitos ali presentes vivificam aquele lugar e devem contribuir para o seu aperfeiçoamento.

REFERÊNCIAS

- Vituri DW, Inoue KC, Bellucci Junior JA, Oliveira CA, Rossi RM, Matsuda LM. Acolhimento com classificação de risco em hospitais de ensino: avaliação da estrutura, processo e resultado. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2013; 21(5): [9 telas].
- Versa GLGS, Vituri DW, Buriola AA, Oliveira CA, Matsuda LM. Avaliação do ACCR em serviços de emergência hospitalar. *Rev Gaúcha Enferm*. 2014; 35(3): 21-8.
- Freitas FFB, Matos GSS, Cavalcante AC, Pinheiro MBGN, Sousa MNA. O papel do enfermeiro no serviço de acolhimento e classificação de risco no setor de urgência e emergência. *Revista Interdisciplinar em Saúde*, 2015; 02 (3): 314-33.
- Certeau MA. *Invenção do cotidiano: artes de fazer*. 15 ed. Petrópolis: Vozes; 2014.
- Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2011.
- Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Legislação da Saúde. Portaria nº 354, de 10 de março de 2014. Publica a proposta de Projeto de Resolução "Boas Práticas para Organização e Funcionamento de Serviços de Urgência e Emergência".
- Fernandes L, Göttems L. Humanização e ambência na clínica médica do hospital de base do Distrito Federal. *Gestão e Saúde*. 2013; 4(3): 38-52.
- Pinto Júnior D, Salgado PO, Chianca TC. Predictive validity of the Manchester Triage System: evaluation of outcomes of patients admitted to an emergency department. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2012; 20(6): 1041-7.
- Raimundo J S, Cadete, M M M. Escuta qualificada e gestão social entre os profissionais de saúde. *Acta Paul Enferm*. 2012; 25(2): 61-7.
- Costa RHS, Couto RO, Silva RAR. Prática clínica do enfermeiro na estratégia de Saúde da Família. *Saúde (Santa Maria)*. 2015; 41(2): 09-18.
- Oliveira AM, Lemes AM, Machado CR, Silva FL, Souza MF. Relação entre enfermeiros e médicos em hospital escola: a perspectiva dos médicos. *Rev Bras. Saude Mater. Infant.* 2010; 10 (2): 433-9.
- Santos DS. O cotidiano de um serviço de urgência e emergência nos discursos de usuários e trabalhadores. *Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte*, 2015.
- Caveião C, Hey AP, Montelezi JH, Barros APMM, Sordi JA, Santos SC. Desafios ao enfermeiro na implantação da classificação de risco em unidade mista. *Rev Enferm UFSM*. 2014; 4(1): 189-96.

ESTRATÉGIAS DE DEFESA UTILIZADAS POR TRABALHADORES DE ENFERMAGEM ATUANTES EM PRONTO-SOCORRO

**Jeanini Dalcol Miorin¹, Silviamar Camponogara², Camila Pinho³,
Etiane de Oliveira Freitas³, Quézia Boeira da Cunha⁴, Gisele Loise Dias⁴**

Objetivo: conhecer as estratégias defensivas utilizadas por trabalhadores de enfermagem atuantes em Pronto-Socorro.
Metodologia: trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista semiestruturada com 13 trabalhadores de enfermagem atuantes em um pronto-socorro, entre agosto e setembro de 2014. A análise dos dados seguiu os pressupostos da análise de conteúdo. **Resultados:** a partir da análise, emergiu a categoria: 'Estratégias de defesa utilizadas pela equipe de enfermagem', quais sejam: diálogo, enfoque nos aspectos técnicos do cuidado, estabelecimento de prioridades na rotina de serviço e desenvolvimento de atividades de lazer. **Conclusão:** a utilização de estratégias auxilia o trabalhador de enfermagem a vivenciar o trabalho de forma mais prazerosa.

Descritores: Trabalho; Enfermagem; Adaptação Psicológica; Serviços Médicos de Emergência.

DEFENSE STRATEGIES USED FOR NURSING WORKERS IN EMERGENCY ROOM

Objective: the study aimed to know the defensive strategies used by nursing staff working in emergency room. **Methodology:** this is a descriptive study with a qualitative approach. A data collection was performed by semi-structured interview with 13 nursing professionals who work at an emergency room, between August and September 2014. **Results:** the analysis followed the assumptions of thematic content analysis. From the data analysis emerged the category: "Defensive strategies used by nursing staff", which are dialogue, focus on technical aspects of care, setting priorities in the service routine and development of leisure activities. **Conclusion:** the use of strategies helps the nursing workers experience the work in a more pleasant way.

Descriptors: Work; Nursing; Adaptation, Psychological; Emergency Medical Services.

ESTRATEGIAS DEFENSIVAS UTILIZADAS POR TRABAJADORES DE ENFERMERÍA ACTIVOS EN PRIMEROS AUXILIOS

Objetivo: conocer las estrategias defensivas utilizadas por trabajadores de enfermería que actúan en primeros auxilios. **Metodología:** investigación cualitativa y descriptiva. La recolección de datos ocurrió a través de entrevista semiestructurada con 13 trabajadores de enfermería que actúan en primeros auxilios, entre Agosto y Septiembre de 2014. El análisis siguió los supuestos del análisis de contenido temático. **Resultados:** a partir de la análisis de los datos ha surgido la categoría temática: "Estrategias defensivas utilizadas por el equipo de enfermería", que son el diálogo, el enfoque en los aspectos técnicos de la atención, establecimiento de prioridades en la rutina de servicio y desarrollo de actividades de ocio. **Conclusión:** el uso de estrategias ayuda a los trabajadores de enfermería experimentar el trabajo de modo más agradable.

Descriptores: Trabajo; Enfermería; Adaptación Psicológica; Servicios Médicos de Urgencia.

¹Enfermeira. Residente do Centro Universitário Franciscano de Santa Maria. E-mail: jeaninimiorin@hotmail.com

²Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

³Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem. UFSM.

⁴Enfermeira. Mestranda em Enfermagem. UFSM.

INTRODUÇÃO

O trabalho é uma atividade importante para os seres humanos, servindo para obtenção de prazer, riqueza, acúmulo de bens materiais, dentre outros. Entretanto, também pode significar escravidão, exploração, sofrimento, estresse e, em consequência, resultar em agravos à saúde e até ocasionar a morte do trabalhador⁽¹⁾. Essas repercussões positivas e negativas decorrem da própria natureza da atividade, da sua organização e das condições de trabalho⁽¹⁾.

O trabalho em ambiente hospitalar é rico, estimulante e heterogêneo, mas engloba, simultaneamente, atividades que envolvem sofrimento e dor⁽²⁾. Nos serviços de urgência e emergência, o ambiente é instável e agitado, as atividades são intensas e há uma demanda de pacientes em condições graves⁽³⁾. Nesse contexto, o trabalhador lida com múltiplas situações, entre elas: número reduzido de funcionários, ambiente físico inadequado, falta de equipamentos e relacionamento conturbado com familiares⁽⁴⁾.

Essas experiências no cotidiano laboral podem interferir na vida social e emocional do trabalhador, pois trazem consigo sentimentos de "sobrecarga" e sofrimento. Nesse cenário, os trabalhadores de enfermagem têm um contato com o paciente e seus familiares, lidam com a morte e processo de luto da família e com o sofrimento dos pacientes⁽³⁾.

O sofrimento desses profissionais diante da dor do outro é tão significativo que, se não forem encontradas formas de enfrentá-lo, o profissional não será capaz de desenvolver suas atividades rotineiras e pode vir a adoecer⁽⁵⁾. Assim, o profissional não gera uma descompensação psicopatológica (entendida como uma ruptura do equilíbrio psíquico, que se manifesta pela eclosão de uma doença mental), quando o sujeito emprega defesas contra esse sofrimento, que lhe permitem controlá-lo⁽⁶⁾.

As estratégias de defesa são meios utilizados, pelo trabalhador, para proteger-se do sofrimento; podem surgir frente a situações rotineiras e são vistas como uma maneira de não deixar que a assistência ao indivíduo influencie a vida do profissional fora da unidade hospitalar⁽⁵⁾.

Um estudo recente chegou a um resultado que indica que entre os profissionais existe uma forma de sofrimento relacionada a sentimentos internos, mobilizados a partir do encontro com a situação e a história do paciente⁽⁷⁾. Observou-se, ainda, que a morte ou sofrimento de alguns pacientes constitui um processo que gera intenso desgaste e sofrimento no trabalho⁽⁷⁾. Para compreender esses sentimentos, é importante considerar que o profissional e o paciente são seres humanos, o que resulta em uma estreita ligação entre o trabalho e o trabalhador, com contato direto com as vivências de sofrimento.

O presente estudo fundamentou-se na seguinte questão de pesquisa: quais estratégias defensivas são utilizadas por trabalhadores de enfermagem atuantes em pronto-socorro, diante do sofrimento presente nas diversas situações do cotidiano de trabalho? Objetivou-se conhecer as estratégias defensivas utilizadas por trabalhadores de enfermagem atuantes em pronto-socorro.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa, realizado em um Pronto-Socorro Adulto (PS-Adulto) de um hospital de ensino, localizado na região Sul do Brasil. O setor dispõe de 22 leitos e conta com uma equipe de 44 trabalhadores de enfermagem. Os participantes do estudo foram enfermeiros e técnicos de enfermagem atuantes no PS-Adulto. Os seguintes critérios de inclusão foram eleitos: ser trabalhador de enfermagem e atuar, no setor, há mais de um ano. Foram excluídos os trabalhadores que estavam em afastamento por qualquer motivo, durante o período de coleta de dados. Ao total, foram entrevistados 13 participantes.

Os participantes foram selecionados mediante sorteio aleatório, técnica comumente utilizada em pesquisa qualitativa⁽⁸⁻¹⁰⁾. Ainda, manteve-se a proporcionalidade entre as categorias profissionais, até obedecer ao critério de saturação teórica dos dados⁽¹¹⁾. Assim, foram entrevistados 13 trabalhadores de enfermagem, sendo cinco enfermeiros e sete técnicos de enfermagem.

A coleta dos dados ocorreu por meio de entrevista semiestruturada⁽¹²⁾, realizada mediante agendamento prévio, em local adequado. Os dados foram coletados durante os meses de agosto e setembro de 2014. As entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas e analisadas com base no referencial proposto para análise de conteúdo temática⁽¹³⁾. Foram observados os preceitos da Resolução 466 de dezembro de 2012⁽¹⁴⁾, sendo a pesquisa aprovada por Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), sob o número 32475914.1.0000.5346. Identificados os participantes com o código E para enfermeiro e TE para técnico de enfermagem, seguidos por um número correspondente à ordem das entrevistas.

RESULTADOS

Apartir da análise dos dados, emergiu a seguinte categoria temática: 'Estratégias de defesa utilizadas pela equipe de enfermagem'. Nessa categoria, os participantes mencionaram aspectos organizacionais, não vinculação com os pacientes, o diálogo entre a equipe e, ainda, atividades fora do cotidiano de trabalho, como lazer, religiosidade como estratégias de defesa.

Estratégias de defesa utilizadas pela equipe de enfermagem

Os participantes indicaram que convivem com situações no trabalho, as quais levam ao sofrimento. Essas situações envolvem questões relacionadas à organização do trabalho, como falta de pessoal, sentimentos de angústia e frustração. Esses sentimentos estão articulados ao fato de se lidar com o sofrimento e a dor dos indivíduos, e a convivência com a morte. Para que esse sofrimento gerado não se instale permanentemente, os trabalhadores criam estratégias de defesa: *Chega um acidente muito feio, um paciente todo traumatizado, com amputação de membro, muito ruim. Aquela imagem fica na tua cabeça, demora um tempão para ti conseguir eliminar aquela imagem. Então, se eu atendi de manhã, tudo vai ficar com aquilo relembrando o dia inteiro, da tarde, da noite que tu vai dormir ai tu tenta desvair o pensamento daquilo.* (E-10); *Às vezes tu ficas deprimido, se sente devendo, mas deixa, vai lá, atende outro e assim vai.* (TE-09).

Por outro lado, investir em afeto e criar laços torna-se um fator de sofrimento. É necessário utilizar estratégias de defesa para lidar com a carga psíquica, sendo uma destas, distanciar o afeto do trabalho, focando-se nas atividades técnicas: *Não crio vínculo, amizade. Claro que educação, cumprimento tudo, mas não tenho nenhum vínculo maior, assim. Sempre cuidei, não me apego em nada, faço o meu trabalho tranquilo, saio daqui esqueço a minha vida aqui dentro.* (TE-08)

A não vinculação com o paciente oferece um alívio ao trabalhador, pois esse concentra-se no procedimento e defende-se da vinculação afetiva. Já a entrevistada TE-07 menciona que o trabalhador precisa ter em mente que o sofrimento é do paciente e não dele mesmo, e assim consegue criar uma espécie de barreira emocional, priorizando somente as atividades básicas e de reabilitação do paciente: *No momento tu ficas chocada, mas daí tu começa a pensar: não, isso aí não é meu é do paciente. Tento tipo criar uma barreira, às vezes tu não consegue, mas, na maioria das vezes, tu tentas ficar mais dura e passa. Assim, não te envolver com o paciente, faz o que tem que fazer e sai, porque se tu ficar ali quando vê tu está chorando junto com o familiar.* (TE-07)

A questão da falta de profissionais, do excesso de pacientes, de recursos materiais escassos, também propiciam

a criação de estratégias específicas para trabalhar nessa condição. Uma delas foi o estabelecimento de metas, ou seja, realizar as ações que reconhecem como prioritárias e, após, as outras consideradas menos emergenciais: *Ver quais são as prioridades, quais pacientes que eu preciso atender, porque nesse universo de quase 50 eu não consigo ver todos. Se tu me perguntas quais são não sei nem o nome, só pela lista ali, então a gente tenta priorizar quem está grave, as emergências que chegam [...]. Então, eu comecei com o tempo assim, olha o que eu posso fazer para me manter com saúde mental aqui e trabalhando de forma correta, então priorizar, quem está grave. Então, quando eu chego naquele paciente eu priorizo, vou atender o seu João então, tudo que eu preciso fazer com ele [...].* (E-10);

A nossa prioridade é a emergência e que as medicações sejam feitas nos horários, aí depois disso tu tem a higiene do paciente, os cuidados com o paciente [...]. (TE-05)

O diálogo entre a equipe e o paciente foi referido como prática de enfrentamento e minimização do sofrimento. A seguir, identifica-se que o profissional, na intenção de amenizar seu sofrimento, diante da visualização da situação precária em que o paciente se encontra (internado em cadeiras de rodas ou macas), tenta dialogar: *Eu tento conversar com a pessoa. Tentar explicar a situação que é assim, que é o sistema.* (TE-04)

Assim, o profissional sente-se 'aliviado' com a sensação de que não é culpado pela situação vivenciada pelo paciente. O diálogo entre a equipe também se mostrou como uma estratégia de defesa na luta contra as situações geradoras de sofrimento: *Eu acho que a gente conversa entre a gente, as colegas e enfermeiras [...].* (E-02)

Nesse sentido, o diálogo oportuniza a compreensão mútua sobre os sentimentos vivenciados. Assim, essa verbalização, expressão dos sentimentos e "desabafo", gera alívio, diminuindo a tensão gerada pelo sofrimento vivenciado.

O lazer foi apontado, pelos entrevistados, como medida para diminuir os sentimentos negativos ocasionados pela atividade laboral, e para auxiliar no enfrentamento das adversidades. *Procuro não ficar pensando, sai daqui e já vai fazer outra coisa, vai para academia. Já sai do ambiente, aí tira da cabeça aquilo.* (E-03); *Eu leio bastante. Faço outras*

“O diálogo entre a equipe também se mostrou como uma estratégia de defesa na luta contra as situações geradoras de sofrimento”

leituras alternativas, fora da área da enfermagem, para tentar me ajudar, e isso tem me ajudado bastante. Também toda parte de fé, de espiritualidade, a não cair no que os meus outros colegas já tiveram, de cair em depressão profunda, de utilizar medicação. (E-10)

O apoio na fé e na espiritualidade foi apontado como estratégia para alívio das tensões associadas à dinâmica laboral. Conforme o relato a seguir, percebe-se que a entrevistada não é capaz de esquecer tudo que se passa durante o turno de trabalho, mas busca lidar com o sofrimento vivenciado. *Eu sou assim, quando eu saio do hospital e chego na minha casa não vou te dizer que eu deixo o hospital e vou pra lá, é mentira, porque eu sonho com o hospital, com as bombas. Mas eu sei que se eu tiver no leito nove e ele for a óbito, eu sei que eu fiz tudo, tenho a minha consciência tranquila, mais importante que o dinheiro que tudo [...] (TE-06)*

O desenvolvimento de atividades alternativas favorece o nível de saúde, sobretudo mental, dos profissionais. Isso ocorre porque essas atividades transformam as energias comprometidas pelo ambiente instável do trabalho em aspectos saudáveis, contribuindo para o alívio da fadiga e do estresse provocado pelas situações de sofrimento.

DISCUSSÃO

Na evolução dos estudos sobre a psicodinâmica do trabalho, a questão do sofrimento passou a ocupar uma posição relevante. O trabalho tem efeitos sobre o sofrimento psíquico, contribuindo para agravá-lo, levando progressivamente o indivíduo à loucura, ou para transformá-lo, ou subvertê-lo em prazer, a tal ponto que o indivíduo que trabalha preserva melhor a sua saúde do que aquele que não trabalha⁽⁶⁾. Isso significa que o trabalho ora é patogênico, ora estruturante, dependendo de uma dinâmica complexa, cujas principais etapas são identificadas e analisadas pela psicodinâmica do trabalho⁽⁶⁾.

Percebe-se a importância desses trabalhadores reconhecerem os fatores geradores de sofrimento no seu ambiente de trabalho, e suas consequências. Assim, a forma como cada trabalhador lida com tais situações, desempenha uma função importante no seu processo de saúde-doença⁽¹⁵⁾.

As estratégias de defesa são simples ou complexas, diversas e únicas, podendo contribuir para tornar aceitável aquilo que não deveria ser. São necessárias para a proteção

da saúde mental contra os efeitos deletérios do sofrimento, mas podem funcionar como uma armadilha, que insensibiliza contra aquilo que faz sofrer⁽⁶⁾.

Essas estratégias podem repercutir nas possibilidades de modificação das situações de trabalho⁽¹⁶⁾. Estudo⁽⁶⁾ constatou que, em vez de adoecer, em sua maioria, os trabalhadores permanecem na normalidade, a qual é interpretada como o resultado de uma composição entre o sofrimento e a luta (individual e coletiva) contra o sofrimento no trabalho. Portanto, normalidade não implica ausência de sofrimento, ela é o resultado alcançado na luta contra a desestabilização psíquica provocada pelas pressões do trabalho⁽⁶⁾.

A afetividade é o modo pelo qual o próprio corpo vivencia seu contato com o mundo, estando na base da subjetividade. Negar ou desprezar a afetividade é nada menos que negar ou desprezar no homem o que é sua humanidade, é negar a

própria vida⁽⁶⁾. Entretanto, os profissionais acreditam que para desempenhar sua prática profissional devem se manter distantes, evitando construir vínculos com os pacientes e familiares, para evitar o sofrimento⁽¹⁷⁾.

Assim, a estratégia de negar a afetividade e direcionar o cuidado às atividades técnicas é contraditória, pois pode gerar indiferença e descaso com a vida. Essas estratégias não devem ser condenadas, pois são necessárias à proteção da integridade psíquica e somática do trabalhador⁽⁶⁾.

Uma outra estratégia de defesa identificada foi o diálogo. Quando esse ocorre entre profissional de saúde e paciente com o objetivo de ajudá-lo a enfrentar seus problemas, relacionar-se com os demais, ajustar o que não pode ser mudado e enfrentar os bloqueios à autorrealização, é denominada comunicação terapêutica⁽¹⁸⁾. Ressalta-se a importância de criar espaços de escuta em grupo, nas instituições de formação e atuação desses trabalhadores, para que possam se expressar e buscar coletivamente estratégias para enfrentamento das adversidades no cotidiano laboral⁽³⁾.

Assim, propiciar que os trabalhadores de saúde vivenciem esses momentos de diálogo contribui para melhora de sua saúde mental, pois, pelo dever do ofício, este lida com o sentimento de angústia relacionado a situações de precariedade do existir humano⁽¹⁹⁾. A realização de atividades alternativas ajuda a esquecer os problemas vivenciados no

“Assim, a estratégia de negar a afetividade e direcionar o cuidado às atividades técnicas é contraditória, pois pode gerar indiferença e descaso com a vida”

cotidiano laboral, esse tempo livre é essencial para o nosso desenvolvimento⁽²⁰⁾.

A espiritualidade vem sendo reconhecida como uma das estratégias de enfrentamento encontradas pelos profissionais⁽²¹⁾. O significado da dimensão espiritual para cada trabalhador de enfermagem tem relação direta com o cuidado prestado interferindo nas questões de empatia e nas próprias questões existenciais⁽²²⁾.

O estudo realizado apresentou limitações importantes com relação ao número de entrevistados; dessa forma a partir dessa pesquisa tem-se como perspectiva a continuação de diferentes formas de abordagens a este tema de estudo.

CONCLUSÃO

Os resultados mostraram que os participantes

investigados utilizam estratégias de defesa diante de situações que geram ou que tenham potencial de gerar sofrimento; assim, não são passivos diante dos fatores organizacionais desestabilizantes. Eles protegem-se, utilizando o diálogo entre a equipe, estabelecendo metas, focando-se nos procedimentos técnicos e buscando realizar atividades alternativas, fora do ambiente hospitalar.

Nesse sentido, a identificação das situações geradoras de sofrimento e das estratégias de enfrentamento utilizadas nesse processo e de sua repercussão nas atividades laborais corresponde a um importante agente de mudança. O desenvolvimento de estratégias para minimizar o sofrimento pode tornar o cotidiano dos trabalhadores de enfermagem mais produtivo e menos desgastante, valorizando-o no que se refere aos aspectos humanos.

REFERÊNCIAS

1. Martins JT, Bobroff MCC, Ribeiro RP, Robazzi MLCC, Marziale MHP, Haddad MCL. Significados de cargas de trabalho para enfermeiros de Pronto Socorro/Emergência. Cienc Cuid Saude. 2013; 12(1): 40-6.
2. Almeida PJS, Pires DEP. O trabalho em emergência: entre o prazer e o sofrimento. Rev Eletr Enf. 2007; 9(3): 617-29.
3. Garcia AB, Dellarozza MSG, Gvozd R, Haddad, MCL. O sofrer no trabalho: sentimentos de técnicos de enfermagem do pronto-socorro de um hospital universitário. Cienc Cuid Saude. 2013; 12(3): 416-23.
4. Barbosa KP, Silva LMS, Fernandes MC, Torres RAM, Souza RS. Processo de trabalho em setor de emergência de hospital de grande porte: a visão de trabalhadores de enfermagem. Rev Rene. Fortaleza. 2009; 10(4): 70-6.
5. Salimena AMO, Teixeira SR, Amorim TV, Paiva ACPO, Melo MCSC. Estratégias de enfrentamento usadas por enfermeiros ao cuidar de pacientes oncológicos. Rev Enferm UFSM. 2013; 3(1): 8-16.
6. Dejours CA. A banalização da injustiça social. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas; 1999.
7. Garcia AB, Dellarozza, MSG, Gvozd R, Haddad MCL. O sofrer no trabalho: sentimentos de técnicos de enfermagem do pronto-socorro de um hospital universitário. Rev Cienc Cuid Saúde. 2013;12(3): 416-23
8. Machado LM, Colomé JS; Silva, RM da; Sangoi TP, Freitas, NO. Significados do fazer profissional na estratégia de saúde da família: atenção básica enquanto cenário de atuação. Rev. pesqui. cuid. fundam.2016;8(1):4026-35.
9. Furlan MCR, Gonzales RIC, Marcon SS. Desempenho dos serviços de controle da tuberculose em municípios do Paraná: enfoque na família. Rev Gaucha Enferm. 2015;36(especial):102-10.
10. Valenca MS; cezar-vaz MR, Brum CB, Silva PEA da. O processo de detecção e tratamento de casos de tuberculose em um presídio. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2016;21(7):2111-22.
11. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. Cad. Saúde Pública. 2008; 24(1): 17-27.
12. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 5ª ed. São Paulo: Atlas; 2006.
13. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14ª ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília; 2012.
15. Melo MV. Estresse dos profissionais de saúde nas unidades hospitalares de atendimento em urgência e emergência. Cadernos de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde Facipe. 2013; 1(2): 35-42.
16. Faria CJ, Leal DHMS, Oliveira SNVD de, Prazer e sofrimento: avaliação de enfermeiros intensivistas à luz da psicodinâmica do trabalho. Esc. Anna Nery [Internet]. 2014 Mar [cited 2016 May 09];18(1):90-95 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000100090&lng=en.
17. Abrão FM da S, Góis AR da S, Souza MSB de, Araujo RA de, Cartaxo CMB, Oliveira DC de. Representações sociais de enfermeiros sobre a religiosidade ao cuidar de pacientes em processo de morte. Rev. bras. enferm. [Internet]. 2013 Oct [cited 2016 May 03]; 66(5): 730-737. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000500014&lng=en.
18. Damasceno MMC, Zanetti ML, Carvalho EC, Teixeira CRS, Araújo MFM, Alencar AMPG. Therapeutic communication between health workers and patients concerning diabetes mellitus care. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2012 [citado 2015 Jun 14]; 20(4): 685-92. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692012000400008&lng=pt.
19. Silva LC. O sofrimento psicológico dos profissionais de saúde na atenção ao paciente de câncer. Psicol. Am. Lat. [online]. 2009 [citado 2015 Ago 05]; 16: 0-0. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X200900100007&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 1870-350X.
20. Maia DAC, Maciel RHMO, Vasconcelos JA, Filho JOV. Acadêmicos de Medicina: Sua Relação com o Ócio e a Prática de Atividade Física como Combate à Ansiedade e ao Estresse. Cadernos ESP. 2011; 5(1): 62-73.
21. Moreira AO, Sousa HA, Ribeiro JÁ. Vivências e estratégias defensivas dos enfermeiros frente ao cuidado em unidade de terapia intensiva. Rev Enferm UFSM [Internet]. 2013 [acesso em 2015 abr 9];3(1):102-11. Disponível em: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs- 2.2.2/index.php/reufsm/article/view/7207/pdf>.
22. Penha RM, Silva MJP. Meaning of spirituality for critical care nursing. Texto Contexto Enferm. 2012; 21(2): 260-8.

PLANEJAMENTO INTEGRADO DO ENSINO NA PERSPECTIVA DE DOCENTES DE UMA UNIVERSIDADE FEDERAL

Raissa Silva Souza¹, Maria Flávia Gazzinelli Bethony²

Objetivo: analisar as atividades de planejamento integrado implementadas em duas disciplinas de um curso de graduação. Metodologia: estudo de caso, descritivo, qualitativo realizado com 12 docentes de duas disciplinas do curso. Os dados foram coletados de janeiro a junho de 2013, mediante entrevistas com roteiro semiestruturado, posteriormente submetidas à análise de conteúdo. Resultados: as categorias oriundas da pesquisa foram 'interpretações que deram sentido à política de integração da EEUFG'; 'planejamento docente no contexto da prática'; 'processo de implementação da integração de disciplinas'. Conclusão: o planejamento docente integrado favorece a integração entre disciplinas, a depender da efetividade de projeto educacional centrado na intencionalidade, definida com base em objetivos.

Descriptores: Currículo; Ensino Superior; Educação em Enfermagem.

PLANNING TEACHING IN PERSPECTIVE OF A FEDERAL UNIVERSITY LECTURERS

Objective: to analyze the integrated planning activities implemented in two subjects of a degree course. Methodology: case study, descriptive, qualitative, with twelve teachers of two disciplines of the course. Data were collected from January to June 2013, through interviews with semi-structured, then submitted to content analysis. Results: the categories resulting from the research were 'Interpretations that gave meaning to the EEUFG integration policy'; 'Teaching planning in the context of the practice'; 'Implementation process of integration of disciplines'. Conclusion: the integrated teaching planning favors the integration between disciplines, depending on the effectiveness of educational project focused on intentionality, defined based on objective.

Descriptors: Curriculum; Higher education; Nursing course.

PLANIFICACIÓN DOCENTE EN LA PERSPECTIVA DE PROFESORES DE UNA UNIVERSIDAD FEDERAL

Objetivo: analizar las actividades de planificación integradas implementadas en dos temas de un curso de grado. Metodología: estudio de caso, descriptivo, cualitativo, con doce maestros de dos disciplinas del curso. Los datos fueron recogidos de enero a junio de 2013, a través de entrevistas con semi-estructurada, a continuación, sometido a análisis de contenido. Resultados: las categorías que resultan de la investigación fueron 'interpretaciones que daban sentido a la política de integración EEUFG'; 'La enseñanza de la planificación en el contexto de la práctica'; 'Proceso de implementación de la integración de disciplinas'. Conclusión: la planificación de la enseñanza integrada favorece la integración entre disciplinas, dependiendo de la eficacia del proyecto educativo centrado en la intencionalidad, definido basado en criterios objetivos.

Descriptores: Plan de estudios; Enseñanza superior; Educación de enfermería

¹Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). E-mail: rssouza.ra@gmail.com
²Bióloga. Doutora. Docente da UFMG.

INTRODUÇÃO

As instituições do ensino superior no Brasil, nas primeiras décadas do século XXI, têm se envolvido em reformas curriculares dos seus cursos de graduação que cumprem uma agenda política internacional^(1,2). No que se refere à produção das políticas de currículo, a proposta de integração curricular tem feito parte da lista de recomendações das agências multilaterais, tendo como pressuposto o papel estratégico da educação para alavancar os países a novos patamares de competitividade internacional⁽³⁾.

As propostas de integração expressas em currículos de cursos de graduação nas Instituições de Ensino Superior (IES) têm demandado mudanças não apenas do ponto de vista teórico, mas também das práticas^(4,5). Em se tratando da graduação de profissionais no campo de formação em saúde, a discussão da integração tem se aproximado de referenciais que exploram a noção de que a integração apenas se consolidará por meio de mudanças da ordem das condições existentes e da interação entre as pessoas envolvidas com o processo formativo, em especial os docentes⁽⁶⁾. No campo de formação da enfermagem, a opção pela integração curricular tem contribuído para a construção e o desenvolvimento de Projetos Pedagógicos de Curso (PPC) inovadores, a fim de adotar metodologias ativas no processo de ensino-aprendizagem para a criação e prática de atividades interdisciplinares e para a promoção da integração ensino/serviço⁽⁷⁾.

A integração curricular pode ser concebida de diferentes formas, traduzindo-se em conceito polissêmico, sendo essencial, para sua efetivação, o desenvolvimento de experiências reais, com vistas ao reconhecimento de suas possibilidades, limitações, dificuldades e potencialidades. Na Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EEUFMG), a integração - interdisciplinaridade - passou a compor o currículo do curso a partir da reforma curricular iniciada em 2006, como um dos seus princípios teórico-metodológicos. Tendo em vista a transposição desse princípio para o ensino praticado no contexto escolar, foram realizadas oficinas cujo objetivo consistia em buscar, por meio do planejamento integrado de ensino, uma aproximação entre a prática docente e os princípios contidos no novo PPC.

O planejamento integrado do ensino, iniciado em uma oficina, mobilizou um grupo de professores a experimentar a integração em sua prática. Assim, o presente estudo se propõe a analisar as atividades de planejamento integrado implementado em duas disciplinas de um curso de graduação em enfermagem.

METODOLOGIA

Estudo de caso⁽⁸⁾, descritivo, com abordagem qualitativa, realizado com 12 docentes de duas disciplinas da EEUFG - Enfermagem da Criança e do Adolescente (ECA) e Saúde da Mulher (SM). Os professores das disciplinas, por ocasião das oficinas de planejamento integrado de ensino, explicitaram a sua clara intencionalidade e decisão por desenvolver ações e experiências de integração. Os dados apresentados no presente artigo são provenientes das entrevistas semiestruturadas realizadas no período de janeiro a junho de 2013. Uma docente do grupo não aceitou participar da pesquisa.

As entrevistas, realizadas individualmente, foram norteadas por um roteiro semiestruturado que incluiu questões referentes ao entendimento dos professores sobre a integração em sua prática docente. As falas das entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas pela pesquisadora.

Para a análise dos dados, utilizou-se a Análise Temática de Conteúdo⁽⁹⁾. Os passos da análise incluíram a leitura e releitura dos documentos; seleção e codificação do conteúdo e agrupamentos dos códigos semelhantes em categorias. A pesquisa foi analisada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa de Seres Humanos (CAAE, Nº 01149912.5.0000.5525), sendo assegurados todos os direitos dos participantes.

RESULTADOS

As categorias oriundas da pesquisa foram: 'As interpretações que deram sentido à política de integração curricular da EEUFG'; 'O planejamento docente no contexto da prática'; e 'O processo de implementação da integração de disciplinas'. Na categoria referente ao planejamento docente, evidenciou-se que as professoras das disciplinas ECA e SM, por meio da adoção da atitude de parceria, respeito e disposição para trocas e encontros entre as pessoas e as

"O planejamento integrado do ensino, iniciado em uma oficina, mobilizou um grupo de professores a experimentar a integração em sua prática"

disciplinas, elaboraram juntas atividades para conduzir o ensino de modo integrado, considerando-se a comunhão de conceitos e métodos entre si.

Uma dessas atividades foram as aulas conjuntas e com conteúdos afins, precedidas de reuniões em que as professoras tinham o propósito de planejar o trabalho de ambas as disciplinas: [...] *Então a gente faz todo um preparo antes para realmente a gente conseguir chegar com o conteúdo já bem mais sólido, mais claro para os alunos, e que tenha essa articulação, sempre fazendo essa articulação entre os conteúdos [...] (P4); [...] na medida em que a gente planeja a abordagem do conteúdo junto, eu também estabeleço uma ligação com o professor que trabalha junto comigo (P1).*

O planejamento da aula conjunta oportuniza tempo-espacó às docentes para prepararem o ensino dos conteúdos bem como de suas devidas articulações, uma vez que a proximidade entre as professoras envolvidas no planejamento da atividade favorece o alcance da integração entre as disciplinas.

O grupo também desenvolveu e planejou outra atividade tendo em vista a integração das disciplinas, nomeada “Situação-guia” que era [...] *a história de uma mulher, de suas gestações anteriores, da gestação atual, para que a gente conseguisse trabalhar essa questão; daí a criança nasce, é descrito o que acontece com a criança que nasceu, e assim por diante. Então, a gente, em conjunto, descreveu a situação da mulher, com violência dentro de casa, ela mãe com outros filhos, ela trabalhadora [...] então foi uma construção conjunta (P8).*

Assim, a situação-guia continha assuntos de ambas as disciplinas a serem discutidos de modo a evidenciar sua integração. Como uma história análoga a tantas outras encontradas no cotidiano real, a situação-guia foi planejada de modo a favorecer o reconhecimento das relações existentes entre os sujeitos e possibilitar sua discussão e problematização do cuidado à luz de diferentes perspectivas. Ao longo dela, as professoras inseriram alguns pontos de reflexão ou situações-problema [...] *Então, esses pontos, que consistiam em situações-problema, estariam norteando o aluno e o professor no processo de discussão. Cada professor, tanto de uma disciplina como de outra, assumiu*

esse compromisso de estar fazendo essa articulação com os alunos, fazendo uso das situações-problema para guiar as discussões (P10).

A inserção planejada de situações-problema ao longo do caso tinha por intuito servir como ferramenta para a mobilização de saberes usados para a discussão entre professores e alunos. A Professora 10 salienta que, durante o planejamento, o grupo se comprometeu em efetivar a articulação das disciplinas propostas pela situação-guia com os alunos. Assim, caberia à professora o papel de conduzir as discussões com os alunos, bem como avaliar o trabalho elaborado com base na situação guia.

Outra intervenção criada pelo grupo foi o seminário, onde a proposta era que os alunos, sob a supervisão das professoras, construissem apresentações com os temas integradores propostos pelas docentes. *“A gente planejou outra estratégia para integrar as disciplinas, que seria um seminário, com as duas disciplinas, que a gente elegeu quatro temas integradores: sistematização da assistência, integralidade, gênero e redes de atenção. Seria um momento em que as duas disciplinas deveriam trabalhar juntas, pois os temas eram comuns às duas disciplinas e que o objetivo do seminário seria de aprofundar em questões que tinham sido vivenciadas na prática, mediados por esses temas. Assim o aluno poderia realizar o cuidado de enfermagem no ensino clínico, tendo em mente o tema integrador e a relação do cuidado da mulher e da criança” (P6).*

O seminário foi uma estratégia planejada, tendo em vista a construção e a criação de apresentações que representassem a integração vivenciada pelos alunos ao longo do semestre; para tal, grandes temas transversais às duas disciplinas seriam utilizados como mote para a integração nos seminários.

DISCUSSÃO

Como o planejamento conjunto das disciplinas efetuou-se por meio do compartilhamento de conceitos, metodologias e conteúdos, ele se caracterizou como um movimento interdisciplinar. Foi determinante, para tanto, o fato de as professoras terem conduzido conjuntamente o planejamento. Nesse sentido, verifica-se que o planejamento conjunto tem potencial para a promoção de movimentos interdisciplinares,

“o planejamento conjunto tem potencial para a promoção de movimentos interdisciplinares”

pois possibilita o encontro entre pares, a criação de parcerias, envolvendo a afetividade e o respeito, a participação e a colaboração mútua em prol de padrões de coordenação e alinhamento da ação^(10,11).

Buscando interpretar o que emergiu do planejamento docente, pode-se afirmar que foram três as atividades planejadas pelos docentes para integrar as disciplinas: a aula conjunta, a situação-guia e o seminário. Ao analisar cada uma das atividades, percebe-se que a integração ocorre via temas integradores e situação-problema que foram abordados de modo que as disciplinas pudessem integrar o caso ou o tema tratado.

No caso da aula conjunta, a ideia era desenvolver conteúdos afins – temas –, anteriormente ministrados em separado nas disciplinas, em parceria em sala de aula. Os professores que ministrariam a aula conjunta prepararam-se tendo em mente que a articulação dos conteúdos trabalhados ficaria a cargo de ambos. Como a articulação das disciplinas está a cargo das professoras que, para tanto, precisam se envolver intensamente tanto no planejamento como na efetivação da aula, a não adesão de qualquer professor ao propósito de integrar as disciplinas e a sua indisponibilidade para o planejamento conjunto comprometeria o propósito interdisciplinar da atividade⁽¹²⁾.

A esse respeito, acredita-se ser essencial investir na negociação entre todas as professoras que compõem a equipe de trabalho, oportunizando o debate das questões metodológicas, conceituais e ideológicas da proposta. Logo, avançar na integração sem antes esclarecer as informações, as perspectivas e as posições daqueles que estão fazendo o trabalho pode comprometer o alcance dos objetivos do grupo⁽¹³⁾.

As situação-guia é um estudo de caso que narra uma história de vida envolvendo mulher e criança. Ela é permeada por situações-problema cotidianas que os alunos devem analisar e discutir juntos. Ao criar a situação-guia, as professoras das duas disciplinas se comprometeram a desenvolvê-la sistematicamente no Ensino Clínico, abordando as situações-problema de modo a articular os saberes de ambas as disciplinas. Nesse caso, o processo de aprendizagem pauta-se na descoberta, pois os conteúdos oferecidos aos alunos não se encontram finalizados, o que demanda intensa

discussão, na qual professores e alunos estabelecem uma relação dialógica de compartilhamento de conhecimentos e aprendizados⁽¹⁴⁾.

A ação do aluno de identificar problemas inerentes a um determinado contexto histórico possibilita a reflexão sobre os condicionantes dessa realidade e a proposição de ações práticas para transformá-la. Nesse sentido, a resolução da situação-guia faz parte de um movimento de questionamento e entendimento, visando a transformação da realidade⁽¹⁴⁾.

Pelas suas características, a situação-guia tem potencial favorável à interdisciplinaridade, uma vez que ela tem o propósito de levar o aluno a mobilizar e a articular diferentes saberes para solucionar as situações-problema apresentadas. Dessa forma, a professora assume o papel de mediadora das construções dos alunos que devem entender e julgar por si próprios a situação⁽¹⁴⁾.

Para tanto, a professora necessita imbuir-se de uma visão integrada da realidade, compreendendo que o entendimento mais profundo de sua área de formação não será suficiente para dar conta do processo de ensino. Dessa forma, acredita-se que o primeiro passo para a construção de um trabalho interdisciplinar seja o cultivo de um saber interdisciplinar, ou seja, a aquisição de uma cultura geral ampla pelos docentes que têm a pretensão de desenvolver esse tipo de trabalho⁽¹⁰⁾. Nesse movimento, seu conhecimento específico

não deixará de ter caráter de especialidade; todavia, será reconstruído dialeticamente na relação com os alunos por meio do método selecionado⁽¹¹⁾.

O seminário das disciplinas também foi uma atividade criada pelas professoras. Ele tem como elemento integrador os temas ou os conceitos mais amplos das disciplinas. Os temas transversais se caracterizam por extrapolar os limites das disciplinas, abarcando assuntos intensamente discutidos pelas comunidades acadêmicas das disciplinas. Trabalhar com temas que se encontram além dos limites das disciplinas tradicionais possibilita ao aluno compreender a sociedade na qual ele vive, favorecendo o desenvolvimento da autonomia, senso crítico e solidariedade⁽¹⁴⁾.

Nesse sentido, a transversalidade pode ser entendida como uma dimensão que pretende superar os dois impasses, quais sejam, o de uma verticalidade pura – que impõe uma hierarquização entre pontos e saberes distintos – e de uma

“a situação-guia tem potencial favorável à interdisciplinaridade”

simples horizontalidade – que consente conexões somente entre áreas afins e semelhantes. Portanto, a transversalidade tende a se realizar quando ocorre uma comunicação máxima entre os diferentes níveis e, sobretudo, nos diferentes sentidos⁽¹¹⁾. Assim, os temas transversais foram, no presente estudo, dispositivos de multiplicidade que possibilitaram agenciamentos potentes entre os alunos e os saberes.

A proposta do seminário, portanto, caracteriza-se como um movimento interdisciplinar por consistir em um processo de construção, no qual os alunos mobilizam os conhecimentos das disciplinas em função do cuidado a ser prestado e sua interlocução com o tema integrador. O professor, nesse caso, figura como mediador da construção dos alunos, sendo responsável por criar condições para a movimentação e a articulação dos saberes, e sua conversão em práticas integradas pautadas nos temas transversais das disciplinas⁽¹⁴⁾.

Acredita-se que a pesquisa ora apresentada comporte limites, destacando-se sua realização com docentes de comunidades disciplinares específicas, o que restringe a compreensão de como as demais comunidades operam a integração em diferentes contextos. No entanto, acredita-se que possa contribuir na intensificação da discussão e da

prática pedagógica da integração.

CONCLUSÃO

O planejamento integrado do ensino tem potencial de favorecer a ocorrência da integração entre disciplinas. Acredita-se que, com base no planejamento elaborado, viabilizou-se a efetivação de uma prática integrada.

As atividades planejadas pelo grupo têm em si a potencialidade de promover um movimento interdisciplinar na prática, no entanto a intencionalidade das docentes foi um elemento decisivo no trabalho de planejamento desenvolvido. Assim, acredita-se que a prática interdisciplinar, nos diferentes níveis de ensino, dependa essencialmente da efetividade de um projeto educacional centrado na intencionalidade, definida com base nos objetivos a serem alcançados pelos alunos.

Diante disso, considera-se ser amplamente possível a implementação da integração curricular no ensino superior, dependendo do desejo e da organização institucional para esse alcance, da sensibilização e disposição dos docentes para com o propósito de integrar disciplinas, do seu engajamento e compromisso de participar do processo de planejamento e implementação coletivo e colaborativo da integração.

REFERÊNCIAS

1. Lopes AC. Políticas de Integração Curricular. Rio de Janeiro (RJ): EdUERJ. 2008.
2. Lopes AC, Macedo E. Teorias de currículo. São Paulo: Cortez, 2011.
3. Chades AFP. A política de integração curricular no ensino médio: reflexões sobre o texto político e o contexto da prática. *Espaço Curícu*lo 2012; 4(2): 172-85.
4. Filho NMA. Contextos, impasses e desafios na formação de trabalhadores em Saúde Coletiva no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* 2013;18(6):1677-82.
5. Galvão SFOL, Fazenda ICA. Parceria na interdisciplinaridade: formação de uma nova consciência coletiva - estudos a partir das vivências em ensino superior. *Interdisciplinaridade* 2014; 1(5): 42-60.
6. Pereira EQ, Nascimento EP. Interdisciplinaridade nas universidades brasileiras: trajetória e desafios. *Redes (St. Cruz Sul, Online)* 2016; 21(1): 209-32.
7. Fernandes JD, Rebouças LC. Uma década de Diretrizes Curriculares Nacionais para a Graduação em Enfermagem: avanços e desafios. *Rev Bras Enferm* 2013; 66(especial): 95-101.
8. Yin, RK. Estudo de caso. Planejamento e métodos. Tradução de Daniel Grassi. 5. ed. Porto Alegre (RS): Bookman. 2015.
9. Bardin, L. Análise de conteúdo. Tradução de Reto L. A. e Pinheiro A. Editora 70, LDA. 2011.
10. Fazenda, ICA. Integração e interdisciplinaridade no ensino brasileiro: efetividade ou ideologia. 6ed. São Paulo (SP): Loyola. 2011.
11. Fazenda, ICA. O que é interdisciplinaridade? 2.ed. São Paulo (SP): Cortez. 2013.
12. Franco ECD, Soares AN, Bethony MFG. Currículo integrado no ensino superior em enfermagem: o que dizem os enfermeiros docentes. *Enferm Foco* 2016; 7(1): 33-6.
13. Santomé J. Globalización y Interdisciplinariedad: el currículum integrado. 6.ed. Madrid: Ediciones Morata SL, 2012.
14. Carvalho MM. Interdisciplinaridade e formação de professores. *Rev. Triang.* 2015; 8(2): 93-112.

EXAME OBSTÉTRICO REALIZADO PELA ENFERMEIRA: DA TEORIA À PRÁTICA

Maryanne Machado Ataide¹, Amuzza Aylla Pereira dos Santos², Jovânia Marques de Oliveira e Silva³,
Maria Elisângela Torres de Lima Sanches⁴

Objetivo: analisar o conhecimento e a prática da enfermeira acerca do exame físico obstétrico. Metodologia: pesquisa descritiva, quantitativa, realizada com 24 enfermeiras que atuam na assistência obstétrica em maternidades públicas da cidade de Maceió/AL, no período de junho a agosto de 2014. Foi aplicado um questionário e, após essa etapa, realizada a análise descritiva dos dados. Resultados: o exame das mamas e a palpação obstétrica são as técnicas mais negligenciadas pela enfermeira durante a realização do exame obstétrico. As únicas técnicas realizadas unanimemente por elas são a medição da altura de Fundo de útero e o toque vaginal. Conclusão: o exame obstétrico realizado pela enfermeira ainda é subutilizado nas parturientes. As enfermeiras demonstram conhecimento sobre o assunto, porém a prática realizada não condiz com a teoria informada.

Descriptores: Enfermagem; Obstetrícia; Assistência; Gestante.

EXAMINATION EXAM BY OBSTETRIC NURSE: FROM THEORY TO PRACTICE

Objective: analyze the knowledge and practice nurse about obstetrical physical examination. Methodology: descriptive, quantitative research among 24 nurses working in maternity care in public hospitals of the city of Maceió/AL from June to August 2014. It was used a questionnaire containing demographic data, working time and knowledge exam. After this step was carried out a descriptive analysis of data. Results: The breast examination and obstetric palpation are the most neglected by nurses techniques while performing the obstetrical examination. The only techniques unanimously carried by them are Asao measuring the height of the uterus Fund and the vaginal ring. Conclusion: Obstetric examination performed by the nurse is still underused in pregnant women. Nurses demonstrate knowledge on the subject, but the practice performed dismissive informed theory.

Descriptors: Nursing; obstetrics; assistance; pregnant.

EXPLORACIÓN OBSTÉTRICA REALIZADO POR LA ENFERMERA DE LA TEORÍA A LA PRÁCTICA

Objetivo: analizar el conocimiento y la práctica enfermera acerca de la exploración física obstétrica. Metodología: Estudio descriptivo, la investigación cuantitativa entre 24 enfermeras que trabajan en la atención de maternidad en los hospitales públicos de la ciudad de Maceió/AL de junio a agosto de 2014. Se utilizó un cuestionario que contiene datos demográficos, tiempo de trabajo y el conocimiento examen. Después de este paso se llevó a cabo un análisis descriptivo de datos. Resultados: El examen de las mamas y la palpación obstétrica son los más desatendidos por técnicas enfermeras mientras se realiza el examen de gravidez. Las únicas técnicas realizadas por unanimidad por ellos son Asao medir la altura del fondo del útero y el anillo vaginal. Conclusión: Examen obstétrico realizado por la enfermera todavía no se usa mucho en las mujeres embarazadas. Las enfermeras demuestran conocimiento sobre el tema, pero la práctica la teoría realizaron informado desdeñoso.

Descriptores: Enfermería; Obstetricia; Asistencia; Mujer embarazada.

¹Acadêmica de Enfermagem da Escola de Enfermagem e Farmácia da Universidade Federal de Alagoas (ESENFAR/UFAL). E-mail: maryanne-machado@hotmail.com.

²Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Alagoas. Docente da ESENFAR/UFAL.

³Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia. Docente da ESENFAR/UFAL.

⁴Enfermeira. Especialista em Enfermagem obstétrica. Docente da ESENFAR/UFAL.

INTRODUÇÃO

A atenção à saúde materna e infantil requer a oferta de serviços de qualidade que garantam acesso facilitado por meio do cumprimento dos protocolos estabelecidos para uma assistência baseada nas melhores evidências científicas que proporcione intervenções oportunas para garantir a saúde do binômio. A cobertura da atenção com qualidade ao parto das mulheres faz com que os profissionais de saúde utilizem técnicas que consigam identificar precocemente algumas das complicações que podem ocasionar o aumento das taxas de mortalidade materna^(1,2).

Nessa perspectiva, um dos profissionais que presta assistência durante o ciclo gravídico-puerperal é a enfermeira, que precisa estar qualificada, para detecção precoce dos agravos relacionados ao parto e nascimento, bem como para assistir adequadamente quando forem necessários os cuidados imediatos para diminuição da taxa de morbimortalidade materno-infantil. O acompanhamento inadequado, sem avaliações regulares, é um dos motivos do alto índice da taxa de mortalidade materno-infantil, demonstrando que as diversas intervenções realizadas não garantem a qualidade da assistência obstétrica prestada⁽³⁾.

Desse modo, a qualidade dos serviços obstétricos prestados pela enfermeira assume um importante papel para o alcance de melhorias da assistência prestada no trabalho de parto. No entanto, para a qualidade do exame obstétrico, há necessidade de conhecimento das técnicas realizadas, bem como do processo utilizado para organização do serviço e necessidades da parturiente^(4,5).

Para que a assistência qualificada seja prestada durante o ciclo, a enfermeira dispõe do Processo de Enfermagem (PE) que é o modelo metodológico aplicado por meio de conhecimentos técnico-científicos na prática assistencial. Esse processo é desenvolvido em várias etapas: inicialmente, é feita a anamnese, em que são registradas a história pregressa das gestantes, incluindo antecedentes obstétricos, data da última menstruação (DUM); informações sobre a movimentação fetal; dados referentes à evolução da gestação atual; e exame físico obstétrico das gestantes^(6,7).

As demais etapas do processo são: Diagnósticos de Enfermagem – elaborado mediante os fatos elencados na primeira etapa (anamnese e exame físico); o planejamento de enfermagem e a implementação da assistência de Enfermagem, por meio da prescrição de Enfermagem, a avaliação da assistência de Enfermagem que consiste em acompanhar e registrar as respostas da gestante aos cuidados, avaliando os resultados das prescrições de enfermagem implementadas^(6,7).

O exame físico obstétrico inicia-se com a inspeção obstétrica, que será realizada na sequência cefalocaudal. Após a inspeção, deve haver a mensuração da altura uterina

para averiguação do crescimento do útero para posterior comparação com a idade gestacional da gestante⁽⁵⁾. A palpação obstétrica é então realizada a fim de se reconhecer a situação, posição, apresentação e insinuação fetal. Porém, pela palpação manual, apenas é possível avaliar a frequência e a duração das contrações. Caso haja desvios da contratilidade uterina normal, é necessária a intervenção a fim de corrigi-la⁽⁸⁾.

Em seguida, o toque vaginal é realizado, sendo fundamental para avaliação do progresso do trabalho de parto. Permite definir a dilatação do colo uterino, a posição, comprimento, consistência e tamanho do colo, apresentação do feto, atitude e posição fetal, presença de bossa e grau de cavalgamento ósseo do crânio fetal, relação entre a apresentação e o colo uterino, características da bacia óssea materna, presença de membranas e sua reação às contrações uterinas. Porém, o toque vaginal deve ser realizado o menor número de vezes possíveis, visto que o manuseio excessivo do canal de parto está relacionado com a morbidade infecciosa e a ruptura das membranas ovulares⁽⁹⁾.

Após a realização do exame obstétrico, devem ser registrados formalmente os dados coletados durante a consulta de enfermagem, os diagnósticos de enfermagem identificados a partir da coleta de dados, bem como as ações realizadas e os resultados alcançados⁽⁹⁾. Os registros de enfermagem possibilitam uma adequada comunicação entre a equipe de enfermagem e os demais profissionais envolvidos no cuidar, pois servem de base para a elaboração do plano assistencial. Além disso, fornecem subsídios para a avaliação da assistência prestada, acompanhamento da evolução obstétrica, favorecem a auditoria de enfermagem, colaboram com o ensino e a pesquisa, e tornam-se importantes instrumentos, que devem ser consultados, em situações que envolvem aspectos legais e/ou éticos⁽¹⁰⁾.

Após a busca nos bancos de dados eletrônicos sobre o exame obstétrico realizado pelos enfermeiros em parturientes e a frequência de seus registros, percebeu-se uma deficiência de estudos sobre essa temática. Mediante o exposto, o estudo teve como objetivo analisar o conhecimento e a prática da enfermeira acerca do exame físico obstétrico.

METODOLOGIA

Estudo descritivo, exploratório, com abordagem quantitativa, realizado em duas instituições públicas, e uma filantrópica da cidade de Maceió-AL, no período de junho a agosto de 2014. A população foi constituída por 24 enfermeiras que totalizam o quantitativo de profissionais responsáveis em prestar assistência na sala de pré-parto e parto das instituições pesquisadas. Para a coleta de dados, foi elaborado um questionário, com dados sociodemográficos e dados referentes ao conhecimento e a prática da enfermeira

acerca do exame físico obstétrico.

Os dados foram coletados após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética sob o nº 30253114.0.0000.5013 e a assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido pelo entrevistado. As 24 enfermeiras, todas do sexo feminino, prestam atendimento às parturientes no pré-parto e na triagem das maternidades das três instituições de saúde, identificadas na pesquisa como Instituições de Saúde A, B e C, situadas na cidade de Maceió, no estado de Alagoas. Sendo A e B públicas e C filantrópica. Entre as enfermeiras que participaram da pesquisa, cinco estão atuando na instituição de saúde "A", sendo todas enfermeiras generalistas (EG); seis na instituição de saúde "B", e 13 na instituição de saúde "C". Todas as enfermeiras entrevistadas da Instituição de Saúde B e C são enfermeiras obstétricas (EO)(19).

Para a organização, tabulação e análise dos dados descritivos utilizou-se o programa Microsoft Excel 2010. A análise descritiva ocorreu a partir de frequência absoluta (n) e os resultados foram apresentados de forma descritiva e por meio de tabelas.

RESULTADOS

A maioria das 24 enfermeiras foi graduada em instituições públicas (83,3%) e estão formadas entre cinco e nove anos (37,5%), ganham entre dois e quatro salários mínimos (53%), possuem até um vínculo empregatício (66,7%), e atuam apenas em gestação de risco habitual (50%). A maioria realizou especialização na área (79,2%) e faz atualizações periódicas nesse tema.

Quando questionadas acerca de saber realizar o exame obstétrico completo na parturiente, as 19 EO afirmaram saber realizá-lo; duas das cinco EG responderam que não sabem realizá-lo e as demais, que sabem realizar, porém de forma incompleta. Em relação ao modo de realizar o exame obstétrico completo na parturiente, as técnicas que as enfermeiras afirmaram realizar durante esse exame estão expostas na Tabela 1.

Tabela 1 –Técnicas realizadas pelas EO e EG nas parturientes durante o exame obstétrico. Maceió, AL, 2015.

Técnicas realizadas	EO		EG	
	Sim	Não	Sim	Não
	N	N	N	N
Exame das mamas	3	16	4	1
Palpação obstétrica	12	7	0	0
Medição da Altura de Fundo de útero (AFU)	19	0	1	4

Ausculta dos Batimentos Cardíacos Fetais (BCF)	18	1	1	4
Avaliação da Dinâmica uterina (DU)	18	1	3	2
Exame especular	1	18	0	5
Toque Vaginal	19	0	0	5

Na Tabela 2, estão distribuídos os números de EO e EG que avaliam e interpretam o resultado das técnicas mais citadas durante o exame obstétrico, de acordo com o parâmetro de normalidade preconizado pelo Ministério da Saúde(9), bem como, as que realizam essas técnicas na frequência correta.

Tabela 2 - EO e EG que realizam as técnicas nas parturientes com frequência e interpretação conforme preconizado pelo Ministério da Saúde. Maceió, AL, 2015.

Dado Técnica	Número de profissionais		Interpretam		Frequência correta	
	EO	EG	EO	EG	EO	EG
		N	N	N	N	N
AFU	19	1	19	1	*	*
BCFs	18	1	18	0	18	0
DU	18	3	18	3	13	0
Toque vaginal	19	0	19	-	17	-

* Não existe frequência preconizada para essa variável.

Com relação às dificuldades enfrentadas pelas EO para realizar o exame obstétrico completo na parturiente, seis enfermeiras negaram ter qualquer dificuldade; em contrapartida, 13 citaram ter pelo menos uma dificuldade. Das EG, cinco citaram pelo menos uma dificuldade em realizar o exame obstétrico completo na parturiente.

Com relação aos instrumentos de registros que as instituições de saúde dispõem para os enfermeiros, a instituição "A" disponibiliza às enfermeiras apenas a folha de evolução para os registros dos dados. Já as instituições de saúde "B" e "C" disponibilizam, além da folha de evolução do prontuário, a ficha de triagem - em que ficam registrados os dados da anamnese e do exame obstétrico realizados durante a admissão da parturiente e o partograma.

Acerca da regularidade do registro, duas EG e 15 EO afirmaram registrar regularmente todos os dados coletados durante o exame obstétrico, apresentando diferentes motivos (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição dos motivos para registrar os dados coletados no exame obstétrico. Maceió, AL, 2015.

Motivo	EO	EG
	N=15	N=2
Segurança jurídica e respaldo profissional	6	1
Para que outros profissionais possam ter acesso	9	1
Acompanhar a evolução do trabalho de parto	3	-
Não esquecer os dados avaliados	2	-
Para que a cliente tenha acesso aos registros	1	-

DISCUSSÃO

Destaca-se neste estudo que as enfermeiras possuem apenas um vínculo empregatício, dado semelhante a estudo⁽¹¹⁾ realizado em Londrina/PN, onde 100% dos profissionais de enfermagem na assistência obstétrica possuem apenas um emprego. Ainda, enfermeiras graduadas em instituições públicas de ensino superior com formação relativamente recente - menos de nove anos - o que sugere que estejam atualizadas com relação às necessidades atuais da assistência obstétrica, com enfoque na atenção humanizada e de qualidade.

Com relação à complexidade da assistência, as entrevistadas trabalham apenas com assistência à gestação de risco habitual, em que as necessidades das gestantes que não apresentam agravos durante a gravidez são resolvidas com procedimentos simples no nível primário de assistência. De acordo com o Ministério da Saúde⁽¹²⁾, para o atendimento às gestantes de risco habitual, a instituição de saúde deve contar com uma equipe detentora de conhecimentos, que oferte uma assistência de qualidade. Essa clientela necessita de cuidados que vão desde o mínimo, como para aquelas que apresentam poucos riscos de sofrerem danos, até os cuidados máximos, pela alta probabilidade de evolução desfavorável, para a mãe e o feto.

Sendo o exame obstétrico de suma importância para a detecção precoce de possíveis complicações no momento do parto e para a tomada de condutas necessárias, as EO devem utilizar os seus conhecimentos teórico-práticos adquiridos para realizar o exame obstétrico, como preconizado pela literatura⁽¹¹⁾.

Os dados mostram que a realização do exame de mamas pelas EO⁽⁶⁾ merece destaque, visto que esse é um exame obstétrico importante para detectar as condições da mama, mamilos, presença do colostro, presença de fissuras, dentre outros. Ainda, o contato cutâneo direto e precoce entre mãe e filho, e o apoio ao início da amamentação na primeira hora após o parto são práticas que devem ser estimuladas e, para isso, o exame das mamas deve ser realizado em todas as

gestantes/parturientes atendidas⁽¹³⁾.

A palpação obstétrica, ou Manobra de Leopold, merece mais atenção por parte dos profissionais, visto que 12 EO realizam essa manobra, porém nenhuma EG a faz. É necessário atentar que, a partir dessa manobra, há a identificação da situação e da apresentação fetal e, ainda, há a estimativa da quantidade de líquido amniótico, importante para a identificação de anormalidades e situações de risco para o feto e para a tomada de decisões durante o trabalho de parto⁽¹³⁾.

Todas as EO afirmaram sempre medir a AFU. Além disso, 17 delas reconhecem os parâmetros de normalidade como preconizados pelo Manual do Pré Natal e Puerpério do Ministério da Saúde⁽¹²⁾. Esse refere a partir da 20^a semana, existe relação direta entre as semanas da gestação e a medida da altura uterina. Porém, esse parâmetro torna-se menos fiel a partir da 30^a semana de idade gestacional. Além disso, se o feto estiver em situação transversa, a medida da altura uterina irá diminuir, podendo falsear sua relação com a idade gestacional.

O fato de 18 EO afirmarem que sempre auscultam e avaliam os BCFs, durante a assistência à parturiente, é muito positivo, pois é a partir da sua ausculta que é realizada a constatação da presença, do ritmo, da frequência, e de qualquer anormalidade dos BCFs, havendo, assim, a avaliação da vitalidade fetal. Porém, deve ser destacado que apenas uma EG afirmou realizar essa técnica, sendo transferida a responsabilidade dessa avaliação para o profissional médico.

Com relação à avaliação da DU, 18 EO enfermeiras obstétricas e três EG a realizam. Porém, apenas 13 dessas EO a avaliam na frequência preconizada pela literatura. Na fase latente do trabalho de parto e no início da fase ativa, o controle da DU pode ser feito a cada 60 minutos, reduzindo esse intervalo para 30 minutos, conforme progride a fase ativa do trabalho de parto⁽¹⁴⁾. Deve-se destacar, também, que nenhuma das EG avalia a DU nessa frequência.

A grande maioria das EO (17) realiza o toque vaginal na frequência preconizada pelo Ministério da Saúde⁽¹²⁾, ou seja, a cada duas horas. Nos casos suspeitos ou confirmados de amniorraxe prematura, no entanto, as mulheres não devem ser submetidas ao exame de toque vaginal, porque isso aumenta o risco de infecções amnióticas, perinatais e puerperais⁽¹⁵⁾.

Nenhuma EG realiza o toque vaginal sob a justificativa da falta de especialização e respaldo profissional para realização dessa técnica. Porém, legalmente, a enfermeira poderá realizar, como integrante da equipe de saúde, o toque vaginal⁽¹⁴⁾. Uma EO citou o exame especular como parte da assistência prestada à parturiente e esse fato merece atenção. O Ministério da Saúde⁽¹²⁾ preconiza que, quando existe suspeita de amniorraxe prematura ou sangramento genital, o

exame especular deve ser rotina, precedendo a decisão pela realização do toque. Porém, este estudo demonstrou que 18 EO entrevistadas priorizam a realização do toque vaginal ao especular.

Este estudo revela que as técnicas mais citadas pelas enfermeiras estão em consonância com as atividades executadas com maior frequência durante o trabalho de parto. Contudo, todas as técnicas que compõem o exame físico obstétrico devem ser realizadas em todas as parturientes, para que os trabalhos de parto sejam bem avaliados e sejam tomadas as condutas certas no momento adequado, sem intervenções desnecessárias⁽⁹⁻¹¹⁾.

Esses achados permitiram verificar que, apesar da especialização, muitas habilidades básicas que compõem o exame obstétrico deixam de ser realizadas por algumas EO, as quais deveriam prezar pela forma completa do exame obstétrico, pois essas condutas podem ajudar na detecção precoce de agravos que podem complicar o trabalho de parto, levando ao óbito materno e fetal⁽¹⁵⁾. Por outro lado, as EG apresentam dificuldades para realizar o exame obstétrico, demonstrando que a falta do curso de especialização em obstetrícia pode prejudicar a assistência prestada nesses setores.

O não registro das ações de enfermagem é um fato preocupante, visto que os registros de enfermagem consistem

em uma forma de comunicação escrita de informações pertinentes ao cliente e aos cuidados recebidos pela equipe de enfermagem. São elementos essenciais na documentação e, quando redigidos adequadamente, possibilitam a efetiva comunicação entre a equipe de enfermagem e os demais profissionais. Também possibilitam a continuidade do cuidado, uma vez que oferecem, a todos os membros da equipe de saúde, informações sobre os problemas de saúde identificados, ações e resultados dos cuidados prestados⁽¹⁰⁾.

O estudo apresentou limitações referentes à dificuldade das enfermeiras em responder algumas questões acerca das práticas utilizadas para o exame obstétrico.

CONCLUSÃO

O exame obstétrico realizado pelas enfermeiras ainda é subutilizado nas parturientes. EO demonstram conhecimento sobre o assunto, porém a prática realizada não parece condizer com o conhecimento informado. Há um quantitativo de EG nos serviços de atendimento obstétrico, confluindo para a não efetividade dos exames obstétricos necessários.

Os serviços de saúde devem estimular e oferecer aos seus profissionais cursos de aprimoramento na atenção obstétrica, a fim de que haja melhoria da qualidade do atendimento às parturientes e diminuição das altas taxas de morbimortalidade materna e fetal.

REFERÊNCIAS

1. Leal MC, Pereira APE Domingues RMSM, Theme-Filha MM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, Bastos MH, Gama SGN. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. Cad Saúde Pública. 2014; 30 (Supl.): S17-32.
2. Leal MC, Theme-Filha MM, Moura EC, Cecatti JG, Santos LMP. Atenção ao pré-natal e parto em mulheres usuárias do sistema público de saúde residentes na Amazônia Legal e no Nordeste, Brasil 2010. Rev Bras. Saude Mater. Infant. 2015 Mar [cited 2016 Aug 15]; 15(1): 91-104. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292015000100091&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292015000100008>.
3. Cunha MA, Name MV, Dotto LMG, Name FV. Assistência pré-natal: competências essenciais desempenhadas pos. Rev. Esc Ana Nery. 2009;13(1):145-53.
4. Vasconcelos KL, Martins CA, Mattos DV, Tyrrell MAR, Bezerra ALO, Porto J. Partograma: instrumento para segurança na assistência obstétrica. J. Nurs UFPE on line. 2013; [cited 2016 Aug 15];7 (2): 619-24. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/4739/pdf_2997 DOI: 10.5205/reuol
5. Bittencourt SDA, Reis LGC, Ramos MM, Rattner D, Rodrigues PL, Neves DCO et al . Estrutura das maternidades: aspectos relevantes para a qualidade da atenção ao parto e nascimento. Cad. Saúde Pública. 2014 [cited 2016 Aug 15]; 30 (Suppl 1): S208-S219. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300025&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00176913>.
6. Narchi NZ. Atenção pré-natal na Zona Leste da cidade de São Paulo - Brasil. Rev. Esc. Enferm. USP. 2010; 44(2): 266-73.
7. Viellas EF, Domingues RMSM, Dias MAB, Gama SGN, Theme-Filha MM,
- Costa JV, Bastos MH, Leal MC. Assistência pré-natal no Brasil. Cad Saúde Pública. 2014; 30 (Supl.): S85-S100.
8. Santos RB, Ramos KS. Sistematização da assistência de enfermagem em Centro Obstétrico. Rev. Bras. Enferm. 2012; 65 (1):13 - 8.
9. Busanello J, Kerberll NPC, Sassi Ram, Mano OS, Susin LRO, Gonçalves BG. Atenção humanizada ao parto de adolescentes: análise das práticas desenvolvidas em um Centro Obstétrico. Rev. Bras. Enferm. 2011;64 (5): 824-32.
10. Barros LA, Veríssimo RCSS. Uso do partograma em maternidades escola de alagoas. Rev. Rene. 2011;12 (3): 555-60.
11. Barral LNM, Ramos LH, Vieira MA, Dias OV, Souza LPS. Análise dos registros de enfermagem em prontuários de pacientes em um hospital de ensino. Rev. Min. Enferm. 2012; 16(2): 188-93.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Caderno de atenção ao Pré-natal e puerpério - atenção qualificada e humanizada. Manual Técnico. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.
13. Esser MAMS, Mamede FV, Mamede MV. Perfil dos profissionais de enfermagem que atuam em maternidades em Londrina, PR. Rev. Eletr. Enf. 2012; 14(1): 133-41.
14. Pieszak GM, Terra MG, Neves ET, Pimenta LF, Padoin SMM, Ressel LB. Percepção dos profissionais de enfermagem acerca do cuidar em centro obstétrico. Rev Rene. 2013;14(3): 568-78.
- 15.Cagnin ERG, Mamede MV, Mamede FV. Atenção qualificada ao trabalho de parto: um estudo descritivo. J. Nurs UFPE on line. 2014;10 [cited 2015 Jul 25]; (8): 3266- 74. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/4739/pdf_2997 DOI: 10.5205/reuol

INTERVENÇÕES EDUCATIVAS E SEU IMPACTO NA CULTURA DE SEGURANÇA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Monique Mendes Marinho¹, Vera Radünz², Francis Solange Vieira Tourinho², Luciana Martins da Rosa², Marciele Misiak³

Objetivo: analisar as produções científicas sobre intervenções educativas desenvolvidas com profissionais de enfermagem voltadas para melhorar a segurança do paciente e que avaliaram a cultura de segurança após essa intervenção. Metodologia: utilizou-se a revisão integrativa de literatura eletrônica em seis bases de dados, com descriptores específicos para cada base, publicados no período de janeiro de 2009 a novembro de 2014. Resultados: foram submetidos à análise nove estudos, resultando em duas categorias: Treinamentos didáticos e Programas Específicos de Segurança do Paciente. Conclusão: as produções apontaram atividades educativas que podem incentivar e melhorar a cultura de segurança do paciente.

Descriptores: Segurança do Paciente; Cultura; Educação; Capacitação em Serviço; Enfermagem.

EDUCATIONAL INTERVENTION AND IMPACT ON SAFETY CULTURE: AN INTEGRATIVE REVIEW

Objective: to know the scientific productions about educational interventions developed with nursing professionals aimed at improving patient safety and that evaluated the safety culture after this intervention. Methodology: it was the integrative review of electronic literature search in six data bases with specific descriptors for each base, published between January 2009 and November 2014. Results: nine studies were submitted to analysis, resulting in two categories: Didactic Training and Specific Programs of Patient Safety. Conclusion: the productions aimed at educational activities that can stimulate and improve the culture of patient safety.

Descriptors: Patient Safety; Culture; Education; Inservice Training; Nursing.

INTERVENCIÓN EDUCATIVA Y SU IMPACTO EN LA CULTURA DE SEGURIDAD: UNA REVISIÓN INTEGRADORA

Objetivo: conocer las producciones científicas sobre intervenciones educativas desarrolladas con profesionales de enfermería orientadas a mejorar la seguridad del paciente que evaluaron la cultura de la seguridad después de esta intervención. Metodología: se ha utilizado la revisión integradora de literatura electrónica en seis bancos de datos con descriptores específicos para cada banco, publicados en el periodo de enero de 2009 a noviembre del 2014. Resultados: fueron submetidas al análisis nueve estudios, resultando en dos categorías: Entrenamientos didácticos y Programas Específicos de Seguridad del Paciente. Conclusion: las producciones apuntaron actividades educativas que pueden incentivar y mejorar la cultura de seguridad del paciente.

Descriptores: Seguridad del Paciente; Cultura; Educación; Capacitación en Servicio Enfermería.

¹Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). E mail: moniquemarinho@yahoo.com.br

²Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente de Enfermagem da UFSC.

³Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem. UFSC.

INTRODUÇÃO

A segurança do paciente tornou-se uma área prioritária, internacionalmente, devido à persistência de danos aos pacientes, com altos custos para os serviços de saúde, e comprometimento psicológico e físico dos pacientes e profissionais⁽¹⁾. Diariamente, milhares de erros ocorrem na área da saúde, causando mortes e lesões incapacitantes em vários pacientes, tornando uma fonte importante de morbidade e mortalidade mundialmente⁽²⁾.

Dante do cenário de preocupação com a segurança, pesquisadores têm desenvolvido estudos para identificar ações que possibilitem a redução de danos e que promovam melhorias no atendimento dos pacientes, com mudança na cultura das organizações e dos profissionais⁽²⁾.

Muitas ações desenvolvidas para melhorar a segurança do paciente são atividades educativas aos profissionais de saúde, no próprio local de trabalho, proporcionando melhorias na cultura. As mudanças positivas na cultura permitem que a força de trabalho e os processos estejam voltados à melhoria da confiança e segurança dos cuidados, enfraquecendo a cultura de que o erro seja atribuído à incompetência da ação humana⁽³⁾.

Estratégias para promover uma cultura de segurança pode incluir uma intervenção única ou intervenções combinadas, como o treinamento da equipe, que utiliza métodos estruturados para otimização dos processos de trabalho em equipe, como comunicação, cooperação, habilidades, atitudes e liderança⁽⁴⁾. Essas estratégias escolhidas e aplicadas por uma instituição de saúde como ferramentas de melhoria da segurança do paciente e da cultura podem ser avaliadas a partir da aplicação de instrumentos de pesquisa psicométrica que mensuram e avaliam a cultura de segurança.

Uma revisão sistemática realizada com o objetivo de identificar intervenções utilizadas para promover a cultura de segurança e avaliar sua eficácia, ressalta a melhor evidência: estratégias que compreendem múltiplos componentes, que incorporam treinamento e mecanismos para melhorar a comunicação da equipe⁽⁵⁾. Dessa forma, torna-se evidente a importância da realização de atividades educativas nas instituições, com o foco em melhorar a cultura de segurança, abordando principalmente a comunicação e o trabalho em equipe. O desenvolvimento de ações educativas junto aos profissionais de enfermagem é fundamental para assegurar a qualidade à saúde⁽⁶⁾.

O processo educativo da equipe de enfermagem proporciona o desenvolvimento de competências imprescindíveis para a segurança do paciente, como: agir, aprender, comprometer-se, assumir responsabilidades e comunicar-se⁽⁷⁾.

Este estudo objetiva analisar os resultados das produções

científicas sobre intervenções educativas desenvolvidas com profissionais de enfermagem voltadas para melhorar a segurança do paciente e que avaliaram a cultura de segurança após essa intervenção.

METODOLOGIA

Revisão integrativa da literatura⁽⁸⁾, realizada de setembro/2014 a fevereiro/2015. O período de busca de cinco anos foi em virtude de encontrar o maior número possível de informações sobre o tema. Utilizou-se a pesquisa da literatura eletrônica nas bases de dados Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Scopus, Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Base de Dados de Enfermagem (BDENF), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online(SciELO).

Os critérios de inclusão dos artigos foram: ser artigo de pesquisa completo, estar disponível eletronicamente, nos idiomas português, inglês ou espanhol, no período compreendido entre 2009 até setembro de 2014, retratar intervenções educativas para melhorar a segurança do paciente e ter aplicado um instrumento de avaliação para cultura de segurança após a implementação da intervenção do estudo.

Foram elencadas as estratégias de busca: organização de descritores segundo a diferenciação entre as bases de dados; combinação de termos de busca (descritores em Ciências da Saúde -DeCS/MeSH e Palavras-chave); combinação de termos booleanos (*and*, *or*, *not*, *or not*). Devido às características específicas de cada base, as estratégias de busca utilizadas para localizar os artigos foram adaptadas, tendo como eixo norteador a pergunta de pesquisa e os critérios de inclusão, mantendo rigor na busca e, assim, evitando possíveis vieses.

A seleção dos estudos se deu a partir do critério de exaustividade e pertinência na coleta dos dados. Inicialmente, todo o material foi separado na forma de resumos. Posteriormente realizou-se leitura flutuante para conferência de sua validade, de acordo com o objetivo do estudo. Os que atenderam aos critérios de inclusão foram contemplados, sendo todos organizados em planilha com as principais informações: título, autores, intervenção estudada e resultados do estudo, ano e país de publicação, base de dados.

RESULTADOS

Foram encontradas 3672 publicações e, após refinamento, selecionaram-se 134 publicações. Após a leitura e análise preliminar, foram excluídas 125 referências, conforme apresentado na Tabela 1, resultando nove publicações, que configuraram a amostra desta revisão.

Tabela 1 – Categorização da seleção da amostra deste estudo.

Florianópolis, SC, Brasil. 2016.

BASES	Publicações encontradas	Publicações selecionadas	Publicações excluídas	Publicações analisadas
Pubmed	991	41	39	2
Scielo	22	0	-	-
Lilacs e Bdenf	29	1	1	0
Cinahl	1321	38	34	4
Scopus	1309	54	49	5
Total	3672	134	123	11
Duplicados	-	-	2	9

Fonte: Resultados da pesquisa.

Na base Scopus foram localizadas o maior número de produções, que reforça a sua magnitude na área da Enfermagem. Os resultados mostram que, em relação ao ano de publicação, 2013 teve destaque.

O maior número de publicações é proveniente dos Estados Unidos da América (EUA), com um total de seis artigos. O idioma predominante em 100% das publicações foi o inglês, denotando escassez de publicações sobre o tema nos demais

idiomas selecionados para esta revisão.

O quadro 1 apresenta a síntese dos artigos selecionados nesta revisão. Em geral, os estudos utilizaram múltiplas intervenções para melhorar a segurança do paciente e avaliaram a cultura de segurança por meio do instrumento de pesquisa psicométrica SAQ (Safety Attitudes Questionnaire). A maioria dos achados obtiveram melhorias significativas nos resultados das avaliações da cultura após a intervenção.

Quadro 1 – Artigos incluídos, por base de dados, intervenção estudada, instrumento e resultados. Florianópolis, SC, Brasil. 2016.

Título	Autores	Intervenção estudada	Instrumento	Resultados
CINAHL				
A comprehensive obstetrics patient safety program improves safety climate and culture	Pettker, CM Thung, SF Raab, CA Donohue, KP Copel, JA Lockwood, CJ Funai, EF	Programa de segurança do paciente	SAQ	Aumentos consideráveis em 4 dimensões da avaliação da cultura
Didactic and Simulation Nontechnical Skills Team Training to Improve Perinatal Patient Outcomes in a Community Hospital	Riley, W Davis, S Miller, K Hansen, H Sainfort, F Sweet, R	Treinamento didático TeamSTEPPS e programa de simulação	SAQ	Não houve diferenças significativas na cultura
Just clean your hands: Measuring the effect of a patient safety initiative on driving transformational change in a health care system	DiDiodato, G	Programa educativo para higienização das mãos	SAQ	Não houve mudanças positivas na avaliação da cultura
CINAHL-PUBMED-SCOPUS				
The Impact of Educational Interventions on Enhancing Perceptions of Patient Safety Culture Among Jordanian Senior Nurses	AbuAlRub, RF Alhijaa, EHA	Módulos de segurança do paciente, com 7 cursos eletrônicos	HSPSC	Melhora significativa em 2 dimensões
PUBMED				
Multiprofessional Team Simulation Training, Based on an Obstetric Model, Can Improve Teamwork in Other Areas of Health Care	O'Leary, KJ Wayne, DB Haviley, C Slade, ME Lee, J Williams, MV	Reuniões semanais com discussões por 12 semanas, utilizaram o SIDR	SAQ	Não houve melhora na avaliação da cultura

SCOPUS				
Improving Teamwork: Impact of Structured Interdisciplinary Rounds on a Medical Teaching Unit	O'Leary, KJ Wayne, DB Haviley, C Slade, ME Lee, J Williams, MV	Reuniões semanais com discussões por 12 semanas, utilizaram o SIDR	SAQ	Não houve melhora na avaliação da cultura
Impact of a comprehensive patient safety strategy on obstetric adverse events	Pettker, CM Thung, SF Norwitz, ER Buhimschi, CS Raab, CA Copel, JA Kuczynski, E Lockwood, CJ Funai, EF	Programa de segurança do paciente.	SAQ	Melhora na cultura, principalmente no clima de trabalho em equipe
Interdisciplinary Collaboration to Maintain a Culture of Safety in a Labor and Delivery Setting	Burke, C Grobman, W Miller, D	Programa educacional envolvendo discussão e simulação	HSPSC	Melhora da cultura de segurança
A Comprehensive Patient Safety Program Can Significantly Reduce Preventable Harm, Associated Costs, and Hospital Mortality	Brilli, RJ McClead Jr, RE Crandall, WV Stoverock, L Berry, JC Wheeler, TA Davis, JT	Programa de segurança do paciente	SAQ	Aumento significativo em todo hospital nos escores da cultura

Fonte: Resultados da pesquisa.

A avaliação dos resultados das nove produções incluídas neste estudo foram agrupados em duas categorias que emergiram no intuito de atender o objetivo proposto: treinamentos didáticos e programas específicos de segurança do paciente.

Na categoria *Treinamentos didáticos* foram avaliados cinco estudos, em que são apresentados os programas de treinamentos didáticos baseados em evidências, simulações e estruturas de grupo com foco nas melhorias do trabalho em equipe, na comunicação e consequentemente na promoção de uma cultura de segurança.

Os treinamentos didáticos utilizados nos estudos selecionados foram: TeamSTEPPS (*Team Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety*), SIDR (*Structured Inter-disciplinary Rounds*), SBAR (*Situation-Background-Assessment-Recommendation*), Just Clean Your Hands (JCYH) e módulos de segurança do paciente do Institute for Healthcare Improvement (IHI).

Na categoria *Programas Específicos de Segurança do Paciente* foram avaliados quatro estudos, que utilizaram como intervenção a implementação de um conjunto de iniciativas voltadas para melhorar a segurança. Esses programas envolvem diversas atividades nas instituições de saúde, que iniciam com treinamento da equipe, padronização de protocolos, implementação de um sistema de notificação, fomento da comunicação, criação de sites com

recomendações para a segurança, criação de um comitê, além de cursos específicos para cada área de atuação⁽⁹⁻¹⁰⁾.

DISCUSSÃO

Ao analisar as produções selecionadas verificou-se que a maioria das publicações obteve melhorias estatisticamente significativas na cultura de segurança após a implementação da intervenção escolhida. Em quatro estudos perceberam redução na taxa de eventos adversos e morbidade^(11-13,7).

Em relação à categoria *Treinamentos didáticos*, destaca-se o trabalho em equipe baseado em evidências denominado TeamSTEPPS. Esse sistema tem o objetivo de aprimorar os resultados dos pacientes, a partir de melhorias na comunicação e no trabalho em equipe dos profissionais de saúde⁽¹⁴⁾. Seus princípios fundamentais são estrutura da equipe, liderança, acompanhamento da situação, apoio mútuo e comunicação⁽¹¹⁾.

A ferramenta *Structured Inter-disciplinary Rounds* (SIDR) foi aplicada por meio de reuniões semanais de 30-40 minutos com discussões entre os profissionais do hospital estudado. A SIDR é uma estratégia que combina um formato estruturado de comunicação e um fórum para reuniões interdisciplinares regulares, para reunir membros da equipe e melhorar a colaboração e o trabalho em equipe⁽¹⁵⁾.

O *Situation-Background-Assessment-Recommendation* (SBAR) é uma técnica que favorece a comunicação entre os

profissionais sobre a condição do paciente, por meio de um mecanismo que permite uma maneira fácil e focada em definir o que será comunicado entre os membros da equipe e o que é essencial para o desenvolvimento de trabalho e promoção de uma cultura de segurança⁽¹⁶⁻¹⁷⁾. A técnica ocorre por sessões de formação utilizando simulação de acontecimentos reais a partir de análise de causa raiz, com discussão no final de cada sessão utilizando o SBAR⁽¹⁶⁾.

No que se refere à Análise de Causa Raiz (*Root cause analysis - RCA*), o impacto do seu uso periódico na área de saúde possibilita facilitar a aprendizagem organizacional como uma estratégia de melhoria. Os erros, quase-erros e eventos notificados são analisados a partir da RCA, permitindo aprender com os próprios erros, dificultando uma nova ocorrência.

O *Just Clean Your Hands* (JCYH) é um programa de educação e formação baseada em evidências para as melhores práticas de higienização das mãos para os profissionais de saúde. Desenvolvido pelo governo de Ontário, Canadá, como uma iniciativa para melhorar a segurança do paciente. Sugere-se a avaliação da cultura de segurança, porém sem nenhum instrumento padrão ouro para tal⁽¹⁸⁻¹⁹⁾.

Os módulos de segurança do paciente do *Institute for Healthcare Improvement* (IHI) fazem parte de um programa chamado Programa IHI Open School, com o objetivo de contribuir para a formação e aquisição de competências dos profissionais para melhoria da qualidade e da segurança do paciente⁽²⁰⁾. Os sete cursos eletrônicos utilizados no estudo⁽¹²⁾ abordam contextos essenciais para segurança, apresentados de forma verbal, com incentivo para participação ativa nos cursos⁽²⁰⁾.

O modelo de simulação realística, utilizado como treinamento em um estudo, foi baseado no evento clínico real gravado que serviu de cenário de simulação. Foi projetado por uma equipe multiprofissional, facilitando a aplicação de habilidades clínicas relevantes. Após cada simulação, ocorreu discussão sobre o desempenho da equipe, críticas e opiniões. Esse modelo proporcionou uma oportunidade de comunicação, cooperação e confiança na equipe⁽²¹⁾.

As estratégias de treinamento de equipe apresentadas demonstram técnicas específicas que podem ser adaptadas

para variados contextos de serviços de saúde, mesmo em situações onde há poucos recursos disponíveis, em situações de restrições financeiras.

A categoria *Programas Específicos de Segurança do Paciente* discute os resultados de quatro estudos, que utilizaram um conjunto de iniciativas para melhorar a segurança. Um estudo utilizou um programa que reforça quanto ao uso de um logotipo criado para sinalizar e transmitir uma mensagem consistente⁽¹³⁾. Além disso, a realização de um treinamento básico de prevenção de erro para todos os 8 mil funcionários clínicos e não clínicos, e 600 líderes que receberam treinamento em métodos de liderança. O treinamento realizado é diferencial nesse programa⁽¹³⁾, pois treinou profissionais de saúde e de outras áreas e líderes, reforçando o envolvimento de todos que atuam de forma direta ou indireta no cuidado.

O programa de segurança do paciente deve ser uma realidade de todas as instituições de saúde, pois reúne diversas atividades para melhorar a qualidade e a segurança dos serviços. Existem iniciativas de baixo custo e complexidade que são relevantes, como padronização de protocolos, sistema de notificação e incentivo à cultura de segurança.

Um hospital envolveu 372 profissionais de saúde no programa educacional, envolvendo discussão e simulação. O programa apresenta protocolos para a segurança do paciente, garantem um ambiente livre de culpa e proporcionam uma oportunidade de melhorar a comunicação entre a equipe. Além disso, obteve melhoria na avaliação da cultura após a implementação do programa⁽²¹⁾.

A iniciativa de melhorar a segurança do paciente principalmente por meio de um programa específico é um esforço relevante que refletirá em resultados aos pacientes. Serve como referência para a instituição, pois reconhece a necessidade de contribuir para um cuidado seguro, protegendo os profissionais do sentimento de culpa e incompetência, e, aos pacientes, de perigos e danos que podem ser evitados.

Em relação ao objetivo desta revisão, observou-se a identificação das diversas atividades educativas que poderiam ser replicadas em outras realidades, podendo combinar atividades de diferentes estudos, com adaptações para as

“O programa de segurança do paciente deve ser uma realidade de todas as instituições de saúde”

características locais e posteriormente avaliar o impacto na cultura de segurança.

O ato de planejar e implementar qualquer iniciativa para melhorar a segurança é um passo importante para diminuir os inúmeros danos causados por uma prática insegura. Destaca-se que os efeitos dessas intervenções podem demorar a serem enraizados na cultura local, pois foram muitos anos cultivando uma cultura de culpa, castigo e silêncio que podem comprometer os esforços para mudar esse cenário.

Como limitação desta revisão, destaca-se o reduzido número de produções selecionados neste estudo. Inexistem estudos brasileiros, dificultando a avaliação sobre um método considerado adequado para avanços na segurança do paciente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A implementação bem sucedida de atividades educativas está atrelada ao desejo da gestão de mudança organizacional,

permitindo espaço na instituição e apoio junto aos profissionais de saúde, principalmente os de enfermagem, que dispõe de uma carga de trabalho aumentada.

As mudanças na cultura de segurança podem não ser demonstradas nas avaliações psicométricas, porém os resultados impactam na redução na taxa de eventos adversos, morbidade e mortalidade. Quanto à escolha da intervenção para melhorar a cultura de segurança, destacam-se os diversos treinamentos didáticos da equipe e a implementação de programas de segurança nos serviços, que, na grande maioria, contribuem para melhores escores da avaliação da cultura.

Ressalta-se que todos os estudos analisados são de procedência internacional, portanto, contextualizam realidades e características diferentes da nossa. Dessa forma, faz-se necessário o desenvolvimento de estudos que identifiquem o impacto de atividades educativas na avaliação da cultura na realidade brasileira.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). Geneva: WHO. Alliance for Patient Safety; the conceptual framework for the international classification for patient safety. 2009 [acesso em 08 fev 2015]. World. Disponível: <http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf>.
2. World Health Organization. Patient safety: global priorities for research in patient safety. 2008
3. Kohn KT, Corrigan JM, Donaldson MS editors. To err is human: building a safer health system. [internet] Washington: National Academy Press; 2000. [acesso em 27 maio 2013] Disponível: <<http://www.nap.edu/openbook.php?isbn=0309068371>>
4. Salas E, Diazgranados D, Weaver SJ, King H. Does team training work? Principles for health care. Acad Emerg Med. 2008;15:1002-9.
5. Weaver SJ, Lubomksi LH, Wilson RF, Pfob ER, Martinez KA, Dy SM. Promoting a Culture of Safety as a Patient Safety Strategy: A Systematic Review. Ann Intern Med. 2013;158, 369-374.
6. Mira VL, Peduzzi M, Melleiro MM, Tronchin DMR, Prado MFF, Santos PT, et al. Análise do processo de avaliação da aprendizagem de ações educativas de profissionais de enfermagem. Rev. esc. enferm. USP. 2011 [acesso em 29 jan 2015]45, n.esp. Dec.
7. Kobayashi RM, Leite MMJ. Desenvolvendo competências profissionais dos enfermeiros em serviço. Rev. bras. enferm. 2010 [acesso em 21 apr 2015];63(2):243-249.
8. Soares CB, Hoga LAK, Peduzzi M, Sangaleti C, Yonekura T, Silva DRAD. Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. Rev Esc Enferm USP. 2014; 48(2):335-45.
Pettker CM, Thung SF, Norwitz ER, Buhimschi CS, Raab CA, Copel JA, et al. Impact of a comprehensive patient safety strategy on obstetric adverse events. Am J Obstet Gynecol. 2009; 492:1-8.
9. Pettker CM, Thung SF, Raab CA, Donohue KP, Copel JA, Lockwood CJ, et al. A comprehensive obstetrics patient safety program improves safety climate and culture. Am J Obstet Gynecol. 2011; 216:1-6.
10. Riley W, Davis S, Miller K, Hansen H, Sainfort F, Sweet R. Didactic and simulation nontechnical skills team training to improve perinatal patient outcomes in a community hospital. Jt Comm J Qual Patient Saf. 2011; 37(8):357-64.
11. Abualrub RF, Abualhijaa EH. The impact of educational interventions on enhancing perceptions of patient safety culture among Jordanian senior nurses. Nurse Forum. 2014;49(2):139-50.
12. Brilli RJ, McClead RE Jr, Crandall WV, Stoverock L, Berry JC, Wheeler TA et al. A comprehensive patient safety program can significantly reduce preventable harm, associated costs, and hospital mortality. J Pediatr. 2013;163(6):1638-45.
13. Teamstepps National Implementation [Internet]. [acesso 31 jan 2015] About TeamSTEPPS. Disponível: <http://www.teamsteppspotal.org/>.
14. O'Leary KJ, Wayne DB, Haviley C, Slade ME, Lee J, Williams MV. Improving teamwork: impact of structured interdisciplinary rounds on a medical teaching unit. J Gen Intern Med. 2010;25(8):826-832.
15. Van der Nelson HA, Siassakos D, Bennett J, Godfrey M, Spray L, Draycott T, et al. Multiprofessional team simulation training, based on an obstetric model, can improve teamwork in other areas of health care. Am J Med Qual. 2014;29(1):78-82.
16. Institute for Healthcare Improvement. IHI; 2015 [acesso 01 fev 2015] SBAR Technique for Communication: A Situational Briefing Model. Disponível:<http://www.ihi.org/resources/Pages/Tools/SBARTechniqueforCommunicationAsituationalBriefingModel.aspx>.
17. Didiodato, G. Just clean your hands: Measuring the effect of a patient safety initiative on driving transformational change in a health care system. American Journal of Infection Control. 2013;1-3.
18. Ontario Ministry Of Health. [acesso 31 jan 2015] Just Clean Your Hands for health care professionals. Disponível: <<http://www.publichealthontario.ca/en/BrowseByTopic/InfectiousDiseases/JustCleanYourHands/Pages/JCYH-background.aspx#VM6wktLF98E>>
19. Institute for Healthcare Improvement. IHI; 2015 [acesso 21 mar 2015] Open School. Disponível: <http://app.ihi.org/lms/onlinelearning.aspx?CatalogGuid=a5d865d5-9c8d-4db8-977f-8d8600cba5bf>.
20. Burke C, Grobman W, Miller D. Interdisciplinary collaboration to maintain a culture of safety in a labor and delivery setting. J Perinat Neionatal Nurs. 2013;27(2):113-123.

MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA QUE BUSCARAM APOIO NO CENTRO DE REFERÊNCIA GENY LEHNEN/RS

Larissa Alessandra Stockmanns de Oliveira¹, Sandra Maria Cesar Leal²

Objetivo: caracterizar as mulheres em situação de violência atendidas no Centro de Referência e Atendimento à Mulher Geny Lehnen, Parobé/RS. Metodologia: estudo quantitativo, do tipo transversal, realizado no período de agosto/2013 a julho/2015, mediante análise documental nas fichas de acolhimento e registros de atendimento de 133 usuárias. Os dados foram analisados por estatística descritiva. Resultados: a maioria das mulheres tinha entre 18 e 49 anos (79,8%), era branca (69,9%), com ensino fundamental incompleto (47,4%) e trabalhadoras da indústria (27,1%). O principal agressor foi companheiro/ex-companheiro (85%); identificaram-se violências associadas (65,4%), sendo a física mais perpetrada (54,9%). Em 39 fichas, havia registro do uso de medicamento contínuo, destacando-se o psicotrópico (79,5%). Conclusão: considera-se que os resultados podem contribuir para evidenciar a violência de gênero, fazendo-se necessários novos estudos relacionando o uso de psicotrópicos em mulheres em situação de violência.

Descriptores: Violência contra a mulher. Gênero e Saúde. Saúde da Mulher. Enfermagem.

WOMEN IN VIOLENCE SITUATION WHO SOUGHT SUPPORT AT GENNY LEHNE/RS REFERENCE CENTER

Objective: characterize the women in violence situation assisted at Genny Lehne Parobé/RS Reference Center and Assistance to Women. Methodology: quantitative and cross-sectional study, carried out between August 2013 and July/2015, through documentary analysis on reception and service records of 133 users. Data were analyzed by descriptive statistics. Results: Most women were between 18 and 49 years old (79,8%), white (69,9%), with incomplete fundamental education (47,4%) and industry workers (27,1%). The main aggressor of the women were their partners/ex partners (85%); associated violence was identified (65,4%), physical violence is the most committed (54,9%). There were 39 records of the use of medication of continuous usage, especially the psychotropic (79,5%). Conclusion: It is considered that the results may contribute to highlight gender violence; it is necessary new studies relating the use of psychotropic drugs in women in situation of violence.

Descriptors: Violence against women; Gender and Health; Women's Health; Nursing.

MUJERES EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA QUE SE VE EN EL CENTRO DE REFERENCIA GENY LEHNEN, / RS

Objetivo: Caracterizar las mujeres en situación de violencia que se ve en el Centro de Referencia y Atención a la Mujer Geny Lehnen, Parobé / RS. Metodología: cuantitativa, transversal, realizado a partir de agosto / 2013 a julio / 2015, mediante el análisis de documentos en los formularios de aceptación y los registros de asistencia de 133 usuarios. Los datos fueron analizados utilizando estadística descriptiva. Resultados: La mayoría de las mujeres tenían entre 18 y 49 años (79,8%) eran de raza blanca (69,9%), con educación primaria incompleta (47,4%) y trabajadores de la industria (27,1%). El autor principal fue pareja / ex pareja (85%); se asoció identificó a la violencia (65,4%) siendo el físico más perpetrado (54,9%). En 39 registros, se registró el uso de medicación continua, especialmente la droga psicotrópica (79,5%). Conclusión: Se considera que los resultados pueden contribuir a poner de relieve la violencia de género, por lo que es necesario nuevos estudios que vinculan el uso de drogas psicotrópicas en las mujeres en situación de violencia.

Descriptores: Violencia contra las mujeres. Género y Salud. Salud de la Mujer. Enfermería.

¹Acadêmica do Curso de Enfermagem, Unisinos. E-mail: larissastock@gmail.com

²Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem UFRGS, Docente do Curso de Graduação/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/PPGENF, Unisinos. Enfermeira, HPS/PMPA. E-mail: sandral@unisinos.br

INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher (VCM), também definida como violência de gênero ou violência por parceiro íntimo, em geral, ocorre no âmbito domiciliar e é uma das formas de violência mais comuns que as mulheres vivenciam no mundo inteiro. Resultado de pesquisa realizada no Brasil, em 2015, apontou que 56% das pessoas entrevistadas afirmaram conhecer alguma mulher que já tenha sofrido agressão⁽¹⁾. No primeiro semestre de 2015, foram registrados 32.248 relatos de violência contra a mulher, na Central de Atendimento à Mulher – Ligue 180, dos quais 16.499 referentes à violência física (51,16%); 9.971 à psicológica (30,92%); 2.300 à moral (7,13%); 629 à patrimonial (1,95%); 1.308 à sexual (4,06%); 1.365 relatos de cárcere privado (4,23%) e 176 de tráfico de pessoas (0,55%)⁽²⁾.

No Brasil, entre 2009 e 2011, ocorreu feminicídio (morte de mulheres em função de conflito de gênero) de uma mulher a cada 90 minutos. Na maioria dos casos, elas tinham entre 20 e 39 anos, o companheiro/ex-companheiro foi o principal feminicida, e o ato violento ocorreu pelo uso de arma de fogo ou arma branca⁽³⁾. Por ser naturalizada, a violência de gênero é, de certa forma, aceita e invisibilizada, de maneira que as que vivem tal situação nem sempre encontram o apoio, a orientação e os encaminhamentos necessários para o enfrentamento da violência, quando buscam os serviços de saúde^(4,5).

A VCM tem sido pauta de discussões feministas e, após muitas pressões, desde 2003, foram obtidos alguns avanços na legislação referentes à notificação compulsória, à tipificação da violência doméstica contra as mulheres e à punição dos agressores. Com isso, a ampliação da rede de enfrentamento à VCM vem atender às demandas das mulheres que buscam auxílio, além de dar suporte e orientação, o que ocorre muitas vezes nos Centros de Referência e Atendimento às Mulheres em Situação de Violência^(1,5).

O Plano Nacional de Políticas para as Mulheres tem como objetivos a prevenção, o combate e o atendimento às mulheres em situação de violência. A partir disso, os Centros de Referência de Atendimento à Mulher contribuem com parte das demandas no que tange à prevenção e ao enfrentamento a todas as formas de violência contra as mulheres, promovendo a ruptura da situação de violência, trabalhando sua cidadania, realizando acolhimento e atendimento de forma multiprofissional e articulando a rede de enfrentamento à violência contra a mulher⁽⁶⁾.

A partir do que foi exposto, a questão de pesquisa deste estudo foi definida como: “quem são as mulheres atendidas em um Centro de Referência de Violência Contra a Mulher?” e o objetivo é caracterizar as mulheres atendidas no Centro de Referência e Atendimento à Mulher Geny Lehnen, em Parobé/RS.

Considera-se que a relevância do estudo consiste em

contribuir para visibilizar a violência por parceiro íntimo na vida das mulheres, especialmente nessa região do Brasil. Além disso, os achados poderão contribuir com subsídio no planejamento de ações de prevenção, com foco na efetividade do enfrentamento da violência contra as mulheres.

METODOLOGIA

Estudo quantitativo, do tipo transversal, realizado no Centro de Referência e Atendimento à Mulher Geny Lehnen, vinculado à Coordenadoria de Políticas para as Mulheres, localizado em Parobé/RS. Essa instituição foi escolhida por ser referência regional no atendimento às mulheres em situação de violência. As participantes foram as mulheres atendidas no centro de referência em estudo. Os critérios de inclusão foram: idade igual ou maior a 18 anos; e ter sido atendida no período de agosto de 2013 a julho de 2015. Foram excluídas as mulheres cujos registros não estavam relacionados à violência.

A coleta dos dados foi realizada nas fichas de acolhimento e registros de atendimentos realizados no Centro de Referência e Atendimento à Mulher Geny Lehnen. Foi utilizado um formulário com os seguintes campos para preenchimento das informações: data do primeiro atendimento, tipo de violência, idade, escolaridade, identidade étnica, ocupação/profissão, uso de medicamentos e vínculo com o agressor. Após a coleta, as informações foram digitadas em planilha do Microsoft Office Excel® 2013 e transferidas ao software Epi Info™ 7.1.5.0, sendo analisadas por meio da estatística descritiva. Seguiram-se as recomendações da Resolução nº 466/2012⁽⁷⁾. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Unisinos (Parecer nº 780.644. CAEE: 34281114.7.0000.5344).

RESULTADOS

Entre agosto de 2013 e julho de 2015, foram acolhidas no Centro de Referência Geny Lehnen 133 mulheres em situação de violência, com idade entre 18 anos e 80 anos. Dessas, 79,8% estavam na faixa etária dos 18 aos 49 anos e 69,9% se autodeclararam brancas.

Quanto à escolaridade e ocupação/profissão das mulheres, 70,7% (94) cursaram até o Ensino Fundamental, das quais 47,4% (63) sequer o concluiu. A maioria (29,3%) trabalhava no setor da indústria, 27,1% estavam desempregadas ou exerciam trabalho doméstico não remunerado e 16,5% eram aposentadas.

Os agressores mais frequentes foram o companheiro em 50,4% (68) e o ex-companheiro, em 34,6% (46), totalizando o percentual de 85% (113) dos casos. A maioria das mulheres sofreu violência física e psicológica, sendo a violência física a que totalizou o maior percentual, de 54,9%, seguida da psicológica com 32,3%. (Tabela 1)

Tabela 1 - Distribuição das mulheres atendida no Centro de Referência Geny Lehnen, quanto ao tipo de violência e agressor, Parobé/RS.

Tipo de Violência	Agressor			
	Companheiro	Ex-companheiro	Familiares*	Outros**
Física	40	25	7	1
Psicológica	23	15	5	0
Sexual	0	0	1	1
Patrimonial	1	1	1	0
Moral	1	0	2	0
Ameaça de Morte	1	5	0	0
Abandono	2	0	0	0
Maus Tratos	0	0	1	0
Total	68	46	17	2

*Familiares: cunhado, enteado, ex-genro/genro, neto, pai, filho, irmão, vizinho.

**Outros: Desconhecido, Brigada Militar.

Fonte: Elaborado pela autora.

Em 65,4% das fichas, havia o registro de uma ou mais violências associadas. A violência física foi a mais relacionada com outros tipos de violência, representando 71,3%, seguida da psicológica com 27,6%. Identificou-se que a violência física estava associada, principalmente, com a psicológica, seguida da ameaça de morte, representando 42,5%; e a violência psicológica estava mais associada à ameaça de morte (20,7%).

Ao cruzar os dados relacionados ao tempo de estudo das mulheres, faixa etária e renda com o agressor, identificou-se que, das que foram agredidas por companheiro/ex-companheiro, 60,9% estudaram até o ensino fundamental; 58,2% estão na faixa etária dos 18 aos 39 anos; 23,9% não tinham renda própria; e 14,9% referiram trabalhar informalmente.

Quanto ao uso de medicação contínua pelas mulheres atendidas no Centro de Referência em estudo, em 39 fichas de acolhimento havia registro do uso de medicamento contínuo, das quais, 31 mulheres faziam uso de algum tipo de psicotrópico, totalizando 79,5%, sendo que o ansiolítico e o antidepressivo foram os mais frequentes. Dentre elas, 21 associavam um ou mais medicamentos. O ansiolítico foi o mais utilizado e estava associado, principalmente, ao uso de antidepressivo, totalizando 61,9% (13). Destaca-se que não havia a informação do uso de medicação em 33,8% das fichas de atendimento. Vale dizer que o uso do ansiolítico estava mais relacionado à violência psicológica e o antidepressivo à violência física.

DISCUSSÃO

A maioria das mulheres (79,8%) deste estudo encontrava-se na faixa etária dos 18 aos 49 anos, corroborando com resultados de pesquisas realizadas em outros centros de referência no atendimento às mulheres em situação de violência, no Brasil⁽⁸⁻¹⁰⁾.

Em pesquisa no Brasil, sobre violência doméstica e familiar contra a mulher, divulgada em março de 2013, as participantes que relataram algum tipo de violência estavam na faixa etária dos 20 aos 49 anos (66,4%)⁽¹¹⁾. Resultado de estudo realizado em uma delegacia especializada de atendimento à mulher (DEAM), localizada em Rio Grande/RS, apontou que 83,7% estavam nessa faixa⁽¹²⁾. Percentual mais elevado foi identificado em pesquisa realizada em comunidade de baixa renda em São Paulo, na qual 98,6% das mulheres em situação de violência tinham entre 20 e 49 anos⁽¹³⁾.

A maioria das mulheres deste estudo estava em idade reprodutiva, porém, não foi possível identificar o número de filhos, pois não havia o registro ou estavam incompletos. No entanto, resultados de outros estudos apontam que, em geral, as mulheres em situação de violência são jovens e tem entre um e três filhos, o que pode ser um fator de dificuldade para romper com a relação violenta^(9,14,15).

Quanto à identidade étnica, 69,9% das mulheres autodeclararam-se brancas, corroborando com estudo realizado no Centro de Referência Contra a Mulher Marcia Calixto, em Porto Alegre/RS, onde 65,7% das mulheres atendidas declararam-se brancas⁽¹⁰⁾. Em estudo realizado no Centro Jacobina, em São Leopoldo/RS, próximo a Parobé, foram encontradas taxas mais elevadas, 78,6%⁽⁹⁾. Já em pesquisa realizada em um centro de referência na Paraíba, os dados diferiram, pois 30% se autodeclararam brancas e 18% das mulheres negras⁽⁸⁾. Possivelmente, essa diferença ocorre porque a etnia branca é predominante na região Sul do país, onde, segundo o IBGE, 79% das mulheres se autodeclararam brancas⁽¹³⁾. Corroborando essa informação, estudo realizado em DEAM na região Sul do Brasil apresentou taxa de 82,5% de mulheres brancas⁽¹²⁾.

Em relação à escolaridade, 70,7% das mulheres desta pesquisa estudaram até o ensino fundamental, resultado que fica acima de outros achados, como do realizado no Centro Jacobina que identificou taxa de 61%⁽⁹⁾; de um Centro Estadual de Referência/CE, cuja taxa foi de 62,4%⁽¹³⁾; e no Centro Ednálva Bezerra/PB que foi de 34%⁽⁸⁾. Outros estudos

seguem a mesma tendência com percentual de 63,8% em uma DEAM⁽¹²⁾, sendo que o que mais se aproximou dessa pesquisa foi o realizado em uma comunidade de São Paulo, com 67,1%⁽¹³⁾.

O baixo nível de escolaridade pode ser entendido como mais um fator de vulnerabilidade para a mulher permanecer em um relacionamento violento. Pesquisas indicam que mulheres com pouco tempo de estudo estão mais expostas a vivenciarem situações de violência; além disso, esse fator pode estar relacionado com o desemprego e o subemprego, aumentando a dependência ao agressor^(9,12).

O achado relacionado ao trabalho formal é compatível com resultados de estudos realizados em centros de referência na PB, CE e RS^(8,9). Pesquisa em uma comunidade de baixa renda de São Paulo corrobora com os dados deste estudo, na qual 48,9% das mulheres referiram não possuir trabalho remunerado⁽¹³⁾.

Mulheres em situação de violência têm taxas mais altas de absenteísmo, atrasos no trabalho e diminuição da produtividade^(13,16). Essas situações podem interferir em suas atividades profissionais, tornando-as mais vulneráveis à dependência financeira do agressor, podendo dificultar sua busca pela autonomia. Segundo pesquisa do Data Senado, inclusive, mulheres que estão sem ocupação sofrem violência por parceiro íntimo com maior frequência do que aquelas que possuem algum tipo de remuneração⁽¹¹⁾.

Quanto ao tipo de violência, 54,9% das mulheres deste estudo sofreram violência física e 32,3%, psicológica. A maioria sofreu múltiplas formas de violência simultaneamente, corroborando outros estudos^(8,9). No Brasil, em 2012, pesquisa realizada pelo Data Senado apontou que, quando as mulheres foram questionadas quanto ao tipo de violência sofrida, 62,1% relataram a física⁽¹¹⁾. Resultados de duas pesquisas realizadas em DEAMs mostraram que os registros de violência física foram maiores que os de violência psicológica^(12,17).

Entretanto, resultados de outros estudos realizados em centros de referência apontaram a violência psicológica como a mais frequente^(8,9). Esses dados podem estar relacionados à capacitação dos profissionais na identificação desse tipo de violência. Os serviços de saúde e de segurança podem estar focando o atendimento apenas no que está visível, a violência física. Além disso, a violência psicológica não é vista como tal

pela sociedade, podendo ser naturalizada e culturalmente aceita^(4,18).

Quanto ao agressor, no presente estudo, 85% das mulheres foram agredidas por companheiro ou ex-companheiro. Em outro Centro de Referência/CE, o percentual foi ainda mais elevado, totalizando 96,8%⁽¹³⁾. Destaca-se que, nos cenários envolvendo a violência contra a mulher, identificam-se o companheiro e o ex-companheiro como os principais agressores. Nesse contexto, a violência física e psicológica são as mais referidas^(7-11,15,17).

Neste estudo, em 39 fichas de acolhimento havia o registro de uso de algum tipo de medicação contínua. Entre elas, identificou-se que 79,5% (31) das mulheres utilizavam algum tipo de psicotrópico, sendo os mais frequentes o ansiolítico e o antidepressivo. Ressalta-se que em muitos casos os dois eram usados conjuntamente.

Viver em meio à violência pode causar prejuízos cognitivos e sofrimento psicológico. A maioria das mulheres em situação de violência por parceiro íntimo apresenta algum grau de transtorno de estresse pós-traumático, ansiedade e depressão, com risco aumentado para o suicídio. Esses fatores também podem dificultar o rompimento da relação violenta^(16,19,20).

Em resultados de pesquisas realizadas em delegacias no Ceará, São Paulo e Brasília, foram identificados elevados graus de ansiedade e depressão em mulheres que estão e/ou estiveram em

situação de violência. Mulheres em situação de violência foram avaliadas quanto à qualidade de vida e depressão⁽¹⁶⁾, cujos resultados apontaram 78% com escores indicando algum grau de ansiedade e insônia, e 72% com algum grau de depressão. Pesquisa que avaliou a gravidade psicopatológica em mulheres em situação de violência⁽²⁰⁾, identificou que 94% das participantes tinham grande probabilidade de desenvolver transtorno de ansiedade e 89% depressão em algum grau, corroborando outro estudo que apresentou algum nível de ansiedade e depressão em 100% das mulheres pesquisadas⁽¹⁹⁾.

Considerando a relevância do tema e a repercussão da violência de gênero na vida das mulheres, ressalta-se que as que procuraram o atendimento em um centro de referência, estão buscando romper o ciclo da violência. A busca por ajuda nessas situações, comumente, ocorre após um longo período em situação de violência, quando considerada insuportável,

“Quanto ao tipo de violência, 54,9% das mulheres, neste estudo, sofreram violência física e 32,3% psicológica”

e, não raro, motivada pelo medo de sofrer feminicídio, o que se configura em um momento delicado e de grande vulnerabilidade para as mulheres. Evidenciou-se, assim, a importância dos atendimentos prestados nos Centros de Referência, bem como a necessidade de ações intersetoriais para o apoio a essas mulheres¹⁰.

Os limites desta pesquisa decorrem da incompletude dos dados nas fichas de acolhimento e da falta de sistematização no preenchimento de alguns registros, o que impossibilitou a inclusão de outras análises como, por exemplo, acerca do encaminhamento prévio dessas mulheres e do envolvimento dos serviços de saúde.

CONCLUSÃO

No presente estudo, identificou-se que a maioria das mulheres atendidas no Centro de Referência Geny Lehnen em Parobé/RS foi de mulheres brancas, entre os 18 e 49 anos de idade, que estudaram até o ensino fundamental. Além disso, 39,1% estavam inseridas no mercado formal de trabalho

e 27,1% não possuíam renda própria.

A violência física foi a principal forma de violação, perpetrada principalmente por companheiro/(ex) companheiro. Também Identificaram-se altos percentuais de violências associadas, majoritariamente as violências física e psicológica, com grande relevância para a ameaça de morte.

Este estudo não obteve a informação de onde as mulheres foram encaminhadas (por falta desse dado nos registros), porém os serviços de saúde, principalmente de atenção básica, podem ser a porta de entrada e identificação dessas situações. É importante que se construam estratégias locais de enfrentamento à violência contra a mulher.

Considerando a relação com o uso de medicações psicotrópicas, destaca-se a importância de refletir sobre o quanto pode ser danosa a violência contra as mulheres. Nesse sentido, fazem-se necessários novos estudos de caráter quantitativo e qualitativo, associando a relação do uso de psicotrópicos em mulheres que estão em situação de violência.

REFERÊNCIAS

1. Senado Federal (BR). Secretaria de Transparência, Coordenação de Controle Social, Serviço de Pesquisa DataSenado. Violência doméstica e familiar contra a mulher. Brasília: Secretaria de Transparência, Coordenação de Controle Social, Serviço de Pesquisa DataSenado; ago. 2015. 81 p Disponível em: https://www12.senado.leg.br/institucional/datasenado/pdf/Relatorio_Violencia_Mulher_v10.pdf
2. Brasil. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Balanço 1º Semestre 2015 - Ligue 180 Central de Atendimento à mulher. Brasília, DF: 2015. Disponível em: <http://www.spm.gov.br/assuntos/violencia/ligue-180-central-de-atendimento-a-mulher/balanco1sem2015-versao-final.pdf>
3. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea). Violência contra a mulher: feminicídios no Brasil. Brasília, DF: Ipea, 2013.
4. Leal SMC, Lopes MJM, Gaspar MFM. Representações sociais da violência contra a mulher na perspectiva da enfermagem. Interface - Comunicação, Saúde, Educação. Abr./Jun. 2011; 15(37):409-424.
5. Brasil. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Dispõe sobre a criação de mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal. Brasília (DF); 2006. [acesso em 2014 mai. 05]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm
6. Brasil. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Plano nacional de política para as mulheres 2013-2015. Brasília (DF); 2013.
7. Brasil. Ministério da saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, Brasília, DF, nº 12, 13 de jun. de 2013. Seção 1:59.
8. Côrtes GR, Luciano MCF, Dias KCO. A Informação no enfrentamento à violência contra mulheres: centro de referência da mulher "Ednávala Bezerra": relato de experiência. Biblionline. 2012; 8(esp.): 134-51. Disponível em: <http://www.ies.ufpb.br/ojs2/index.php/biblio/article/view/14199>.
9. Trevisan SB, Leal SMC, Fensterseifer LM. Caracterização das mulheres em situação de violência atendidas no Centro Jacobina. Revista de Enfermagem UFPE on line. Set. 2015; 9(9): 9197-206. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/6662/13034>.
10. Soares JSF. Nem normal, nem patológico - mulheres em situações de violência: revelando sentidos para a atenção e o cuidado [tese]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2016
11. Brasil. Senado Federal. DataSenado. Violência doméstica e familiar contra a mulher. Brasília, DF; 2013. Disponível em: <http://www.senado.leg.br/noticias/datasenado>.
12. Acosta DF, Gomes VLO, Barlen ELD. Perfil das ocorrências policiais de violência contra a mulher. Revista Acta Paulista de Enfermagem. 2013; 26(6):547-53.
13. Miranda MPM, De Paula CS, Bordin IA. Violência conjugal física contra a mulher na vida: prevalência e impacto imediato na saúde, trabalho e família. Revista Panamericana de Saúde Pública. 2010; 27(4):300-8.
14. Costa AM, Moreira KAP, Henriques ACPT, Marques JF, Fernandes AFC. Violência contra a mulher: caracterização de casos atendidos em um centro estadual de referência. Revista Rene. Jul./Set. 2011; 12(3):627-35.
15. Gadoni-Costa LM, Zucatti APN, Dell'Aglio DD. Violência contra a mulher: levantamento dos casos atendidos no setor de psicologia de uma delegacia para a mulher. Revista Estudos de Psicologia. Abr/Jun. 2011; 28(2):219-21.
16. Adeodato VG, Carvalho RR, Siqueira VR, Souza FGM. Qualidade de vida e depressão em mulheres vítimas de seus parceiros. Revista de Saúde Pública. 2005; 39(1):108-13.
17. Silva CD, Gomes VLO, Acosta DF, Barlem ELD, Fonseca AD. Epidemiologia da Violência contra a mulher: características do agressor e do ato violento. Revista de Enfermagem UFPE on line. Jan. 2013; 7(I):8-14. Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/3554/pdf_1791.
18. Costa MC, Lopes MJM, Soares JSF. Violência contra mulheres rurais: gênero e ações de saúde. Escola Anna Nery, Rio de Janeiro. 2015; 19(1):162-8.
19. Bittar D, Kohlsdorf M. Ansiedade e depressão em mulheres vítimas de violência doméstica. Revista Psicologia Argumento. Jul./Set. 2013; 31(74):447-56.
20. Mozzambani ACF, Ribeiro RL, Fuso SF, Fiks JP, Mello MF. Gravidade psicopatológica em mulheres vítimas de violência doméstica. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul. 2011; 33(1):43-7.

PROMOVENDO A AUTOESTIMA NA GESTAÇÃO: FOCO NO ACOLHIMENTO

Jamila Geri Tomaschewski-Barlem¹, Simoni Saraiva Bordignon², Cesar Francisco Silva da Costa³,
Carla de Oliveira da Costa⁴, Edison Luiz Devos Barlem⁵

Objetivo: relatar a utilização de ensaios fotográficos na promoção da autoestima de gestantes, tomando por objeto a experiência de um projeto de extensão desenvolvido em uma Unidade Básica de Saúde da Família. Metodologia: as ações realizadas visaram a utilização da fotografia na promoção da autoestima da gestante, estimulando sua participação no Grupo de Gestantes e no processo completo de pré-natal. Resultado: acreditamos que foi possível proporcionar às gestantes uma interação com o bebê de maneira prazerosa, valorizando suas crenças, valores, projetos pessoais, histórias de vida, sentimentos e expectativas frente à gestação. Conclusão: as atividades em grupo devem ser pensadas como meio de oportunizar a socialização, a integração e trocas de experiências.

Descriptores: Enfermagem; Obstetrícia; Assistência; Gestante.

PROMOTING SELF-ESTEEM DURING PREGNANCY: FOCUS ON USER EMBRACEMENT

Objective: this paper aimed at reporting the utilization of photo shoots to promote self-esteem in pregnant women. Its object was the experience of an extension project developed at a Basic Family Health Unit. Methodology: the actions accomplished aimed at the use of photography for the promotion of self-esteem in pregnant women, stimulating their participation in the Pregnant Women Group and in the whole prenatal process. Results: we believe it was possible to provide the pregnant women with an interaction with their babies in a pleasurable way, valuing their beliefs, values, personal projects, life experiences, feelings and expectations for pregnancy. Conclusion: group activities should be thought of as a meant to create opportunities for socialization, integration and exchange of experiences.

Descriptors: Prenatal Care, User Embrace, Family Health, Photography.

PROMOCIÓN DE LA AUTOESTIMA EN EL EMBARAZO: ENFOQUE EN EL ACOGIMIENTO

Objetivo: este estudio tuvo como objetivo relatar el uso de ensayos fotográficos en la promoción de la autoestima de las mujeres embarazadas, teniendo por objeto la experiencia de un proyecto de extensión desarrollado en una unidad básica de salud de la familia. Metodología: las acciones realizadas visaron la utilización de la fotografía en la promoción de la autoestima de las mujeres embarazadas, avivando su participación en el grupo de mujeres embarazadas y en el proceso completo de la atención prenatal. Resultados: creemos que fue posible proporcionar a las mujeres embarazadas una interacción con el bebé tan agradable, valorando sus creencias, valores, proyectos personales, historias de vida, sentimientos y expectativas en relación al embarazo. Conclusión: actividades de grupo deben ser considerados como un medio para crear oportunidades para la socialización, la integración y el intercambio de experiencias.

Descriptores: Atención Prenatal, Acogimiento, Salud de la Familia, Fotografía.

¹Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande - FURG.

²Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem d FURG. Bolsista FAPERGS. Email: simonibordignon@gmail.com

³Enfermeiro. Doutorando em Enfermagem. Docente da FURG.

⁴Enfermeira. Coordenadora da equipe Estratégia de Saúde da Família, Rio Grande.

⁵Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Docente da EEnf-FURG. Email: ebarlem@gmail.com

INTRODUÇÃO

O presente artigo propõe-se relatar a utilização de ensaios fotográficos na promoção da autoestima de gestantes, tomando por objeto a experiência de um projeto de extensão desenvolvido em uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) no município de Rio Grande - RS, em parceria entre a Escola de Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), e a Secretaria Municipal da Saúde (SMS). O projeto, intitulado “Foco no acolhimento: gestantes em cena”, utiliza sessões de fotografias e grupos de gestantes como meio de promover a autoestima na gestação.

A gestação caracteriza-se como sendo um período em que as mulheres se encontram mais suscetíveis, sofrendo modificações físicas e psicológicas, ou mesmo, sociais⁽¹⁾, as quais, muitas vezes, refletem na sua autoestima, podendo trazer consequências tanto para a mãe quanto para o bebê⁽²⁾. “A autoestima pessoal diz respeito à avaliação positiva ou negativa que o indivíduo faz de si mesmo, constituindo-se, assim, em um aspecto central do eu, que desempenha papel fundamental no processo de construção da identidade”⁽³⁾.

O fato de estar grávida pode ser visto como motivo de alegria e orgulho para algumas mulheres, principalmente quando há o desejo de engravidar⁽⁴⁾. No entanto, as modificações ocorridas durante a gestação ocasionam, muitas vezes, certo desconforto entre as mulheres, principalmente, em relação à aparência.

Nessa perspectiva, o período pré-natal é um momento de preparação tanto para o nascimento do bebê quanto para a maternidade, sendo, também, uma época de muito aprendizado. Ele proporciona aos profissionais de saúde a possibilidade de desenvolver a educação em saúde como dimensão do cuidado, assumindo a condição de educadores que trocam e compartilham saberes, buscando instigar na mulher sua autoconfiança e autoestima para viver a gestação, o parto e o puerpério⁽⁵⁾.

É necessário que os profissionais de saúde ultrapassem os limites do modelo clínico visando atender as necessidades dos indivíduos na sua integralidade⁽⁵⁾, estimulando sua relação saudável com o meio, nas diferentes fases da vida. É fundamental que a gestante e a família sejam acolhidas

pela equipe de saúde, desde o primeiro contato com a unidade de saúde na qual está sendo assistida. Dessa forma, o acolhimento deve ser considerado no atendimento à gestante com o mesmo sentido que a gestação tem para ela e sua família, uma vez que é a partir dessa fase que se inicia o desenvolvimento do vínculo com bebê⁽⁶⁾.

Os avanços tecnológicos possibilitam aos profissionais de saúde a utilização de inúmeros recursos digitais, fazendo-se necessária uma reflexão crítica acerca dos potenciais benefícios e limites da inclusão da tecnologia no cotidiano profissional. A fotografia, entre esses avanços, destaca-se como uma importante ferramenta nas ações dos profissionais de saúde, sendo muito utilizada em análise diagnóstica ou acompanhamento e tratamento de lesões⁽⁷⁾. No entanto, pode constituir-se, também, como relevante recurso no âmbito da promoção da saúde, ampliando sua compreensão, mobilizando sentimentos e emoções.

Assim, por meio de metodologias participativas, podem ser promovidas ações educativas que possibilitem, à mulher, a descoberta de seu corpo, possibilitando que o seu conhecimento venha a ser compartilhado nos grupos promovidos pelos serviços de saúde e junto à comunidade⁽⁸⁾, fortalecendo, ainda, o acolhimento e a adesão às consultas de pré-natal⁽⁸⁾.

É nessa perspectiva inovadora que o projeto de extensão “Foco no acolhimento: gestantes em cena” vem desenvolvendo um trabalho articulado à utilização da fotografia na promoção da autoestima na gestação. Ele estimula a participação no Grupo de Gestantes como também no processo completo de pré-natal, sendo executado por docentes e discentes de enfermagem e equipe multiprofissional de saúde da família.

METODOLOGIA

Em agosto de 2009 teve início o ensaio fotográfico no Grupo de Gestantes em uma Unidade Básica de Saúde da Família no município de Rio Grande - RS, a partir da ideia de promover a autoestima das gestantes e estimular a participação no grupo e nas consultas de pré-natal. As intervenções junto às gestantes são planejadas e implementadas pelos estudantes de Graduação em

“É necessário que os profissionais de saúde ultrapassem os limites do modelo clínico”

Enfermagem da FURG que compõem o projeto, com apoio e participação da equipe da UBSF, formada por médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Devido à adesão e motivação por parte da equipe de saúde e aceitação da comunidade atendida, o projeto ganhou continuidade, tornando-se, em junho de 2010 um projeto de extensão, que vem expandindo-se para outras duas UBSF's, ambas do município de Rio Grande. Conta, ainda, com a inclusão de acadêmicos de outros cursos de graduação, como Educação Física e, futuramente, de Psicologia.

O projeto atende as gestantes cadastradas na UBSF e consiste em discutir e promover no Grupo de Gestantes a autoestima e, depois, realizar um ensaio fotográfico. Mensalmente, as gestantes são convidadas a participar do grupo em que são trabalhadas questões como a autoestima e a valorização da mulher. Nos encontros do grupo, também, é estimulada a realização das consultas de pré-natal e são esclarecidos assuntos, como a importância do aleitamento materno, os cuidados no decorrer da gestação e com o bebê, informações sobre exames realizados, evolução da gestação, sexualidade e outras dúvidas que possam surgir neste período.

Após as reuniões do Grupo de Gestantes, é promovido um ensaio fotográfico, desenvolvido em um espaço na própria UBSF, para confecção de um *book* fotográfico, sendo esse disponibilizado às gestantes através de CD e fotografia impressa. No projeto, já participaram 30 gestantes, com idades entre 15 e 36 anos, as quais mostraram-se estimuladas a integrar o grupo, mensalmente, a fim de acompanhar o desenvolvimento de sua gestação por meio das fotos, conviver com a equipe de saúde e com as demais gestantes que participam do grupo.

RESULTADOS

No primeiro momento, durante o encontro do grupo, percebemos sentimentos de timidez, insegurança e medo do desconhecido. Notou-se, ainda, distorções entre os papéis de mulher e mãe, pois nesta relação percebeu-se a desvalorização do ser mulher, por meio de relatos quanto à diminuição da vontade de cuidar da aparência, de arrumar-se, ou, até mesmo, do desconhecimento das alterações

fisiológicas do próprio corpo. No decorrer das discussões, foi estimulado o diálogo entre gestante e seu parceiro, além da própria família, buscando o apoio mútuo, considerando que, embora a gestação seja um período de mudanças, ela precisa abranger todas as facetas, desde o ser mãe à valorização do ser mulher.

A discussão e integração no grupo permitem à gestante compartilhar e multiplicar informações de saúde no seu ambiente coletivo. As interações suscitadas entre as integrantes do grupo e os profissionais da saúde formam uma rede que oportuniza a promoção da saúde com reflexos no individual-coletivo. A partir das vivências e experiências compartilhadas, as gestantes passam a compreender a gestação de maneira diferente, sentindo-se mais confiantes e próximas do seu bebê⁽⁸⁾.

No segundo momento, durante a realização do ensaio fotográfico, utilizamos maquiagem e diferentes acessórios,

que as gestantes poderiam escolher conforme suas preferências. Buscamos valorizar a mulher e sua "barriga", evidenciando este acontecimento tão especial e único na vida de cada uma. Deparamo-nos em cada flash com a empolgação, o brilho no olhar, a emoção por meio de expressões simples do ser humano como lágrimas e sorrisos.

Acreditamos que foi possível proporcionar às gestantes uma interação com o bebê de maneira prazerosa, valorizando suas crenças, valores, projetos pessoais, histórias de vida, sentimentos e expectativas frente à gestação. Ao receberem as fotos, observando e refletindo sobre seus significados, as gestantes pareciam surpresas com a própria beleza, verbalizando que se sentiam mais bonitas, femininas, incentivadas. Relatam que haviam aprendido a valorizar a condição de ser mãe e o crescimento e o desenvolvimento de seu bebê. Cabe destacar que as imagens dialogam com a realidade e com a representação dessa realidade, pois a fotografia se apresenta como uma fonte privilegiada de informação da realidade estudada e da visão de mundo dos participantes. A articulação imagem-realidade mostra-se potente no acesso a diferentes dimensões dos sujeitos e se constitui em uma estratégia de intervenção em várias problemáticas. Dessa forma, as narrativas visuais têm uma função estratégica,

"Para as mulheres, a gestação e a maternidade traduzem significados e expectativas culturais e sociais muito amplas"

contribuindo para superar barreiras culturais⁽⁹⁾ entre profissional de saúde e usuário, permeados por significados revelados em emoção e afetividade.

Por meio dos sentimentos manifestados e relatados pelas gestantes, foi possível desvelar a experiência vivenciada por elas, apontando a diversidade de significados e sentimentos que surgem durante a gestação. Esses constituem importante fonte de informação que proporciona aos profissionais de saúde refletirem sobre seu papel como agentes promotores de saúde e ações a serem desenvolvidas.

Para as mulheres, a gestação e a maternidade traduzem significados e expectativas culturais e sociais muito amplas, as quais passam a integrar o imaginário social atreladas à saúde, à felicidade, à continuidade de sua existência e de sua família⁽¹⁰⁾. Assim, é necessário que as equipes de saúde atuem no sentido de potencializar o cuidado e a atenção dispensados ao binômio mãe/bebê, fortalecendo a educação em saúde de forma humanizada, proporcionando orientações e esclarecimento de dúvidas sobre os cuidados com a gravidez, o parto, o puerpério e os cuidados com o bebê⁽¹⁰⁾, valorizando a gestação como um momento único e especial.

CONCLUSÃO

Percebemos a importância da realização dos trabalhos como este, a fim de que se promovam ações durante a gestação, garantindo a saúde e o bem-estar tanto da mãe, quanto do bebê. Tem ainda o mérito de estimular a participação nos grupos de gestantes e a realização completa do pré-natal, proporcionando, assim, uma gravidez saudável e tranquila, do período gestacional à chegada do novo membro à família.

Por meio deste trabalho, torna-se possível afirmar que pequenas ações podem transformar contextos, sentimentos, e modos de ver, rever, viver e reviver a gestação. Ainda, as atividades em grupo não devem ser pensadas apenas como uma forma de suprir a demanda de trabalho, mas, sim, como meio de oportunizar a socialização, a integração e as trocas de experiências e saberes entre os participantes.

Por fim, esperamos sensibilizar outros profissionais de saúde a incluírem em suas práticas cotidianas ações como esta, vivenciando experiências gratificantes, com potenciais benefícios para a clientela que assistem.

REFERÊNCIAS

1. Silva LS, Pessoa FB, Pessoa DTC, Cunha VCM, Cunha CRM, Fernandes CKC. Análise das mudanças fisiológicas durante a gestação: desvendando mitos. *Revista Eletrônica FMB*. 2015; 8(1):1-16.
2. Santos AB, Santos KEP, Monteiro GTR, Prado PR, Amaral TLM. Autoestima e qualidade de vida de uma série de gestantes atendidas em rede pública de saúde. *Cogitare Enferm*. 2015; 20(2):389-96.
3. Silva RA, Ores LC, Mondin TC, Rizzo RNR, Moraes IGS, Jansen K, Pinheiro RT. Transtornos mentais comuns e auto-estima na gestação: prevalência e fatores associados. *Cad Saúde Pública*. 2010; 26(9):1832-8.
4. Velho MTAC, Riesgo I, Zanardo CP, Freitas AP, Fonseca R. A reincidência da gestação na adolescência: estudo retrospectivo e prospectivo em região do sul do Brasil. *Saúde e Pesquisa*. 2014; 7(2):261-73.
5. Ribeiro JF, Luz VL, Sousa AS, Silva GLL, Feitosa VC, Sousa MFA. Contribuição do pré-natal para o parto normal na concepção do enfermeiro da estratégia saúde da família. *Rev. Interd*. 2016; 9(1):161-70.
6. Silva MZN, Andrade AB, Bosi MLM. Acesso e acolhimento no cuidado pré-natal à luz de experiências de gestantes na Atenção Básica. *Saúde Debate*. 2014; 38(103):805-16.
7. Galvão MTG, Alexandre HO, Dantas PB, Lima ICV, Lopes EM. Uso da fotografia no processo do cuidar: tendências das ações de enfermagem. *Cienc. enferm*. 2013; XIX(3):31-3.
8. Lima PVSF, Soares ML, Fróes GDR, Machado JR, Santos SM, Alves ED. Luta de humanização do parto e nascimento da Universidade de Brasília: relato de experiência. *Rev Gestão & Saúde*. 2015; 6(3):2783-98.
9. Gomes MAF, Dimenstein M. Pesquisa qualitativa em Psicologia e Saúde Coletiva: experimentações com o recurso fotográfico. *Psicol. cienc. prof*. 2014; 34(4):804-20.
10. Moura EL, Kimura AF, Praça NS. Ser gestante soropositivo para o Virus da Imunodeficiência Humana: uma leitura à luz do Interacionismo Simbólico. *Acta Paul Enferm*. 2010; 23(2):206-11.

PROCESSO DE SUBMISSÃO

O processo de submissão é feito somente no endereço: <http://revista.portalcofen.gov.br>. O periódico utiliza o sistema de avaliação por pares, preservando o sigilo, com omissão dos nomes de avaliadores e autores. Os artigos submetidos, adequados às normas de publicação, após a pré-análise do Editor Chefe, são enviados aos Editores Associados para seleção de consultores. Finalizada a avaliação dos consultores, o Editor Associado encaminha uma recomendação ao Editor Chefe que decidirá pela aprovação, reformulação ou recusa do artigo.

Podem ser submetidos artigos originais e artigos de revisão.

FORMATO E ESTRUTURA DOS MANUSCRITOS

Artigos originais

São manuscritos que apresentam resultados de pesquisa inédita de natureza qualitativa ou quantitativa. São também considerados artigos originais as reflexões teóricas opinativas ou analíticas.

Artigos de revisão

Estudos de revisão integrativa da literatura, de revisão sistemática com ou sem metanálise.

Os artigos devem ser estruturados com os seguintes tópicos: título, resumos, introdução, objetivo(s), metodologia, resultados, discussão, conclusão e referências.

Identificação do manuscrito

Título: conciso e informativo;

Autoria: nome(s) do(s) autor(es), indicando a titulação máxima, vínculo institucional e endereço eletrônico do autor correspondente. Os autores devem especificar, em formulário próprio (modelo 1), a participação na elaboração do manuscrito;

Idioma: serão aceitos textos em português, espanhol e inglês;

Limite de palavras: o número máximo de palavras é de 3.500, incluindo títulos, resumos e descritores nas três línguas (português, inglês e espanhol) e referências;

Formatação: papel A4 (210 x 297 mm), margens de 2,5 cm em cada um dos lados, letra Times New Roman com corpo 12, espaçamento duplo e redigido em Word;

Resumo e descritores: o resumo deverá conter de 100 a 150 palavras, identificando objetivos, metodologia, resultados e conclusões. Os artigos deverão apresentar os resumos em português, inglês e espanhol, sequencialmente na primeira página, incluindo títulos e descritores nos respectivos

idiomas. Os descritores, separados por vírgulas, devem ser em número de três a cinco, sendo aceitos somente os vocábulos incluídos na lista de "Descritores em Ciências da Saúde - DeCS-Lilacs", elaborada pela Bireme (acessível em <http://decs.bvs.br>), ou no Medical Subject Heading - MeSH (acessível em www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh). Para ensaio clínico, apresentar o número do registro ao final do resumo; **Ilustrações:** as ilustrações incluem tabelas, figuras e fotos, inseridas no texto, numeradas, consecutivamente, com algarismos arábicos, na ordem de apresentação. A numeração sequencial é separada para tabelas, figuras e fotos. O título das ilustrações deve ser breve, inserido na parte superior e as notas, quando necessárias, estar após a identificação da fonte. Em caso do uso de fotos, os sujeitos não podem ser identificados sem apresentar permissão, por escrito, para fins de divulgação científica. As ilustrações precisam ser claras para permitir sua reprodução em 8 cm (largura da coluna do texto) ou 17 cm (largura da página). Para ilustrações extraídas de outros trabalhos previamente publicados, os autores devem providenciar permissão, por escrito, para a reprodução das mesmas, encaminhando-a na submissão dos manuscritos;

Limitações do estudo: posicionados no final da discussão.

Referências: as referências estão limitadas a 25, apresentadas no formato Vancouver Style (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html). É preciso identificar as referências no texto por números arábicos, entre parênteses e sobreescritos. Quando se tratar de citação sequencial, separe os números por traço (ex.: 3-8); quando intercalados, use vírgula (ex.: 1, 4, 12). Na citação dos autores, quando houver mais de um, liste os seis primeiros seguidos de et al., separando-os por vírgula. As citações diretas (transcrição textual) devem estar no corpo do texto, independentemente do número de linhas, e identificadas entre aspas, indicando autor e página(s) (ex.: 1:20-21);

Agradecimentos e Financiamento: posicionados no fim do texto;

Aspectos éticos: manuscritos resultantes de pesquisa com seres humanos ou animais, no ato da submissão, deverão vir acompanhados, no sistema on-line, da cópia da aprovação do Comitê de Ética (no caso brasileiro) ou da declaração de respeito às normas internacionais;

Transferência de direitos autorais: os artigos devem ser encaminhados com as autorizações on-line de transferência de direitos à revista (modelo 2).

Os autores devem declarar se há conflito de interesse.

E X P O S I Ç Ã O

A INDUMENTÁRIA DO CUIDAR:

símbolo de Identidade da Enfermagem
brasileira no período de 1890 – 1942

Curadoria: Maria Júlia Lemos



DA TOUCA AO AVENTAL.
CONHEÇA A HISTÓRIA DA ENFERMAGEM
BRASILEIRA DO PONTO DE VISTA DO
VESTUÁRIO.

OUTUBRO DE 2016

Segunda a sexta-feira, das 8h às 19h

ESPAÇO CULTURAL ENF. DR. ELIOENAI DORNELLES ALVES
SEDE DO COFEN – CLN Qd 304, Lote 09, Bloco E, Asa Norte, Brasília-DF
Informações: (61) 3329-5800

Realização



Iniciativa e Apoio

