



**Isabelle Cordeiro de Nojosa Sombra
(Organizadora)**

DISCURSOS, SABERES E PRÁTICAS DA ENFERMAGEM 3

Atena
Editora
Ano 2019



**Isabelle Cordeiro de Nojosa Sombra
(Organizadora)**

DISCURSOS, SABERES E PRÁTICAS DA ENFERMAGEM 3

Atena
Editora
Ano 2019

2019 by Atena Editora
Copyright © Atena Editora
Copyright do Texto © 2019 Os Autores
Copyright da Edição © 2019 Atena Editora
Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira
Diagramação: Natália Sandrini
Edição de Arte: Lorena Prestes
Revisão: Os Autores



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição Creative Commons. Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores. Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Conselho Editorial

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

Profª Drª Adriana Demite Stephani – Universidade Federal do Tocantins
Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Alexandre Jose Schumacher – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Antonio Gasparetto Júnior – Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia
Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Farias – Universidade Estácio de Sá
Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima
Prof. Dr. Fabiano Tadeu Grazioli – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Profª Drª Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Universidade Federal do Maranhão
Profª Drª Miranilde Oliveira Neves – Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Sandra Regina Gardacho Pietrobon – Universidade Estadual do Centro-Oeste
Profª Drª Sheila Marta Carregosa Rocha – Universidade do Estado da Bahia
Prof. Dr. Rui Maia Diamantino – Universidade Salvador
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Ciências Agrárias e Multidisciplinar

Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano
Prof. Dr. Antonio Pasqualetto – Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Profª Drª Diocléa Almeida Seabra Silva – Universidade Federal Rural da Amazônia
Prof. Dr. Écio Souza Diniz – Universidade Federal de Viçosa
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Jorge González Aguilera – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Júlio César Ribeiro – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

Ciências Biológicas e da Saúde

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

Ciências Exatas e da Terra e Engenharias

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto
Prof. Dr. Alexandre Leite dos Santos Silva – Universidade Federal do Piauí
Profª Drª Carmen Lúcia Voigt – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Prof. Dr. Juliano Carlo Rufino de Freitas – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

| Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG) | |
|---|--|
| D611 | <p>Discursos, saberes e práticas da enfermagem 3 [recurso eletrônico] / Organizadora Isabelle Cordeiro de Nojosa Sombra. – Ponta Grossa, PR: Atena Editora, 2019. – (Discursos, saberes e práticas da enfermagem; v. 3)</p> <p>Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader Modo de acesso: World Wide Web Inclui bibliografia. ISBN 978-85-7247-876-2 DOI 10.22533/at.ed.762192312</p> <p>1. Enfermagem – Pesquisa – Brasil. 2. Enfermagem – Prática. I. Sombra, Isabelle Cordeiro de Nojosa. II. Série.</p> <p style="text-align: right;">CDD 610.73</p> |
| Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422 | |

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná - Brasil
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br

APRESENTAÇÃO

A obra “*Discursos, Saberes e Práticas da Enfermagem*” aborda uma série de estudos realizados na área da Enfermagem, sendo suas publicações realizadas pela Atena Editora. Em sua totalidade está composta por 6 volumes, sendo eles classificados de acordo com a área de abrangência e temáticas de estudo. Em seus 25 capítulos, o volume III aborda diferentes aspectos relacionados à Enfermagem, desde assuntos inerentes ao processo de avaliação em saúde, quanto os fatores que envolvem os principais enfrentamentos da profissão.

As pesquisas sobre avaliação em saúde, surgem trazendo publicações sobre iniquidade, infraestrutura, humanização e organização dos serviços de saúde no Brasil. Em se tratando de saúde ocupacional, a vertente é estudada desde a formação profissional até a atuação propriamente dita do profissional nos serviços assistenciais.

Quando se trata da evolução da Enfermagem enquanto ciência, bem como de sua atuação nos mais diversas vertentes, é inquestionável a sua importância e os avanços obtidos até os dias de hoje. No entanto, mesmo diante da necessidade desse profissional para a qualidade na assistência à saúde e demais ramos de sua atuação, observa-se o constante adoecimento do profissional de enfermagem, havendo assim, a necessidade de medidas que visem a saúde ocupacional.

Ademais, esperamos que este livro possa fornecer subsídios para o conhecimento dos mais diversos desafios enfrentados pelos serviços de saúde no Brasil, bem como a identificação de situações que possam comprometer a qualidade de tais serviços e a consequente busca de estratégias que visem qualificá-los. Além disso, objetivamos com o presente volume dessa obra, fortalecer e estimular a prática clínica de enfermagem através de pesquisas relevantes envolvendo os aspectos evolutivos de sua essência enquanto ciência que cuida, bem como estimular a sensibilização para observação das necessidades de saúde ocupacional mediante o reconhecimento do profissional e promoção da saúde do profissional de enfermagem.

Isabelle C. de N. Sombra

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| CAPÍTULO 1 | 1 |
| A IMPORTÂNCIA DA IMPLANTAÇÃO DO AMBULATÓRIO INTERDISCIPLINAR PARA TRATAMENTO CONSERVADOR EM USUÁRIOS RENAIIS CRÔNICOS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR ALBERTO ANTUNES (Hupaa), NO ESTADO DE ALAGOAS | |
| Marcela Araújo Galdino Caldas Elysia Karine Nenes Mendonça Ramires Fernanda Paula Sena Colares Jaqueline Maria Silva dos Santos Júnia Costa Vaz de Almeida Maíra Fontes da Silva | |
| DOI 10.22533/at.ed.7621923121 | |
| CAPÍTULO 2 | 13 |
| A UTILIZAÇÃO DO COLAR CERVICAL NO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR: UMA REVISÃO INTEGRATIVA | |
| Andrio Corrêa Barros Ana Leticia Lago Da Luz Ludmylle Rodrigues Silva França Raylena Pereira Gomes Said Antonio Trabulsi Sobrinho | |
| DOI 10.22533/at.ed.7621923122 | |
| CAPÍTULO 3 | 20 |
| INIQUIDADE NA SAÚDE! | |
| Elizete Maria de Souza Bueno Claudia Carina Conceição dos Santos Mariângela Conceição dos Santos Marcia Kuck Kelly Bueno Sanhudo | |
| DOI 10.22533/at.ed.7621923123 | |
| CAPÍTULO 4 | 28 |
| A PERCEPÇÃO DO DISCENTE DE ENFERMAGEM ACERCA DA HUMANIZAÇÃO: O PROCESSO DE FORMAÇÃO E O RESGATE DA <i>LEBENSWELT</i> PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM | |
| Bianca Marques dos Santos Ticiane Roberta Pinto Goés Rose Mary Costa Rosa Andrade Silva Eliane Ramos Pereira | |
| DOI 10.22533/at.ed.7621923124 | |
| CAPÍTULO 5 | 38 |
| DESENVOLVIMENTO DE UMA TÉCNICA PARA A AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO DE TECIDOS COMO BARREIRA FÍSICA AOS FLUIDOS E ÀS BACTÉRIAS | |
| Felipe Lazarini Bim Lucas Lazarini Bim Rachel Maciel Monteiro André Pereira dos Santos Marinila Buzanelo Machado Evandro Watanabe | |
| DOI 10.22533/at.ed.7621923125 | |

CAPÍTULO 6 49

A VISITA MULTIPROFISSIONAL EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO: CONCATENANDO SABERES PARA A INTEGRALIDADE DO CUIDADO EM SAÚDE

Gabriella de Araújo Gama
Elizabeth Moura Soares de Souza
Karine de Moura Cavalcante
Gustavo Henrique de Oliveira Maia
Anny Suellen Rocha de Melo
Fernanda Correia da Silva

DOI 10.22533/at.ed.7621923126

CAPÍTULO 7 55

PHYSICAL-STRUCTURAL EVALUATION OF MATERIAL AND STERELIZATION CENTERS IN PRIMARE CARE UNITS

Francisco Gilberto Fernandes Pereira
Sarah Nilkece Mesquita Araújo Nogueira Bastos
Jayne Ramos Araújo Moura
Rhanna Emanuela Fontenele Lima de Carvalho

DOI 10.22533/at.ed.7621923127

CAPÍTULO 8 68

AVALIAÇÃO DO CONTEXTO ORGANIZACIONAL DO PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE EM CAXIAS-MA

Tatyanne Maria Pereira de Oliveira
Joseneide Teixeira Câmara
Beatriz Mourão Pereira
Núbia e Silva Ribeiro
Tharlíane Silva Chaves
Leônidas Reis Pinheiro Moura
Hayla Nunes da Conceição
Bruna Carolynne Tôrres Müller
Helayne Cristina Rodrigues
Francielle Borba dos Santos
Ananda Santos Freitas
Leticia de Almeida da Silva

DOI 10.22533/at.ed.7621923128

CAPÍTULO 9 81

AVANÇOS E PERCALÇOS FRENTE À REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

Paula Cristina da Silva Cavalcanti
Ines Leoneza de Souza
Hercules Rigoni Bossato
Regina Célia Correa Pinto
Flávia Marques Diniz da Costa
Érica Torres Duarte
Paula Cristina da Silva Cavalcanti

DOI 10.22533/at.ed.7621923129

CAPÍTULO 10 94

A SÍNDROME DE BURNOUT SOB O OLHAR DA ENFERMAGEM

Mayrla da Silva Bezerra
Luana Géssica Freire Martins
Carine Severo Freire
Raimundo Nonato de Holanda Filho

| | |
|--|------------|
| CAPÍTULO 11 | 99 |
| ACIDENTES OCUPACIONAIS POR MATERIAIS BIOLÓGICOS NOTIFICADOS EM ALAGOAS | |
| Linda Concita Nunes Araújo Margarete Batista da Silva Juliana de Moraes Calheiros Ana Simone Silva do Nascimento Arly Karolyne Albert Alves Santos Arlyane Albert Alves Santos Camila Correia Firmino Maely Nunes Araújo | |
| DOI 10.22533/at.ed.76219231211 | |
| CAPÍTULO 12 | 112 |
| AFASTAMENTO DO TRABALHO E SOFRIMENTO FÍSICO E MENTAL EM TÉCNICOS DE ENFERMAGEM DO CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA | |
| Rafael Mondego Fontenele Cristina Maria Douat Loyola | |
| DOI 10.22533/at.ed.76219231212 | |
| CAPÍTULO 13 | 126 |
| CONTROLE SOCIAL: NÍVEL DE CONHECIMENTO DOS CONSELHEIROS DE SAÚDE | |
| Silvana Cavalcanti dos Santos Natália Nunes de Araújo Rhaíza Victória Feitoza Pires Cabral Sílvia Camêlo de Albuquerque Izadora Fernanda Feitoza Pires Cabral Marcelo Flávio Batista da Silva Jefferson Nunes dos Santos Caio Clayderman Ferreira de Lima e Silva | |
| DOI 10.22533/at.ed.76219231213 | |
| CAPÍTULO 14 | 139 |
| CUIDADOS À POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA | |
| Fabiana Ferreira Koopmans Donizete Vago Daher Magda Guimarães de Araujo Faria Hermes Candido de Paula Andressa Ambrosino Pinto | |
| DOI 10.22533/at.ed.76219231214 | |
| CAPÍTULO 15 | 152 |
| AUTOESTIMA E ESTILO DE VIDA DOS ENFERMEIROS ASSISTENCIAIS DE UM HOSPITAL BAIANO | |
| Viviane Medeiros Avena Andrea Gomes da Costa Mohallem Maria Mercedes Fernandez Samperiz | |
| DOI 10.22533/at.ed.76219231215 | |

| | |
|---|------------|
| CAPÍTULO 16 | 167 |
| DETERMINANTES E CONSEQUÊNCIAS DO ABSENTEÍSMO ENTRE TRABALHADORE(A)S DE ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL DA REDE PÚBLICA | |
| Silvio Arcanjo Matos Filho Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza Ninalva de Andrade Santos Thereza Christina Mó Y Mó Loureiro Varella | |
| DOI 10.22533/at.ed.76219231216 | |
| CAPÍTULO 17 | 177 |
| <i>BURNOUT</i> NA EQUIPE DE ENFERMAGEM NO AMBIENTE HOSPITALAR | |
| Potiguara de Oliveira Paz Lauana Gottens Del Sent Dagmar Elaine Kaiser | |
| DOI 10.22533/at.ed.76219231217 | |
| CAPÍTULO 18 | 190 |
| ESTRESSE OCUPACIONAL DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM: UMA REVISÃO INTEGRATIVA | |
| Laryssa Veras Andrade Samuel Miranda Mattos Açucena Leal de Araújo Mairi Alencar de Lacerda Ferraz Sarah Ellen da Paz Fabricio Lara Lídia Ventura Damasceno Thereza Maria Magalhães Moreira | |
| DOI 10.22533/at.ed.76219231218 | |
| CAPÍTULO 19 | 203 |
| GRAUS DE SATISFAÇÃO COM O PROCESSO DE TRABALHO, SOBRECARGA LABORAL E ATITUDES DE ENFERMEIROS EM SERVIÇOS COMUNITÁRIOS DE ATENÇÃO AOS USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: ESTUDO CORRELACIONAL | |
| Carolina Fernandes Santos Bianca Cristina Silva de Assis Maria Odete Pereira Mark Anthony Beinrer | |
| DOI 10.22533/at.ed.76219231219 | |
| CAPÍTULO 20 | 217 |
| PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E ACADÊMICO E SÍNDROME DE BURNOUT EM RESIDENTES MULTIPROFISISONAIS | |
| Rodrigo Marques da Silva Ihago Santos Guilherme Cristilene Akiko Kimura Osmar Pereira dos Santos Maria Fernanda Rocha Proença Débora Dadiani Dantas Cangussu Carla Chiste Tomazoli Santos Ana Lúcia Siqueira Costa Laura de Azevedo Guido | |
| DOI 10.22533/at.ed.76219231220 | |

CAPÍTULO 21 240

KNOWLEDGE OF NURSING GRADUATION STUDENTS ON PALIATIVE CARE

Barbara Fernandes Custódio
Adriana de Moraes Bezerra
Naanda Kaanna Matos de Souza
Karina Ellen Alves de Albuquerque
Andreliny Bezerra Silva
Kelly Suianne de Oliveira Lima
Liana Ingrid Cândido Ferreira
Sarah Lucena Nunes
Francisco Ayslan Ferreira Torres
Antonio José Silva dos Santos
Amanda Vilma de Oliveira Lacerda
Maiara Bezerra Dantas

DOI 10.22533/at.ed.76219231221

CAPÍTULO 22 253

**ÓTICA DA FAMÍLIA FRENTE À VISITA DOMICILIAR DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA:
REPERCUSSÕES DO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO DO IDOSO**

Wanderson Alves Ribeiro
Bruna Porath Azevedo Fassarella
Keila do Carmo Neves
Ana Lúcia Naves Alves
Larissa Meirelles de Moura
Raimunda Farias Torres Costa
Juliana de Lima Gomes
Roberta Gomes Santos Oliveira
Andreia de Jesus Santos
Priscila Antunes Figueiredo da Silva Costa
Júlia Ferreira
Ana Carolina Mendes Soares Benevenuto Maia

DOI 10.22533/at.ed.76219231222

CAPÍTULO 23 268

**ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: ACOLHIMENTO A PESSOAS PORTADORAS DE DOENÇAS
CRÔNICAS**

Margarete Batista da Silva
Linda Concita Nunes Araújo
Rosa Caroline Mata Verçosa
Camila Correia Firmino
Maely Nunes de Araújo

DOI 10.22533/at.ed.76219231223

CAPÍTULO 24 276

NIVEIS DE ESTRESSE EM ESTUDANTES DE ENFERMAGEM

Maria Angélica Melo e Oliveira
Patrícia Magnabosco

DOI 10.22533/at.ed.76219231224

CAPÍTULO 25287

O ESTRESSE NA EQUIPE DE ENFERMAGEM E SUA INTERFACE COM A QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA

Yasmim Rathes dos Santos
Francisco Carlos Pinto Rodrigues
Aline Zuse de Freitas Borges
Katryn Corrêa da Silva
Vivian Lemes Lobo Bittencourt
Narciso Vieira Soares
Patrícia Grzeca

DOI 10.22533/at.ed.76219231225

SOBRE A ORGANIZADORA..... 294

ÍNDICE REMISSIVO 295

A IMPORTÂNCIA DA IMPLANTAÇÃO DO AMBULATÓRIO INTERDISCIPLINAR PARA TRATAMENTO CONSERVADOR EM USUÁRIOS RENAIIS CRÔNICOS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR ALBERTO ANTUNES (HUPAA), NO ESTADO DE ALAGOAS

Data de aceite: 25/11/2019

Marcela Araújo Galdino Caldas

Enfermeira no Hospital Universitário Professor
Alberto Antunes (HUPAA)
Maceió - AL

Elysia Karine Nenes Mendonça Ramires

Nutricionista no Hospital Universitário Professor
Alberto Antunes (HUPAA)
Maceió – AL

Fernanda Paula Sena Colares

Enfermeira no Hospital Universitário Professor
Alberto Antunes (HUPAA)
Maceió – AL

Jaqueline Maria Silva dos Santos

Acadêmica de Enfermagem pela Faculdade de
Tecnologia de Alagoas (FAT)
Maceió - AL

Júnia Costa Vaz de Almeida

Psicóloga no Hospital Universitário Professor
Alberto Antunes (HUPAA)
Maceió - AL

Maíra Fontes da Silva

Enfermeira no Hospital Universitário Professor
Alberto Antunes (HUPAA)
Maceió – AL

RESUMO: O presente trabalho aborda a atuação da equipe interdisciplinar na busca por uma melhor adesão dos pacientes renais

crônicos ao tratamento renal conservador. Tem como objetivo demonstrar a importância da atuação da equipe para a melhoria na adesão ao tratamento renal conservador, para tal descreve o que é o tratamento renal conservador, as ações da equipe de saúde neste tratamento e avalia a importância das ações do enfermeiro para melhorar a adesão. Trata-se de um estudo descritivo, baseado em uma revisão de literatura sobre a implantação de um ambulatório interdisciplinar para tratamento conservador em usuários renais crônicos. Como resultados, identificou-se que no âmbito psicossocial, existem muitos fatores que podem afetar os pacientes com IRC, como: a restrição de tempo, limitação para viagens de longa permanência, restrições alimentares, disfunções sexuais, restrições para o trabalho, conflitos com a família, medo da morte. Percebe-se que a maioria dos indivíduos iniciam o tratamento de diálise despreparados, inseguros e descompensados clinicamente, fatores que podem colaborar para uma baixa aceitação de sua atual condição de saúde e conseqüentemente a não adesão ao tratamento e baixa qualidade de vida. Conclui-se que a DRC provoca mudanças repentinas no cotidiano dos pacientes, criando limitações para realizar as atividades de vida diária, ocorrem inúmeras perdas nos âmbitos profissional,

social, sexual e psicológico. A atuação do ambulatório multidisciplinar associado ao investimento em ações de promoção da adesão ao tratamento pode contribuir para a melhor qualidade de vida dos usuários.

PALAVRAS-CHAVE: Adesão ao tratamento, tratamento conservador, equipe interdisciplinar.

1 | INTRODUÇÃO

A doença renal crônica vem despertando o interesse de muitos profissionais, visto que sua incidência vem aumentando em todo o mundo. Desta forma, tem sido considerada um problema de saúde pública, que atinge a população mundial e dispende grande quantia de recursos para tratá-la. (MADEIRO et al., 2010,p. 547).

Conforme Roso Et Al (2013) é considerada uma patologia silenciosa, por não apresentar sinais e sintomas prévios significativos e tem no tratamento renal conservador a possibilidade de reduzir o ritmo de progressão da doença renal, manter a função renal, melhorar as condições clínicas, psicológicas e sociais do usuário.

Destacam-se os ambulatórios voltados para o tratamento renal conservador, que prepararam os pacientes que possuem indicações das referidas terapias, encaminhando-os para a confecção de acessos venosos, imunização, ajustando medicações e corrigindo complicações como: anemia e distúrbios eletrolíticos e ácido-básicos.

As condutas supracitadas tem o objetivo de diminuir os impactos causados ao indivíduo quando precisa iniciar uma terapia renal substitutiva (hemodiálise, diálise peritoneal) de emergência, sem qualquer preparo ou tratamento prévio.

No entanto, existe um problema real, trata-se da escassez de diagnóstico precoce das comorbidades que colaboram com o aumento da incidência e prevalência de DRC. Desta forma, quando o paciente consegue ser atendido por um nefrologista, já se encontra em um estágio muito avançado da DRC, muitas vezes, com indicação de iniciar uma terapia renal substitutiva.

Tendo em vista a relevância dos ambulatórios interdisciplinares, o trabalho se propõe a descrever o que é o tratamento conservador e dentro deste tratamento descrever suas ações e avaliar a importância do ambulatório para uma melhor adesão do paciente ao tratamento, pois nos últimos anos muitos trabalhos tem como foco a insuficiência renal crônica, sendo pouco os estudos referentes ao tratamento conservador.

Desta forma, tem-se como objetivo geral demonstrar a importância do ambulatório interdisciplinar para a melhoria na adesão ao Tratamento Renal Conservador e como objetivos específicos : descrever o que é o Tratamento Renal

Conservador e identificar a importância das ações do ambulatório interdisciplinar no Tratamento Renal Conservador;

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, baseado em uma revisão de literatura, com abordagem qualitativa que não se preocupa com representatividade numérica, mas, sim, com o aprofundamento da compreensão de um grupo social, de uma organização, etc.

Após o levantamento bibliográfico, foi realizado estudo para compreender o tratamento renal conservador, seu funcionamento, metodologia e benefícios para o usuário, de forma que possamos avaliar a importância do ambulatório de tratamento renal conservador para a melhor adesão ao tratamento proposto, a fim de otimizar o resultado do mesmo bem como melhorar a qualidade de vida do indivíduo.

3 | REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Contextualizando a Insuficiência Renal Crônica

O corpo humano é composto por diversos sistemas, que trabalham interligados e em sincronia, visando à manutenção da vida, entre esses, o sistema urinário desempenha um importante papel. Destacam-se os rins, com sua “função básica de limpar o plasma sanguíneo de substâncias indesejáveis para o organismo” (FERMI, 2010, p.12).

No entanto, as funções renais são inúmeras,

Regulam também a água e os eletrólitos do corpo. Fazem com que permaneça constante o meio interno (homeostase), cuja estabilidade é imprescindível para a vida. Os rins também funcionam como glândula endócrina (papel no metabolismo de vitamina D, sistema renina-angiotensina, síntese de eritropoietina, entre outras). Pode-se dizer que os rins eliminam, equilibram (homeostase) e produzem (LIMA et al., 2009, p.162).

Diante da importância destes órgãos, percebe-se o quanto qualquer comprometimento do mesmo pode afetar a fisiologia do organismo. Entre as patologias renais, existem dois tipos das chamadas insuficiências renais, a saber: Lesão Renal Aguda (LRA), antes denominada Insuficiência Renal Crônica, e Doença Renal Crônica (DRC), também denominada Doença Renal Crônica Terminal (DRCT).

Entre as principais causas que levam a DRC estão o diabetes melitus (DM) e a hipertensão arterial sistêmica (HAS). Existem outros fatores, porém, em menor escala: rins policísticos, doenças autoimunes, glomerulonefrites, lesão ou trauma nos rins, pielonefrites, entre outros.

Daugirdas et al.(2016) afirma que há várias definições, mas adota o conceito da US Preventive Health Service que utiliza a taxa de filtração glomerular (TFG) < 60 ml/min ou lesão renal por no mínimo 3 meses e entre os fatores de risco, identifica: doença cardiovascular, tabagismo, obesidade, idade maior que 60 anos, origem indígena e histórico familiar de DRC, hipertensão e diabetes melito. A TFG é definida como “o volume de soro depurado pelos rins por unidade de tempo[...] depende da área de superfície corporal e da idade” (DAUGIRDAS et al., 2016, p. 04).

Atualmente, a DRC é dividida em cinco estágios, que variam de acordo com a progressão da doença e baseia-se na Kidney Disease Outcome Quality Initiative (KDOQI) da National Kidney Foundation (NKF), explicado por Daugirdas et al. (2016) da seguinte forma: Estágios I e II são os mais leves, nestes, existe a evidência de lesão renal, mas a TFG ainda está acima de 60 ml/min, enquanto nos estágios 3, 4 e 5, a TFG está respectivamente inferior a 60, 30 e 15 ml/min.

A partir do estágio 4, já deve ser iniciada a preparação para uma futura terapia de substituição renal, o paciente já deve estar acompanhado por um nefrologista e os fatores de risco associados a doença cardiovascular e a evolução da DRC devem estar sendo tratados. Deve-se sempre atentar para os fatores de risco visto que a sobrevivência dos pacientes com doença renal terminal (DRET) está diretamente relacionada a condição na qual o mesmo iniciou o tratamento de substituição renal.

Silva (2015) relata que a partir da década passada ficou evidente que a progressão da DRC em pacientes com diferentes patologias renais e aos cuidados de nefrologistas poderia ser retardada ou mesmo interrompida com medidas como controle rigoroso da pressão arterial e emprego de medicamentos bloqueadores do eixo renina-angiotensina-aldosterona (ERAA), entre outras.

Quando a IRC é diagnosticada em um indivíduo, há duas possibilidades: iniciar o tratamento renal conservador ou o tratamento para substituição parcial das funções renais, definidos como: diálise, que dependendo do processo adotado pode ser hemodiálise ou diálise peritoneal e transplante renal. Esses mantêm a vida, porém não promovem a cura.

De acordo com Riella (2003), a hemodiálise consiste na diálise realizada por uma máquina, a qual promove a filtração extracorpórea do sangue. A National Kidney Foundation considera que a dose ideal de hemodiálise já se encontra estabelecida mundialmente: frequência de três vezes por semana e duração de 4 horas cada sessão, com a meta e manutenção de uma taxa de remoção de ureia (Kt/V) em torno de 1,2.

Desta forma, para atingir a meta de redução da taxa de mortalidade faz-se necessário destinar as pesquisas realizadas atualmente para outras áreas, a exemplo da adesão do paciente ao regime terapêutico proposto.

3.2 O Preparo do Paciente para a Hemodiálise

O preparo de um paciente para a diálise inclui diversas medidas, a saber: escolha da modalidade de diálise, do local de realização, instituição de acesso venoso, atualização do esquema vacinal, seguimento nutricional rigoroso e controle de ingesta líquida.

Segundo Lima et al (2009), o portador de doença renal crônica tem suas necessidades humanas básicas afetadas, necessitando de assistência qualificada e individualizada, pois cada indivíduo pode sentir em maior ou menor necessidade as manifestações da uremia, que consiste em sinais e sintomas que resultam da perda de todas as funções renais (excretora, endócrina e metabólica) quando a filtração glomerular está abaixo de 20-30 ml/min.

O encaminhamento do paciente com doença renal crônica para um serviço especializado é imprescindível, quanto antes esse paciente conseguir ser atendido nestes serviços maiores serão as chances de lentificar a progressão da doença renal, utilizando tratamentos adequados, com os quais poderão prevenir complicações da uremia, como a desnutrição, anemia, desidratação, descompensação diabética, desequilíbrios hidroeletrólíticos e ácido básico, osteodistrofia renal, hipertensão grave.

Neste sentido,

A IRC requer adaptação ou, pelo menos, adesão do cliente ao tratamento dialítico, visto que muitas pessoas não conseguem adaptar-se ao novo estilo de vida, apenas aderem por ser essencial para a manutenção da vida. Indivíduos submetidos à diálise enfrentam perdas e alterações estressantes da imagem e das funções orgânicas. Como consequência dessas perdas, muitas pessoas submetidas à diálise tornam-se deprimidas e ansiosas. Não obstante, a maioria consegue adaptar-se à diálise ou, pelo menos, aderir ao tratamento (MADEIRO et al., 2010,p. 547).

No âmbito psicossocial, existem muitos fatores que podem afetar os pacientes com DRC, como: a restrição de tempo, limitação para viagens de longa permanência, restrições alimentares, disfunções sexuais, restrições para o trabalho, conflitos com a família, medo da morte.

Em relação à adesão ao tratamento, a importância do suporte social e do apoio oferecido pela equipe de saúde é considerado um recurso essencial na aceitação da doença e do tratamento.

Segundo Oliveira et al.(2016) a DRC provoca mudanças repentinas no cotidiano dos pacientes, criando limitações para realizar as atividades de vida diária e gerando um grande impacto nas emoções e na qualidade de vida do paciente e além dos impactos fisiológicos e emocionais, ocorrem inúmeras perdas nos âmbitos profissional, social, sexual e psicológico.

Deve-se considerar que os pacientes com DRC são envolvidos por diversos

sentimentos de conflito, visto a dependência a medicamentos, dieta, realização de exames e a situação vida-morte que a doença provoca.

As autoras Medeiros e Sá (2011) relatam que a compreensão da visão dos portadores de doença renal crônica sobre a sua patologia e importância do tratamento a nível ambulatorial é de extrema significância para identificar o grau de conhecimento dessa população.

Sabe-se que o autocuidado inclui: tomada de medicamentos, seguimento de uma dieta adequada as condições de saúde, seguimento de hábitos de vida saudáveis, entre outras atitudes, que juntas podem melhorar as condições clínicas dos usuários e retardar o início de terapias renais substitutivas.

A equipe tem um papel fundamental, no entanto, a adesão ao tratamento é em grande parte determinada pelas atitudes do paciente, considerando que o mesmo é responsável por todas as medidas supracitadas. Apesar da grande influência e colaboração dos profissionais e familiares, a decisão por aderir ou não ao tratamento depende do indivíduo com doença renal crônica.

Prezzoto (2014) relata que a adaptação a um novo estilo de vida geram muitas mudanças relacionadas a rotina destes pacientes, visto que a própria patologia impõe distintas necessidades, como a alteração nos hábitos alimentares e na ingestão hídrica, o tratamento medicamentoso rigoroso, a necessidade da realização semanal das sessões dialíticas.

A orientação e o apoio da equipe multidisciplinar a esses pacientes com o objetivo de facilitar o entendimento sobre a sua doença, almejando a superação das diferenças e das mudanças em seu estilo de vida é imprescindível.

O enfoque no autocuidado visa reforçar para o usuário a importância que o mesmo possui no seu tratamento, já que também passa a ser responsável pelo mesmo. Não se trata de diminuir a responsabilidade da equipe multidisciplinar, mas sim, de dá autonomia ao indivíduo e fazê-lo entender que o resultado de seu tratamento também depende de sua aceitação.

Desta forma, percebe-se que há um ciclo, que precisa ser contínuo: a equipe precisa está treinada e receptiva para preparar o paciente, este necessita ser bem preparado, mas também está aberto para receber os ensinamentos e colocar em prática. Porém, há uma continuidade, é um processo que permeia todo o tratamento, devendo haver uma troca entre os elementos envolvidos.

Para tal, deve-se perceber e valorizar o paciente renal crônico e tentar entender as suas necessidades e motivações, fato que pode contribuir para a sua cooperação com a equipe e conseqüentemente para a valorização da sua própria vida, de forma que assuma as suas responsabilidades e possa aderir ao tratamento proposto e cumprir com suas obrigações.

De acordo com Martins (2008), a adesão ao tratamento de hemodiálise é difícil

para os pacientes, pois poucos tratamentos são tão complexos e exigentes como o prescrito para estes. A autora ainda utiliza a definição da Organização Mundial de Saúde (2004) para explicar a complexidade do termo adesão, que consiste no grau de concordância entre o comportamento de uma pessoa – tomar o medicamento, realizar dieta ou mudanças nos hábitos de vida – e a as prescrições de saúde.

“A adesão ao tratamento é considerada um processo multifatorial, fundamentado na parceria entre quem cuida e quem é cuidado, através do qual se estabelece uma aproximação que possibilita abertura para o diálogo” (SILVEIRA; RIBEIRO, 2015, p.94).

Para Marciel (2015), a adesão é um processo no qual o sujeito atende às expectativas do tratamento proposto, seguindo as orientações e prescrições recomendadas pela equipe multiprofissional. O autor refoça a ideia afirmando que a adesão proporciona a melhoria do quadro clínico dos usuários e o conhecimento dos fatores que a envolvem é imprescindível.

Ainda o mesmo autor defende que a aceitação da doença e o reconhecimento da importância do tratamento proposto leva o indivíduo a seguir as recomendações dadas pelos profissionais, reduzindo as complicações da DRC e melhorando suas condições clínicas. Para ele, tal fato confere maior autonomia ao paciente na busca de alternativas de superação das dificuldades e a possibilidade de adaptar-se à nova condição de saúde.

Em estudo realizado por Marciel (2015) foi identificado que os pacientes demonstraram ter pouco conhecimento acerca de sua patologia, limitando-se apenas ao discernimento das causas subjacentes ao problema renal e a um entendimento superficial sobre a doença. O autor percebeu que o conhecimento mostrou-se restrito às consequências da DRC e às limitações impostas pelo tratamento relacionado à dieta e à ingestão hídrica.

Ao analisar Coutinho (2011), percebe-se a problemática da constatação acima, visto que para o autor o déficit de conhecimento influencia negativamente no processo de autocuidado, pois os pacientes com baixa instrução têm dificuldade de compreender as recomendações dadas, obtendo maior índice de abandono ao tratamento.

É justamente nesse momento que a atuação da equipe multidisciplinar é evidenciada, pois a mesma dispõe de artifícios, como a educação em saúde com enfoque na promoção do conhecimento, que pode subsidiar a abordagem dos pacientes e enriquecer os resultados obtidos na busca pela adesão do mesmo, apesar das limitações impostas pela condição social.

Salientando o exposto, Prezzoto (2014) afirma que a equipe de saúde pode desempenhar um papel fundamental no enfrentamento do paciente e de sua família quando inseridos num processo de doença crônica.

O autor defende que a confiança depositada pelo paciente na equipe multidisciplinar é um fator preponderante na questão da adesão ao tratamento, deixando o paciente mais a vontade para o diálogo com a equipe, expondo suas dúvidas, medos e idéias, facilitando desta forma a construção do vínculo entre paciente e equipe que o assiste.

Grasselli (2012) já atentava para essas mudanças e limitações físicas e psicossociais, destacando os inúmeros problemas secundários que surgem, como isolamento social, incapacidade para trabalhar, depressão, pessimismo e desistência do tratamento. Por essa razão, defende que a presença da família e da equipe de saúde é fundamental para resgatar nos indivíduos a vontade de viver, a autoestima e o autocontrole no decurso da enfermidade.

Atrelado a tais fatores deve-se ainda considerar que a interação dos doentes renais crônicos com os demais pacientes, seus familiares e a equipe multiprofissional proporciona a troca de experiências e pode ser utilizado como um excelente meio de conhecimento de sua patologia e tratamento.

Daugirdas et al. (2016), destaca a necessidade da equipe profissional que cuida de tais pacientes reconhecer a percepção de qualidade de vida dos mesmos, considerando que a diálise pode interferir diretamente sobre a referida percepção e esta, por sua vez, está relacionada à maior sensação de bem estar que pode tornar o paciente mais propenso a aderir às prescrições de diálise.

Percebe-se que a não-adesão ao tratamento é uma dificuldade na assistência ao paciente. De acordo com Maldaner et al. (2008), o tratamento requer trabalho em equipe, envolvendo o esforço dos profissionais de saúde e a utilização da tecnologia disponível, mas principalmente, requer a colaboração e o envolvimento da pessoa portadora da patologia no cuidado de si.

Na realidade, deve-se considerar imprescindível a assistência da equipe multidisciplinar aos pacientes em hemodiálise, aliados ao conhecimento científico, a fim de melhorar sua atuação, principalmente a enfermagem, que tem o cuidar como essência da profissão e é extremamente intervencionista, seja no âmbito individual ou coletivo.

Para Marciel (2015), a equipe multidisciplinar deve compartilhar as responsabilidades com os pacientes, formando uma aliança terapêutica, na qual os profissionais de saúde têm a função de envolver o paciente e seus familiares em um processo de adaptação, diminuindo as dúvidas e esclarecendo a importância da aderência à terapia para o bem estar e redução da mortalidade, que é algo tão presente nesse grupo de paciente com patologias crônicas.

O paciente deve ser visto não apenas como um ser individual, a família também precisa estar inserida nesse processo de cuidar, pois a doença altera a rotina dos membros familiares.

Nessa perspectiva, Rosso (2013) relata que a promoção e o encorajamento para o cuidado de si é um dos caminhos para melhorar a autoestima e orientar o enfrentamento da doença e a adaptação a nova rotina.

O estímulo ao autocuidado e a adesão ao tratamento é um dos objetivos do atendimento nos ambulatorios para pacientes em tratamento renal conservador, considerando que ao controlar as patologias crônicas já instaladas aumentam-se as chances de manter o vínculo para um maior apoio na manutenção do tratamento conservador.

Acredita-se que a linguagem adequada durante a realização das orientações aos pacientes é fundamental nesse processo, visto que uma linguagem mais técnica pode contribuir a não adesão dos pacientes ao tratamento. O apoio da equipe multiprofissional é fundamental para que o indivíduo e seus acompanhantes possam assimilar e responder melhor a vivência da doença crônica e do tratamento.

4 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

O atendimento nos ambulatórios de tratamento renal conservador, geralmente, funcionam da seguinte forma: o médico consulta e encaminha o paciente ao atendimento multiprofissional, durante este atendimento a equipe faz uma escuta do paciente e uma triagem que vai permitir conhecer a sua realidade e demandas existentes.

Após esse primeiro contato, o indivíduo pode ser encaminhado ao atendimento individual com o psicólogo, o nutricionista, o assistente social e o enfermeiro, além de outros serviços, como: sala de vacina para a imunização, laboratório afim de realizar exames, secretarias de saúde, na qual darão entrada nos benefícios que lhes são garantidos e a farmácia excepcional para adquirirem as medicações que necessitam para iniciar o tratamento.

Atualmente, existem nove instituições de saúde que ofertam tratamento hemodialítico na cidade de Maceió, destas, apenas uma é composta apenas por pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS), que é a Unidade do Sistema Urinário do Hospital Universitário (HUPAA). As demais atendem usuários do SUS, de convênios de saúde e particulares.

Durante as atividades desenvolvidas no ambulatório interdisciplinar, observou-se que a equipe conhece a necessidade da adesão para o sucesso do tratamento, no entanto, sente-se desestimulada em persistir com ações para melhorar a mesma por acreditar que os pacientes não colaboram com o seu tratamento.

No entanto, as causas que podem colaborar para a não adesão ao tratamento, muitas vezes, são desconhecidas ou não são trabalhadas seja dentro da equipe multiprofissional, com o próprio paciente ou com sua família.

Diante do aumento no número de usuários renais que eram encaminhados para atendimento, percebeu-se a importância da detecção precoce das doenças renais, com o objetivo de realizar ações capazes de retardar e preparar tais usuários para a fase da falência total dos rins, que tem como consequência a necessidade de iniciar terapias de substituição renal, a saber: diálise peritoneal, hemodiálise e transplante renal.

Percebeu-se que uma parcela dos pacientes inicia o tratamento de diálise despreparada, insegura e descompensada clinicamente, fatores que podem colaborar para uma baixa aceitação de sua atual condição de saúde e conseqüentemente a não adesão ao tratamento, visto que, se não há entendimento da importância do mesmo, o valor atribuído poderá ser muito pouco, fazendo muitos pacientes acreditarem que comparecer as sessões de hemodiálise é suficiente.

Quando as políticas de promoção da saúde e prevenção de agravos não são prioridades em um sistema de saúde o resultado é uma sobrecarga na rede de alta complexidade, pois se não houver prevenção, os agravos aparecerão em maior número e as doenças demandaram mais cuidados e gastos, este é o cenário nacional em relação as patologias renais.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A doença renal crônica tem um grande impacto na vida dos indivíduos acometidos e de suas famílias. É inegável que a DRC provoca mudanças repentinas no cotidiano dos pacientes, criando limitações para realizar as atividades de vida diária e gerando um grande impacto nas emoções e na qualidade de vida do indivíduo, além dos impactos fisiológicos e emocionais, ocorrem inúmeras perdas nos âmbitos profissional, social, sexual e psicológico.

O trabalho interdisciplinar enfrenta desafios, no entanto, a articulação de saberes é uma proposta de trabalho enriquecedora não apenas para o usuário, como também para a equipe, como possibilidade de favorecer uma assistência integral em saúde e ofertar um atendimento de mais qualidade dentro do serviço.

É muito importante identificar a percepção de qualidade de vida dos pacientes e considerar que a diálise pode interferir diretamente sobre a referida percepção e esta, por sua vez, está relacionada à maior sensação de bem estar que pode tornar o paciente mais propenso a aderir ao tratamento proposto.

Nesse sentido, o investimento em ações de promoção da adesão ao tratamento pode contribuir para a melhor qualidade de vida dos usuários, que pode influenciar na aceitação da patologia e conseqüentemente proporcionar melhorias para o tratamento, assim como diminuir os índices de internamento e morbimortalidade.

Todas essas medidas, sem dúvidas, podem contribuir para um melhor empenho da equipe, pois quando o profissional percebe que suas ações estão gerando resultados, sentem-se mais estimulados para investir em melhorias na assistência prestada, principalmente quando se trata de vidas.

O perfil do indivíduo que necessita de uma terapia renal substitutiva e são atendidos nos ambulatórios para tratamento renal conservador: são pacientes que, muitas vezes, estão revoltados por não terem se cuidado e como resultado terão suas rotinas modificadas radicalmente.

Diante do exposto, ressalta-se a importância da equipe interdisciplinar, com sua atuação na construção de ações contínuas de educação em saúde, na identificação das necessidades do indivíduo assistido, visto o tempo de convivência com o mesmo, na assistência as suas demandas e na motivação da equipe em persistir acreditando na capacidade de adesão dos pacientes ao tratamento, como forma de otimizar os resultados preteridos e em consequência os resultados preteridos.

REFERÊNCIAS

Coutinho NPS, Tavares MCH. **Atenção ao paciente renal crônico, em hemodiálise, sob a ótica do usuário.** Cad. Saúde Colet. 2011; 19(2). Disponível: www.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2011_2/artigos/csc_v19n2_232-239.pdf. Acesso: 06 de setembro de 2018.

DAUGIRDAS, J. T. et al. . **Manual de Diálise.** 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

FERMI, M.R.V. **Diálise para Enfermagem: guia prático.** 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

GRASSELLI, CSM, Chaves ECL, Simão TP, Botelho PB, Silva RR. Avaliação da qualidade de vida dos pacientes submetidos à hemodiálise. Rev. Bras. Clin. Med. 2012; 10(6). Disponível: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2012/v10n6/a3185.pdf>. Acesso: 06 de setembro de 2018.

LIMA, E.X.; SANTOS, I.; SOUZA, E.R.M. Tecnologia e o Cuidar de Enfermagem em Terapias Renais Substitutivas. São Paulo: Atheneu, 2009.

MACIEL, C.G.; FERRAZ, R.N.; FRANÇA, V.V.; FRAZÃO, I.S.; BORBA, A.K.O.T. **Adesão ao tratamento hemodialítico: percepção dos pacientes renais crônicos.** Cogitare Enferm. 2015 Jul/set; 20(3): 540-547. Disponível em: Acesso: 06 de setembro de 2018.

MADEIRO, A. C. et al . **Adesão de portadores de insuficiência renal crônica ao tratamento de hemodiálise.** Acta paul. enferm., São Paulo , v. 23, n. 4, p. 546-551, abril, 2010 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000400016&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 de outubro de 2017.

MALDANER et al. **Fatores que Influenciam a Adesão ao Tratamento na Doença Crônica: o doente em terapia hemodialítica.** Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre; vol.29, n.4, p.647-653, dez, 2008. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/7638/4693>. Acesso em: 20 de outubro de 2017.

MARTINS, R. R. . **Elaboração e Avaliação de Indicadores Comportamentais de Aderência ao Tratamento Hemodialítico.** 2008. 117 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal

do Rio Grande do Norte, Natal, 2008. Disponível em: <<http://www.natal.rn.gov.br/bvn/publicacoes/remersonm.pdf>. > Acesso: 20 de outubro de 2017.

MEDEIROS, MCWC; Sá, MPC. **Adesão dos Portadores de doença Renal crônica ao tratamento conservador.** Rev Rene, Fortaleza, 2011 jan/mar; 12(1):65-72. Acesso: 03 set 2016. Disponível em http://www.revistarene.ufc.br/vol12n1_pdf/a09v12n1.pdf

OLIVEIRA et al. Qualidade de vida de pacientes em hemodiálise e sua relação com mortalidade, hospitalizações e má adesão ao tratamento. Jornal Brasileiro de Nefrologia, Paraná, v.38, n. 4, p.411-420, out. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/jbn/v38n4/pt_0101-2800-jbn-38-04-0411.pdf. Acesso: 20 de outubro de 2017.

PACHECO GS, Santos I, Bregman R. **Características de clientes com doença renal crônica: evidências para o ensino do autocuidado.** R Enferm UERJ, Rio de Janeiro, 2006 jul/set; 14(3):434-9. Acesso em 03 set.2016. Disponível em <http://www.revenf.bvs.br/pdf/reuerj/v14n3/v14n3a16.pdf>

PREZOTTO, K.H.; ABREU, I. S.; O paciente renal crônico e a adesão ao tratamento hemodialítico. Rev enferm UFPE on line., Recife, 8(3):600-5, mar., 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/9715/9794>. Acesso em: 06 de setembro de 2018.

ROMÃO Junior JE. **Doença Renal Crônica: Definição, Epidemiologia e Classificação.** J Brás Nefrologia. 2004 ago.; XXVI(3Supl. 1): S1-3.

ROSO, CC; Beuter, M; Brondani, CM; Timm, AMB ; Pauletto, MR; Cordeiro, FR. **O autocuidado de doentes renais em tratamento conservador: uma revisão integrativa.** Rev. pesqui. cuid. fundam. (Online); 5(5,n.esp): 102-110, dez. 2013. tab. Acesso em 03 set.2016. Disponível em <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-700269>

ROSO, CC; Beuter,M; Kruse, MHL; Perlim, NMOG; Jacobi, CS; Cordeiro,FR **O cuidado de si de pessoas em tratamento conservador da doença renal crônica.** Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2013 Jul-Set; 22(3): 739-45. Acesso: 03 set 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n3/v22n3a21.pdf>

SILVEIRA, L. M. C. ; RIBEIRO, V. M. B. **Grupo de adesão ao tratamento: espaço de “ensinagem” para profissionais de saúde e pacientes.** Interface, Botucatu, v. 9, n. 16, fev. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000100008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 de outubro de 2017.

A UTILIZAÇÃO DO COLAR CERVICAL NO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Data de aceite: 25/11/2019

Andrio Corrêa Barros

Pós graduando em Gestão da Assistência em Urgência e Emergência. Enfermeiro no Atendimento Pré-Hospitalar. São Luís-MA.

Ana Leticia Lago Da Luz

Pós graduanda em Saúde da Família. Enfermeira assistencial do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU. Porto Franco-MA.

Ludmylle Rodrigues Silva França

Pós- graduanda em Gestão da Assistência em Urgência e Emergência Enfermeira da estratégia de saúde da família. Bom Jesus das Selvas-MA.

Raylena Pereira Gomes

Professora da Faculdade Pitagoras, São Luís-MA.

Said Antonio Trabulsi Sobrinho

Mestrando em Gestão de Programas e Serviços de Saúde. Enfermeiro assistencial do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU. Porto Franco-MA.

RESUMO: O trauma é um evento devastador da sociedade atual contribuindo para dados de uma epidemia silenciosa e devastadora. É necessária a redução desses índices e do impacto que causa em nossa sociedade. A abordagem as vitima politraumatizadas por meio de atendimentos pré-hospitalares é o principal fator, já que o atendimento pré-

hospitalar móvel tem como objetivo em sua assistência, chegar de forma imediata e precoce a vitima e prestar atendimento como o transporte correto evitando assim sofrimentos e sequelas. A reflexão sobre a utilização do colar cervical no atendimento pré-hospitalar é de extrema importância. Ainda hoje, em 2019 com todas as atualizações preconizadas e estudos que abordam o tema, percebemos grandes divergências e dificuldades que afetam diretamente a relevância da utilização do colar cervical. Este trabalho teve por objetivo avaliar através da revisão integrativa a importância, a utilização correta e as iatrogênias na utilização do colar cervical, buscando responder a seguinte pergunta: quais as recomendações da utilização do colar cervical na atuação do atendimento pré-hospitalar ? Abrangendo o período 2006 à 2018. A pesquisa nas bases de dados ocorreu no período de maio a setembro de 2019.

PALAVRAS-CHAVE: Colar cervical, trauma, imobilização e Enfermagem.

USING CERVICAL NECKLACE IN PRE-HOSPITAL CARE: AN INTEGRATIVE REVIEW

ABSTRACT: Trauma is a devastating event in today's society that contributes to the data

of a silent and devastating epidemic. It is necessary to reduce these rates and their impact on our society. Attention and approach as victims of multiple trauma through prehospital ventures is the main factor since either mobile prehospital care aims to assist them, reach the victim immediately and early and provide care, such as the correct transportation. thus used sufferings and sequelae. A reflection on the use of the cervical collar in prehospital care is extremely important. Even today, in 2019, with all the recommended updates and studies that address the theme, we noticed major divergences and difficulties that directly affect the relevance of the use of cervical collar. This study aimed to evaluate the integrative review of importance, correct use and iatrogenesis in the use of cervical collar, seeking answers to the following questions: what questions such as the use of cervical collar in the performance of prehospital care? Spanning the period 2006 to 2018. A database search took place from May to September 2019.

KEYWORDS: Cervical collar, trauma, immobilization and nursing.

INTRODUÇÃO

Oliveira(2010) e Braga et al.(2005), definem o trauma como um evento devastador da sociedade atual contribuindo para dados de uma epidemia silenciosa e devastadora, de forma a ser intitulado como um problema na área da saúde pública.

Essas mudanças sociais atrelado ao desenvolvimento automobilístico trouxe grandes problemas a saúde pública ao Brasil, enfatizando aqui os acidentes em geral(REZENDE NETA et al.,2012).

Segundo Calil(2007), é necessária redução desses índices e do impacto que causa em nossa sociedade. Isso faz com que seja enfatizada a atenção e abordagem as vitimas politraumatizadas por meio de atendimentos pré-hospitalares.

A enfermagem precisa agir de maneira ágil e com eficácia para alcançar a redução de gravidades das lesões e assim não contribuir pro crescimento do grande numero do óbitos por essa causa, uma vez que o enfermeiro é quem identifica as lesões e agravos e gerencia toda a assistência através de todo conhecimento técnico científico adquirida(LORENZO et al.,2009).

Assim através da portaria de nº 2.048 de 2002, que regulamenta os sistemas de urgências e emergências, o atendimento pré-hospitalar móvel tem como objetivo em sua assistência, chegar de forma imediata e precoce a vitima e prestar atendimento, como o transporte correto para um serviço de saúde evitando assim sofrimentos e sequelas. Segundo o Ministério da Saúde o atendimento pré-hospitalar é primário quando ocorre em pedido de socorro de um cidadão, e o secundário quando o chamado vem a partir de um serviço de saúde o qual já tenha realizado o atendimento

inicial precisando de um transporte com maior suporte.

No que diz respeito à atuação da equipe de enfermagem no APH percebe-se o controle circulatório, a abertura de vias aéreas, se sobressaindo a imobilização, principalmente a da coluna cervical através do colar adequado e posicionado de forma correta (SILVA et al, 2016).

Dessa forma, a reflexão sobre a utilização do colar cervical no atendimento pré-hospitalar é de extrema importância. Ainda hoje, em 2019 com todas as atualizações preconizadas e estudos que abordam o tema, percebemos grandes divergências e dificuldades que afetam diretamente a relevância da utilização do colar cervical.

Partindo disso, essa pesquisa tem grande relevância no âmbito científico no propósito de buscar na literatura respostas à pergunta que norteia o estudo. Nesse contexto, este trabalho teve por objetivo avaliar através da revisão integrativa a importância, a utilização correta e as iatrogênias na utilização do colar cervical, buscando responder a seguinte pergunta: quais as recomendações da utilização do colar cervical na atuação do atendimento pré-hospitalar ?

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, abrangendo o período 2006 à 2018. A pesquisa nas bases de dados ocorreu no período de maio a setembro de 2019. Para a realização deste estudo, transcorreram-se as seguintes etapas: seleção do tema, estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão do tema, categorização dos estudos, análise dos estudos, interpretação dos resultados e apresentação da pesquisa.

Quanto às bases de dados relacionados com as ciências da saúde, utilizou-se SCIELO, LILACS e PUBMED. A busca bibliográfica nas bases de dados teve como base os descritores: Colar cervical, trauma, imobilização, Enfermagem; Obtidos a partir dos Descritores em Ciências da Saúde da Biblioteca Virtual em Saúde(SBV), cruzados entre si, nas bases de dados tanto em português quanto em inglês.

Utilizaram-se os seguintes critérios de inclusão: artigos que respondem a pergunta norteadora, disponíveis na íntegra e que continham dados coletados na atuação da enfermagem no atendimento pré-hospitalar como também protocolos atuais para esse fim.

Foram excluídos os estudos após a leitura preliminar dos títulos, que não contribuíram para a discussão e alcance do objetivo da presente pesquisa. Quanto às limitações encontradas para realização do estudo, destacamos que devido à novidade do tema, ao aplicar os filtros estabelecidos, o número de registro ficou bem limitado resultando a necessidade de ampliar a investigação.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 20 artigos finais à serem incluídos na revisão, analisaram-se 16 de acordo com critérios de relevância e pertinência, incluindo-se o total de 12. Os 12 estudos selecionados, foram encontrados no SCIELO, LILACS e PUBMED. Sobre a originalidade das pesquisas quanto ao idioma a maior prevalência era em português e inglês.

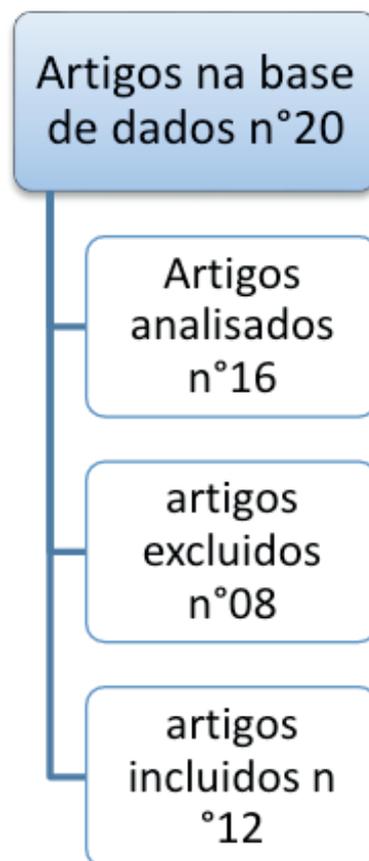


Figura 1- Processo de seleção dos estudos nas bases de dados

Fonte: Autores, 2019

O atendimento pré-hospitalar (APH) acontece no ambiente extra-hospitalar por profissionais capacitados visando prevenir os agravos das lesões existentes e o não acometimento de desenvolver iatrogenias (National of emergency medical technicians, 2007).

Em seus achados, Praça et al.(2017) expõe que o local de atendimento dos chamados tem maior predomínio em via publica urbana, e descreve quanto aos procedimentos relacionados a imobilização e proteção da coluna cervical, torno de 87,6% é realizado no pré-hospitalar de acordo com protocolos nacionais e internacionais de trauma.

Fica evidente nos trabalhos utilizados, a necessidade dos procedimentos

realizados no pré-hospitalar estejam de acordo com o protocolo de suporte avançado do advanced trauma life support (ATLS) e do Prehospital Trauma Life Support (PHTLS).

Através do protocolo validado pela American College of Surgeon, Atualmente a estabilização da coluna cervical é o primeiro passo na abordagem ao paciente vítima de politrauma, antes mesmo da estabilização da via aérea. Já devendo a coluna cervical esta estabilizada evitando a lesão secundária a medula espinhal cervical. Tal manobra é acentuada como padrão-ouro no atendimento pré-hospitalar.

Para Malvestio (2009), quanto ao objetivo do uso do colar cervical, destaca a imobilização do pescoço de modo a prevenir o surgimento de lesões ou agravar algum já preexistente.

A proteção da coluna cervical dos pacientes traumatizados deve ser realizada até que seja eliminada a probabilidade de lesão, mesmo que precise manusear as vias aéreas é imprescindível à imobilização da cabeça e do pescoço. Devendo ser inicialmente manual e assim que possível substituída pelo colar cervical para manter o alinhamento da cabeça com o pescoço (ALFARO; MATTOS, 2013).

Sundheim (2006) e Bell et al. (2009), concordam em seus estudos que até 25% das lesões secundárias à medula espinhal cervical decorrem do inadequado manejo e estabilização cervical no atendimento pré-hospitalar.

Um aspecto relevante, é que somente o colar cervical rígido utilizado isoladamente não reduz a mobilização da região cervical. Percebe-se que a combinação do colar cervical e blocos laterais fixados a prancha rígida possui maiores resultados comparado com a eficácia do colar cervical isolado (Diretrizes da AANS/CNS)

O maior percentual dos pacientes, geralmente é jovem, do sexo masculino, e a principal causa de internação, é por acidente com motocicleta. Observando que o principal diagnóstico médico é o TCE, imobilizado com colar cervical (CORREIA et al., 2016).

Mattos e Silvério (2012), expõe sobre a responsabilidade da retirada do colar cervical e a direciona como responsabilidade médica, devido a importância de se manter a permeabilidade das vias aéreas e da identificação de ausência de lesão na coluna cervical.

Casagrande et al.(2013), relata em sua pesquisa sobre os procedimentos realizados, o total de 88 vezes a colocação do colar cervical e 104 utilizações da prancha rígida em vítimas de trauma. Foi observado que mesmo sendo preconizado o uso concomitante, o percentual da prancha cervical não coincide com a colocação do colar cervical.

Damiani (2017), ressalta que nos dias atuais, o atendimento adequado do APH é quando o paciente recebido na sala de emergência, vítima de politrauma foi

atendido segundo preconizado pelo suporte avançado de vida no trauma. Percebido pelo habitual cenário do paciente com colar cervical, prancha rígida, blocos lateral e embrulhado com protetor térmico. Ainda destaca que existe um consenso para que não se aplique indiscriminadamente o colar cervical e utilização sem os demais dispositivos de imobilização.

A National Association of Emergency Medical (2011), instrui que a colocação do colar cervical deve ser criteriosa. Deve-se utilizar com o tamanho adequado, pois o colar de tamanho apropriado fara a imobilização de forma eficiente. Um colar menor que o ideal, pode promover uma imobilização parcial e um maior por sua vez uma hiperextensão cervical no paciente assistido pelo APH.

Assim, tornou-se imprescindível o enfoque ao atendimento pré-hospitalar, de maneira a minimizar a morbimortalidade no atendimento ao traumatizado(REZENDE et al.,2012). Percebendo assim, o fundamental papel do enfermeiro na assistência ao paciente traumatizado.

Diante disso, Mattos e Silvério(2012) destacam que compete ao enfermeiro, identificar lesões e agravos, uma vez que esse profissional possui habilidades e competências necessárias para o enfrentamento do problema como um todo.

Santos et al.(2018), relata em seus achados a importância que o profissional enfermeiro tem na assistência do APH, destacando a necessidade de sua atuação para minimizar sequelas e realizar um atendimento eficaz a uma assistência adequada ao paciente politraumatizado.

CONCLUSÃO

Através da revisão de literatura é possível concluir que esse estudo favorece boas práticas e devolutivas positivas para o profissional na atuação pré-hospitalar por meio de uma assistência rápida e eficaz diante do uso do colar cervical conforme as diretrizes nacionais e internacionais.

Portanto, a dificuldade enfrentada pelos enfermeiros na atuação da equipe frente ao paciente politraumatizado está no manuseio e na abordagem inicial do atendimento. Com isso, a imobilização da coluna cervical do paciente vitima de politrauma, principalmente em acidentes automobilísticos deve-se ser através da abordagem inicial, com o uso correto do colar cervical, tamanho adequado e sem o uso isolado. Seguindo as recomendações dos protocolos preconizados no atendimento pré-hospitalar. O uso do colar precisa reduzir a mobilização da coluna cervical e seu uso deve ser realizado com blocos laterais fixados a prancha rígida.

REFERÊNCIAS

- ALFARO D, MATTOS FILHO H. **Atendimento pré-hospitalar ao traumatizado**. Tradução de: PHTLS Prehospital Trauma Life Suporte, 6th ed. São Paulo: Elsevier, 2007. ATLS. Manual do curso de aluno. Colégio Americano de Cirurgia, comitê do trauma, Ed. 8º, 2013.
- BELL KM, FRAZIER EC, SHIVELY CM, HARTMAN RA, ULIBARRI JC, LEE JY, KANG JD, ET AL. **Assessing range of motion evaluate the adverse effects ill-fitting cervical orthoses**. Spine. 2009;9(3):225-31.
- Brasil. Portaria n. 2.048, de 5 de novembro de 2002. **Aprova o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência**. Brasília (DF); 5 nov. 2002. Disponível: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html.
- CASAGRANDE, D; STAMM B; LEITE, MT. **Perfil dos atendimentos realizados por uma Unidade de Suporte Avançado do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) do Rio Grande do Sul**. Rev. Scientia Medica (Porto Alegre) 2013; volume 23, número 3, p. 149-155.
- CORREIA C A; ABREU, RND; MOREIRA, MOVT; RODRIGUES, AMU. **Caracterização dos pacientes em uso do colar cervical**. Rev. Enferm UFPI.2016.;5:28-31.
- DAMIANI, D. **Uso rotineiro do colar cervical no politraumatizado. revisão crítica**. Recebido do Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo. Rev Soc Bras Clin Med. 2017 abr-jun;15(2):131-6.
- MALVESTIO MA. **Reanimação e estabilização na cena e no transporte no atendimento pré-hospitalar**. In: Souza RMC, Calil AM, Paranhos WY, Malvestio MA. Atuação no trauma: uma abordagem para a enfermagem. São Paulo: Atheneu; 2009. p. 181-203.
- MATTOS, LS; SILVÉRIO, MR. **Avaliação do indivíduo vítima de politraumatismo pela equipe de enfermagem em um serviço de emergência de santa catarina**. Rev Bras Promoç Saúde, Fortaleza, 25(2): 182-191, abr./jun., 2012. DOI: 10.5020/18061230.2012.P182.
- National of Emergency Medical Technicians. PHTLS: **Atendimento pré-hospitalar ao traumatizado**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2007.
- PRAÇA WR, MATOS MCB, FIORAVANTI RK, MAGRO MCS, HERMANN PRS. **Perfil epidemiológico e clínico de vítimas de trauma em um hospital do Distrito Federal**, Brasil. Rev Pre Infec e Saúde. 2017;3(1):1-7. Disponível: <http://www.ojs.ufpi.br/index.php/nupcis/article/view/6219>.
- RIBEIRO, AC; SILVA, YB. **Enfermagem Pré-Hospitalar No Suporte Básico De Vida: Postulados Ético-Legais Da Profissão**. Rev. Cogitare Enferm. 2016 Jan/mar; 21(1): 01-08. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare>.
- SANTOS, MAS; SANTOS, LGE; OLIVEIRA, GFSM; MIRANDA, LN. **Assistência De Enfermagem Ao Paciente Politraumatizado**. Rev. Ciências Biológicas e de Saúde Unit. Alagoas. v. 4. n. 2. p. 11-22. 2018.
- SILVA HC, PESSOA RL, MENEZES RMP. **Trauma em idosos: acesso ao sistema de saúde pelo atendimento pré-hospitalar móvel**. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2016;24:e2690. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0959.2690>.
- SUNDHEIM SM, CRUZ M. **The evidence for spinal immobilization: an estimate of the magnitude of the treatment benefit**. Ann Emerg Med. 2006;48(2):217-8.
- SUNDSTROM T, ASBJORNSES H, HABIBA S, SUNDE GA, WESTER K. **Prehospital use of cervical collars in trauma patients: a critical review**. J Neurotrauma. 2014;31(6):531-40.

Data de aceite: 25/11/2019

Elizete Maria de Souza Bueno

Enfermeira, Especialista em saúde do idoso e Gerontologia, Especialista em Gestão em Enfermagem, Especialista em Docência Enfermagem, Viamão/RGS

Claudia Carina Conceição dos Santos

Enfermeira Mestre em Dor e Neuromodulação UFRGS, Especialista em Saúde do Trabalhador e em auditoria em Enfermagem, Cachoeirinha/RGS.

Mariângela Conceição dos Santos

Técnica de Enfermagem, Porto Alegre/RGS.

Marcia Kuck

Enfermeira Especialista em Centro Cirúrgico, Alegre/RGS.

Kelly Bueno Sanhudo

Acadêmica de Enfermagem FADERGS, Viamão/RGS.

RESUMO. O atendimento de saúde adequado a todos os usuários está previsto na Constituição Federal e em todos os códigos de ética dos profissionais da saúde. Mas no cotidiano os tabus e os preconceitos levam pacientes a não seguir adequadamente o seu tratamento por serem discriminados ou estigmatizados nas instituições de saúde (BRANCO, 2004).

OBJETIVO. Estimular a discussões sobre o tema e dar visibilidade para a compreensão

de como a discriminação no atendimento às minorias étnicas na saúde se permeia.

MÉTODO. Para atender os objetivos do estudo, foi realizada revisão integrativa que define cinco etapas para a realização da revisão e que incluem a formulação do problema, coleta de dados, avaliação dos dados, análise e interpretação dos dados e apresentação dos resultados. **DESENVOLVIMENTO.** A busca no SciELO permitiu a identificação de vinte artigos, porém, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão definidos para este estudo, foram selecionadas para análise final, quatro estudos cujo tema foi: Discriminações no atendimento às minorias étnicas na saúde. Segundo a Secretaria de Políticas de Ações Afirmativas (2011) pesquisas têm evidenciado que as manifestações do racismo nas instituições são verificadas por meio de normas, práticas e comportamentos discriminatórios naturalizados no dia-a-dia de trabalhadores. Já Kalckmann (2007) refere que a população negra vem sendo e discriminada nos centros de saúde e que isso reforça um padrão estabelecido para manter as relações desiguais historicamente instituídas. Relata, também que isso é responsável pelo afastamento ou por restringir o acesso de usuários e de grupos raciais ou étnicos discriminados aos benefícios gerados pelo

Estado. **CONCLUSÕES:** A importância desses estudos para enfermagem se evidencia na preocupação dos autores em reconhecer o problema como um dos causadores das iniquidades no processo de trabalho na saúde e que a falta de investimentos em programas específicos para identificar práticas discriminatórias colaboram para esse problema.

PALAVRAS-CHAVE: Discriminação; Saúde; Equidade.

INIQUITY IN HEALTH!

ABSTRACT. Appropriate health care for all users is provided for in the Federal Constitution and all codes of ethics of health professionals. But in daily life, taboos and prejudices lead patients to not properly follow their treatment because they are discriminated or stigmatized in health institutions (BRANCO, 2004). **OBJECTIVE:** to stimulate discussions on the subject and give visibility to the understanding of how discrimination in the care of ethnic minorities in health is permeated. **METHOD:** To meet the objectives of the study, an integrative review was performed, defining five steps for the review, including problem formulation, data collection, data evaluation, data analysis and interpretation, and presentation of results. **DEVELOPMENT:** The search in SciELO allowed the identification of twenty articles; however, according to the inclusion and exclusion criteria defined for this study, four studies were selected for final analysis whose theme was: Discrimination in the care of ethnic minorities in health. According to the Secretariat of Affirmative Action Policies (2011) research has shown that the manifestations of racism in institutions are verified through norms, practices and discriminatory behaviors naturalized in the daily work of workers. Already Kalckmann (2007) states that the black population has been discriminated against in health centers and that this reinforces an established pattern to maintain historically unequal relations. It also reports that this is responsible for removing or restricting access by users and discriminated racial or ethnic groups to the benefits generated by the state. **CONCLUSIONS:** The importance of these studies for nursing is evident in the concern of the authors in recognize the problem as one of the causes of inequities in the health work process and that the lack of investments in specific programs to identify discriminatory practices contributes to this problem.

KEYWORDS: Discrimination; Cheers; Equity.

1 | INTRODUÇÃO

O atendimento de saúde adequado a todos os usuários está previsto na Constituição Federal e em todos os códigos de ética dos profissionais da saúde. Mas no cotidiano os tabus e os preconceitos levam pacientes a não seguir adequadamente o seu tratamento por serem discriminados ou estigmatizados nas

instituições de saúde (BRANCO, 2004).⁴

Apesar dos importantes avanços dos últimos anos na melhoria do valor médio de seus indicadores de saúde, o Brasil está entre os países com maiores iniquidades em saúde, ou seja, desigualdades de saúde entre grupos populacionais que além de sistemáticas e relevantes são também evitáveis, injustas e desnecessárias. “São um dos traços mais marcantes da situação de saúde do Brasil”. (Whitehead, 1992).¹²

No cristianismo, iniquidade se assemelha muito a definição de pecado, contudo entende-se que não se resume a “um pecado”, mas a “condição da prática pecaminosa” e fazendo valer a explicação acima de que quando o ser humano comete uma falta contra as orientações divinas, ele está demonstrando o seu caráter carregado de maldade e perversidade indiferente às orientações do Eterno. (LEME, 2019) ¹⁰

A iniquidade constitui-se das desigualdades nos índices de saúde que são consideradas inaceitáveis por sua desproporcionalidade e/ou caráter de injustiça, o que reflete a extrapolação de diferenças biológicas na determinação da saúde e traz à pauta a distinção social de extratos populacionais mais e menos favorecidos na organização da sociedade, a iniquidade fomenta distintos padrões de vulnerabilização ao adoecimento e chance de morte a depender do grupo social que se enfatiza (Escorel, 2001).⁶

Um dos grandes problemas do país além da discriminação na saúde é, o déficit de profissionais qualificados e equipamentos nos hospitais e centros de saúde, indo de encontro às leis que regem os Direitos Humanos Universais, que determinam que todo o ser humano deve ter o direito a uma assistência em saúde de qualidade e gratuita. ²

No Sistema Único de Saúde (SUS) a iniquidade, entre ricos e pobres repousa na natureza dos procedimentos que o sistema disponibiliza aos mais ricos, procedimentos que podem, em alguns casos, ser questionados quanto à prioridade social e até mesmo quanto à essencialidade, diante da escassez de recursos do sistema. Poucos dos que pertencem aos grupos de maior renda recorrem exclusivamente ao SUS, e a maioria nem sequer utiliza o sistema. Os que utilizam, de forma frequente ou eventual, o fazem como complemento aos planos privados de saúde ou à compra direta de serviços dos prestadores privados.¹²

A Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), intitulado as causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil, integrada por dezesseis personalidades da vida civil, científica, cultural e empresarial do país e apoiada por uma secretaria técnica instalada na FIOCRUZ, desenvolveu uma série de atividades que contribuíram para o debate nacional sobre a problemática dos determinantes sociais e das iniquidades em saúde. Estas atividades estão voltadas

para a revisão e análise de políticas e programas de intervenção sobre estes determinantes e para a comunicação aos diversos setores da sociedade sobre a importância e as possibilidades de atuação sobre eles.⁶

Segundo o Relatório do Programa das Nações Unidas em 2007, com dados de 2005, o Brasil está situado em 11º lugar entre os mais desiguais do mundo em termos de distribuição da renda, superado apenas por seis países da África e quatro da América Latina. O relatório analisa o impacto dos DSS em seus diversos níveis sobre a situação de saúde, com especial ênfase nas iniquidades em saúde.

Contemporaneamente, estudos mostram que a iniquidade impacta incisivamente sobre a saúde das minorias, cujo reflexo se evidencia através de seus mais altos índices de adoecimento físico e mental. (Batista, 2002; Clark, Anderson, Clark, & Williams, 1999; Kazarian, 2001; Pieterse & Carter, 2007), o que leva a uma pior qualidade de vida (Cruz, 2010; Nazroo & Williams, 2006; Whitfield, Weidner, Clark, & Anderson, 2003).¹

As injustiças em saúde entre grupos e indivíduos, LGBT (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, transexuais ou Transgêneros), ou seja, aquelas desigualdades de saúde que além de sistemáticas e relevantes são também evitáveis, injustas e desnecessárias, segundo a definição de Margareth Whitehead, “são um dos traços mais marcantes da situação de saúde do Brasil”.

No que se refere às condições de saúde e de vida da população negra, os indicadores que nos ajudam na avaliação são: a escolaridade, a renda familiar, as condições de moradia e saneamento.⁷

A justiça social no Brasil depende de mudanças atitudinais profundas, das quais todos somos responsáveis. A equidade social é a garantia da universalização de acesso aos direitos previstos em nossa Constituição e, portanto, chave para um projeto de sociedade justa.¹²

A fim de promover a equidade no que diz respeito à efetivação do direito humano à saúde dessa população, o Conselho Nacional de Saúde aprovou, no dia 10 de novembro de 2006, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN). Instituída pela portaria nº 992, de 13 de maio de 2009, tem como objetivo a promoção da equidade em saúde, em função de situações de risco, com vistas ao maior cuidado com a saúde da população negra.

Do ponto de vista do usuário, são criados e recriados mecanismos para a não percepção ou não aceitação de atitudes negativas por parte dos profissionais. Enquanto aqueles simulam tratamento igualitário, estes fingem não perceber que estão sendo maltratados ou fingem não saber que não têm suas necessidades contempladas de forma insatisfatória.¹¹

Em resumo, constata-se que em todas as dimensões da saúde, a população negra encontra-se em nítida desvantagem quando comparada à população branca.

Mesmo os indicadores para os quais neste estudo não foi possível apresentar dados desagregados por cor/raça, pode-se inferir, a partir das condições globais que é impossível existir, para o momento, uma situação de igualdade ou de pequena desigualdade.⁵ Assim, chegamos à seguinte questão que permeou a construção da nossa pesquisa: Há discriminações no atendimento às minorias étnicas no sistema de saúde?

Nesse contexto, temos como objetivo estimular a discussões sobre o tema e dar visibilidade para a compreensão de como a discriminação no atendimento às minorias étnicas na saúde se permeia. Desse modo, faz-se necessário compreender as narrativas dos profissionais da área e como se posicionam diante dessa política.

“Devemos tratar igualmente os iguais e desigualmente os desiguais,
Na medida de sua desigualdade”.

Aristóteles

2 | MÉTODO

Para atender os objetivos do estudo, foi realizada revisão integrativa que define cinco etapas para a realização da revisão e que incluem a formulação do problema, coleta de dados, avaliação dos dados, análise e interpretação dos dados e apresentação dos resultados. A estratégia de identificação e seleção dos estudos foi a busca de publicações nas bases de dados *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e outras publicações eletrônicas de relevância em território nacional.

Os critérios de inclusão foram: artigos escritos em português; estar disponível eletronicamente na íntegra; apresentar no título e/ou resumo, pelo menos, dois das seguintes palavras chaves: Discriminação; Saúde; Equidade e ter sido publicado durante o período de janeiro de 2000 a dezembro de 2018. Foram excluídos artigos que não estavam disponíveis gratuitamente e eletronicamente nas bases de dados estudadas.

Foi realizada a pergunta norteadora para a realização desse estudo: Há discriminações no atendimento às minorias étnicas no sistema de saúde? Após a confirmação de que o artigo entraria no estudo, foi realizado download de cada um para leitura. A análise ocorreu no mês de abril de 2018 e se deu pela leitura do artigo para o preenchimento do roteiro de coleta de dados, que buscava investigar o ano de publicação, natureza dos estudos, população estudada e os resultados.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com relação à utilização das palavras-chaves “Discriminação”, “Saúde em adição”, “Equidade” a busca permitiu a identificação de 20 artigos científicos nas bases e, utilizados 04 (Quadro 1).

| Ano/ Autores | Natureza dos estudos | População estudada | Resultados |
|--|---|---|--|
| Kalckmann et al. (2007) | Estudo exploratório de natureza descritiva. | Participantes do 2º Seminário de Saúde da População Negra do Estado de São Paulo. | Evidenciam que a população negra vem sendo discriminada nos serviços de saúde, tanto como usuários, quanto como profissionais, nos serviços públicos como nos privados. |
| Ferreira et al. (2017) | Pesquisa qualitativa. | Participaram seis travestis que residem em Teresina que acessam os serviços de saúde, selecionadas pela técnica metodológica <i>Snowball</i> . | A discriminação foi citada por todas as participantes da pesquisa, mostrando que o SUS acaba refletindo os valores de uma sociedade que coloca o sujeito heterossexual como padrão. |
| TRAD, Castellanos e Guimarães (2012) | Estudo etnográfico, ancorado na antropologia de base interpretativa. | Realizado com 18 famílias selecionadas de um bairro popular de Salvador, BA, no período de dois anos. | Os sujeitos associaram manifestações de estigma e discriminação social (observadas ou vivenciadas) mais à condição de pobreza do que à cor da pele, produzindo cidadãos de primeira e de segunda categorias e parte dos entrevistados encontrou na combinação “ser negro e pobre” um elemento que potencializa as dificuldades na relação com os serviços de saúde. |
| LEAL, Gama e Cunha (2005) | Estudo transversal. | 9.633 puérperas, oriundas de maternidades públicas, conveniadas e particulares no período de 1999 a 2001, no Município do Rio de Janeiro. | Verificaram-se dois níveis de discriminação, a educacional e a racial, que perpassam a esfera da atenção oferecida pelos serviços de saúde à população de puérperas do Município do Rio de Janeiro. |

Quadro 1 - Caracterização dos artigos sobre Discriminações no atendimento às minorias étnicas na saúde encontrados nas bases SciELO, no período de 2000 a 2018.

Em todos os trabalhos pesquisados a discriminação na saúde, tanto no rede privada quanto na rede pública está associada aos determinantes sociais da saúde, que estão relacionados às condições em que uma pessoa vive e trabalha e aos fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e fatores de risco à população, tais como moradia, alimentação, escolaridade, renda e emprego. (Organização Mundial de Saúde (OMS)).

Estudos destacaram as seguintes situações: A população negra vem sendo discriminada nos serviços de saúde, tanto como usuários, quanto como profissionais, nos serviços públicos como nos privados.¹⁶

Os resultados dos estudos de Leal, Gama e Cunha (2005) apresentaram dois níveis de discriminação, a educacional e a racial, que perpassam a esfera da atenção oferecida pelos serviços de saúde à população de puérperas.⁹

Discriminações no atendimento às minorias étnicas na saúde. Segundo a Secretaria de Políticas de Ações Afirmativas (2011), têm evidenciado que as manifestações do racismo nas instituições são verificadas por meio de normas, práticas e comportamentos discriminatórios naturalizados no dia-a-dia de trabalhadores.

Já Kalckmann (2007) refere que a população negra vem sendo discriminada nos centros de saúde e que isso reforça um padrão estabelecido para manter as relações desiguais historicamente instituídas. Refere, também que isso é responsável pelo afastamento ou por restringir o acesso de usuários e de grupos raciais ou étnicos discriminados aos benefícios gerados pelo Estado.¹⁶

4 | CONCLUSÕES

Os estudos evidenciaram, que a minorias étnicas, os adictos e os grupos Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, transexuais ou Transgêneros (LGBT) são socialmente marginalizados, alvos de preconceitos e discriminação nos centros de saúde e que isso dificulta, afasta e ou diminui o tempo de tratamentos desses pacientes fazendo com que eles não desfrutem do acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde que o SUS propicia aos demais.

A importância desses estudos para enfermagem se evidencia na preocupação dos autores em reconhecer o problema como um dos causadores das iniquidades no processo de trabalho na saúde e que a falta de investimentos em programas específicos para identificar práticas discriminatórias colaboram para esse problema.

Nesse sentido, é importante que dirigentes institucionais, coordenadores de cursos e docentes estimulem essa discussão com os profissionais e os futuros profissionais da área da saúde para que haja uma quebra nos padrões que permeiam essas desigualdades historicamente instituídas e identificar práticas discriminatórias.

Este estudo nos mostra que devemos buscar a ética como parâmetro para identificar caminhos e intervenções direcionadas e eficientes para combater e erradicar as imensas desigualdades no acesso à saúde.

REFERÊNCIAS

- 1- BASTOS, J. L., Celeste, R. K., Faerstein, E., & Barros, A. J. D. (2011). **Raça, racismo e saúde: A desigualdade social da distribuição do estresse** http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2011000300009. Acesso em:17/09/2019.
- 2- BATISTA, L. E. (2002). **Mulheres e homens negros: saúde, doença e morte** (Tese de doutorado não publicada). Universidade Estadual Paulista, Araraquara, São Paulo. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2011000300009. > em: 17/09/2019.
- 3- BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade** / Fundação Nacional de Saúde - Brasília: Funasa, 2005. 446 p.: il. <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/pop_negra/pdf/saudepopneg.pdf>. Acesso em:16/09/2019
- 4- BRANCO, Viviane M. Castello; Dilma C. Medeiros; M^a de Fátima G. Coutinho; Sônia Melges; Luciana Phebo. **Saber Viver Comunicação, 2004.**
- 5- CRUZ, Isabel CF da. **Saúde e Iniquidades. Raciais no Brasil: O caso da população Negra.** <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/rt/printerFriendly/400/95>>. Acesso em: 15/09/2019.
- 6- ESCOREL, S. **Os dilemas da equidade em saúde: aspectos conceituais.** Brasília: OPAS, 2001. Disponível em: <<http://biblioteca.planejamento.gov.br/biblioteca-tematica-1/textos/saude-epidemias-xcampanhas-dados-descobertas/texto-83-2013-os-dilemas-da-equidade-em-saude-aspectos-conceituais.pdf>>. Acesso em 17/09/2019.
- 7- FERREIRA, Breno de Oliveira et al. **Vivências de travestis no acesso ao SUS. Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 27, n. 4, p.1023-1038, dez. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <<http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312017000400009>>. Acesso em: 18/09/2019.
- 8- GRANADA, Daniel et al. **Discutir saúde e imigração no contexto atual de intensa mobilidade humana.** Interface - Comunicação, Saúde, Educação, [s.l.], v. 21, n. 61, p.285-296, jun. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0626>. Acesso em :19/09/2019/.
- 9- LEAL, Maria do Carmo; GAMA, Silvana Granado Nogueira da; CUNHA, Cynthia Braga da. **Desigualdades raciais, socio demográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001.** Revista de Saúde Pública, [s.l.], v. 39, n. 1, p.100-107, jan. 2005. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-89102005000100013>. Acesso em:19/09/2019.
- 10- LEME, Miguel. < <https://projetogospel.com/> **Significado de iniquidade**>. Acesso em:17/09/2019.
- 11- LOPES, Fernanda. **Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: Tópicos em saúde da população negra no Brasil.** < <https://pdfs.semanticscholar.org/b506/b73bbefd0f65bef3d8ffcbc633d58a97c3b4pdf>. > em:17/09/2019.
- 12- SCHULZE, Clenio Jair. **Equidade e Iniquidade no SUS e a Judicialização da Saúde.** <<https://emporiadodireito.com.br/leitura/>>. Acesso em 17/09/2019.
- 13- SECRETARIA de Políticas de Ações Afirmativas. Disponível em URL: <http://www.seppir.gov.br/noticias/ultimas_noticias/2011/10/a-equidade-na-saude-tem-que-ser-pra-valer-o-racismo-como-determinante-social-de-saude>. Acesso em: 15/09/2019.
- 14- TRAD, Leny Alves Bomfim; CASTELLANOS, Marcelo Eduardo Pfeiffer; GUIMARÃES, Maria Clara da Silva. **Acessibilidade à atenção básica a famílias negras em bairro popular de Salvador, Brasil.** Revista de Saúde Pública, [s.l.], v. 46, n. 6, p.1007-1013, dez. 2012. FapUNIFESP (SciELO). <<http://dx.doi.org/10.1590/s0034-89102012000600010>>. Acesso em:17/09/2019.
- 15 - WHITEHEAD, M., Dahlgren G. **As causas sociais das iniquidades em Saúde no Brasil.** <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.pdf>. Acesso em:17/09/2019.
- 16- KALCKMANN, Suzana; et al. **Racismo institucional: um desafio para a equidade no SUS?** <Saúde. soc. 2007, vol.16, n.2, pp. 146-155.>. Acesso em: 15/09/2019.

A PERCEPÇÃO DO DISCENTE DE ENFERMAGEM ACERCA DA HUMANIZAÇÃO: O PROCESSO DE FORMAÇÃO E O RESGATE DA *LEBENSWELT* PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM

Data de aceite: 25/11/2019

Bianca Marques dos Santos

Universidade Federal Fluminense, Niterói – Rio de Janeiro

Ticiane Roberta Pinto Goés

Universidade Federal Fluminense, Niterói – Rio de Janeiro

Rose Mary Costa Rosa Andrade Silva

Universidade Federal Fluminense, Niterói – Rio de Janeiro

Eliane Ramos Pereira

Universidade Federal Fluminense, Niterói – Rio de Janeiro

RESUMO: O presente estudo trata-se de um recorte da dissertação de mestrado intitulada “A percepção do discente de enfermagem sobre a humanização: um estudo fenomenológico em Merleau-Ponty”. Objeto: A percepção do discente de enfermagem sobre a humanização na práxis de enfermagem numa perspectiva fenomenológica em Merleau-Ponty. Objetivo: Compreender a percepção dos discentes de uma escola de enfermagem federal acerca da humanização na práxis da enfermagem. Questão norteadora: Como os discentes de enfermagem da EEAAC percebem a humanização na práxis da enfermagem? Metodologia: Trata-se de um

estudo qualitativo, do tipo estudo de campo, pautado na fenomenologia da percepção de Maurice Merleau-Ponty. O tratamento dos dados ocorreu por meio da proposta metodológica fenomenológica empírica de Amadeo Giorgi. O estudo possui anuência sob o número de registro CAAE 68456517.3.0000.5243.

1 | INTRODUÇÃO

Somos seres encarnados no mundo, compostos por nossas vivências pessoais e sociais, em construção contínua da nossa história e da história do mundo, como numa espécie de simbiose.

Os movimentos pessoais e mundanos são indissociáveis. Aos escrevermos nossa história, contribuímos para a construção da história do mundo, de tal forma que conforme a história do mundo é escrita ela contribui direta ou indiretamente na nossa construção pessoal. A construção do eu.

Essa interação fica claramente exposta nas categorias encontradas por meio da análise das entrevistas, onde os estudantes, ao falarem sobre suas percepções, citam suas vivências e o mundo ao redor.

Ao se falar de humanização, de forma

um pouco automática, nos remetemos as questões assistenciais. Porém, a humanização não se limita a esse campo. Os protocolos da PNH se referem às questões assistenciais, porém a necessidade de humanização não se restringe a esse campo.

2 | METODOLOGIA

Estudo qualitativo, do tipo estudo de campo, pautado na fenomenologia da percepção de Maurice Merleau Ponty.

Conforme aborda Minayo (2012), a pesquisa qualitativa utiliza crenças, valores significados, motivos, atitudes e aspirações, para a resolução de questões individuais. Essas variáveis correspondem a uma vivência não quantificável, sendo o espaço mais íntimo dos fenômenos, dos processos e das relações.

É de suma importância que o pesquisador fenomenológico exerça um movimento de encontro a análise, de modo que possibilite a existência do confronto da vivência com a experiência, o pesquisador conduzirá a interpretação da vivência do sujeito no mundo concreto. Essa é a ideia esperada como novo rumo para academia, um novo método, que vem a ter sido proposto inicialmente pela fenomenologia (CREMASCO, 2009).

Os estudos fenomenológicos buscam dar voz ao mais íntimo, as essências, porém dando liberdade de expressão aos participantes, por meio de perguntas abertas em que toda a vivência do indivíduo possa ser apresentada.

O campo de pesquisa é constituído por uma escola de enfermagem situada no município de Niterói, onde estão inscritos 580 alunos de graduação, distribuídos ao longo de 9 períodos.

O cenário de estudo possui um currículo com carga horária de 5.440 horas, onde 24% dessas horas são reservadas para estágio curricular (900h) e para as disciplinas que compõe a licenciatura (400h).

O objetivo do curso é formar o profissional generalista, com conhecimento amplo do campo no que diz respeito a assistência, ensino e pesquisa. Este profissional deve ser “crítico e reflexivo com competência técnico-científica, ético-política, social e educativa”, capaz de identificar as necessidades apresentadas no âmbito individual e coletivo, bem como seus determinantes, e atuar no processo saúde-doença com qualidade e competência em todos os níveis de atenção.

A relação com a profissão se inicia desde o primeiro período, de modo a tornar o curso mais atraente e estreitar as relações com as questões de saúde.

3 | RESULTADOS

A primeira categorização nos remete a problemática da percepção. Maurice Merleau-Ponty nos aponta que o processo perceptivo ocorre a partir da percepção do próprio ser, de forma individual, porém sua construção é contribuída pelo do meio externo, pelo mundo social.

O ser percebe a partir de seu próprio horizonte subjetivo, história de vida, biografia, experiências familiares. São as percepções referentes às suas vivências, construídas por meio destas.

Os estudantes apontaram que o processo de conscientização da abordagem humanizada deve partir desde os primórdios da graduação, com a visualização da alta carga horária aliada a conteúdo programático denso, muitas imposições e exigências que levam a disfunções do sono, extermínio da vida social, dentre outros.

“(...) eu acredito que são impostas muitas coisas é exigido demais do aluno, coisas que poderiam ser bem devidas, bem direcionadas e muitas vezes coisas que ficam pra cima da hora por exemplo, trabalhos, provas, que eles passam um em cima do outro e as vezes a gente nem dorme. Tem período que o aluno nem dorme, não tem vida social eu acredito que essa área da humanização fica ‘meia’ deixada de lado pelos enfermeiros docentes”. (P3)

A graduação, em uma instituição pública de ensino, possui alta carga horária, uma grade de disciplinas um tanto quanto extensa, e preenchimento quase que total dos horários semanais dos alunos.

Nessa fala fica evidente a associação da humanização a observação da dinâmica de vida imposta aos alunos por meio da grade curricular robusta.

“(...) porque a gente vê que hoje em dia na graduação a nossa vida enquanto não acadêmico, fora da faculdade não é muito valorizada. A gente não tem, principalmente nos primeiros períodos, a gente não tem tempo pra lazer, a gente não tem tempo pra fazer basicamente nada porque a faculdade é em tempo integral, final de semana tem que estudar porque tem que entregar um estudo de caso na semana seguinte, tem que entregar uma prova, tem uma prova difícil pra fazer”. (P4)

O ser humano possui necessidades básicas, que devem ser satisfeitas. Uma dessas teorias chama-se Teoria de Maslow e está pautada nas necessidades subdivididas em cinco categorias compondo uma pirâmide (MASLOW, 1943; FERREIRA; DEMUTTI; GIMENEZ, 2010).

Essa privação de necessidades básicas faz com que o estudante não ultrapasse do segundo nível da pirâmide da teoria das necessidades de Maslow, ou seja, eles alcançam a satisfação das necessidades fisiológicas e de segurança, porém as necessidades de amor/relacionamento, estima e realização pessoal, ficam carentes de satisfação.

Essa prisão ao segundo estágio da pirâmide compromete a autorrealização do

ser, que para ocorrer precisa que todos os cinco níveis da pirâmide sejam satisfeitos.

“Porque eu vejo todo mundo falando muito de humanização, mas é... quando para com o outro, por exemplo, professor entender a carga horária do aluno, é... entender que ele tem outras disciplinas, além da dele, é uma coisa que ele não entende que ele quer jogar aquela carga em cima de você e.. acaba que o aluno não dá conta”. (P9)

Os conteúdos densos, na pouca carga horária, fazem com que se aumente a sobrecarga estudantil, porém a reflexão sobre outras abordagens pedagógicas deve ser admitida, tendo em vista a existência de uma gama de formas avaliativas e de repasse de conteúdos.

“a gente entende que as disciplinas têm uma carga horária curta para um conteúdo programático muito grande e às vezes isso tem que ser meio atropelado mesmo. A gente entende. Mas talvez outras formas de aplicar esses conteúdos, de aplicar essas avaliações poderiam ajudar”. (P4)

A possibilidade de estreitamento dos laços entre alunos e clientes, por parte dos docentes durante o estágio se mostra de suma importância para os estudantes. Esse estreitamento dos laços nos remete ao se colocar no lugar do outro, a perceber suas fragilidades e necessidades subjetivas.

“Eu acho que eles poderiam, (...), deixar mais as pessoas lidar mais com o povo, com a população. Não só na questão de fazer punção, essas coisas. Mas também o que eu vejo é que eles não deixam a gente lidar muito com os pacientes, em da a mão para os pacientes, fazer essas coisas... Querem fazer muito só intervenção, só a questão da doença. Eles não têm essa coisa de você conversar com a pessoa, parar pra conversar um pouco com as pessoas. Eles não deixam. Eu acho que essa humanização podia haver mais”. (P6)

O profissional inserido há mais tempo no mercado de trabalho se mostra mais propenso a não realização do cuidado humanizado, tendo em vista o exercício de um trabalho mais mecanicista sem troca ou conversa com o cliente, e até mesmo pela possibilidade de não abordagem do tema humanização em sua formação e foco voltado ao modelo biomédico com foco na reprodução das práticas em si.

“A humanização posso ver que ela tá partindo das universidades com os recém-formados. É... não vejo muito os profissionais da antiga tendo esse... esse carinho, vejo muitas das vezes os enfermeiros que simplesmente dão o medicamento ou que simplesmente ficam na mesa só avaliando os cuidados, mas nada de chegar na beira do leito e dar um bom dia, boa tarde, boa noite. \e é isso, não tem aquela questão da troca de saber como que a pessoa se importa, não tem a conversa. Alguns é... profissionais não tá tendo essa conversa com o paciente. Não tá tendo diálogo em si. Simplesmente... ah tá prescrito o medicamento você engole pra ficar bem se você quiser melhorar e se você não quiser você fica no leito e morre. É muita das vezes essa visão que passa”. (P7)

“Eu acho que é meio que uma utopia. Assim... é um sonho que a gente tá correndo atrás, e que é muito... é uma coisa idealizada por todos, mas é... pouco praticada, tanto pelos alunos, quanto os professores e principalmente no hospital”. (P9)

“Eu percebo que (...) a prática da humanização na enfermagem ainda se dá de maneira tímida. (...) então como ainda ao meu ver é algo novo, essa prática da

humanização, é algo que tá se inserindo aos poucos dentro do campo de trabalho da enfermagem”. (P11)

A humanização é vista como algo utópico, muito falada, porém pouco praticada, e que caminha a passos lentos.

A conceituação da Lebenswelt se inicia em Husserl, e se traduz como sendo o mundo da vida. Esse mundo da vida em Husserl se caracteriza como um estado pré-reflexivo, composto pelas questões de origem intrínseca do ser (MOREIRA, 2009).

A ciência, nos leva a separação das coisas para ocorra o estudo e o entendimento pelas partes. Partimos das partes para o todo, tendo em vista que o todo é composto por partes que se distinguem entre si de forma quase que total. Por mais que funcione em conjunto, sua fragmentação é necessária tendo em vista as assimetrias de sua composição.

Esse legado cartesiano compõe a base das ciências biomédicas, que por sua vez vem a ser à base do currículo de enfermagem.

Esse currículo segue a lógica do separar para compreender. De partir das partes para o todo. Dessa maneira, somos forjados e cunhados no modelo biomédico de raciocínio e estudo.

Após a apreensão do conteúdo de forma seccionada, muitas vezes sem menção a sua função conjunta aos outros conhecimentos, nos deparamos com o desafio da articulação dos conhecimentos para compreensão. A compreensão denota um movimento global, que supõe uma holística.

Se colocar no lugar do outro, enquanto cliente e/ou familiar, explicar de forma clara e paciente acerca dos procedimentos, também são característicos da humanização.

“(...) ter aquele cuidado com o paciente, com o familiar, e prestar além da assistência, explicar o familiar o que que tá acontecendo. É... e ao paciente, né. Porque as vezes o paciente tá aqui, muita gente falando ao redor dele e ele não entende o que está se passando. Não tem uma pessoa que chegue, que converse, que explique de uma maneira mais humanizada em si. (...) Se colocar no lugar do outro. Acho que é o principal, porque você se colocando, você imaginando... Eu as vezes procuro muito imaginar: se fosse um familiar meu aqui, eu não daria o meu melhor? Então...porque não dar pra um familiar de outra pessoa também?”. (P1)

“A gente vê que às vezes as necessidades do paciente não são levadas muito em consideração e sim somente o tratamento praquela doença que ele tá no hospital, ou no ambulatório (...) pra resolver. E muita das vezes as necessidades dele vão muito mais além do que isso. E a humanização eu vejo como olhar o indivíduo como um todo tentando dar uma assistência mais voltada pras suas necessidades de acordo com aquilo que a gente pode fazer enquanto intervenção”. (P2)

“Eu vejo que, pela prática que eu tô vivendo agora, os enfermeiros que eu tô convivendo, eles... eu acredito que eles sejam muito humanizados, porque atendem o cliente ou o paciente, é... tratam respeitosamente (...) na maioria (...) eu percebi que eles agem sim de forma humanizada, se preocupam com o paciente,

é... conversam, olham perguntam, olham no rosto do paciente, que muitos nem olham pro paciente, conversam, não desdenham do paciente”. (P3)

A necessidade de se conversar sobre o cuidado humanizado, implica em ter havido a percepção de um cuidado não humanizado, o que se mostra totalmente fora de sintonia com a proposta da profissão, tendo em vista que somos humanos lidando com humanos e dependentes de cuidados.

Os estudantes percebem que a falta de habilidade em exercer o cuidado humanizado, faz parte de uma “falha do ser”. Essa suposta falha pode estar relacionada com a dificuldade de compreensão do todo, da visão holística do ser.

A reflexão sobre as técnicas, o manejo com o cliente, também se mostra fundamental para a implantação do cuidado humanizado. Manejar o cliente, refletir sobre as técnicas e situar o ser num contexto global, implica numa holística situacional. Ao se colocar no lugar do sujeito, já se começa o alicerce do cuidado humanizado.

“Se em algum momento houve a proposta da humanização, é porque houve a desumanização, então não tem como cuidar de pessoas, cuidar de pessoas que estão vulneráveis, que estão doentes, sem ser humano o suficiente pra se colocar no lugar de delas, pra entender a dor, pra entender o sofrimento dessa pessoa”. (4x)

“(...) em muitos momentos os profissionais deixam muito a desejar quanto a humanização da enfermagem, tanto que hoje em dia existe até aquele programa no sus que é o Humaniza SUS. Que é um pouco incoerente no fato de que nós somos humanos lidando com seres humanos. E aí você faz um curso pra humanizar seres humanos? Então assim você já vê que tem, não é um erro, você tá tentando consertar esse erro. Que a gente não é humano, humanizado no nosso cuidado”. (8x)

“Olha na faculdade geralmente eles trabalham essa questão com a gente, não tanto, mas assim, eles trabalham essa questão da humanização com a gente só que... eu não sei explicar mas eu acho que é falha do próprio ser (...) ao saber lidar com a pessoa, ao saber tentar compreender aquela pessoa ou o que tá acontecendo, enfim...”. (5x)

“É você precisar fazer uma coisa e não visualizar aquilo como um todo por exemplo a pessoa precisar de uma coisa x e você sabe que aquilo pode esperar. (...) são pequenas coisas que as vezes a gente não faz e que não teria problemas grandes”. (5x)

“(...) o olhar holístico né, nos permite ver esse paciente como um todo mesmo, incluir a família (...) eu acho que quando a gente se coloca como paciente ou como familiar a gente consegue enxergar o que a gente precisa fazer pra ter uma prática humanizada”. (8x)

A falha da formação também tem suas implicações no cuidado. Devemos repensar os motivos que levam a falha. Um profissional formado não estar capacitado denota um paradoxo. Porém como nos sugere Merleau-Ponty, as nossas percepções são derivadas das nossas vivências.

A assistência inadequada não se esgota nela mesma. Não é ela causa e efeito. Há um mundo que a permeia, há vivências e percepções que a corroboram. A situação deve ser analisada e compreendida como um todo, de maneira global.

“(...) hoje em dia tem muito profissional que não tem uma... que não tá assim tão capacitado para a área da saúde. Alguns cursos hoje em dia, eles não estão proporcionando ao profissional uma boa formação e isso implica na atuação dele, na assistência dele, no local de trabalho”. (P10)

Essa categoria corrobora com a visão de que as pessoas iniciaram um processo de “se dar conta” de que o modelo biomédico não dá conta de compreender o sujeito na sua integralidade, o caminhar que se inicia das partes para o alcance do todo, nem sempre é possível ou se obtém êxito. E essa visão está cada vez mais clara no que tange a prestação de cuidados.

Antes da geografia existe a paisagem. Antes da gramática existe a palavra. Antes da economia existem os bens, a riqueza. Antes do complexo, existe o simples, a origem das coisas. Antes do mundo da ciência, existe o mundo onde nos encontramos o mundo natural.

4 | DISCUSSÃO

Guiada pela imersão em leituras de autores como Boff, a sugestão de um ser humano necessitado de cuidados do nascimento a finitude e a implementação de uma política de humanização que 15 anos após seu início, obtém um *feedback* ainda que não tão favorável, como sugere nos resultados obtidos com pesquisa.

Quando percebem a humanização como um processo intrínseco da formação, e apontam para as falhas operacionais desse processo, onde há a evidência da não satisfação pessoal com privações de pontos básicos das necessidades humanas, temos uma ameaça ao processo de humanização (MOREIRA, 2017).

Pois a forma como o estudante é apresentado e vive as questões inerentes à profissão, é a provável forma como ele vai reproduzir no momento de inserção não só ao mercado de trabalho, mas na prática em si por meio dos estágios.

Como a orientação social é fragmentada desde o início do nosso processo de formação, por vezes torna-se difícil a articulação complexa das questões mundanas, como afirma Furlan (2000).

Tornando-se mais confortável detectar o problema aparentemente pontual, pois, não necessita de explicação mais aprofundada para a sua resolução, o que acaba sendo prejudicial às questões que necessitam de um aparato multifatorial.

Assim, não podemos configurar os acontecimentos vivenciados no período acadêmico como vivências próprias e esgotadas de si mesmos. Uma vez que tais privações vivenciadas pelos estudantes ultrapassam os limites dos desgastes

físicos, atingindo a parte invisível do ser que se encontra em associação a parte visível.

Ou seja, o corpo psicológico é atingido e esse se mostra por meio do corpo físico, em suas mais variadas formas, seja como desgaste físico, emocional e até mesmo na introjeção das práticas como comuns. E sem que haja a reflexão plena sobre, ele vai acarretar no processo de movimento automático, e ser reproduzido.

O objetivo e o subjetivo se tocam e se complementam, dando forma as sensações e conseqüentemente as percepções. O físico é apenas um componente da complexa engrenagem que é o segue executando e sendo modificada pelos movimentos concretos e abstratos em que em uma simbiose (FURLAN, 2000).

O cuidado visando à totalidade do ser é dificultado, principalmente pela fragmentação do ensino, reunir os aspectos biológicos, fisiológicos, psicológicos e sociais e traduzir em um cuidado que os tangencie, se mostra uma difícil missão.

As diferentes peças que compõe as engrenagens da totalidade do ser, podem ser traduzidas no mundo da vida, ou *lebenswelt*. Porém com a tendência ao cartesianismo nos mais diversos setores da vida, a integralização de um cuidado, onde todas as instâncias do ser sejam contempladas, mostra-se um desafio.

A transdisciplinaridade do ensino seria a forma mais adequada de auxílio a promoção de um cuidado que desse conta da totalidade do ser, porém por ser um desafio de difícil implementação a curto prazo, o cuidado integral poderia ser facilitado por um ensino multidisciplinar, onde as disciplinas tivessem algum tipo de interação real que facilitasse a articulação das mesmas tanto a nível teórico quanto prático (FEITOSA et al., 2011; BISPO; TAVARES; TOMAZ, 2014).

A realização de um trabalho com reflexão e eficiência para com o outro, também demanda elementos como tempo e disponibilidade física. Dois fatores escassos na realidade do ser enfermeiro (MARINELLI; SILVA; SILVA, 2015).

5 | CONCLUSÃO

Os padrões de respostas encontrados demonstram um pareamento com as ideias difundidas pela fenomenologia da percepção de Maurice Merleau-Ponty sobre o mundo vivido. As vivências estudantis interferem no modo como os mesmos percebem os fenômenos, e cada vivência produz uma percepção distinta.

A categorização também se mostra em consonância com a definição de humanização que abarca a valorização do ser em sua totalidade e complexidade.

A humanização mostra-se como um desafio complexo, que abrange inúmeros impeditivos que devem ser reorientados/reorganizados para que seu efetivo exercício tenha condições de ocorrer.

A categorização do processo de humanização com necessidade de ocorrência dentro pra fora da universidade, denota uma necessidade de reflexão sobre a vida estudantil, tendo em vista que o estresse acadêmico é uma realidade demonstrada em diversos estudos.

O estresse acarretado durante a graduação pode se mostrar perigoso tendo em vista que grande parte dos estudantes de graduação segue para o mercado de trabalho ou para cursos de residência logo após a conclusão, se colocando diretamente na assistência, e o estresse é apontado como um dos fatores desestimulantes do cuidado humanizado.

A abordagem holística do ser apesar de inerente a profissão, mostra-se insatisfatória, tendo em vista a alta demanda de trabalho e o número de profissionais insuficientes para o manejo das práticas da profissão, dentre outros problemas relacionados a prática profissional.

REFERÊNCIAS

CREMASCO, Maria Virginia Filomena. **Algumas contribuições de Merleau-Ponty para a Psicologia em “Fenomenologia da percepção”**. *Revista da Abordagem Gestáltica*, Goiânia, GO, v. 15, n. 1, p. 51-54, jun. 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672009000100008>. Acesso em: 16 dez. 2017.

FEITOSA, Rúbia Mara Maia et al. **Entre pensar e fazer na enfermagem: a interdisciplinaridade na perspectiva da clínica ampliada**. *Revista Baiana de Enfermagem*, Salvador, BA, v. 25, n. 1, p. 75-88, jan./abr. 2011. Disponível em: <<https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/4718>>. Acesso em: 10 jan. 2018.

FERREIRA, Andre; DEMUTTI, Carolina Medeiros; GIMENEZ, Paulo Eduardo Oliveira. **“A Teoria das Necessidades de Maslow: A Influência do Nível Educacional Sobre a sua Percepção no Ambiente de Trabalho”**. In: **SEMEAD: Sustentabilidade Ambiental nas Organizações**, 13., 2010, São Paulo. *Anais...* São Paulo: Universidade de São Paulo, 2010. Disponível em: <<http://sistema.semead.com.br/13semead/resultado/trabalhosPDF/703.pdf>>. Acesso em: 20 dez. 2017.

FURLAN, Reinaldo. **A noção de “comportamento” na Filosofia de Merleau-Ponty. Estudos de Psicologia (Natal)**, Natal, RN, v. 5, n. 2, p. 383-400, jul./set. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2000000200005&lng=pt&lng=pt>. Acesso em: 06 jan. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/s1413-294x2000000200005>

MARINELLI, Natália Pereira; SILVA, Allynne Rosane Almeida; SILVA, Déborah Nayane Oliveira. **Sistematização da assistência de enfermagem: desafios para a implantação**. *Revista Enfermagem Contemporânea*, Bahia, v. 4, n. 2, p. 254-263, jul./dez. 2015. Disponível em: <<https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/523>>. Acesso em: 10 jan. 2018. DOI: <https://doi.org/10.17267/2317-3378rec.v4i2.523>.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2012. 408 p.

MOREIRA, Virginia. **Da empatia à compreensão do lebenswelt (mundo vivido) na psicoterapia humanista-fenomenológica**. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 59-70, mar. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v12n1/a05v12n1.pdf>>. Acesso em: 20 dez. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/s1415-47142009000100005>.

MOREIRA, Virginia. Clínica **Humanista-Fenomenológica: estudos em psicoterapia e psicopatologia crítica**. 2. ed. França: MJW Fédition, 2017. 263 p.

DESENVOLVIMENTO DE UMA TÉCNICA PARA A AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO DE TECIDOS COMO BARREIRA FÍSICA AOS FLUIDOS E ÀS BACTÉRIAS

Data de aceite: 25/11/2019

Felipe Lazarini Bim

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto,
Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto – SP

Lucas Lazarini Bim

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto,
Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto – SP

Rachel Maciel Monteiro

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto,
Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto – SP

André Pereira dos Santos

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto,
Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto – SP

Marinila Buzanelo Machado

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto,
Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto – SP

Evandro Watanabe

Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto,
Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto – SP

RESUMO: Diferentes técnicas e equipamentos têm sido utilizados para avaliar a difusão de fluidos através de tecidos. Assim, o objetivo desta pesquisa foi elaborar e padronizar uma técnica para investigar a função de tecidos como barreira física aos fluidos e às bactérias. Um suporte de madeira foi confeccionado com abraçadeiras metálicas fixadas lado a lado com capacidade para comportar dez amostras de

tecidos. O tempo de difusão do fluido e a carga bacteriana através do tecido foram determinados com auxílio de cronômetro e cultura bacteriana, respectivamente. O desenvolvimento da técnica proposta possibilitou a investigação de tecidos quanto à função de barreira física aos fluidos e às bactérias. Ainda, trata-se de uma técnica original, prática, rápida, de baixo custo e de fácil acesso, que possibilitará o avanço técnico-científico de diferentes pesquisas nessa área do conhecimento.

PALAVRAS-CHAVE: Infecção cruzada. Tecidos. Técnicas.

DEVELOPMENT OF A TECHNIQUE FOR ASSESSING THE FUNCTION OF CLOTHES AS A PHYSICAL BARRIER TO FLUIDS AND BACTERIA

ABSTRACT: Different techniques and equipment have been used to evaluate fluid diffusion through fabrics. Thus, the objective of this research was to elaborate and standardize a technique to investigate the function of fabrics as a physical barrier to fluids and bacteria. A wooden support was made with side-by-side metal clamps capable of holding ten fabric samples. The diffusion time of the fluid and the

bacterial load through the fabric were determined using a stopwatch and bacterial culture, respectively. The development of the proposed technique allowed the investigation of fabrics regarding the physical barrier function to fluids and bacteria. Still, it is an original technique, practical, fast, low cost and easily accessible, which will enable the technical-scientific advancement of different research in this area of knowledge.

KEYWORDS: Cross infection. Fabrics. Techniques

INTRODUÇÃO

Os tecidos apresentam diversas aplicabilidades, dentre elas, a confecção de vestuários, roupas de cama e artigos de limpeza.

Algumas características inerentes de cada tipo de tecido são fundamentais para o sucesso de seu emprego em áreas específicas. Na moda, por exemplo, o design e o conforto do vestuário são importantes requisitos para garantir uma aceitação do produto acabado pelo mercado consumidor.

Com relação ao conforto, a interação corporal térmica e tátil com o vestuário, bem como o ambiente externo (físico, social e cultural) são determinadas de maneiras diferentes pelos aspectos físico, fisiológico e psicológico de cada indivíduo (LI, 2001; HIGGINS, 2003).

Em concordância com o disposto, as indústrias têxteis têm investido em tecnologia para confecção de vestuários com estrutura e acabamentos finais que possam proporcionar cada vez mais uma percepção agradável ao “toque” e ao controle da umidade e temperatura corporal do usuário (MARTIN, 2010; BROEGA, 2010).

De um modo geral, o grau de hidrofiliabilidade dos tecidos é decorrente da proporção em sua composição de algodão e poliéster, que contribui com seu “baixo grau de eficiência como barreira microbiana – *bacterial filtration efficiency* (BFE) de 34%” (SOBECC, 2009).

Para compreender algumas características dos tecidos quanto à perfusão ao vapor úmido e à capilaridade da água, pesquisadores adotam testes específicos, que necessitam de profissional treinado e qualificado para essa finalidade, bem como o uso de equipamentos com custo elevado e / ou de difícil acesso.

Dessa forma, compreender como alguns tecidos se comportam na presença de fluidos e micro-organismos é de extrema importância, em especial na área da saúde, uma vez que são destinados à confecção de embalagens, campos cirúrgicos, vestes de pacientes, uniformes e até Equipamentos de Proteção Individual (EPI).

Levando em consideração os custos, a disponibilidade de recursos humanos, materiais e de equipamentos para esse tipo de investigação, desenvolvemos uma técnica prática, rápida, de baixo custo e de fácil acesso para possibilitar a

continuidade de pesquisas que contribuam com o avanço do conhecimento técnico-científico na área dos tecidos como barreira física.

OBJETIVO

O objetivo desta pesquisa foi elaborar e padronizar uma técnica para a avaliação da função de tecidos como barreira física aos fluidos e às bactérias.

MATERIAL E MÉTODOS

Embasados no objetivo da pesquisa, os pesquisadores realizaram diversos projetos e experimentos prévios até a conclusão da versão final da técnica deste estudo.

Em um primeiro momento, um aparato foi idealizado para avaliar as características dos tecidos, composto de molduras de madeira (15x10cm), onde fragmentos de tecidos foram fixados e posicionados horizontalmente (Figura 1).

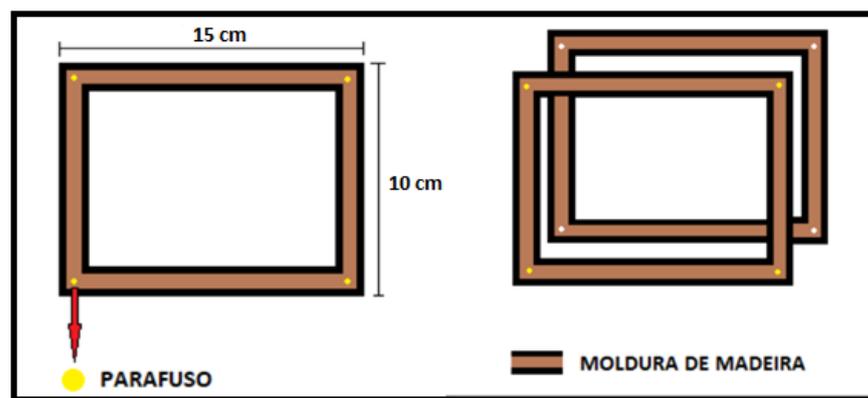


Figura 1 – Molduras de madeira para fixação das amostras de tecido. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2019.

Fonte: elaborada pelo autor.

Após a fixação de cada fragmento de tecido entre as molduras, 10mL de diferentes fluidos foram vertidos por meio de uma proveta sobre o tecido, e os tempos de difusão dos fluidos de um lado para o outro do tecido foram registrados em segundos com auxílio de um cronômetro.

No entanto, os gastos com recursos materiais, em virtude do volume de fluido necessário para realizar o experimento, bem como o tamanho dos fragmentos de tecidos foram fatores que inviabilizaram a adoção desta técnica para avaliação de diferentes tipos de tecidos como barreira aos fluidos e às bactérias.

A forma em que o fluido era vertido sobre o tecido também foi considerada um

viés da pesquisa, pois não garantia a padronização da velocidade, força, bem como a área do tecido abrangida / atingida pelo fluido.

Acerca do aparato, a elevada área ocupada pelas molduras dificultaria os processos de esterilização e realização dos experimentos microbiológicos *in vitro* de acordo com os princípios básicos de assepsia. Ainda, a técnica descrita não permitiria o desenvolvimento de uma pesquisa com mais de uma amostra por vez e, conseqüentemente, demandaria maior tempo do pesquisador.

Em um segundo momento, partindo do mesmo princípio e buscando minimizar as limitações da técnica descrita anteriormente, os pesquisadores idealizaram um protótipo de suporte para as amostras de tecidos e uma técnica para avaliação dos tecidos como barreira física.

Durante diversas discussões, alguns critérios foram estabelecidos, dentre eles, houve consenso quanto à necessidade de envolver um número maior de amostras ao mesmo tempo; praticidade na esterilização do aparato ou parte dele; redução nos gastos de recursos materiais (tecido, fluido / inóculo bacteriano); fácil acesso e não necessidade de treinamentos complexos para seu manuseio e, por fim, estabelecimento de técnica padronizada para verter o fluido sobre o tecido.

Diante dos critérios estabelecidos, de maneira mais adequada, um aparato e uma técnica foram desenvolvidos para responder o objetivo desta pesquisa.

Um suporte de madeira foi construído com 62cm de comprimento e 25cm de altura, com abraçadeiras metálicas, compatível com canos de policloreto de polivinila (PVC de $\frac{3}{4}$), fixadas lado a lado e com capacidade para comportar dez amostras (Figura 2).



Figura 2 – Vista panorâmica do suporte de madeira com abraçadeiras metálicas. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2019.

Fonte: elaborada pelo autor.

Para o preparo das amostras, após a escolha do tecido, fragmentos de 6cm² foram recortados e fixados a uma extremidade do cano de PVC com auxílio

de abraçadeira metálica, formando o conjunto da amostra a ser submetida ao experimento (Figura 3).

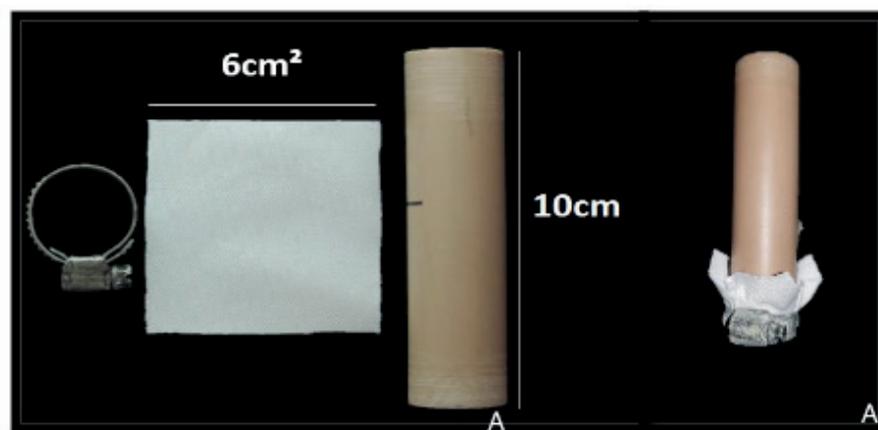


Figura 3 – Conjunto de cano PVC e tecido. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2019.

Fonte: elaborada pelo autor.

É importante ressaltar que os cortes foram realizados de forma padronizada considerando as características da padronagem de cada tecido (Figura 4).

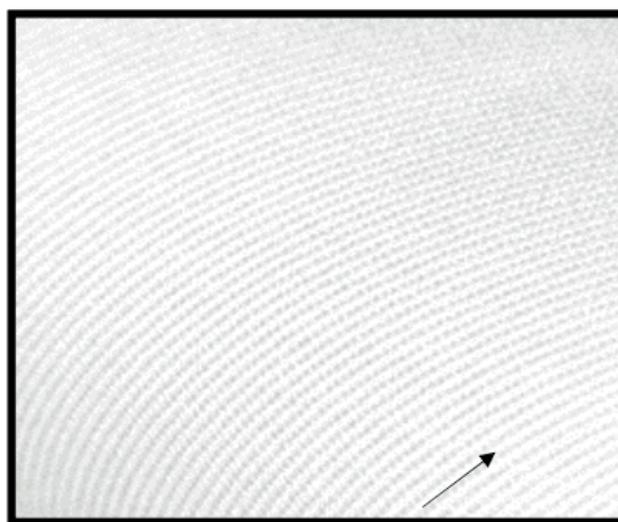


Figura 4 – Padronização do corte (no tecido de microfibras) representado pela seta. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2019.

Fonte: elaborada pelo autor.

A estratégia adotada para a fixação dos tecidos aos canos de PVC permitiu que os conjuntos formados pudessem ser submetidos à esterilização em autoclave. Visando minimizar o risco de contaminação das amostras, as extremidades dos canos de PVC opostas aos tecidos foram embaladas com papel alumínio (Figura 5).



Figura 5 – Preparo das amostras para esterilização. Ribeirão Preto, São Paulo, /Brasil, 2019.

Fonte: elaborada pelo autor

A possibilidade de esterilização das amostras permitiu que a técnica desenvolvida fosse empregada em experimentos microbiológicos *in vitro*.

Os conjuntos foram fixados ao suporte e então submetidos aos experimentos para avaliação da função dos tecidos como barreira física aos fluidos e às bactérias, seguindo os princípios básicos de assepsia (Figura 6).



Figura 6 – Retirada dos papéis alumínio para a exposição dos lúmens dos canos de PVC, seguindo os princípios básicos de assepsia. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2019.

Fonte: elaborada pelo autor.

Em relação ao procedimento de verter o fluido sobre o tecido, os pesquisadores empregaram o princípio de “liberação” de fluido por gravidade, conforme a técnica de administração alimentar denominada de gavagem.

Para isso, 5mL do fluido foi aspirado em uma seringa de 20mL posicionada no lúmen do tubo de PVC referente a cada amostra. Em seguida, o êmbolo da seringa foi retirado e o conteúdo dela escoou de maneira contínua, evitando vieses relacionados à força exercida pelo pesquisador ao empurrar o êmbolo da seringa.

O tempo de passagem do fluido através do tecido foi cronometrado e registrado

em segundos, tendo início no momento em que o conteúdo da seringa começou a escoar até a formação e queda da última gota na parte inferior do tecido / amostra. Salienta-se que por se tratar de uma avaliação observacional e, portanto, subjetiva, um único pesquisador foi responsável pelo procedimento de cronometragem dos tempos.

Para a realização do experimento microbiológico *in vitro*, o inóculo bacteriano desejado foi acrescido ao fluido, e o produto da passagem do fluido através dos tecidos foi recuperado em um frasco coletor esterilizado posicionado embaixo do conjunto referente a cada amostra. A partir do fluido recuperado, alíquotas de 50µL foram submetidas à diluição decimal seriada (10^{-1} a 10^{-5}), sendo que as amostras *in natura* e diluídas foram semeadas na superfície de placas de Petri (60x15mm) com meios de cultura seletivos.

O desenvolvimento do suporte, a área reduzida (6cm²) das amostras em comparação com a técnica descrita anteriormente e a delimitação da área para o escoamento padronizado do fluido, bem como o registro são fatores que implicam diretamente na redução dos gastos com recursos materiais, no tempo para realização dos experimentos e, sobretudo, no rigor metodológico da pesquisa.

RESULTADOS

O desenvolvimento da técnica proposta teve como objetivo possibilitar a investigação de tecidos quanto à função de barreira física aos fluidos e às bactérias. Ainda, trata-se de uma técnica original, de baixo custo e replicável, cuja aplicabilidade deve ocorrer em conformidade com o fluxograma (Figura 7) e a lista de verificação (Tabela 1).

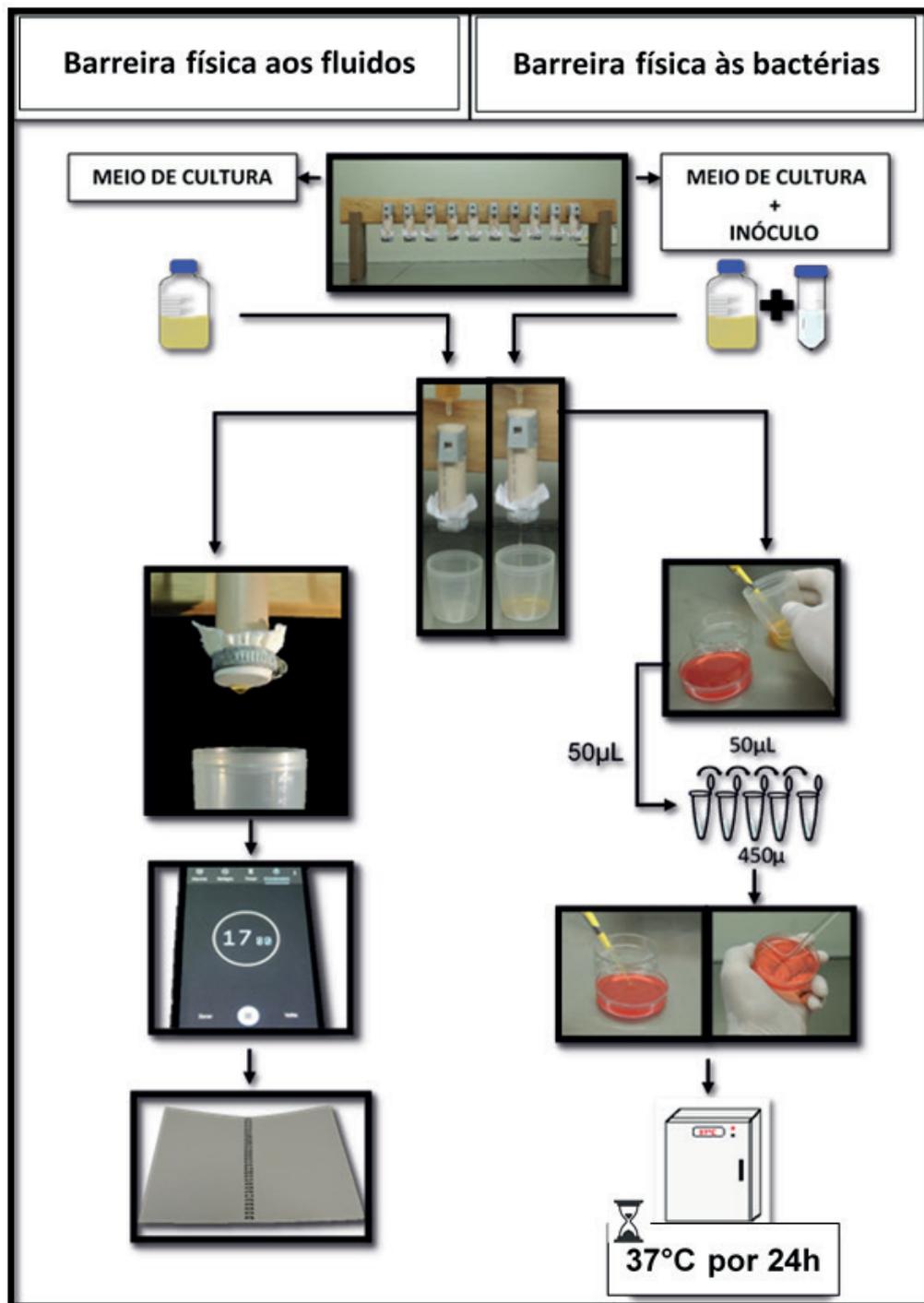


Figura 7 – Fluxograma da sequência da técnica para a investigação da função dos tecidos como barreira física aos fluidos e às bactérias. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2019.

Fonte: elaborada pelo autor.

BARREIRA FÍSICA AOS FLUIDOS**BARREIRA FÍSICA ÀS BACTÉRIAS**

| | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Após a definição do tecido, recorte-o em fragmentos de 6cm²;• Fixe o tecido à extremidade do cano de PVC com abraçadeira metálica;• Fixe os conjuntos ao suporte de madeira;• Com uma seringa, aspire 5mL do fluido e posicione-a no lúmen do conjunto / amostra;• Retire o êmbolo da seringa para que o fluido escoe pela ação da gravidade;• Quando o fluido contido começar a escoar, inicie a contagem do tempo imediatamente;• Observe o escoamento do fluido e pare o cronômetro após a formação e queda da última gota do fluido na parte inferior do tecido;• Registre os valores dos tempos em planilha para posterior análise estatística dos dados. | <ul style="list-style-type: none">• Após a definição do tecido, recorte-o em fragmentos de 6cm²;• Fixe o tecido à extremidade do cano de PVC com abraçadeira metálica e proteja a extremidade oposta com papel alumínio;• Embale os conjuntos em papel grau-cirúrgico e esterilize-os;• Em condições assépticas, fixe os conjuntos ao suporte de madeira, retirando o papel alumínio;• Realize a padronização do inóculo bacteriano e acresça ao fluido;• Com uma seringa, aspire 5mL do fluido + inóculo bacteriano e posicione-a no lúmen do conjunto / amostra;• Posicione um frasco esterilizado abaixo do conjunto e retire o êmbolo da seringa para que o fluido escoe pela ação da gravidade;• A partir de uma alíquota de 50μL do fluido coletado, realize diluições decimais seriadas;• Semeie em placas de Petri com meio seletivo alíquotas de 50μL do fluido coletado <i>in natura</i> e diluídas;• Incube as placas em estufa a 37°C por 24h;• Realize a leitura da carga bacteriana (UFC/mL). |
|--|--|

Tabela 1 – Lista de verificação da técnica para a investigação da função de tecidos como barreira física aos fluidos e às bactérias. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2019.

Acrescenta-se que esta é uma técnica original, susceptível a aprimoramentos e destinada à avaliação de têxteis quanto à função de barreira física aos fluidos e às bactérias. Ademais, ao replicar essa técnica, as etapas devem ser rigorosamente seguidas, sendo que as variáveis relacionadas aos tipos de tecidos, fluidos e bactérias podem ser alteradas pelos pesquisadores de acordo com o objetivo de cada estudo.

DISCUSSÃO

O efeito de capilaridade e conseqüente difusão de umidade em um tecido é alterado em função das características inerentes aos tipos de tecidos, sendo influenciadas pela matéria-prima utilizada na sua confecção, padronagem, presença de microporos e / ou macroporos, sendo, portanto, a difusão governada pela estrutura do fio e do tecido, incluindo o tamanho e concentração desses poros (PATNAIK, 2006; NANLIGOZ, 2010; LEE, 2012).

Em alguns casos, os tecidos têm sido utilizados na confecção de vestimentas, cujo objetivo é o de proteção e identificação de uma classe profissional, algo comum na área da saúde.

Portanto, faz-se relevante avaliar os tecidos, a fim de compreender como eles se comportam antes de serem empregados na confecção de vestimentas ou insumos com função de barreira física aos fluidos e às bactérias.

Ressalta-se que a técnica proposta permite a obtenção de resultados rápidos referentes aos aspectos de barreira física exercida por tecidos e descreve de forma detalhada a sequência lógica dos experimentos. Tal descrição permite a réplica integral de forma padronizada, assim como a comparação dos resultados.

O desenvolvimento de estudos laboratoriais com a técnica proposta pode contribuir para a prática, uma vez que permitirá extrapolar os resultados obtidos nos experimentos *in vitro*, auxiliando na tomada de decisão durante a escolha de um tecido para a implementação em uma área específica, fundamentando o seu uso seguro.

O modelo experimental *in vitro* empregado nesta pesquisa apresenta limitações expressas a seguir: o posicionamento horizontal dos tecidos pode não representar a realidade de uso; e o emprego de tecidos com grau maior de elasticidade pode não ser indicado por meio dessa técnica, pois o tecido poderá ser mais tensionado ao ser fixado no cano de PVC.

CONCLUSÃO

O desenvolvimento da técnica proposta possibilitou a investigação de tecidos quanto à função de barreira física aos fluidos e às bactérias. Ainda, trata-se de uma técnica original, prática, rápida, de baixo custo e de fácil acesso, que possibilitará o avanço técnico-científico de diferentes pesquisas nessa área do conhecimento.

REFERÊNCIAS

BORELLI, C.; BITTENCOURT, E. Estudo das propriedades de conforto em tecidos planos de poliéster. In: ITALIANO, I. C. et al. **Pesquisas em design, gestão e tecnologia de têxtil e moda**: 2013. 1. ed.

São Paulo: Escola de Artes, Ciências e Humanidades – EACH/USP, 2014. v. 1, p. 107-112. Disponível em: <<https://doi.org/10.11606/9788564842144>>. Acesso em: [27, abr. 2018].

BROEGA, A. C. da L. **Contribuição para a Definição de Padrões de Conforto de Tecidos Finos de Lã**. 2008. 185 f. Dissertação (Doutorado em Engenharia Têxtil – Escola de Engenharia, Universidade do Minho, Guimarães, Portugal, 2008).

HIGGINS, S. C.; ANAND, M. E. **Textiles materials and products for active wear and sportswear**. *Technical Textile Market*, v. 52, p. 9-40, 2003.

HONG, K.; HOLLIES, N. R. S.; SPIVAK, S. M. Dynamic Moisture Vapor Transfer through Textiles Part I: Clothing Hygrometry and the Influence of fiber Type. **Textile Research Journal**, v. 58, n. 12, p. 697-706, 1988.

LEE, S.; OBENDORF, S. K. Statistical modeling of water vapor transport through woven fabrics. **Textile Research Journal**, v. 82, n. 3, p. 211-219, 2012.

LI, Y. The science of clothing comfort. **Textile progress**, v. 31, n. 1-2, p. 1-135, 2001.

MARTIN, J. R. S. Transpirando Conforto: a Gestão da Funcionalidade e Conforto nos Tecidos. **Revista Química Têxtil**, n. 100, p. 6-20, 2010.

DALBAŞI, E. S. N.; ÇOBAN, S.; BAHTİYARİ, M. I. Comparison of moisture transport properties of the various woven fabrics. **Tekstil ve Konfeksiyon**, v. 20, n. 2, p. 93-100, 2010.

PATNAIK, A.; RENGASAMY, R. S.; KOTHARI, V. K.; GHOSH, A. Wetting and Wicking in Fibrous Materials. **Textile Progress**, v. 38, n. 1, p. 1-105, 2006.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMEIROS DE CENTRO CIRÚRGICO, RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA E CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO – SOBECC. **Manual de Práticas recomendadas**, 5. ed. São Paulo: SOBECC, 2009.

A VISITA MULTIPROFISSIONAL EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO: CONCATENANDO SABERES PARA A INTEGRALIDADE DO CUIDADO EM SAÚDE

Data de aceite: 25/11/2019

Gabriella de Araújo Gama

Escola de Enfermagem da Universidade Federal
de Alagoas – EENF/UFAL
Maceió – Alagoas

Elizabeth Moura Soares de Souza

Escola de Enfermagem da Universidade Federal
de Alagoas – EENF/UFAL
Maceió – Alagoas

Karine de Moura Cavalcante

Hospital Universitário Professor Alberto Antunes -
HUPAA/UFAL
Maceió – Alagoas

Gustavo Henrique de Oliveira Maia

Hospital Universitário Professor Alberto Antunes -
HUPAA/UFAL
Maceió – Alagoas

Anny Suellen Rocha de Melo

Hospital Universitário Professor Alberto Antunes -
HUPAA/UFAL
Maceió – Alagoas

Fernanda Correia da Silva

Hospital Universitário Professor Alberto Antunes -
HUPAA/UFAL
Maceió – Alagoas

RESUMO: Introdução: Quando consideramos que a unidade produtora dos serviços de saúde não é um profissional isoladamente, mas a

equipe; que o foco central de atenção não é o indivíduo exclusivamente, mas todo seu entorno; e que as intervenções necessárias para proporcionar o cuidado à saúde devem se sustentar no conhecimento que contemple determinações biopsicossociais da saúde/doença e na autonomia dos usuários, a assistência à saúde passa a ter como característica central um trabalho coletivo e complexo, em que a interdisciplinaridade é necessária. **Objetivo:** Relatar a experiência de enfermeiros residentes na prática de visitas multiprofissionais em um hospital universitário e sua interface com a integralidade do cuidado em saúde. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, vivenciada nas clínicas médica e cirúrgica de um Hospital Universitário no ano de 2017. **Resultados:** As visitas multiprofissionais diárias constituem um espaço privilegiado para investigar necessidades individuais de saúde e encorajar a expressão dos sentimentos da pessoa hospitalizada, com vistas à sua participação no planejamento do cuidado, respeitando e promovendo sua autonomia. Além disso, a participação de todos os profissionais neste acompanhamento permite a identificação de demandas específicas, proporcionando um cuidado resolutivo e integral. **Conclusão:**

a visita multiprofissional diária contribuiu para a assistência em saúde pautada na integralidade, na qual a abordagem aos indivíduos hospitalizados e suas famílias é facilitada pela soma de olhares dos distintos profissionais que compõem as equipes de saúde e, dessa maneira, pode-se obter um maior impacto sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença.

PALAVRAS-CHAVE: Equipe Multiprofissional; Integralidade em Saúde; Assistência Centrada no Paciente.

THE MULTIPROFESSIONAL VISIT IN A UNIVERSITY HOSPITAL: CONCATENATING KNOWLEDGE FOR THE INTEGRALITY OF HEALTH CARE

ABSTRACT: Introduction: When we consider that the health service production unit is not a professional in isolation, but the team; that the central focus of attention is not the individual alone, but his entire surroundings; and that the interventions necessary to provide health care must be based on knowledge that includes biopsychosocial determinations of health / disease and the autonomy of users, health care has as its central characteristic a collective and complex work, in which interdisciplinarity is required. **Objective:** To report the experience of resident nurses in the practice of multiprofessional visits in a university hospital and its interface with the integrality of health care. **Methodology:** This is a descriptive, experience-related study, conducted at the medical and surgical clinics of a University Hospital in 2017. **Results:** Daily multiprofessional visits constitute a privileged space to investigate individual health needs and encourage expression of the feelings of the hospitalized person, with a view to their participation in care planning, respecting and promoting their autonomy. In addition, the participation of all professionals in this monitoring allows the identification of specific demands, providing resolute and integral care. **Conclusion:** the daily multiprofessional visit contributed to health care based on comprehensiveness, in which the approach to hospitalized individuals and their families is facilitated by the sum of eyes of the different professionals that make up the health teams and, thus, it is possible to obtain greater impact on the different factors that interfere with the health-disease process.

KEYWORDS: Patient Care Team; Integrality in Health; Patient-Centered Care.

1 | INTRODUÇÃO

Uma Equipe Multiprofissional é caracterizada por um grupo de profissionais que reconhecem a interdependência com cada elemento que a compõe e se identificam com um trabalho de caráter cooperativo, sincronizado e não competitivo, com o propósito de atingir objetivos e interesses comuns (FELICE, 1976; NASCIMENTO, 1976).

A atuação da equipe multiprofissional não significa portanto, a somação de indivíduos organizados para uma tarefa comum, mas a integração de todos os componentes, atendendo às peculiaridades grupais e desempenhando funções harmônicas numa verdadeira intercomplementação (NASCIMENTO, 1976).

Quando consideramos que a unidade produtora dos serviços de saúde não é um profissional isoladamente, mas a equipe; que o foco central de atenção não é exclusivamente o indivíduo, mas todo seu entorno; e que as intervenções necessárias para proporcionar o cuidado à saúde devem se sustentar no conhecimento que contemple as determinações biopsicossociais da saúde/doença e na autonomia dos usuários, a assistência à saúde passa a ter a característica central de um trabalho coletivo e complexo, em que a interdisciplinaridade é necessária (ALMEIDA; MISHIMA, 2001).

Nesse contexto, o presente trabalho tem como objetivo relatar a experiência de enfermeiros residentes na prática de visitas multiprofissionais em um hospital universitário e sua interface com a integralidade do cuidado em saúde.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, vivenciada por enfermeiros integrantes de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto e do Idoso em Maceió/AL. As atividades foram desenvolvidas no decorrer do ano de 2017, nas clínicas médica e cirúrgica de um Hospital Universitário, nas quais, quatro equipes composta por enfermeiros, assistentes sociais, farmacêuticos, nutricionistas e psicólogos, realizaram diariamente visitas multiprofissionais aos indivíduos internados.

3 | RESULTADOS

A proposta de integração das visitas diárias aos pacientes internados nas clínicas médica e cirúrgica surgiu diante de uma análise crítico-reflexiva acerca dos processos de trabalho fragmentados e abordagens isoladas das diversas categorias profissionais aos indivíduos hospitalizados, o que desencadeava repetições desnecessárias e desgaste físico e psicológico aos mesmos.

Com isso, identificou-se a necessidade de realização de uma abordagem integrada, na qual, os profissionais atuassem diariamente de forma conjunta na escuta qualificada e acolhimento das demandas dos sujeitos para, a partir disso, ofertarem maior resolutividade às necessidades de saúde.

As visitas multiprofissionais constituíram um espaço privilegiado para investigar as necessidades individuais de saúde e encorajar a expressão dos sentimentos da

pessoa hospitalizada, com vistas à participação da mesma no planejamento do cuidado, respeitando e promovendo sua autonomia.

Essa abordagem foi realizada com a presença de representantes de diferentes categorias profissionais, o que permitiu aos mesmos a identificação de demandas específicas e organização dos registros uniprofissionais, sem que houvessem intervenções reiteradas e desgastantes ao usuário, ao mesmo tempo em que oportunizou a discussão de casos e obtenção de informações que subsidiaram a realização de intervenções interdisciplinares, contribuindo para um cuidado resolutivo e integral.

Para além das questões meramente operacionais, observou-se que a realização diária das visitas multiprofissionais no ambiente hospitalar contribuiu, ainda, para o acolhimento dos sujeitos internados, estabelecimento de vínculo entre usuário, família e equipe, e humanização do serviço, por meio de uma prática que favorece o planejamento interprofissional da assistência e a integralidade do cuidado.

Engajados na visita multiprofissional diária, os residentes experienciaram uma aproximação teórico-prática aos princípios norteadores do Sistema Único de Saúde, maior vínculo com os usuários, discussão de casos e a resolubilidade dos problemas, levando a uma desconstrução de práticas assistenciais verticalizadas e biologicistas, que coisificam os sujeitos e privilegiam um espaço de atuação uniprofissional, fragmentado e desarticulado, que não atendem à totalidade das necessidades de saúde dos usuários atendidos.

Antes, isolados em um saber restrito à sua área, após essa vivência, os residentes inseridos em um proposta político-pedagógica multiprofissional, movida a partir da dialogia entre diferentes profissões, abrem-se para o novo, o complexo, a partir da possibilidade de ampliar o olhar e entender o processo saúde-doença sob diferentes perspectivas, estando mais próximos das práticas de cuidado integral em saúde.

4 | DISCUSSÃO

No Brasil, com a ampliação da discussão sobre as políticas de saúde e de recursos humanos, tendo em vista o perfil de necessidade de saúde da população, surgiram críticas quanto à formação especializada e predominantemente curativa dos profissionais de saúde, destacando-se a necessidade de estimular a atuação multiprofissional nos serviços (ANJOS FILHO; SOUZA, 2017).

Inseridas no processo de redemocratização do Estado e da sociedade brasileira, as reestruturações geradas pelos princípios que nortearam a reorganização do Sistema de Saúde – especialmente o da integralidade – ocorreram mediante novas articulações entre os serviços e a reformulação do trabalho em equipe e das relações

interprofissionais (MERHY; FRANCO, 2012; PAIM, 2006).

Segundo Mattos (2001), a integralidade, como princípio do Sistema Único de Saúde (SUS), é um termo polissêmico e dinâmico, um conjunto de valores que representam um ideal de transformação das práticas tradicionais de saúde, dentre os quais podemos identificar: Crítica a uma visão de saúde fragmentada, reducionista, especialista; Superação do modelo biológico de saúde para integração biopsicossocial; Articulação entre diferentes saberes ou campos de conhecimento; Articulação entre ações de promoção, prevenção, tratamento, reabilitação; Reorganização dos processos de trabalho, dentre outros.

A abordagem integral e resolutiva das demandas de saúde exige das equipes multiprofissionais e instituições de saúde o desenvolvimento de metodologias que contemplem trocas criativas entre diferentes especialidades e áreas do saber, horizontalidade dos poderes, corresponsabilidades e auto-organização e, para que isto ocorra, há a necessidade de mudanças na organização do trabalho, na formação e na atuação dos profissionais de saúde (FERIOTTI, 2009; FERREIRA; VARGA; SILVA, 2009).

Neste cenário, os profissionais da saúde necessitam integrar as dimensões biopsicossociais para o cuidado dos indivíduos, com novos modos de agir e de interagir com a prática a fim de responder às necessidades de saúde das pessoas em suas diferentes dimensões (ACIOLI, 2004).

Contudo, esta é uma árdua tarefa, pois implica a transformação de valores hierárquicos e hábitos reducionistas, historicamente construídos e adquiridos pela cultura da sociedade moderna. Nesse processo é inevitável o enfrentamento de obstáculos sociais, pedagógicos, ideológicos, políticos, psicológicos, metodológicos e técnicos, e a transformação da lógica de poder que promove e mantém as dificuldades para uma práxis coletiva entre saberes distintos (FERIOTTI, 2009).

5 | CONCLUSÃO

Constatou-se que a visita multiprofissional diária contribuiu para a assistência em saúde pautada na integralidade, na qual a abordagem aos indivíduos hospitalizados e suas famílias é facilitada pela soma de olhares dos distintos profissionais que compõem as equipes de saúde e, dessa maneira, pode-se obter um maior impacto sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença.

A atuação multiprofissional pressupõe a possibilidade da prática de um profissional se reconstruir na prática do outro, ambos sendo transformados para a intervenção na realidade em que estão inseridos. Nesta relação de

complementaridade e interdependência e, ao mesmo tempo, de autonomia relativa ao saber próprio, todos os membros da equipe conhecem as necessidades do indivíduo, o que contribui para um cuidado resolutivo e integral.

Vale salientar que articular distintos saberes não é um empreendimento rápido e de um único grupo profissional, mas sim, algo que requer esforço contínuo para que em todos os espaços possíveis possamos construir a ideia de integração, equipe e trabalho multiprofissional.

REFERÊNCIAS

- ACIOLI, S. Os sentidos de cuidado em práticas populares voltadas para a saúde e a doença. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. organizadores. **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. São Paulo: Hucitec; 2004. p. 187-204.
- ALMEIDA, M. C. P.; MISHIMA, S. M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo “novas autonomias” no trabalho. **Interface (Botucatu)** 2001 Aug; 5(9): 150-153.
- ANJOS FILHO, Nilton Correia dos; SOUZA, Ana Maria Portela de. A percepção sobre o trabalho em equipe multiprofissional dos trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 21, n. 60, p. 63-76, Mar. 2017.
- FELICE, Sebastião André de — Equipe Multiprofissional — Conceito e funções. **Rev. Paulista de Hospitais**, São Paulo, 14 (8): 370-74, agosto, 1976.
- FERIOTTI, Maria de Lourdes. Equipe multiprofissional, transdisciplinaridade e saúde: desafios do nosso tempo. **Vínculo**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 179-190, dez. 2009.
- FERREIRA, Ricardo Corrêa; VARGA, Cássia Regina Rodrigues; SILVA, Roseli Ferreira da. Trabalho em equipe multiprofissional: a perspectiva dos residentes médicos em saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 1421-1428, Oct. 2009.
- MATTOS, Ruben Araújo de. Os sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In PINHEIRO, Roseni; MATTOS Ruben A. **Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. –Rio de Janeiro: ABRASCO, 2001. p. 39-64
- MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. Cartografias do trabalho e cuidado em saúde. **Tempus Actas Saude Colet.** 2012; 6:151-63.
- NASCIMENTO, Zélia P. O Enfermeiro: Membro da Equipe Multiprofissional. **Rev. Paulista de Hospitais**, São Paulo, 24 (5):213-15, maio/1976.
- PAIM, J.S. **Desafios para a Saúde Coletiva no século XXI**. Salvador: EDUFBA; 2006.

PHYSICAL-STRUCTURAL EVALUATION OF MATERIAL AND STERELIZATION CENTERS IN PRIMARE CARE UNITS

Data de aceite: 25/11/2019

Francisco Gilberto Fernandes Pereira

Universidade Federal do Piauí. Departamento de Enfermagem.
Picos – Piauí.

Sarah Nilkece Mesquita Araújo Nogueira Bastos

Universidade Federal do Piauí. Centro de Ciências da Saúde.
Parnaíba – Piauí.

Jayne Ramos Araújo Moura

Universidade Federal do Ceará. Departamento de Enfermagem.
Fortaleza – Ceará.

Rhanna Emanuela Fontenele Lima de Carvalho

Universidade Estadual do Ceará. Departamento de Enfermagem.
Fortaleza - Ceará.

RESUMO: Objetivo: Avaliar os aspectos físico-estruturais dos Centros de Materiais e Esterilização de Unidades Básicas de Saúde de um Município do Interior do Piauí. Método: estudo observacional analítico e transversal, realizado em 12 Unidades Básicas de Saúde do Município de Oeiras-Piauí, durante os meses de Março a Maio de 2018. Os dados foram coletados por meio da observação não-

participante com preenchimento de um *check-list* que contemplou os itens: luminosidade, ruído, temperatura, umidade, características estruturais e dimensão das áreas físicas. Os dados estão apresentados em tabelas. Resultados: identificou-se que em 12 Unidades Básicas de Saúde havia presença de Centros de Materiais e Esterilização em plena atividade, os quais possuíam registro sanitário e alvará de funcionamento expedido pela Vigilância Sanitária. As médias dos parâmetros ambientais mensurados se encontraram insatisfatórias na maioria destas, assim como infraestrutura física. Quanto a avaliação dos componentes básicos da estrutura de recursos e materiais por setores, observou-se que os equipamentos necessários são encontrados na maioria das áreas: recepção e limpeza; preparo e esterilização e armazenamento e distribuição. Conclusão: os problemas estruturais estão presentes nos Centros de Materiais e Esterilização em diversas Unidades de Saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Esterilização; Ambiente de trabalho; Atenção Primária à Saúde.

AVALIAÇÃO FÍSICO-ESTRUTURAL
DE CENTROS DE MATERIAIS E
ESTERILIZAÇÃO EM UNIDADES DA

ABSTRACT: Objective: To evaluate the physical and structural aspects of the Materials and Sterilization Centers of Basic Health Units in a city in the interior of Piauí. Method: observational and cross-sectional observational study, conducted in 12 Basic Health Units of the Municipality of Oeiras-Piauí, from March to May 2018. Data were collected through non-participant observation by completing a checklist, which contemplated the items: brightness, noise, temperature, humidity, structural characteristics and size of the physical areas. Data are presented in tables. Results: It was identified that in 12 Basic Health Units there were Centers of Materials and Sterilization in full activity, which had sanitary registration and business license issued by the Sanitary Surveillance. The average environmental parameters measured were found to be unsatisfactory in most of them, as well as physical infrastructure. Regarding the evaluation of the basic components of the structure of resources and materials by sectors, it was observed that the necessary equipment is found in most areas: reception and cleaning; preparation and sterilization and storage and distribution. Conclusion: structural problems are present in the Materials and Sterilization Centers in various Health Units.

KEYWORDS: Sterilization; Working environment; Primary Health Care.

1 | INTRODUÇÃO

O controle das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) e sua prevenção dependem de múltiplas ações, entre elas o processamento correto de Produtos Para Saúde (PPS), prevenindo possíveis danos aos pacientes e/ou os indesejados eventos adversos (BRASIL, 2013).

Essa preocupação com o processamento de PPS já foi restrita a unidades hospitalares, porém, com as mudanças decorrentes do processo de institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), os cuidados primários à saúde vêm desenvolvendo práticas assistenciais mais eficientes e efetivas, aumentando a demanda de pequenos procedimentos invasivos realizados nas unidades básicas, o que demanda o processo da esterilização de artigos.

Neste contexto, é possível racionalizar que determinados procedimentos executados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), em nível de Atenção Primária, envolvem algum tipo de higienização, desde a limpeza e desinfecção a até mesmo a esterilização de artigos utilizados no cuidado à saúde. Estas práticas tornam segura a utilização e eventual reutilização de instrumentos e materiais que entram em contato com indivíduos que precisam de cuidados clínicos. Por outro lado, a má aplicação dos processos de limpeza e esterilização pode desencadear sérios problemas de saúde (BRASIL, 2012a).

Assim, a Central de Materiais e Esterilização (CME) é uma unidade funcional

que tem por finalidade o processamento de PPS, o qual engloba um conjunto de ações iniciadas logo após o uso destes produtos nas unidades assistenciais exigindo uma pré-limpeza, seguida de etapas obrigatórias em fluxo unidirecional, que são: limpeza, secagem, inspeção ou avaliação da limpeza, integridade e funcionalidade, embalagem, esterilização, armazenamento e transporte para unidades usuárias. Ressalta-se que em todas essas etapas é indispensável a utilização de registros e monitoramento por meio de testes validados (SOBECC, 2017).

Dado este panorama sobre os processos básicos pelos quais os PPS precisam ser submetidos, convém refletir que estes só podem acontecer de modo seguro e eficaz quando a infraestrutura física oferecer condições para tal, bem como a equipe de saúde, mais especificamente a enfermagem, possuir habilidade técnica e conhecimento científico para manter o controle do risco de infecções e evitar contaminações relativas aos materiais, culminando em segurança para os pacientes (FREITAS et al., 2015).

No tocante a infraestrutura física um estudo conduzido por Vital, Lins, Verissimo e Souza (2014) concluiu que ainda é escassa a quantidade de UBS que atendem às recomendações previstas na legislação brasileira, e que na maioria das unidades visitadas por estes pesquisadores no estado de Alagoas, o ambiente funcionava de forma improvisada mesmo possuindo registro sanitário e licença da ANVISA para funcionamento.

Freitas e Quirino (2011) conduziram um estudo no município de Picos-Piauí e identificaram que as condições estruturais das UBS desfavorecem, no geral, à organização do fluxo unidirecional, bem como fragiliza a segurança no processamento e armazenamento do PPS. Reiteram que a improvisação estrutural e de técnicas de processamento foi presente em 84% das UBS pesquisadas.

A partir dessas reflexões, surgiu o seguinte questionamento: as UBS do município de Oeiras dispõem de espaço adequado direcionado ao processamento de materiais odonto-médico-hospitalares?

Justifica-se a necessidade de uma pesquisa que avalie a estrutura física da CME das UBS tendo em vista que os profissionais das UBS em sua rotina de atendimento fazem uso de vários instrumentos para a concretização de seu serviço, como: retirada de pontos cirúrgicos; curativos de feridas abertas (como lesões por pressão ou deiscências de incisões) e feridas fechadas, escoriações; e, em algumas delas, até mesmo a realização de pequenos procedimentos cirúrgicos, o que automaticamente remete a necessidade de estrutura adequada em conformidade com as recomendações da legislação vigente no Brasil.

A relevância compreende três aspectos: para a comunidade científica representa um avanço no conhecimento sobre o assunto, tendo em vista que há escassez de estudos que utilizam dessa abordagem quanto ao objeto em estudo;

para as UBS, tendo em vista que a avaliação realizada poderá evidenciar o panorama atual e indicar possibilidades de melhoria às reformas estruturais futuras; e, para a comunidade assistida nas UBS (profissionais e pacientes), uma vez que ao sinalizar possíveis fragilidades, indicará em que pontos a segurança para garantia dos fluxo correto de PPS pode ser melhorada.

Deste modo, o objetivo desta pesquisa foi: avaliar os aspectos físico-estruturais dos Centros de Materiais e Esterilização de Unidades Básicas de Saúde de um Município do Interior do Piauí.

2 | MÉTODO

Trata-se de um estudo observacional analítico e transversal, por meio do qual se buscou analisar as variáveis físico-estruturais e ambientais dos locais para processamento de PPS em UBS. Seguindo as recomendações internacionais para estudos observacionais, foi utilizado o *check-list* STROBE.

O estudo foi realizado nas UBS do Município de Oeiras-PI, durante os meses de março e maio de 2018. Para a definição das unidades a serem pesquisadas, solicitou-se à Secretaria de Saúde do município um mapa com a localização geográfica de todas as unidades, e a partir daí, por meio de um critério de amostragem por conveniência, pactuou-se uma amostra de 12 UBS, tendo em vista que duas encontravam-se em obras estruturais.

A operacionalização da coleta de dados se deu a partir da realização de visitas pela equipe de pesquisa, que após selecionar as UBS, conduziram um sorteio de forma aleatória com o intuito de definir o dia e a unidade a ser visitada. Ressalta-se que o turno foi o matutino, visto que na rotina dessas UBS o processamento de PPS é mais frequente neste horário. Deste modo, foram realizadas visitas a duas UBS para cada dia previamente agendado, de acordo com a conveniência da equipe.

Destaca-se que a sistematização da coleta foi realizada utilizando-se a técnica de observação não-participante, a qual foi guiada por um instrumento do tipo *check-list*, que foi elaborado com base nas normas estabelecidas pela ANVISA (Brasil; 2002) e SOBECC (2017). As variáveis observadas foram: localização arquitetônica da CME; estrutura física da CME e suas áreas; parâmetros ambientais (iluminação, ruído, temperatura e umidade); protocolo escrito de processamento de PPS; equipamento utilizado na esterilização; e profissional responsável pela esterilização.

Foi realizada uma simulação de coleta de dados para realização do pré-teste do instrumento para se avaliar a fidedignidade, a operatividade, e a validade do instrumento, em que se observou se os itens do instrumento eram relevantes para a pesquisa e se deveriam ser adicionados ou retirados algum tópico para que o

mesmo nem ficasse repetitivo nem tão pouco incompleto. Ao final da simulação, todos os itens permaneceram no instrumento.

Foram utilizados para avaliação das variáveis os seguintes equipamentos: Decibelímetro Digital *Incoterm* modelo TDEC100C para medir o nível de ruído; um *Multi-Function Environment Meter* 4IN1 para quantificar os parâmetros de luminosidade, temperatura e umidade; e uma fita métrica de 100cm para mesurar o espaço físico. Cabe destacar que todos os equipamentos possuem certificação expedida pelo Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia (INMETRO), e ressalta-se que todos os equipamentos foram utilizados conforme instruções do fabricante.

Os dados foram apresentados em tabelas com a distribuição da frequência absoluta, e para as variáveis ambientais (temperatura, ruído, iluminação, umidade e espaço físico) foi calculada a medida de tendência central (média) dos valores encontrados. Quanto aos aspectos da infraestrutura física, foram verificadas as plantas baixas das CME de modo que se pudessem analisar os aspectos estruturais e de fluxo de processamento de PPS.

3 | RESULTADOS

Identificou-se que em 12 UBS visitadas havia presença de CME em plena atividade, as quais possuíam registro sanitário e alvará de funcionamento expedido pela Vigilância Sanitária. Ressalta-se que concernente à localização física da CME dentro das UBS, verificou-se que em todas, a localização é estrategicamente situada próxima às unidades consumidoras, e destas, apenas uma apresenta CME com toda a estrutura física completa com sala de recepção e limpeza, sala de preparo e esterilização e sala de armazenamento e distribuição exclusivas, enquanto as demais dividem algumas dessas áreas com outros setores na unidade.

Sobre a temperatura, foi observado que em todas as áreas a mesma estava acima da preconizada, visto que as médias mensuradas foram de: 32,7°C na área de recepção e limpeza, 33,8° C no preparo e esterilização, e 32,4°C no armazenamento e distribuição de materiais.

Quanto ao ruído, foi observado que nenhuma das áreas está de acordo com os padrões exigidos, onde as médias encontradas foram: 61,5 decibéis (Db) na área de Recepção e Limpeza, 63,3 Db no Preparo e Esterilização, e 66,7 Db no Armazenamento e Distribuição.

Sobre a umidade houve inadequação quanto à norma padrão, visto que nenhuma das áreas atingiu os valores toleráveis, ficando abaixo do ideal, com média de 35,7% na recepção e Limpeza, 36,9% no Preparo e Esterilização, e 35,8% no Armazenaento e Distribuição.

As médias da luminosidade foram de 61,6 lux na área de recepção e limpeza, 65,2 lux no preparo e esterilização, e 59,2 lux na guarda e distribuição, valores bem abaixo do ideal, o que associado ao trabalho rotineiro e que exige precisão quanto à inspeção dos artigos pode prejudicar o alcance de resultados satisfatórios do processamento.

| Parâmetros | Áreas da CME | | |
|---------------------------|---------------------|-------------------------|------------------------------|
| | Recepção e Limpeza | Preparo e Esterilização | Armazenamento e Distribuição |
| Iluminação | 61,6 lux | 65,2 lux | 59,2 lux |
| Ruído | 61,5 Db | 63,3 Db | 66,7 Db |
| Temperatura | 32,7° C | 33,8° C | 32,4° C |
| Umidade | 35,7% | 36,9% | 35,8% |
| Tamanho em m ² | 2,50 m ² | 2,00 m ² | 3,10 m ² |

Tabela 1. Médias dos parâmetros ambientais mensurados nas CME das UBS. Oeiras PI, Brasil, 2018.

FONTE: Dados da pesquisa.

Em relação ao tamanho em metros quadrados (m²), a sala de recepção e limpeza possui média calculada de 2,50 m², com ênfase para o fato de que em duas UBS este setor é compartilhado com o consultório odontológico, e nas demais é mesclada com as atividades de desinfecção química. Quanto a sala de Preparo e Esterilização, foi encontrado média de 2,00 m², devendo este setor ser dimensionado de acordo com o quantitativo e dimensões dos equipamentos, a área ocupada por cada equipamento de esterilização deve ser acrescida 2,50 m² para circulação, sendo que boa parte destas salas na CME não cumpriam esses parâmetros. A sala de armazenamento e distribuição apresentou média de 3,10m², ressaltando-se que em oito unidades, este espaço era compartilhado com a sala de procedimentos de enfermagem e o consultório odontológico.

A tabela 2 apresenta as variáveis quanto a infraestrutura física das CME nas UBS. Aqui se pode observar que 11 CME possuem revestimento impermeável e resistente adequado nas paredes, da mesma forma, assim como possuem portas de material durável e resistente a constantes lavagens e impactos mecânicos. Quanto a iluminação específica para as bancadas, nenhuma das CME às possuem, assim como planos de economia de energia e reaproveitamento de água.

Na variável isolamento acústico em áreas de maior ruído, apenas duas CME estão dentro dos padrões, sendo este isolamento produzido com material Etileno Acetato de Vinil (EVA), e a maioria (10) não isolam acusticamente estes setores de forma correta. O ar-condicionado é do tipo *Split*, situado na parte superior,

estando presente em 2 das salas sujas e limpas das CME. Já as áreas onde estão as termolavadoras e/ou autoclave, em 3 possuem exaustores de vapor próximas as portas, outro fator importante para o bom funcionamento dos serviços e do conforto dos profissionais que ali operam.

| Variáveis | Sim | Não |
|--|-----|-----|
| As paredes possuem revestimentos impermeáveis, sem porosidade e resistente a abrasão | 11 | 1 |
| As portas são de material durável e resistente a constantes lavagens e impactos mecânicos | 11 | 1 |
| A iluminação é específica para as bancadas | - | 12 |
| Possui isolamento acústico em áreas de maior ruído (local da autoclave por exemplo) | 2 | 10 |
| As salas consideradas limpas e sujas possuem ar-condicionado | 2 | 10 |
| A área onde estão instaladas as termolavadoras e/ou autoclave possuem exaustores de vapor perto das portas | 3 | 9 |
| Possui planos de economia de energia e reaproveitamento de água | - | 12 |

Tabela 2. Infraestrutura física das CME nas UBS. Oeiras PI, Brasil, 2018.

FONTE: Dados da pesquisa

Na tabela 3 foi verificada a avaliação dos componentes básicos da estrutura de recursos e materiais por setores nas CME das UBS. A primeira variável diz respeito a sala de recepção e limpeza. Apenas cinco possuem lavatório com dispensador de sabonete e papel toalha, quatro não possuem e três possuem em partes. Ainda foi observado que apenas três dispõem de uma bancada e descarte de materiais perfurocortantes. Pode-se destacar que nenhuma das CME dispõem de água fria ou quente adequada para o processo de limpeza, e destas, uma CME não possui água disponível para enxague dos produtos.

No tocante às salas de preparo e esterilização, nove continuam mesa ou carrinho com rodízio. A seladora de barreira estéril está presente em todas as salas de preparo e esterilização das CME. No entanto, em todas não foram verificados cadeiras ou bancos ergonômicos reguláveis para que os profissionais possam trabalhar de forma adequada e ergonômica.

O último item da tabela 3 foi observado que exceto pela limpeza do ambiente que estava adequado em todos os CME observados, os demais itens tiveram maior frequência de fatores de inadequação às normas vigentes.

| Variáveis | Sim | Não | Em parte |
|---|-----|-----|----------|
| Sala de recepção e limpeza | | | |
| lavatório com dispensador de sabonete líquido e papel toalha | 5 | 4 | 3 |
| dispõe de uma bancada, possui recipientes de descarte de materiais perfuro-cortantes e para resíduos biológicos | 3 | 2 | 7 |
| dispõe de água fria e quente com qualidade exigida para o processo de limpeza | - | 12 | - |
| Sala de preparo e esterilização | | | |
| Dispõe de mesa ou carrinho com rodízios | 9 | 3 | - |
| Possui seladora de barreira estéril (embalagem) | 12 | - | - |
| A selagem das embalagens é realizada de forma manual | 12 | - | - |
| Possui estação de trabalho com cadeiras ou bancos ergonômicos reguláveis | - | 12 | - |
| Sala de armazenamento e distribuição de materiais esterilizados | | | |
| É exclusiva e de acesso restrito distante de área de circulação | 5 | 7 | - |
| é um local limpo e seco | 12 | - | - |
| Possui armários, prateleiras, cestos amados, escadas equipamento de transporte com roldanas | 2 | 10 | - |
| Piso tem adequabilidade estrutural | 5 | 7 | - |

Tabela 3. Avaliação dos componentes básicos da estrutura de recursos e materiais por setores nas CME das UBS. Oeiras, PI, Brasil, 2018.

FONTE: Dados da pesquisa.

4 | DISCUSSÃO

Estruturalmente, segundo legislação vigente, as CME das UBS podem ser classificadas como de classe I, e com isso, não há necessidade de separação física entre as áreas limpa e suja, devendo ser estabelecido o uso da barreira técnica para impedir o contato entre os produtos para saúde das diferentes áreas. Entendem-se como barreiras técnicas medidas comportamentais dos profissionais de saúde para prevenir contaminação cruzada entre ambas as áreas (WHO, 2016).

Sabe-se que quando há uma falta de harmonia entre os recursos tecnológicos, humanos e estruturais da CME, as possibilidades de insucesso em alcançar padrões mínimos de qualidade em qualquer tipo de processamento são maiores. Assim, os projetos arquitetônicos de locais para esterilização de PPS dentro das UBS devem levar em consideração as recomendações da legislação vigente, as adequabilidades regionais e principalmente a supervisão direta de um enfermeiro que tenha proficiência no assunto, como forma de reduzir possíveis incoerências na execução sanitária e ergonômica da obra (COSTA; FEIRE, 2018).

Nesta pesquisa foram encontradas algumas inconsistências estruturais, corroborando com os achados de Roseira et al (2016) que avaliaram indicadores de estrutura e verificaram que em 60% das CME visitadas não havia estrutura completa e que nesta porcentagem as áreas se propunham a desenvolver atividades mistas, o que aumenta consideravelmente o risco de contaminação de materiais e riscos para o profissional que os manipula.

Na realidade apresentada por Cristoforo et al (2004) no estado do Paraná, apenas 13% da amostra possuía sala exclusiva para a realização do processo de limpeza e esterilização de materiais, enquanto que nas demais UBS este processo era realizado em salas improvisadas, em que também se realizam outros procedimentos como coleta de sangue, curativos, injeções entre outros.

Além das condições arquitetônicas, chama atenção as variáveis ambientais visto que a legislação brasileira acerca dos limites adequados de temperatura para o conforto térmico diz que temperaturas divergentes de 18°C a 25°C geram desconfortos que atrapalham a produtividade dos profissionais (BRASIL, 2012). Chiodi e Marziale (2006) em seus estudos relatam que a temperatura desconfortável, além de ser ilegal, pode ocasionar irritabilidade e falta de concentração, contribuindo para o risco de acidentes de trabalho.

Vale salientar que o estado do Piauí possui um clima quente, onde determinados meses as temperaturas chegam a ultrapassar os 40 graus, tornando assim um ambiente de trabalho com temperaturas elevadas, em conjunto com um espaço reduzido dentro da CME, certamente transforma o setor em um ambiente insalubre e estressante, comprometendo, também, a produtividade.

Sobre a umidade, os valores encontrados nas áreas das CME não estão em níveis adequados que deveria ser pelo menos acima de 40% (BRASIL, 2012). A umidade relativa do ar é de grande importância para a CME, pois uma baixa umidade (<30%) pode prejudicar o profissional, afetando o sistema tegumentar que pode gerar uma sudorese intensa, e até mesmo o sistema respiratório, gerando ressecamento das narinas e prejudicando as vias respiratórias. Já uma umidade alta (>75%) pode aumentar as chances de contaminação dos materiais já processados, uma vez que ajudam na proliferação de microrganismos como bactérias e fungos (FREIRE; MARTINEZ, 2014).

Temperatura e umidade relativa fora dos parâmetros de 18 a 22°C e 35 a 70%, respectivamente, podem permitir o crescimento de microrganismos e aumentar a quantidade destes nos materiais a serem esterilizados, ao mesmo tempo em que pode resultar em falhas de certos parâmetros de esterilização, como a penetração do vapor (SOBECC, 2017).

Os ruídos também se encontram em desacordo com os valores adequados em Decibéis e é o agente físico mais comum neste tipo de ambiente de trabalho,

podendo acarretar consequências como a Perda Auditiva Induzida por Ruído (PAIR) quando em níveis elevados (acima de 60dB) de forma continuada (ABNT, 2013).

Os resultados encontrados apresentam baixa iluminação (<60lux) para a maioria das áreas, com exceção da área de recebimento e limpeza que teve uma média de 62lux. Esses números mostram que essas CME têm baixos níveis de iluminação, e de acordo com a NBR ISSO/IEC 8995-1 de 2013, isso pode acarretar nos profissionais que trabalham nesse ambiente alguns desconfortos: insônia, mal estar, cefaleia, entre outros, além de prejudicar a carga de trabalho comprometendo a produtividade (ABNT, 2013), embora o fluxo de processamento das UBS seja relativamente menor que nos hospitais.

Para além das questões ambientais Souza (2010) evidencia a necessidade de adequabilidade das dimensões estruturais recomendadas pelo Ministério da Saúde que é de 6m² de área total, atentando para os devidos limites que cada setor deve possuir. Essa exigência visa garantir os seguintes atributos: confortabilidade para os profissionais, mobilidade e distribuição dos equipamentos conforme necessidade de trabalho.

A resolução Nº 15 de março de 2012 que trata dos padrões arquitetônicos do tamanho que deve ser a CME e as dimensões apropriadas para o profissional exercer suas atividades com conforto e praticidade, serve portanto, como base para afirmar que nesse estudo as CME não condizem com os padrões recomendados, o que pode gerar uma queda na qualidade da produção dos trabalhadores (BRASIL, 2012).

Quanto a infraestrutura das CME pôde-se observar que a maioria possuem paredes com revestimentos impermeáveis e portas com materiais duráveis e resistentes a constantes lavagens. Os materiais geralmente usados para o revestimento de paredes, pisos e tetos de ambientes de áreas críticas e semicríticas devem ser resistentes à lavagem, a desinfetantes e à abrasão e riscos, assim como com o menor número possível de rachaduras ou frestas (SOBECC, 2017). Deve se considerar o uso de cores no revestimento de teto, paredes e piso, pois, se escuras absorvem a luz, provocando uma sensação coercitiva, já as cores claras a refletem melhor e tornam o ambiente mais claro, agradável.

O isolamento acústico é realizado apenas em duas CME onde fazem uso de material EVA. O ruído a que os profissionais estão expostos em seus ambientes de trabalho hospitalar varia de acordo com o local, pois ambientes onde existem equipamentos sonoros vão, conseqüentemente, dispor de um ruído maior (SERVILHA; DELATTI, 2012).

A climatização das salas deve ser prioridade neste ambiente nas EAS, visto que são realizados procedimentos que devem conservar o processamento dos produtos, e viabilizar o trabalho dos profissionais. O ar condicionado destina-se a suprir

ambientes hospitalares de ar tratado para assegurar a sua assepsia, dar conforto às pessoas ou aperfeiçoar o funcionamento de equipamentos, principalmente dentro da CME, onde esses fatores influenciam no resultado final dos serviços nela oferecidos. A área de recepção e limpeza possui ainda especificidades quanto ao sistema de troca de ar (de 6 a 10 horas) e exaustão umidade relativa mantida entre 35% a 50% (GUADAGNIN, 2006).

Ainda para manter a climatização adequada ao trabalho e conservação do processamento, é fundamental que áreas mais quentes, e com equipamentos como estufas e autoclaves possuam sistemas de exaustores, visto que este ambiente se torna mais insalubre para os profissionais (BRASIL, 2012).

A sala de preparo e esterilização, quanto a seus componentes foi possível analisar nas 7 CME que todas dispõe de seladora de barreira estéril e a selagem de embalagens realizadas de forma manual. Um sistema de barreira estéril é constituído por duas embalagens: a primária e a secundária (KAVHANAG, 2011). As embalagens utilizadas devem estar regularizadas junto à ANVISA para uso específico em esterilização, e não é permitido o uso de embalagens de papel *kraft*, papel toalha, papel manilha, papel jornal e lâminas de alumínio, enquanto que é obrigatória a identificação nas embalagens dos produtos submetidos à esterilização por meio de rótulos ou etiquetas.

Nessa perspectiva, vislumbra-se que deverá ser realizada uma ação de reestruturação dos espaços físicos das CME analisadas de modo que sejam atendidas as prerrogativas da ANVISA/MS. Para isso, é necessário compromisso da alta gestão de saúde e reorganização do financiamento voltado para essas questões em âmbito municipal.

5 | CONCLUSÃO

Nas UBS's onde a pesquisa aconteceu, nota-se que os CME em sua grande possuem estrutura física inadequada, apresentando incompatibilidade com as normas preconizadas em diversos setores, compartilhando salas com diferentes serviços, e ausência de mobiliários e instrumentos necessários para o funcionamento ideal do serviço.

Destaca-se que as salas de desinfecção química não foram encontradas em nenhuma das CME's, sendo esta compartilhada com o serviço de recepção e limpeza. Foram evidenciadas irregularidades, quanto aos parâmetros ambientais mensurados, de luminosidade, ruídos, umidade, temperatura e dimensão estrutural mínima.

Destaca-se como limitação o fato de que a pesquisa retrata apenas uma realidade local, não podendo seus dados ser generalizados, assim como o método

proposto não permitiu a análise da efetividade da esterilização dos produtos utilizados nessas UBS.

REFERÊNCIAS

ABNT. Associação Brasileira de Norma Técnicas. **NBR ISSO/CIE 8991-1**: Iluminação de ambientes de trabalho. 2013. Disponível em: <http://paginapessoal.utfpr.edu.br/vilmair/instalacoes-prediais-1/normas-e-tabelas-de-dimensionamento/NBRISO_CIE8995-1.pdf/view>. Acesso em: 04 Set 2019.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução - RDC nº307 de 14 de novembro de 2002**. Altera a Resolução - RDC nº 50 de 21 de fevereiro de 2002 que dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Brasília: ANVISA; 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução - RDC nº. 15, de 15 de março de 2012**. Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde).

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem, **Resolução n. 424, de 19 de abril de 2012**. Normatiza as atribuições dos profissionais de Enfermagem em Centro de Material e Esterilização e em empresas processadoras de produtos para saúde. Ministério da Saúde, Brasília, 2012.

CHIODI, M.B.; MARZIALE, M.H.P. Riscos ocupacionais para trabalhadores de Unidades Básicas de Saúde: revisão bibliográfica. **Acta paul. enferm**, v. 19, n. 2, p. 212-217, June 2006. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002006000200014&lng=en&nrm=i>. access on 04 Sept. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002006000200014>.

CRISTÓFORO, B. B.; KARAU, V. C. S.; RUAN, M. F. M.; HOLLEBE, P. Processo de esterilização de artigos em unidades básicas de saúde. **Anais do 56º Congresso Brasileiro de Enfermagem**. 2004.

FREIRE, E.M.R.; MARTINEZ, M.R. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL: FERRAMENTA DE AUXÍLIO EM GESTÃO DA QUALIDADE. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, 8(5):1405-12, maio., 2014

FREITAS, L.R.; TIPPL, A.F.V.; PIRES, F.V.; MELO, D.S.; SPAGNOLI, J.L.U. (Des)cuidado com produtos para saúde processados no transporte e armazenamento em unidades de internação. **Texto contexto - enferm**. v.24, n.1, 253-262, 2015.

FREITAS, T.S.; QUIRINO, G.S. Esterilização em unidades básicas de saúde no município de Picos-PI. **SANARE**, v.10, n.2.,p. 57-63, jul./dez. 2011.

GUADAGNIN, S. V. T.; TIPPLE, A. F. V.; SOUZA, A. C. S. Avaliação arquitetônica dos centros de material e esterilização de hospitais do interior do estado de Goiás. **Rev Eletr Enf**. v.9, n.3, p.656-73, 2007.

KAVANAGH, C. M. G. **Elaboração do manual de procedimentos em central de materiais e esterilização**. 2 ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2011.

ROSEIRA et al. **Diagnóstico de conformidade do processamento de produtos para saúde na Atenção Primária à Saúde**. Rev. Latino-Am. Enfermagem, n. 24, v. 2820, 2016.

SERVILHA, E.A.M.; DELATTI, M.A. Percepção de ruído no ambiente de trabalho e sintomas auditivos e extra-auditivos autorreferidos por professores universitários. **J Soc Bras Fonoaudiol**, v. 24, n.3,

p.233-238, 2012.

SOBECC-SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENFERMEIROS DE CENTRO CIRÚRGICO, RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA E CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO. **Práticas Recomendadas pela SOBECC**. 7. ed. São Paulo: SOBECC, 2017.

SOUZA, P.C. Análise as condições de trabalho na Central de Materiais Esterilizados de Barra dos Bugres MT. **Anais do XXX ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO Maturidade e desafios da Engenharia de Produção: competitividade das empresas, condições de trabalho, meio ambiente**. 2010.

SOUZA, R.Q.; SCHMITT, C.; TORRES, L.M.; GRAZIA-NO, K.U.; LACERDA, R.A.; TURRINI, R.N.T. Complexidade da elaboração de um protocolo para reutilização de materiais de uso único. **Rev Cienc Cuid Saude** . v.9, n.4, p.828-834, 2010.

VITAL J. S, et al. Estrutura física de centro de material e esterilização em unidades de atenção básica de saúde **Rev enferm UFPE on line**. v.8, n.5, p.1192-200, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Decontamination and reprocessing of medical devices for health-care facilities**. Geneva: WHO, 2016.

AVALIAÇÃO DO CONTEXTO ORGANIZACIONAL DO PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE EM CAXIAS-MA

Data de aceite: 25/11/2019

Tatyanne Maria Pereira de Oliveira

Curso de Enfermagem, Departamento de Ciências da Saúde, Centro de Estudos Superiores de Caxias, Universidade Estadual do Maranhão – UEMA, Caxias MA;

Joseneide Teixeira Câmara

Curso de Enfermagem, Departamento de Ciências da Saúde, Centro de Estudos Superiores de Caxias, Universidade Estadual do Maranhão – UEMA, Caxias MA;

Beatriz Mourão Pereira

Curso de Enfermagem, Departamento de Ciências da Saúde, Centro de Estudos Superiores de Caxias, Universidade Estadual do Maranhão – UEMA, Caxias MA;

Núbia e Silva Ribeiro

Curso de Enfermagem, Departamento de Ciências da Saúde, Centro de Estudos Superiores de Caxias, Universidade Estadual do Maranhão – UEMA, Caxias MA;

Tharliane Silva Chaves

Curso de Enfermagem, Departamento de Ciências da Saúde, Centro de Estudos Superiores de Caxias, Universidade Estadual do Maranhão – UEMA, Caxias MA;

Leônidas Reis Pinheiro Moura

Curso de Enfermagem, Departamento de Ciências da Saúde, Centro de Estudos Superiores de Caxias, Universidade Estadual do Maranhão – UEMA, Caxias MA.

Hayla Nunes da Conceição

Curso de Enfermagem, Departamento de Ciências da Saúde, Centro de Estudos Superiores de Caxias, Universidade Estadual do Maranhão – UEMA, Caxias MA

Bruna Carolynne Tôrres Müller

Curso de Enfermagem, Departamento de Ciências da Saúde, Centro de Estudos Superiores de Caxias, Universidade Estadual do Maranhão – UEMA, Caxias MA

Helayne Cristina Rodrigues

Curso de Enfermagem, Departamento de Ciências da Saúde, Centro de Estudos Superiores de Caxias, Universidade Estadual do Maranhão – UEMA, Caxias MA.

Francielle Borba dos Santos

Curso de Enfermagem, Departamento de Ciências da Saúde, Centro de Estudos Superiores de Caxias, Universidade Estadual do Maranhão – UEMA, Caxias MA.

Ananda Santos Freitas

Curso de Enfermagem, Departamento de Ciências da Saúde, Centro de Estudos Superiores de Caxias, Universidade Estadual do Maranhão – UEMA, Caxias MA.

Leticia de Almeida da Silva

Curso de Enfermagem, Departamento de Ciências da Saúde, Centro de Estudos Superiores de Caxias, Universidade Estadual do Maranhão – UEMA, Caxias MA.

RESUMO:O estudo objetivou avaliar o contexto

organizacional do Programa de Controle da Tuberculose (PCT) em Caxias-MA. Tratou-se de uma pesquisa avaliativa do tipo estudo de caso único. A coleta de dados ocorreu através de dados primários e secundários. Aplicou-se questionários à gestores, profissionais de saúde e pacientes com tuberculose notificados em 2015. As análises dos dados ocorreram por meio da Matriz de Análise e Julgamento do PCT que abordou as categorias de Gestão e Planejamento do PCT, Serviços de Referências e Insumos e Vigilância Epidemiológica. Verificou-se queo Contexto Organizacional estava implantado no municípiocom respectivamente 94,6% grau de implantação. O PCT em Caxias está incorporado à Coordenadoria de Vigilância em Saúde Epidemiológica e de Atenção Básica, que realizam diversas ações como: capacitação, planejamento, assessoramento e apoio às unidades de saúde, proporcionando subsídios quanto aos instrumentos preconizados pelo programa. Conclui-se queo desempenho no contexto organizacional do programa é satisfatório, embora presente fatores limitantes. Torna-se necessário uma maior efetivação das ações de controle da doença, além da atuação de forma articulada entre todos os segmentos para melhorar o desenvolvimento do PCT.

PALAVRAS-CHAVE: Tuberculose; Programa de Controle da Tuberculose; Avaliação em Saúde.

EVALUATION OF THE ORGANIZATIONAL CONTEXT OF THE TUBERCULOSIS CONTROL PROGRAM IN CAXIAS-MA

ABSTRACT: This study aims to evaluate the organizational context of the Tuberculosis Control Program (PCT) in Caxias-MA. This was a single case study evaluative research. Data collection occurred through primary and secondary data. Questionnaires were applied to managers, health professionals and tuberculosis patients notified in 2015. Data analyzes were conducted through the PCT Analysis and Judgment Matrix, which addressed the PCT Management and Planning categories, Reference and Input Services and Epidemiological surveillance. It was found that the Organizational Context was implemented in the municipality with respectively 94.6% degree of implementation. The PCT in Caxias is incorporated into the Coordination of Epidemiological Health Surveillance and Primary Care, which perform various actions such as training, planning, advice and support to health facilities, providing subsidies on the instruments recommended by the program. It is concluded that the performance in the organizational context of the program is satisfactory, although it has limiting factors. A greater effectiveness of disease control actions is needed, as well as acting in an articulated manner among all segments to improve PCT development.

KEYWORDS: Tuberculosis; Tuberculosis Control Program; Health Evaluation.

1 | INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é uma patologia conhecida desde os tempos remotos e a priori, caracterizava-se como uma doença fatal devido ao não esclarecimento da mesma, sendo a principal causadora de óbitos até o final do século XIX e metade do século XX. Embora, nos últimos anos tenha ocorrido uma diminuição na taxa de incidência, acomete um grande número de pessoas e é responsável por altas taxas de mortalidade em todo o mundo (BRASIL, 2011).

No cenário mundial, a estimativa de adoecimento por TB no ano de 2017, foi de aproximadamente 10 milhões de pessoas gerando cerca de 1,3 milhões de óbitos (WHO, 2018). No Brasil, no mesmo período foram registrados 69.569 novos casos, com incidência de 33,5 casos/100 mil habitantes, e estima-se que a doença tenha causado 4.534 óbitos (BRASIL, 2018; BRASIL, 2019).

O Brasil, desde 1998, com a finalidade de controlar esta doença endêmica, adotou o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) como estratégia para diminuir o abandono do tratamento a menos que 5%, detectar 70% dos casos pulmonares bacilíferos e curar 85% dos casos que são notificados pelo sistema fazendo com que o diagnóstico seja precoce e as pessoas recebam o tratamento adequado para que ocorra a redução da mortalidade em decorrência da TB (BRASIL, 2002).

Avaliar as práticas desenvolvidas através do PNCT, com a finalidade de conhecer as ações realizadas e os fatores interferentes na execução das mesmas, possibilita ajustar as estratégias do programa de acordo com a realidade de cada localidade. Desta forma, faz-se de mister relevância analisar o funcionamento, desenvolvimento e o desempenho do programa considerando seus contextos constituintes, por meio da representação de várias estruturas que compõe e norteiam a sua execução.

Estudos que avaliaram os contextos estruturais do PCT evidenciaram os principais fatores que interferem no desenvolvimento do programa como a desarticulação entre os serviços, ações de prevenção insuficientes e falta de recursos, que dificultam as ações de controle da tuberculose. Além disso, há necessidade de melhorar a qualidade dos serviços oferecidos aos pacientes, uma vez que observaram a deficiência na capacitação dos profissionais, baixa detecção de sintomáticos respiratórios e contatos (OLIVEIRA; NATAL, 2007; OLIVEIRA et al., 2009; GUTIÉRREZ, 2012; HEUFEMANN; GONÇALVES; GARNELO, 2013).

Dentre os contextos que permeiam a execução do PCT tem-se o contexto organizacional que configura um conjunto de ações e articulações inter e intrassetorial (BRASIL, 2015). Desta forma, esta pesquisa teve como objetivo avaliar o contexto organizacional do Programa de Controle da Tuberculose (PCT) em Caxias-MA.

2 | MÉTODOS

Tratou-se de uma pesquisa avaliativa do tipo estudo de caso único com abordagem qualitativa e quantitativa. O estudo foi baseado por um modelo lógico desenvolvido por Oliveira e Natal (2007) e um modelo teórico desenvolvido por Gutiérrez (2012).

Foi avaliada a implantação do Contexto Organizacional do PCT do município de Caxias-MA referente ao ano de 2015 e a coleta de dados ocorreu através de dados primários e secundários. Os dados primários foram obtidos por meio de entrevistas, orientadas por um questionário semiestruturado, realizada com 47 sujeitos, dentre eles gestores, profissionais de saúde e pacientes com tuberculose notificados em 2015, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os dados secundários foram provenientes de normas e documentos do Ministério da Saúde (MS), livros de registros das Unidades de Saúde e dos prontuários dos pacientes, por meio de um roteiro de análise.

As análises dos dados ocorreram por meio da Matriz de Análise e Julgamento, adaptada de Gutiérrez (2012), considerando a dimensão do Contexto Organizacional, com pontuação máxima esperada de 280 pontos, distribuído a partir das categorias de Gestão e Planejamento (150), Serviços de Referência e Insumos (60) e Vigilância Epidemiológica (70) pontuações máximas esperadas estabelecidas por seus critérios.

A definição do grau de implantação se fundamentou no escore final, que foi obtida por meio do cálculo (Σ observados \div Σ das pontuações máximas possíveis \times 100). Assim, foi possível determinar e avaliar o grau de implantação, gerando a seguinte classificação: I - não implantado ($\leq 25\%$); II - incipiente ($> 25\%$ e $\leq 50\%$), III - parcialmente implantado ($> 50\%$ e $\leq 75\%$); IV - implantado ($>75\%$ e $\geq 100\%$).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Estudos Superiores de Caxias (CESC) da Universidade Estadual do Maranhão (UEMA), conforme determinação do Conselho Nacional de Saúde, na Resolução 466/12, com Parecer de nº 1.107.297.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

O contexto organizacional corresponde a um conjunto de fatores que influenciam na organização do programa, considerando-se neste cenário as gestões a nível de Secretaria Municipal de Saúde (SMS), coordenação do PCT e da AB sobre o planejamento e execução de ações voltadas para a assistência ao portador de TB.

Na categoria de Gestão e Planejamento (Quadro 1), analisou-se quinze critérios, dentre eles: período de gerência, planejamento das atividades elaboradas

pele PCT, supervisão e acompanhamento das ações, além da análise das metas estabelecidas por meio do Plano de Trabalho Anual (PTA).

| Categoria: Gestão e Planejamento | | | | |
|---|-------------------------|--|-----------------|-----------------|
| Critério | Pontos Max. Exp. | Ponto de Corte | Pont Obs | Prop (%) |
| Tempo de gerência | 10 | Até 1 ano = 1 1 a 2 anos = 5 Acima de 2 anos = 10 | 10 | 100,00 |
| Planejamento entre a equipe técnica do PCT com participação dos gerentes das unidades | 10 | Sim = 10 Esporádico = 5 Não = 0 | 10 | 100,00 |
| Equipe realiza reuniões para discutir e programar ações de controle da tuberculose. | 10 | Sim = 10 Parcialmente = 5 Não = 0 | 5 | 50,00 |
| Ações de supervisão são realizadas pela equipe do nível central do PCT | 10 | Sim = 10 Parcialmente = 5 Não = 0 | 10 | 100,00 |
| Existe fluxo das informações do SINAN | 10 | Sim = 10 Não = 0 | 10 | 100,00 |
| Equipe técnica do PCT faz relatório sobre a Tuberculose | 10 | Sim = 10 Parcialmente = 5 Não = 0 | 10 | 100,00 |
| Conhece a proporção de unidades que atendem tuberculose | 10 | Sim = 10 Parcialmente = 5 Não = 0 | 10 | 100,00 |
| Área territorial das unidades e bem definida | 10 | Sim = 10 Parcialmente = 5 Não = 0 | 0 | 0,00 |
| Conhecimento dos profissionais que atuam com tuberculose | 10 | Equipe toda = 10 3 prof. da equipe = 8 1 a 2 prof. da equipe = 4 Não sabe = 0 | 10 | 100,00 |
| Equipe utiliza normas do PNCT | 10 | Sim = 10 Não = 0 | 10 | 100,00 |
| São analisadas metas do PTA | 10 | Sim = 10 Parcialmente = 5 Não = 0 | 0 | 10,00 |
| Necessidade de interferência da gestão do PCT nas unidades para realização das ações | 10 | Sim = 0 Parcialmente = 5 Não = 10 | 5 | 50,00 |
| Suporte do nível central do PCT atende as necessidades das unidades | 10 | Sim = 10 Parcialmente = 5 Não = 0 | 0 | 0,00 |
| Envia material educativo para as unidades | 10 | Sim = 10 Parcialmente = 5 | 10 | 100,00 |
| Envia coletor de escarro para as unidades | 10 | Sim = 10 Não = 0 | 10 | 100,00 |
| Total | 150 | | 135 | 90,00 |

Quadro 1 -Matriz de Análise e Julgamento: dimensão contexto organizacional, categoria gestão e planejamento do Programa de Controle da Tuberculose no município de Caxias – MA

O PCT em Caxias está incorporado à Coordenadoria de Vigilância em Saúde

Epidemiológica e de Atenção Básica (AB), que realizam diversas ações como: capacitação, planejamento, assessoramento e apoio às unidades de saúde, proporcionando subsídios quanto aos instrumentos preconizados pelo programa.

A coordenação do programa é responsável por organizar, planejar, acompanhar o desenvolvimento das atividades e promover ações de vigilância epidemiológica, contando com a atuação da coordenação de AB quanto ao suporte das ações desenvolvidas. Ressalta-se que as equipes de saúde utilizam-se a normatização preconizada pelo PNCT.

Na realidade local a coordenadora do programa é responsável por executar todas as ações de monitoramento e vigilância e apoio técnico do programa, sobrecarregando-a e desta forma atendendo parcialmente as necessidades das unidades. Além disso, embora a área territorial das unidades seja bem definidas, um problema evidenciado foram as áreas descobertas que dificultam o monitoramento e as atividades.

Estudo realizado por Santos et al. (2010), com sete coordenadores do PCT verificou que existem obstáculos que prejudicam a organização e gerenciamento na execução efetiva das ações de controle da TB, uma vez que nem sempre dispõe de recursos satisfatórios sejam em âmbitos financeiros, materiais ou humanos, além de problemas quanto a integração entre gestores e demasiadas atividades burocráticas. Em concordância Protti et al. (2010) em sua pesquisa, evidenciaram-se que prevalece a gerência técnico-burocrática que, excessiva, compromete a implantação efetiva de ações de controle da TB.

A coordenação do PCT de Caxias - MA realiza reuniões sem regularidade, com os profissionais das Estratégia Saúde da Família (ESF) com o intuito de apresentar os indicadores alcançados e planejar as ações para o desenvolvimento do PCT.

Conforme Trigueiro et al. (2011), em uma pesquisa realizada em Paraíba com gestores de serviços em saúde, constatou que o planejamento das ações de controle da TB ocorre de forma desintegrada e não participativa, uma vez que em sua maioria está voltado apenas para a coordenação do programa sobrecarregando suas funções e excluindo a participação de outros profissionais importantes no desenvolvimento das ações.

Em concordância, Heufemann, Gonçalves e Garnelo (2013), em seu estudo na Amazônia, verificaram que embora o planejamento das ações seja frequentemente realizado pela gerência, não existe a coparticipação das equipes do Programa Saúde da Família (PSF). Além disso, destacam ainda que a avaliação sobre a execução das atividades e desempenho alcançado não ocorre de forma frequente o que dificulta na operacionalização do programa. De modo similar são os achados de Paula e Motta (2012) para o município do Rio de Janeiro.

No presente estudo, verificou-se que anualmente ocorre uma capacitação

elaborada pela coordenação estadual do programa. No que concerne à gestão municipal a coordenação do programa oferece orientações, supervisões *in loco*, manutenção de insumos.

A capacitação dos profissionais é um dos pilares importantes para a promoção das ações de controle da Tb em vista da promoção da implantação e implementação do PCT, isto em âmbito federal, estadual ou municipal (BRASIL, 2011).

Para Heufemann, Gonçalves e Garnelo (2013), a capacitação dos profissionais é uma estratégia prioritária para o melhor desenvolvimento das atividades. Esses achados reforçam os resultados encontrados nos estudos de Marquieviz et al. (2013), constatando que a realização de capacitação de profissionais em Curitiba influenciou diretamente na execução das ações preconizadas e melhoraram nos indicadores do programa.

No PCT de Caxias - MA, como estabelecido pelo PNCT, existe fluxo de informações através do Sinan/TB, no qual existe um profissional da Vigilância Epidemiológica designado pela inserção dos dados no sistema, em que este é atualizado de acordo com a demanda. Para o monitoramento dos indicadores fazem uso dos documentos específicos: fichas de notificação, boletins de acompanhamento e relatórios nos quais são gerados mensalmente para o acompanhamento dos casos.

Segundo o MS, o Sinan é o principal instrumento para fomentar dados da Vigilância Epidemiológica da Tuberculose para as esferas municipal, estadual e federal. Assim, o Sinan possui como finalidades reunir e consolidar dados para o fornecimento e divulgação dos mesmos, com base nisso o sistema fornece ao programa de controle da tuberculose o Boletim de Acompanhamento de Casos de Tuberculose que é importante para avaliação e monitoramento dos indicadores subsidiando no planejamento das ações (BRASIL, 2011).

As Unidades Básicas de Saúde (UBSs) realizam os pedidos de materiais educativos sobre a tuberculose como cartazes e folders para a coordenação do município, no qual são encaminhados às unidades. Realiza-se também o envio de coletores de escarro para a realização do exame de baciloscopia.

A Categoria Gestão e Planejamento apresentou uma pontuação máxima esperada de 150 pontos, e foi observada 135 pontos (90%) que a classifica como implantada.

Outra categoria que faz parte do Contexto Organizacional corresponde aos Serviços de Referência e Insumos, nessa analisou-se os seguintes critérios: análise dos mapas de medicamentos, bem como sua distribuição para as unidades, fluxo para realização da prova tuberculínica (PT), sistema de referência e contrarreferência e estratégias relacionada ao abandono do tratamento e de atuação com os contatos dos pacientes (Quadro 2).

| Categoria: Serviços de Referência e Insumos | | | | |
|--|-------------------------|---|-----------------|-----------------|
| Critério | Pontos Max. Exp. | Ponto de Corte | Pont Obs | Prop (%) |
| Análise dos mapas de medicamentos das unidades | 10 | Sim = 10 Esporádico = 5 Não = 0 | 10 | 100,00 |
| Distribuição de medicamentos de tuberculose para as unidades | 10 | Mapa mensal = 10 Não há fluxo definido = 0 | 10 | 100,00 |
| Pré-definição do fluxo para os doentes realizarem prova tuberculínica | 10 | Sim =10 Não =0 | 10 | 100,00 |
| Definição para referência e contra referência para doentes de tuberculose | 10 | Sim =10 Não =0 | 10 | 100,00 |
| Estratégias definidas para as unidades de como registrar e atuar com contatos de tuberculose | 10 | Sim =10 Não =0 | 10 | 100,00 |
| Estratégias definidas para doentes de tuberculose em abandono de tratamento | 10 | Sim =10 Não =0 | 10 | 100,00 |
| Total | 60 | | 60 | 100 |

Quadro 2 -Matriz de Análise e Julgamento: dimensão contexto organizacional, categoria de serviços de referência e insumos do Programa de Controle da Tuberculose no município de Caxias - MA

Os medicamentos tuberculostáticos são fundamentais para o tratamento dos portadores de Tb, o fornecimento e a gestão adequada desse insumo corresponde a um dos cinco componentes do conjunto de ações para o controle da doença (WHO, 2009).

No município de estudo a análise dos mapas de medicamentos das unidades é realizada mensalmente e a distribuição ocorre por meio da assistência farmacêutica mediante a solicitação através de um registro específico, esse é repassado ao setor de almoxarifado para que se realize a distribuição dos medicamentos às UBSs, de acordo com gestores e profissionais foi ressaltado que dificilmente ocorre atrasos nas entregas.

Em um estudo similar realizado em Cuiabá por Gutiérrez (2012), a análise dos mapas dos medicamentos ocorre mensalmente, no entanto existem irregularidade quanto aos envios dos mapas pelas unidades para a Coordenadoria de AB provocando demora em todo processo que culmina no atraso do envio das medicações às unidades e, conseqüentemente, aos pacientes.

Neste estudo, verificou-se que quanto a prova tuberculínica (PT), somente em dois lugares no município de Caxias – MA realizam o exame, sendo esses uma UBS da zona urbana e o Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) que apresenta parceria com o programa. Assim, faz-se a requisição do exame e os usuários são

encaminhados para comparecer aos locais no dia e horário estabelecidos, uma vez que a PT é realizada em apenas um dia da semana em ambos os lugares.

Gutiérrez (2012), verificou a partir da sua pesquisa que existe um fluxo pré-definido para a realização da PT, uma vez que os indivíduos são direcionados para as policlínicas do município de Curitiba para a realização do teste, no entanto evidenciaram que ocorre um déficit sobre o estabelecimento do dia e horários para a realização do mesmo. No estudo de Heufemann, Gonçalves e Garnelo (2013), observou-se que no município de sua pesquisa (Amazônia) o exame não está disponível, o que gera deficiência no diagnóstico.

Em relação ao serviço de referência e contrarreferência, o PCT de Caxias-MA possui um médico de referência que responde pelos Programa de TB e de Hanseníase e realiza outros tipos de assistência, atendendo no Centro de Especialidade em Assistência Materno Infantil (CEAMI) onde os usuários são encaminhados e as consultas pré-agendadas. Ressalta-se que devido à grande demanda e o fato de ter apenas um profissional para realizar este tipo de atendimento compromete a assistência aos doentes.

Os serviços de referência e contrarreferência correspondem a uma ferramenta que oportuniza ao usuário acesso aos diferentes níveis e especialidades de serviços. Desta forma, o profissional realiza o encaminhamento, ou seja, referencia o usuário, para um serviço de maior complexidade para que sejam efetuadas uma assistência especializada e adequada às necessidades e após o mesmo é contrarreferenciado para o serviço de origem (FRATINI; SAUPE; MASSAROLI, 2008).

De acordo com a gestão do município aqui estudado, as estratégias para os pacientes em condição de abandono do tratamento estão estabelecidas: realizar busca ativa e visitas domiciliares. Quanto aos contatos dos portadores de Tb, as equipes de ESF são orientadas a registrá-los e convocá-los individualmente e solicitar o teste tuberculínico para aqueles contatos dos casos pulmonares positivos, além disso, de acordo com a realidade da ESF deve-se buscar outras alternativas para a examinar os contatos.

As estratégias utilizadas para os pacientes em condição de abandono estão sendo realizadas conforme preconizado pelo MS realizar o controle diário de faltosos, utilizando “estratégias como visita domiciliar, contato telefônico e/ou por correio, a fim de evitar a ocorrência do abandono” (BRASIL, 2011, p.30).

Nesta Categoria, a pontuação máxima esperada seria de 60 pontos, e foi obtida por serem atingidos os critérios estabelecidos.

A categoria Vigilância Epidemiológica corresponde a última referente ao Contexto Organizacional e abrange os parâmetros: acompanhamento das informações no Sinan, direcionamento de informações entre as UBSs e a SMS, atividades de vigilância epidemiológica, tempo de notificação após diagnóstico, de

envio, de preenchimento e atualização dos livros de registro (Quadro 3).

| Categoria: Vigilância Epidemiológica | | | | |
|---|-------------------------|--|-----------------|-----------------|
| Critério | Pontos Max. Exp. | Ponto de Corte | Pont Obs | Prop (%) |
| Profissionais capacitados para realizarem o acompanhamento das informações no SINAN | 10 | Sim = 10 Parcialmente = 5 Não = 0 | 10 | 100,00 |
| Definida frequência do fluxo de informações entre as unidades de saúde e a SMS | 10 | Sim =10 Não =0 | 10 | 100,00 |
| Realização de ações de vigilância epidemiológica | 10 | Sim = 10 Parcialmente = 5 Não = 0 | 10 | 100,00 |
| Tempo de notificação após diagnóstico de tuberculose | 10 | Durante aten. = 10 1x/semana = 5 Não sabe = 0 | 10 | 100,00 |
| Tempo após notificação preenchida e envio a SMS | 10 | Ate 1 semana= 10 15 dias =5 Não sabe= 0 | 10 | 100,00 |
| Momento do preenchimento do livro de registro de casos de tuberculose | 10 | Momento diag. =10 1x/semana = 5 15 dias = 2 Não sabe = 0 | 10 | 100,00 |
| Periodicidade da atualização do livro de registro de casos de tuberculose | 10 | Quando houver informação=10 Semanal = 5 Quinzenal =3 Não sabe = 1 | 10 | 100,00 |
| Total | 70 | | 70 | 100,00 |

Quadro 3 -Matriz de Análise e Julgamento: dimensão contexto organizacional, categoria de vigilância epidemiológica do Programa de Controle da Tuberculose no município de Caxias - MA

O setor de Vigilância em Saúde Epidemiológica do município atua em parceria com a coordenação do PCT, realizando ações de recebimento e digitação no sistema das fichas de notificação e de acompanhamento para alimentação das informações no Sinan, que a partir dos dados gerados emite boletins de acompanhamento para a SMS. A coordenação do PCT possui apenas um responsável técnico para alimentar o sistema que é o mesmo para digitar todos os demais agravos de notificação compulsória no Sinan.

Nogueira et al. (2009), ao realizar uma pesquisa com oito coordenadores do PCT em seis municípios do Estado da Paraíba, identificou depoimentos sobre a importância do Sinan como um instrumento relevante no planejar, monitorar e avaliar das ações de controle da TB, cujo significado ultrapassa atividades burocráticas e normativas. Além disso, identificou-se a existência de problemas que comprometem na geração de informações do sistema, ocasionado pelo preenchimento irregular da ficha de notificação, deficiência no fluxo de informações, quantidade insuficiente

de recursos humanos, além de muitos profissionais não serem capacitados para gerenciar os dados do sistema.

A ESF realiza o preenchimento das fichas de notificação compulsória durante o atendimento com o usuário diagnosticado e as envia semanalmente para a coordenação do programa que as analisa e repassa para a Vigilância Epidemiológica para posterior digitação no Sinan. Quanto a regularidade do preenchimento do “Livro de Registro de Casos de Tuberculose” faz-se mediante o diagnóstico da doença e mantém uma periodicidade da atualização do livro.

Neste sentido, Cavalcanti et al. (2012), realizaram uma pesquisa sobre o processo de registro e gerenciamento das informações do sistema em treze municípios do Estado do Rio de Janeiro, no qual verificaram que embora saibam da importância do preenchimento do Livro de Registro de Sintomáticos Respiratórios, Livro de Registro de Pacientes e de Acompanhamento de Casos de TB há uma deficiência no preenchimento. Tal fato implica a não utilização desses dados tanto na avaliação quanto no planejamento das ações locais, desta forma necessitando que ocorra uma fiscalização atuante por parte da coordenação do programa, além de capacitação dos profissionais para a realização dos registros adequados.

Ao encontro desta reflexão, um estudo conduzido por Santos et al. (2015) em dois municípios da região metropolitana de Belém/Pará, verificou que existem um déficit no preenchimento dos registros de informações nos livros implantados nacionalmente pelo PNCT, o que torna-se um obstáculo no acompanhamento do desenvolvimento e evolução do tratamento dos doentes.

A pontuação máxima esperada na Categoria Vigilância Epidemiológica seria de 70 pontos sendo este escore observado.

Na dimensão do Contexto Organizacional esperava-se uma pontuação máxima de 280 pontos, obtendo, entretanto, 265 pontos (94,6%) do esperado, considerando-se que o PCT está implantado (I) na estrutura organizacional da SMS.

4 | CONCLUSÃO

O desempenho no contexto organizacional do programa é satisfatório, uma vez que foi considerado implantado (94,6%), destacou-se as atividades de gestão e planejamento, insumos e vigilância epidemiológica, embora apresente fatores limitantes. Assim, torna-se necessário uma maior efetivação das ações de controle da doença, além da atuação de forma articulada entre todos os segmentos para melhorar o desenvolvimento do PCT. Esta pesquisa favorece aos profissionais de saúde, subsídios para uma análise crítica e reflexiva orientando-os para tomadas de decisões e planejamentos de ações que visem a efetividade da qualidade da atenção aos sujeitos portadores de tuberculose.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual técnico para o controle da tuberculose: Cadernos de atenção básica I**. 6. ed. Brasília, DF, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**. Brasília, DF, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Avaliação da Gestão do Programa Nacional de Controle da Tuberculose**. Brasília, DF, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Implantação do Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública no Brasil: primeiros passos rumo ao alcance das metas**. Boletim Epidemiológico, Brasília, v. 49, n. 11, mar., 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Brasil Livre da Tuberculose: evolução dos cenários epidemiológicos e operacionais da doença**. Boletim Epidemiológico, Brasília, v. 50, n. 09, mar., 2019.
- CAVALCANTI, M. L. T. et al. **Processos de registro e gerenciamento concernentes aos sistemas de informação da tuberculose nos municípios do estado do Rio de Janeiro prioritários segundo o Fundo Global Tuberculose Brasil, 2009/2010**. Cad. Saúde Colet., Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 161-8, 2012.
- FRATINI, J. R. G.; SAUPE, R.; MASSAROLI, A. **Referência e contra-referência em saúde: contribuição para a integralidade em saúde**. Cienc Cuid Saúde. Maringá – PR, v. 7, n. 1, Jan./mar., 2008.
- GUTIÉRREZ, S. E. **Avaliação da implantação do Programa de Controle da Tuberculose em unidades de saúde da atenção básica nas regionais norte e sul de Cuiabá/MT, 2010**. 2012. 147 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2012.
- HEUFEMANN, N. E. C.; GONÇALVES, M. J. F.; GARNELO, M. L. **Avaliação do programa de controle da tuberculose em cenário Amazônico: desafios em Coari**. Acta Amazônica, Manaus, v. 43, n. 1, p. 33–42, mar., 2013.
- MARQUIEVIZ, J. et al. **A Estratégia de Saúde da Família no controle da tuberculose em Curitiba (PR)**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 265-271, jan., 2013.
- NOGUEIRA, J. A. et al. **O sistema de informação e o controle da tuberculose nos municípios prioritários da Paraíba - Brasil**. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 125-131, mar., 2009.
- OLIVEIRA, L. G. D.; NATAL, S. Avaliação de implantação do Programa de Controle da Tuberculose no município de Niterói/RJ. **Rev Bras Pneumol Sanit**, [s.l.], v. 15, n. 1, p. 29–38, 2007.
- OLIVEIRA, M. F. et al. O acesso ao diagnóstico da TB nos serviços de saúde do município Ribeirão Preto – SP (2007). In: VILLA, T. C. S.; RUFFINO NETTO, A. **Tuberculose: pesquisas operacionais**. 1. ed. Ribeirão Preto, SP: FUNPEC Editora, 2009.
- PAULA, D. G.; MOTTA, M. C. S. **A informação em saúde no planejamento das ações de controle da tuberculose na área de planejamento 1.0 do Município do Rio de Janeiro**. R. pesq.: cuid. fundam. Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 2914-20, abr./jun., 2012.

PROTTI, S. T. et al. **A gerência da Unidade Básica de Saúde no controle da tuberculose: um campo de desafios**. Rev. esc. enferm. USP. São Paulo, v. 44, n. 3, p. 665-670, set., 2010.

SANTOS, B. M. G. et al. **Desempenho das ações de controle da tuberculose em municípios prioritários**. Revista Eletrônica Gestão & Saúde. Brasília, v. 06, n. 02, p. 1477-94, 2015.

SANTOS, M. L. S. G. et al. **A gerência das ações de controle da tuberculose em municípios prioritários do interior paulista**. Texto contexto - enferm., Florianópolis, v. 19, n. 1, p. 64-69, jan./mar., 2010.

TRIGUEIRO, J. V. S. et al. **Tuberculosis control: decentralization, local planning and management specificities**. Rev. Latino-Am. Enfermagem. Ribeirão Preto, v. 19, n. 6, p. 1289-1296, nov./dez., 2011.

WHO. World Health Organization. **Global Tuberculosis Control: WHO Report 2009**. Geneva, Switzerland: WHO, 2009.

WHO. World Health Organization. **Global Tuberculosis Report 2018**. Geneva: WHO; 2018.

AVANÇOS E PERCALÇOS FRENTE À REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

Data de aceite: 25/11/2019

Paula Cristina da Silva Cavalcanti
Ines Leoneza de Souza
Hercules Rigoni Bossato
Regina Célia Correa Pinto
Flávia Marques Diniz da Costa
Érica Torres Duarte
Paula Cristina da Silva Cavalcanti

RESUMO: Serão discutidos por meio deste trabalho as potencialidades e fragilidades da reforma psiquiátrica brasileira. O objetivo foi compreender os movimentos sociais nas instituições de saúde mental, como promotor de Avanços X Percalços. Pesquisa de revisão integrativa da literatura. trata-se de uma pesquisa do tipo revisão integrativa da literatura. Foi realizada uma busca na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) utilizando como palavra chave Movimentos Sociais, Saúde Mental e Psiquiatria, com operador booleano “AND”, foram encontrados 70 artigos, utilizamos como critério de inclusão: texto completo online, português, artigos, restaram 08 artigos que foram analisados a partir do fichamento. Para avanços encontramos as seguintes categorias. Categoria 1: cuidado humanizado buscando a desinstitucionalização;

Categoria 2: incentivo ao empoderamento, novas terapêuticas e reinserção social; Categoria 3: dificuldade de aceitação para o modelo de desinstitucionalização. Percalços: Categoria 4: dificuldade de entendimento entre gestores e servidores da saúde; Categoria 5: enrijecimento e processo de burocratização por padrões; Categoria 6: dificuldade de aceitação para o modelo de desinstitucionalização; Categoria 7: dificuldade de articulação dos trabalhadores. Concluiu-se que os movimentos sociais, contribuíram e ainda contribuem para os avanços frente a reforma psiquiátrica, por novas condutas de atendimentos e terapêuticas, porém os percalços existentes ainda impedem a consolidação das propostas de extinção progressivas dos manicômios.

PALAVRAS-CHAVE: Movimentos Sociais; Saúde Mental; Psiquiatria.

ADVANCES AND SHOPS IN BRAZILIAN PSYCHIATRIC REFORM

ABSTRACT: This paper will discuss the potentialities and weaknesses of the Brazilian psychiatric reform. The objective was to understand social movements in mental health institutions, as a promoter of Advances X Mishaps. Integrative literature review research.

This is an integrative literature review research. A search was performed at the Virtual Health Library (VHL) using as keyword Social Movements, Mental Health and Psychiatry, with Boolean operator “AND”, 70 articles were found, we used as inclusion criteria: full text online, Portuguese, articles, There were 8 articles left that were analyzed from the file. For advances we find the following categories. Category 1: humanized care seeking deinstitutionalization; Category 2: empowerment, new therapies and social reintegration; Category 3: difficulty of acceptance for the deinstitutionalization model. Mishaps: Category 4: Difficulty of understanding between health managers and servants; Category 5: stiffening and bureaucratization process by standards; Category 6: difficulty of acceptance for the deinstitutionalization model; Category 7: Difficulty in articulating workers. It was concluded that social movements have contributed and still contribute to advances in the psychiatric reform, by new care and therapeutic approaches, but the existing mishaps still hinder the consolidation of the proposals for progressive extinction of asylums.

KEYWORDS: Social Movements; Mental health; Psychiatry.

INTRODUÇÃO

Os movimentos sociais surgiram de forma hegemônica no Brasil na década de 1970, para politizar as desigualdades sociais, de forma moldada para práticas sociais e culturais, sendo a única alternativa para a cidadania.

Diante da resistência ao regime autoritário no país, os movimentos sociais começaram a surgir de forma articulada com outras organizações, tais como, sindicatos e partidos políticos, objetivando fortalecer o conceito de cidadania e criar novos direitos, com intuito de inseri-los na agenda política do país. (AMARANTE & DIAZ, 2012)

Paoli & Telles (2000) enfatizaram a importância da consolidação dos movimentos sociais no cenário político nacional e na construção de espaços plurais de representação dos sujeitos coletivos a partir da década de 1980.

A Assembléia Constituinte aumentou a influência de diversos atores sociais nas instruções políticas através de novos arranjos participativos, como por exemplo, o Artigo XIV da Constituição que franqueou a participação das associações civis na implantação das políticas de saúde e assistência social.

Nesse contexto, os movimentos sociais da reforma psiquiátrica podem ser conduzidos, conforme Amarante & Diaz (2012), para três tipos de conduta:

1. um movimento reivindicativo, onde o ator coletivo pleiteia um funcionamento mais eficaz nas questões assistenciais;
2. um ator coletivo que participe das decisões contra qualquer desequilíbrio político nas questões que promovam a implementação da reforma psiquiátrica de forma efetiva;

3. um ator coletivo que lute pela distribuição de recursos para o alargamento do sistema, provocando a ruptura de limites sociais, culturais, e de mentalidades contrárias ainda existentes.

Por volta de 1978, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) movidos pela militância ideológica e política, se basearam nas reformas psiquiátricas de outros países e gerou forte processo de questionamentos em torno das políticas de assistência psiquiátrica vigente no Brasil nesta época, entre eles:

- a. a mobilização pela humanização dos hospitais psiquiátricos tanto públicos quanto privados, devido a alguns terem sido identificados como verdadeiros campos de isolamento e maus tratos, onde os direitos humanos dos usuários são violados a todo o momento com métodos terapêuticos abusivos e desumanos;
- b. sobre essas más condições surgem denúncias e reivindicações por melhores condições de trabalho nos hospitais psiquiátricos, principalmente no Rio de Janeiro.

Nesse contexto surge à luta pela expansão de serviços ambulatoriais em saúde mental, apesar de o movimento não ter ainda bem claro como deverá ser organizado tais serviços. (VASCONCELOS, 2010).

Diante dessas denúncias e reivindicações, o movimento foi ganhando força, e se inspirando nos modelos de lideranças mundiais da psiquiatria, a reforma psiquiátrica brasileira foi baseada na Reforma Psiquiátrica italiana regulamentada pela Lei 180 de 13 de maio de 1978.

Em 1989, um ano após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado (PT/MG) da entrada no Congresso Nacional propondo a regulamentação dos direitos das pessoas com transtornos mentais, e a extinção progressiva dos hospícios no país. (MESQUITA et al., 2010).

A Lei Federal 10.216/2001 (após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional) redirecionada para o amparo em saúde mental, para novas modalidades de tratamento, desenvolvendo assim, pontos importantes para a desconstrução do preconceito, e desinstitucionalização da loucura.

A referida lei trata da extinção progressiva dos manicômios e propõe um tratamento mais humanizado seguido de uma melhor assistência aos portadores de transtornos mentais, com isso, torna-se relevante uma reflexão sobre os avanços e percalços que impedem a consolidação e avanço da Reforma Psiquiátrica no Brasil.

Conflitos foram gerados frente a toda essa luta por uma melhor assistência aos portadores de transtornos mentais, quando os movimentos sociais reivindicaram: a luta pela cidadania, a conquista de direitos civis aos portadores de transtornos mentais, e hospitais psiquiátricos com proposta de uma sociedade sem manicômios (MESQUITA et al, 2010).

Neste mesmo cenário, pessoas que foram internas dos manicômios temendo a desestabilização de uma situação já conhecida e vivida por eles, escolhem o poder público para construir e conduzir as políticas públicas para a saúde mental.

Diante disso, apresentamos objeto de estudo: Avanços e Percalços frente à Reforma Psiquiátrica.

Pretende-se levar a uma reflexão quanto à prática de ensino e assistencial de enfermagem, a fim de buscar melhorias no atendimento em Saúde Mental, bem como fazer ponderações sobre a importância dos movimentos sociais nos avanços e percalços na Reforma Psiquiátrica Brasileira.

MÉTODOS

Pesquisa do tipo de revisão integrativa da literatura, onde o pesquisador pode conduzir o conhecimento sobre uma temática através da identificação, análise e sintetização dos resultados de estudos de forma independente sobre o mesmo assunto, que irá contribuir para uma possível repercussão benéfica na qualidade dos cuidados prestados ao paciente (SOUZA ET AL, 2010)

Para esta pesquisa, definiu-se o seguinte questionamento: como os movimentos sociais influenciam nos avanços e percalços nas instituições de saúde baseados na Reforma Psiquiátrica?

Foi realizada uma busca na Biblioteca Nacional de Saúde (BVS), com as palavras Movimentos sociais and Saúde Mental, sendo encontrados 70 artigos, onde aplicamos o filtro em Texto Completo, Português e artigo, após o filtro restaram 32 artigos, que após análise dos resumos disponíveis, foram excluídos 24 por não terem relevância para o tema, 08 que se adequaram ao tema.

Todos os artigos selecionados tiveram seus resumos lidos e deles foram extraídas as seguintes informações: Título, autores e referência; Objetivos; Metodologia; Principais Resultados; Conclusão e Movimento Social x Reforma Psiquiátrica (avanços e percalços).

De acordo com Bardin (2004, p. 153), este tipo de análise pode ser denominado de análise categorial que funciona por operações de desmembramento do texto em unidades, em categorias segundo reagrupamentos analógicos.

Os conteúdos foram organizados em Avanços e Percalços frente à reforma psiquiátrica foram agrupados em um quadro de categorização, possibilitando identificar os pontos relevantes ou núcleos de sentidos. Os Avanços e os Percalços frente à Reforma Psiquiátrica foram especificados e agrupados de acordo com seus núcleos de sentidos.

Após a análise dos conteúdos surgiram as categorias com os núcelos de

sentidos, apresentados a seguir:

| CATEGORIA | AVANÇOS (NÚCLEO DE SENTIDO) | AUTOR | QUANTIDADE DE ARTIGOS |
|--|---|---|-----------------------|
| CUIDADO HUMANIZADO, BUSCANDO A DESENSTITUCIONALIZAÇÃO | Trabalho, voltado para a comunidade. | Filippon, jonathan g. ; kantorski, luciane prado ; saeki, toyoko . Physis (uerj. Impresso), v. 25, p. 187-208, 2015. | 01 |
| | Combate as formas de exclusão dos usuários. | 2007 lüchmann, I. H. H. ; rodrigues, jefferson . Ciência & saúde coletiva , periódico na internet, v. 12, p. 399-407, 2007. | 01 |
| | Novas formas de construir os vínculos e as relações. | Bosi, M. L. M. ; Carvalho, L. B. ; Sobreira, Maria Aparecida Alves ; Oxímenes, V. ; Liberato, Mariana Tavares Cavalcanti ; Godoy, M. G. C Physis (UERJ. Impresso) , v. 21, p. 1231-152, 2011. | 01 |
| INCENTIVO AO EMPODERAMENTO, NOVAS TERAPÊUTICAS E REINserÇÃO SOCIAL | Empoderamento através de oficinas de capacitação | <u>Almeida, Kamila Siqueira de; Dimenstein, Magda; Severo, Ana Kalliny;</u> Publicador: UNESP Tipo: Artigo de Revista Científica Data(s): 01/09/2010 | 01 |
| | Criar novas condutas terapêuticas, voltadas para o individual | Vasconcelos, Michele F. F. ; Machado, D. O. ; Mendonça Filho, Manoel Carlos. v. 25, p. 95-107, 2013. Pereira, D. B. ; Coimbra, V. C. C. ; Ceolin, T. ; Martins, A.R. ; Heck, R. M v. 14, p. 764-768, 2009. | 02 |
| IMPLEMENTAÇÃO DAS PORTARIAS, E NORMAS VOLTADAS PARA UMA MELHOR ASSISTÊNCIA | Incluir na prática diária da assistência em Saúde Mental | Yasui, S. Revista de Psicologia da UNESP , v. 7, p. 152-168, 2008. | 01 |
| | Maior autonomia dos funcionários, usuários e familiares nos centros de atenção psicossocial | Prandoni, Raul Fernando Sotelo ; Padilha, Maria Itayra Coelho de Souza . Texto & Contexto Enfermagem (UFSC. Impresso) , Florianópolis, v. 1, p. 633-640, 2004 | 01 |

QUADRO 01: RESUMO DO CONTEÚDO DAS CATEGORIAS EMPÍRICAS, SEUS NÚCLEOS DE SENTIDOS PARA AVANÇOS E PERCALÇOS (AUTORES CITADOS)

Fonte: Dados da Pesquisa. Resende 2016

| CATEGORIA | PERCALÇOS (NÚCLEO DE SENTIDO) | AUTORES | QUANTIDADE DE ARTIGOS |
|---|--|--|-----------------------|
| DIFICULDADE DE ENTENDIMENTO ENTRE GESTORES E SERVIDORES DA SAÚDE. | Falta de comunicação e compreensão por parte dos gestores de Saúde Mental. | Filippon, jonathang. ; kantorski, Luciane Prado ; Saeki, Toyoko v. 25, p. 187-208, 2015. | 01 |
| | Divergências entre os interesses de profissionais, usuários e famílias. | 2007 Lüchmann, L. H. H. ; Rodrigues, Jefferson v. 12, p. 399-407, 2007. | 01 |
| ENRIJECIMENTO E PROCESSOS DE BUROCRATIZAÇÃO CARACTERIZADOS POR PADRÕES. | Dificuldade de incentivo ao empoderamento do usuário. | Autoria: Almeida, Kamila Siqueira de; Dimenstein, Magda; 2010 | 01 |
| | Dificuldades de estimular novas condutas terapêuticas | Vasconcelos, Michele F. F. ; Machado, D. O. ; Mendonça Filho, Manoel Carlos | 01 |
| | Dificuldades de implementar a assistência baseados na reforma Psiquiátrica | Bosi, m. L. M. ; carvalho, I. B. ; sobreira, Maria Aparecida Alves ; Oxímenes, V. ; Liberato, Mariana Tavares Cavalcanti ; GODOY, M. G. C Physis (UERJ. Impresso) , v. 21, p.1231-152, 2011. | 01 |
| DIFICULDADE DE ACEITAÇÃO PARA O MODELO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO | Dificuldade da sociedade em tratar o humano e há doença. | Pereira, D. B. ; Coimbra, V. C. C. ; Ceolin, T. ; Martins, A.R. ; Heck, R. M 2009 Yasui, S. 2008 Revista de Psicologia da UNESP , v. 7, p. 152-168, 2008. | 02 |
| DIFICULDADE DE ARTICULAÇÃO DOS TRABALHADORES | Dificuldade de autonomia do trabalhador em Saúde Mental | Prandoni, Raul Fernando Sotelo ; Padilha, Maria Itayra Coelho de Souza 2004 | 01 |

QUADRO 02: RESUMO DO CONTEÚDO DAS CATEGORIAS EMPÍRICAS, SEUS NÚCLEOS DE SENTIDOS PARA PERCALÇOS E AUTORES CITADOS.

Fonte: Dados da Pesquisa. Resende 2016

Categoria 1- Cuidado Humanizado: Buscando A Desinstitucionalização

Nesta categoria será analisado o cuidado de maneira mais humanizada ao portador de transtorno mental visando a desinstitucionalização. São elas: trabalho voltado para a comunidade, combate as forma de exclusão do usuário e novas formas de construir vínculos e relações.

Os Avanços em relação ao cuidado, terapêutica e construção de relações foram citados por alguns autores individualmente, no total três autores desenvolveram o tema, foram eles Filippon et al. (2015) Luchmann et al. (2007) e Bosi et al. (2011).

Para Filippon et al. (2015) o trabalho deve ser centrado na ótica comunitária, distanciando-se da lógica anterior focada na Instituição de Saúde Mental.

Deve-se trabalhar a comunidade e a desconstrução dos estigmas em relação à doença mental, através de programas e propagandas, que demonstrem as possibilidades do portador de doença mental viver em sociedade.

Para Luchmann et al.(2007) as lutas sociais, inserção de praticas inovadoras, levam a uma reflexão profunda sobre o modelo assistencial em psiquiatria , fazendo surgir assim um novo modelo assistencial que visão a reinserção do individuo na comunidade.

Em seus estudos Bosi et al. (2011), inovar no campo da saúde mental, é considerado uma exigência para as perspectivas de desinstitucionalização , marcada pela defesa da humanização do tratamento, de novas formas de sociabilidade e uma maneira de reconstruir os vínculos e relações com a família e comunidade. São elas: empoderamento através de oficinas de capacitação e criar novas condutas terapêuticas voltadas para o individual.

Categoria 2: incentivo ao empoderamento, novas terapêuticas e reinserção social

Nesta categoria será analisado, o incentivo ao empoderamento do usuário, terapêuticas voltadas para o tratamento individual, e reinserção a sociedade como um todo, tanto na comunidade, como na família.

O incentivo ao empoderamento, e praticas de reinserção social, e novas terapêuticas, foram desenvolvidos por três autores, porém um autor desenvolveu a temática voltada para o empoderamento através de oficinas de capacitação, realizadas por uma associação, e outros dois autores desenvolveram a temática voltada para novas condutas terapêuticas visando o tratamento individual, e novas formas de tratar o individuo.

No total três autores desenvolveram o tema, foram eles Almeida et al. (2010), Vasconcelos et al. (2013) e Pereira et al. (2009). Almeida et al. (2010) acredita que rodas de conversas, ajudam a promover um exercício de auto análise entre aqueles

que participam.

Uma vez que na conversa os usuários apontam as críticas a associação, incentivando assim a autonomia do usuário, isso culminaria no surgimento de cursos, oficinas e capacitações, voltadas para o empoderamento do usuário que passaria a ter a possibilidade de produzir algo.

Segundo Vasconcelos et al. (2013), a experimentação no cotidiano dos espaços de produção de saúde mental apresenta-se o acompanhamento terapêutico que deve ser voltada para o indivíduo e suas particularidades em relação as atividades que gosta de realizar e que não faz parte de uma oficina específica.

Pereira et al. (2010) acredita que os novos modelos assistências e as novas estratégias devem ser guiadas pela garantia do exercício da cidadania e substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos, através de novos espaços sócias como os Centro de Atenção Psicossocial- CAPS, que precisam ser ampliados para dar voz ao cidadão em sofrimento psíquico.

Categoria 3: implementação das portarias e normas voltadas para uma melhor assistência

Nessa categoria serão analisadas a forma de incluir na prática diária da assistência em saúde mental e maior autonomia dos funcionários, usuários e familiares nas redes de atenção psicossocial.

Os avanços conseguidos até aqui através da Lei 10.216/2001, e dentro dela algumas portarias, vislumbrando uma melhor assistência ao portador de transtorno psíquico nas redes de atenção psicossocial e dentro de cada rede a criação de normas, voltadas para a necessidade da população ali assistida.

Dois autores desenvolveram o tema, foram eles: Yasui, S. (2008) e Prandoni et al. (2004). Yasui S. (2008) relata que as portarias e normas são condições necessárias, para uma melhor articulação da assistência.

Para Prandoni et al. (2004), a grandiosidade dos sujeitos trabalhadores de saúde mental, é o reconhecimento de suas produções, e autonomia conquistada, deixando de ser servidores, que buscam o resgate da cidadania do usuário e colaboram para a participação dentro dos programas de atenção psicossocial doas familiares e usuários.

Categoria 4: dificuldade de entendimento entre gestores e servidores da saúde.

Nessa categoria será analisada a dificuldade de entendimento, entre os gestores e os servidores. São elas falta de comunicação e compreensão por parte de gestores de Saúde Mental, divergências entre interesses de profissionais usuários e familiares.

Os percalços em relação à falta de entendimento por conta da gestão e dos

trabalhadores fora relatados por autores individualmente. Dois autores discutiram o tema, foram eles Fillipon et al. (2015) e Luchmann et al. (2007). Segundo Fillipon et al. (2015) os seus achados demonstram, que quando as condutas clínicas não estão ligadas legalmente ao financiamento estatal, as ações se tornam pessoais e pontuais, que se distanciam da coletividade.

Para Luchamann et al. (2007) vale destacar as divergências acerca da identitária dos interesses dos integrantes, do movimento, que para uns se faz necessário a autonomização e que para outros causaria divergências no serviço.

Categoria 5: enrijecimento e processos de burocratização caracterizados por padrões.

Nesta categoria será apresentado a análise da categoria Enrijecimento e processos de burocratização caracterizada por padrões. São elas: dificuldade de incentivo ao empoderamento do usuário, dificuldade de estimular novas condutas terapêuticas e dificuldades de implementar a assistência baseados na Reforma Psiquiátrica.

O processo de burocratização exigida pelo sistema, e os padrões seguidos são percalços na Saúde Mental, que muita das vezes necessita de mudanças conforme o quadro do cliente, três autores desenvolveram a temática foram eles: Almeida et al. (2010), Vasconcelos et al. (2013) e Bosi et al. (2011).

Almeida et al. (2010) relata que em suas pesquisas que o local de difícil acesso, a disposição, do mobiliário que evita o contato entre os falantes e os ouvintes, o desconhecimento da associação, os assuntos tratados nas reuniões serem desconhecidos dos usuários, e o ponto que acredita ser o principal é o enrijecimento do modo de atuação, que constantemente direciona as pautas para assuntos burocráticos, tal fato está relacionado à uma desarticulação dos diretores da associação entre si e os usuários.

Vasconcelos et al. (2013) analisa o funcionamento da biopolítica no contemporâneo e sua relação com a implementação de serviços como o CAPS, como principal estratégia do processo da reforma psiquiátrica, porém o que tem acontecido quando esses processo se desprendem dos fluxos e diminuem seu valor de institucionalidade, sem participação dos movimentos sociais, gerando assim uma cronicidade dos tratamentos e terapêuticas prestadas aos usuários, gerando uma resistência criação a novas condutas terapêuticas.

Bosi et al. (2011), afirma que a Reforma Psiquiátrica, não pode ser encarada como um arranjo comum da rede assistencial, tendo em vista implantar as inovações de seu objeto de intervenção, devendo esclarecer sua perspectiva ética e o seu projeto de transformação social, sem o risco de submeter-se à burocracia e à

institucionalização.

Categoria 6: dificuldade de aceitação para o modelo de desinstitucionalização

Nesta categoria será analisada a dificuldade de aceitação para o modelo de desinstitucionalização. Seu núcleo de sentido é a dificuldade da sociedade em tratar o humano e não há doença.

O percalço em desmistificar a lógica em que se deve tratar a doença, e não o ser humano como um todo, focando em outras terapêuticas, além das medicações, foi desenvolvido por dois autores Pereira et al. (2009) e Yasui S. (2008), Yasui S. (2008) em suas pesquisas constatou que a maior parte dos gatos destinados para saúde mental ainda, vai para internações hospitalares.

A internação ainda continua sendo, a forma de terapêutica compulsória, solicitada por vizinhos e muitas das vezes pro familiares. Todo aquele que difere do comportamento dito normal pela sociedade é tido como um risco e a medida terapêutica é a internação.

A prática social da psiquiatria é fundamentada e mantida pelas pessoas comuns que ao longo dos anos veio criando uma lógica manicomial. Pererira et al. (2009), descreve em seus estudos que os locais que aderem ao modelo da psiquiatria clássica e o isolamento como conduta terapêutica, gera um agravamento do transtorno mental, o enfoque hospitalocêntrico, dificulta a desmistificação da doença mental e prejudica a reinserção do portador psíquico na sociedade.

Categoria 7: dificuldade de articulação dos trabalhadores

Nesta categoria será analisada a dificuldade de articulação dos trabalhadores em saúde mental. Seu núcleo de sentido foi à dificuldade de autonomia do trabalhador.

Esse percalço foi relato por um autor nesta pesquisa, Prandoni et al. (2004). Cujo seu desenvolvimento concluiu que ainda há um longo caminho a ser percorrida, a postura dos profissionais, a maneira como são visto no desenvolvimento da sua função pelos gestores, leva há uma não autonomia do trabalho gerando assim ao desestímulo para com a assistência a ser prestada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebeu-se que mesmo com a criação da Lei 10.216/2001, que busca um tratamento humanizado e a extinção progressiva dos manicômios, ainda há muitos percalços como os muros imaginários, o preconceito da sociedade a cronificação de alguns métodos terapêuticos que impedem a consolidação da Reforma Psiquiátrica.

Os avanços são notáveis pela criação das Redes de Atenção Psicossocial (RAPS), que vislumbra uma sociedade sem manicômios e tem como principal

porta de entrada para o atendimento os CAPs, e não mais a internação direta em manicômios.

O início da busca por uma sociedade sem manicômio se deu com os movimentos sociais feitos pelos trabalhadores de saúde mental, que se indignavam com os maus tratos aos pacientes.

Cotidianamente os movimentos sociais se fazem presente na busca da humanização do cuidado ao portador de doenças mentais, influenciando para que os avanços conquistados até o momento não se paralise frente aos percalços existentes. Aportados na Reforma Psiquiátrica esses movimentos incentivam a desmistificação do preconceito da sociedade sobre a loucura e como ela deve ser tratada.

Emerge dos dados a necessidade de compreensão da sociedade sobre a Reforma Psiquiátrica, o tema ainda é visto com preconceito, e a falta de entendimento muitas das vezes até dos profissionais de saúde gera um percalço para que o cuidado ao portador de transtorno mental evolua para uma vida produtiva e empoderada.

Faz se indispensável para avançar no atendimento a saúde mental a implementação de novas terapêuticas, buscando incentivar a participação da comunidade no convívio com os usuários que freqüentam os RAPS, reiterando o indivíduo no meio social, buscando maneiras de participação direta da comunidade e da família na reinserção social. É imperativo capacitar a equipe de saúde mental da RAPS para promover a interação e a reabilitação social.

Implementar a desinstitucionalização para buscar um atendimento mais humanizado, diminuindo o tempo de permanência dos usuário nos CAPs, com isso reinserir o indivíduo na sociedade incentivando o empoderamento nas tarefas diárias; promover educação em saúde junto a comunidade a fim de desconstruir os preconceitos, dar suporte psicossocial a família, buscando o cuidado do núcleo familiar.

O portador de transtorno mental tem o direito a cidadania e para que isso ocorra é preciso garantir assistência adequada, enfocando as ações em potencializar a auto-estima e autonomia individual e coletiva, buscando a reabilitação psicossocial.

Contudo há um longo caminho para acabar com o velho conceito de cuidar na saúde mental, cabe a equipe de saúde um novo olhar para o cuidado, vendo o usuário em sua subjetividade.

Para tanto, a mudança necessária no atendimento em saúde mental, ocorrera com esforços de todos profissionais envolvidos neste atendimento, a compreensão da importância da terapêutica deve ser divulgada em todos os níveis de atendimento.

A temática abordada nesse trabalho demonstra que os movimentos sociais, se fazem presente nas instituições de saúde mental promovendo sempre o direito do usuário através de condutas que nos levam a avançar um passo de cadê vez para

a consolidação da reforma psiquiátrica evitando que os percalços existentes façam com que ocorra um retrocesso nas conquistas obtidas até os dias atuais.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, V.I.O. **Metodologia do trabalho científico**. São Paulo: Atlas, 2001.

ALVES-MAZZOTTI, A.J. & GEWANDSZNAJDER, F. **O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa**. São Paulo: Pioneira, 1998.

AMARANTE, P. & DIAZ, F.S. **Os movimentos sociais na Reforma Psiquiátrica**. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental. v. 4, p. 83-95, 2012.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. 3. ed. Lisboa: Edições 70. 2004.

BRASIL. **Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei 10.216) e suas heterogeneidades enunciativas: Perspectivas interdisciplinares**. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. (2001). Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm. Acesso em mai/2016.

GALVÃO, C.M.; SAWADA, N.O.; TREVIZAN, M.A. **Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem**. Rev Latino-Am Enfermagem. v.12, n.3, p.549-56, 2004.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2007.

LAKATOS, E.M. & MARCONI, M.A. **Metodologia de Pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2010.

MEDEIROS, C.H.; MANHÃES, F.C.; KAUARK, F.S. **Metodologia da pesquisa: um guia prático**. Itabuna / Bahia, 2010.

MESQUITA, J.F. & NOVELLINO, M. S. F. **A reforma psiquiátrica no Brasil: um novo olhar sobre o paradigma da saúde mental**. XVII Encontro Nacional de Estudos Populacionais. Caxambu, 2010.

PAOLI, M.C. & TELLES, V.S. **Direitos sociais: conflitos e negociações no Brasil contemporâneo**. Belo Horizonte: UFMG, 2000.

SOUZA, M.T.; SILVA, M.D.; CARVALHO, R.C. **Revisão integrativa: o que é e como fazer**. Einstein. v.8, n.1, p.102-6, 2010.

TRABUCO, K. E. O.; SANTOS, D. S. **Da reforma sanitária a reforma psiquiátrica: os movimentos sociais e a conquista de direitos**. VII Jornada Internacional de Políticas Públicas. São Luís, 2015.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

VASCONCELOS, E.M. **Saúde Mental e Serviço Social: O desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. 5.Ed. São Paulo: Cortez, 2010.

PRANDONI, R. F.S., PADILHA, M. I. C. S. **A reforma psiquiátrica no Brasil: eu preciso destas palavras**. Texto & Contexto Enfermagem (UFSC. Impresso), Florianópolis, 2004.

YASUI, Silvio. **O estranho vizinho - reflexões sobre cidadania e loucura**. Revista de Psicologia da

UNESP, 2008.

PEREIRA, D. B. COIMBRA V. C. C. CEOLIN, T. MARTINS, A. R. HECK, R.M. **Cidadania em saúde mental e a participação popular.** Cogitare Enfermagem (UFPR), 2009.

LUCHMANN, L. H. H. RODRIGUÊS, J. **O movimento antimanicomial no Brasil.** Ciência & Saúde Coletiva, periódico na internet, 2007.

VASCONCELOS, M. F. MACHADO, D. O. FILHO, M. M. **Acompanhamento terapêutico e reforma psiquiátrica: questões, tensões e experimentações de uma clínica antimanicomial.** Psicologia & Sociedade (Online), 2013.

ALMEIDA, K. A. DIMENSTEIN, M. SEVERO A. S. **Empoderamento e atenção psicossocial: notas sobre uma associação de saúde mental.** UNESP, Revista Científica, 2010.

FILIPPON, J. G. KANTORSKI, L. P. SAEKI, TOYKO **Democracia e conquista: Saúde Mental como política pública municipal.** Physis (UERJ. Impresso), 2015.

BOSI, M. L. M. CARVALHO, L. B. SOBREIRA, M. A. A. XIMENES, V. M. LIBERATO, M. T. C. GODOY, M. G. C. **Inovação em saúde mental: subsídios à construção de práticas inovadoras e modelos avaliativos multidimensionais.** Physis (UERJ. Impresso), 2011.

A SÍNDROME DE BURNOUT SOB O OLHAR DA ENFERMAGEM

Data de aceite: 25/11/2019

Mayrla da Silva Bezerra

Centro Universitário Estácio
Fortaleza-Ceará

Luana Géssica Freire Martins

Centro Universitário Estácio
Fortaleza-Ceará

Carine Severo Freire

Centro Universitário Estácio
Fortaleza-Ceará

Raimundo Nonato de Holanda Filho

Centro Universitário Estácio
Fortaleza-Ceará

RESUMO: A Síndrome de Burnout (SB) é definida como um estresse crônico no trabalho pelos desafios e metas profissionais a serem cumpridos, desgaste psíquico devido à exposição a estressores, distanciamento aos clientes e culpa pelo descumprimento de normas internas. Estudos revelam que os estudantes têm sido um grupo em vulnerabilidade a síndrome causando prejuízo no processo de ensino e aprendizagem. O presente trabalho tem como objetivo identificar fatores de risco ao desenvolvimento da Síndrome de Burnout em acadêmicos de enfermagem em estágio

supervisionado. Nesse sentido, a partir de uma pesquisa descritiva qualitativa do tipo relato de experiência, realizada durante o estágio supervisionado, no mês de junho de 2017, em uma unidade de saúde mental no município de Fortaleza-CE, foi utilizada a escala de rastreamento MBI com 15 perguntas de características psicofísicas, tais como: sintome emocionalmente esgotado pelos meus estudos, eu questiono o sentido e a importância dos meus estudos, e outros questionamentos. Os participantes responderiam segundo os conceitos: nunca, semestralmente, mensalmente, semanalmente e diariamente. A cada item é dada a numeração 1,2,3,4,5 respectivamente. A escala foi aplicada em três acadêmicos de enfermagem em estágio, os quais apresentaram pontuação acima de 20 e abaixo de 40 pontos o que indica que estão na fase inicial da Síndrome de Burnout. Assim, conclui-se que a enfermagem precisa ser cuidada com relação a qualidade e ergonomia das suas atividades laborais desde a formação acadêmica.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem, Burnout, Estudantes de Enfermagem.

BURNOUT SYNDROME UNDER NURSING

ABSTRACT: Burnout Syndrome (BS) is defined as a chronic stress at work due to the challenges and professional goals to be met, psychic use due to exposure to stressors, distancing from clients and blame for non-compliance with internal norms. Studies reveal that students have been a vulnerable group that suffers from damage to the teaching and learning process. This paper aims to identify risk factors for the development of Burnout Syndrome in nursing students in supervised internship. In this sense, from a qualitative descriptive research of the experience report type, conducted during the supervised internship, in June 2017, in a mental health unit in Fortaleza-CE, an MBI screening scale was used with 15 questions of psychophysical characteristics such as: I feel emotionally drained by my studies, I question the meaning and importance of my studies, and other questions. Participants responded according to the concepts: never, semiannually, monthly, weekly and daily. Each item is given the numbering 1,2,3,4,5, respectively. A scale was applied to three undergraduate nursing students, who scored above 20 and below 40 points or indicate that they are in the early stages of Burnout Syndrome. Thus, it is concluded that nursing needs to be taken care of regarding the quality and ergonomics of its work activities since the academic formation.

KEYWORDS: Nursing, Burnout, Nursing Students.

1 | INTRODUÇÃO

Segundo Gil-Monte (2008) a Síndrome de Burnout (SB) é definida como um estresse crônico no trabalho pelos desafios e metas profissionais a ser cumprido, desgaste psíquico devido à exposição a estressores, distanciamento aos clientes e culpa pelo descumprimento de normas internas. Estudos revelam que os estudantes tem sido um grupo em vulnerabilidade a síndrome causando prejuízo no processo de ensino e aprendizagem. A enfermagem tem protagonizado o desenvolvimento por sua indefinição de trabalho, longa jornada de trabalho, responsabilidade na assistência ao outro e frágeis relações de trabalho (ROSSI. 2010). Uma forma de realizar o rastreamento da SB se dá através da escala de rastreamento Maslach Burnout Inventory. Essa forma já foi testada em diversos estudos e chegou ao Brasil para identificar fatores de risco em enfermeiros e depois ramificou-se para demais profissões. Foi usada em estudantes de enfermagem durante seu processo de acreditação (TOMASCHEWSKI-BARLEM. et al. 2014). A Síndrome de Burnout está pautada em três critérios: Exaustão Emocional, Despersonalização e Exaustão das condições de trabalho. O estudante tem sua atividade laboral ligada à academia e está sob a influência de diversos fatores desencadeantes do Burnout como a cobrança de uma posição social adequada as condições vigentes na sociedade e longas jornadas de estudo viabilizado pela crescente preocupação de inserção

profissional. (CARLOTTO, PALAZZO. 2006). Como compõem a maior parte dos profissionais de saúde é de grande relevância desenvolver estudos sobre como a SB tem se desenvolvido e se há essa relação já como acadêmicos de enfermagem.

2 | OBJETIVOS

Identificar fatores de risco ao desenvolvimento da Síndrome de Burnout em acadêmicos de enfermagem em estágio supervisionado. Aplicar escala de rastreamento da Síndrome de Burnout em acadêmicos de enfermagem. Sugerir intervenções para melhorias dos resultados encontrados com a escala de rastreamento.

3 | METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva qualitativa do tipo relato de experiência, realizada durante a disciplina do Estágio Supervisionado VI, no mês de junho de 2017, em uma unidade de Saúde Mental de saúde do Município de Fortaleza. O relato trata de uma intervenção em saúde ofertada por acadêmicos do 10º semestre de enfermagem a acadêmicos de enfermagem em estágio supervisionado. Conforme normas estabelecidas, relatos de experiências não necessitam de submissão em Comitê de Ética e Pesquisa.

4 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

Foi utilizada escala de rastreamento MBI com 15 perguntas de características psicofísicas onde os participantes responderiam segundo os conceitos: nunca, semestralmente, mensalmente, semanalmente e diariamente. A cada item é dada a numeração 1,2,3,4,5 respectivamente.

| CARACTERES PSICOFÍSICOS | NUNCA | SEMESTRAL | MENSAL | SEMANAL | DIÁRIO |
|---|-------|-----------|--------|---------|--------|
| 1- Sinto-me emocionalmente esgotado pelos meus estudos. | | | | | |
| 2- Eu questiono o sentido e a importância dos meus estudos. | | | | | |
| 3- Tenho aprendido muita coisa importante no decorrer dos meus estudos. | | | | | |
| 4- Sinto-me esgotado no fim de um dia de aula. | | | | | |
| 5- Durante as aulas sinto-me confiante e realizo tarefas de forma eficaz. | | | | | |
| 6- Sinto-me cansado quando levanto para enfrentar outro dia de aula. | | | | | |
| 7- Sinto-me estimulado quando concluo com êxito minha meta de estudo. | | | | | |
| 8- Estudar e frequentar as aulas são, para mim, um grande esforço. | | | | | |
| 9- Tenho me tornado menos interessado nos estudos desde que entrei na universidade. | | | | | |
| 10- Tenho me tornado menos interessado nos estudos. | | | | | |
| 11- Considero-me um bom estudante. | | | | | |
| 12- Sinto-me consumido pelos meus estudos. | | | | | |
| 13- Posso resolver os problemas que surgem nos meus estudos. | | | | | |
| 14- Tenho estado mais descrente do meu potencial. | | | | | |
| 15- Acredito ser eficaz na contribuição nas aulas que assisto. | | | | | |

Tabela 1: escala de rastreamento em universitários

A escala foi aplicada em três acadêmicos de enfermagem em estágio supervisionado os quais apresentaram pontuação acima de 20 e abaixo de 40 pontos o que indica que estão na fase inicial da Síndrome de Burnout. Uma das características mais relevantes foi o caractere relacionado à Exaustão Emocional quando todos deram o conceito “diariamente” a pergunta: Sinto-me emocionalmente esgotado pelos meus estudos.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Fazendo referência ao título a enfermagem também precisa ser cuidada com relação a qualidade e ergonomia das suas atividades laborais. Isso notoriamente deve começar já na academia preparando os acadêmicos a enfrentar as adversidades da profissão assim como a lutar por melhores condições de trabalho e relações empregatícias justas sem a necessidade de longas jornadas de trabalho.

REFERÊNCIAS

CARLOTTO, Mary Sandra; PALAZZO, Lílian dos Santos. Síndrome de burnout e fatores associados: um estudo epidemiológico com professores. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1017-1026, May 2006. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000500014&lng=en&nrm=iso>. access on 13 June 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000500014>.

GIL-MONTE, Pedro R; MARUCCO, Mariana A. Burnout prevalence in pediatricians of general hospitals. **Revista de Saúde Pública**, [S.l.], v. 42, n. 3, p. 450-456, June 2008. ISSN 1518-8787. Available at: <<http://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/32451>>. Date accessed: 13 June 2017. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102008000300009>.

ROSSI, Suelen Soares; SANTOS, Priscila Grangeia dos; PASSO, Joanir Pereira. A SÍNDROME DE BURNOUT NO ENFERMEIRO: UM ESTUDO COMPARATIVO ENTRE ATENÇÃO BÁSICA E SETORES FECHADOS HOSPITALARES. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, [S.l.], nov. 2010. ISSN 2175-5361. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/950>>. Acesso em: 11 June 2017. doi:<http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2010.v0i0.0.p.>)

TOMASCHEWSKI-BARLEM, Jamila Geri et al. Síndrome de Burnout entre estudantes de graduação em enfermagem de uma universidade pública. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 6, p. 934-941, Dec. 2014. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692014000600934&lng=en&nrm=iso>. access on 13 June 2017. Epub Dec16, 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.3254.2498>.

ACIDENTES OCUPACIONAIS POR MATERIAIS BIOLÓGICOS NOTIFICADOS EM ALAGOAS

Data de aceite: 25/11/2019

Linda Concita Nunes Araújo

Faculdade Estácio de Alagoas

Maceió – Alagoas

Margarete Batista da Silva

Faculdade Estácio de Alagoas

Maceió – Alagoas

Juliana de Moraes Calheiros

Faculdade Estácio de Alagoas

Maceió – Alagoas

Ana Simone Silva do Nascimento

Faculdade Estácio de Alagoas

Maceió – Alagoas

Arly Karolyne Albert Alves Santos

Faculdade Estácio de Alagoas

Maceió – Alagoas

Arlyane Albert Alves Santos

Faculdade Estácio de Alagoas

Maceió – Alagoas

Camila Correia Firmino

Faculdade Estácio de Alagoas

Maceió – Alagoas

Maely Nunes Araújo

Secretaria Municipal de Saúde de Maceió

Maceió – Alagoas

RESUMO: O ambiente hospitalar é insalubre e o cuidado da equipe de saúde é constante

a pacientes com doenças infectocontagiosas. Os riscos de saúde para os profissionais que trabalham em hospitais podem ser definidos como físico, ergonômico, químico e biológico. O Centro de Referência a Saúde do Trabalhador (CEREST) é um órgão de referência na vigilância e assistência. O estudo foi definido como descritivo, com abordagem quantitativa. Foram analisados os dados coletados e notificados no estado de Alagoas pelo CEREST Estadual de Alagoas, conforme tabulação do SINAN no ano de 2016 em decorrência de acidentes biológicos. O estudo identificou que a categoria profissional de enfermagem mais acometida por acidentes com materiais biológicos no Estado de Alagoas, foram os técnicos de enfermagem, com idade que varia entre 30 a 39 anos. O sangue foi o material orgânico com maior prevalência nos acidentes deste estudo. Foi realizado um estudo sobre os acidentes com materiais biológicos, o qual foi observado que entre as principais causas destacadas estão o descuido, a não adoção das medidas preventivas, a gravidade dos pacientes e a pressa. Uma das causas destes acidentes se associa aos múltiplos vínculos empregatícios, devido aos baixos salários, levando este profissional a extrapolar sua jornada laboral, causando exaustão extrema, comprometendo

drasticamente no rendimento físico e mental.

PALAVRAS-CHAVE: Notificação de Acidentes de Trabalho. Exposição a Agentes Biológicos. Equipe de Enfermagem.

OCCUPATIONAL ACCIDENTS BY BIOLOGICAL MATERIALS NOTIFIED IN ALAGOAS

ABSTRACT: The hospital environment is unhealthy and the care of the health team is constant for patients with infectious diseases. Health risks for professionals working in hospitals can be defined as physical, ergonomic, chemical and biological. The Occupational Health Reference Center (CEREST) is a reference agency in the surveillance and assistance. The study was defined as descriptive, with a quantitative approach. Data collected and reported in the State of Alagoas by CEREST Estadual de Alagoas were analyzed, as tabulated by SINAN in the year 2016 due to biological accidents. The study identified that the professional nursing category most affected by accidents with biological materials in the State of Alagoas were nursing technicians, ranging in age from 30 to 39 years. Blood was the organic material with the highest prevalence in the accidents of this study. Discussion: A study on accidents with biological materials was carried out. Among the main outstanding causes were carelessness, non-adoption of preventive measures, patient severity and haste. One of the causes of these accidents is associated to multiple employment links, due to low wages, leading this professional to extrapolate his workday, causing extreme exhaustion, drastically compromising physical and mental performance.

KEYWORDS: Notification of Work Accidents. Exposure to Biological Agents. Nursing team.

1 | INTRODUÇÃO

O artigo teve por objeto de estudo os acidentes de trabalho por exposição a materiais biológicos aos profissionais de enfermagem. O interesse da realização deste estudo emergiu a partir dos relatos de profissionais da área de enfermagem, sobre os inúmeros motivos que levam aos acidentes exercendo o exercício de suas profissões.

Os acidentes de trabalho ocorrem durante o desenvolvimento de atividades laborais e durante o percurso de casa para a empresa, vice-versa, podendo ocasionar distúrbios permanentes ou temporários que podem causar a perda da capacidade para o trabalho, modificando muitas vezes o estilo de vida ou até ocasionando a morte. Podem ser divididos em: doenças do trabalho, acidentes adquiridos pela função exercida pelo trabalhador no seu setor de trabalho, e os acidentes de percurso ao trabalho, caracterizado como acidente decorrente do trajeto entre residência ao

trabalho, ou do trabalho para residência (SANTOS, 2016).

Nos últimos anos houve uma diminuição dos acidentes de trabalho nos setores industriais, diferente dos setores hospitalares, o qual o número de acidentes vem aumentando significativamente (JÚNIOR-MACHI, 2014). Os acidentes com materiais perfurocortantes são os que apresentam maior incidência e podem trazer repercussões físicas e psicossociais ao profissional acidentado, principalmente quando é reconhecida a possibilidade de transmissão de microrganismos patogênicos como o vírus da hepatite B (HBV), o vírus da hepatite C (HCV) e da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS/HIV) (TEIXEIRA, 2012).

Deste modo, o ambiente hospitalar é insalubre e o cuidado da equipe de saúde é constante a pacientes com doenças infectocontagiosas, principalmente a equipe de enfermagem, que apresenta grande risco de contaminação. Os riscos de saúde para os profissionais que trabalham em hospitais podem ser definidos como físico, ergonômico, químico e biológico (JÚNIOR-MACHI, 2014).

A regulamentação da notificação destes agravos deve ser efetuada em ficha própria, padronizada pelo Ministério da Saúde, no Sistema de Informação de agravos de Notificação (SINAN-NET), em redes sentinelas específicas, a exemplo dos (CEREST), para que as políticas de prevenção e controle possam ser executadas.

De todos os riscos, os biológicos é o que mais se destaca e são basicamente através do contato com sangue e fluidos orgânicos (sêmen, secreção vaginal, líquido, líquido sinovial líquido pleural, peritoneal, pericárdio e amniótico). Os profissionais de enfermagem são os mais acometidos pelos acidentes, principalmente os profissionais do nível técnico, que manipulam agulhas e materiais perfuro cortantes (TEIXEIRA. FERREIRA, 2012).

Segundo Oliveira et al. (2015), no Brasil, o registro de acidentes com fluidos corpóreos é exigido pela Lei n. 8.213/1991, por meio de notificação via comunicação de acidente de trabalho (CAT), quando envolvem trabalhadores regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), e via SINAN NET, nos termos da Portaria GM n. 204, de 17 de fevereiro de 2016 do Ministério da Saúde, para todos os trabalhadores, independentemente da existência de vínculo empregatício.

A notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador em rede de serviços sentinela foi estabelecida pela Portaria n° 777/GM de 28 de abril de 2004. A Rede Sentinela é composta por unidades de saúde que identificam, investigam e notificam, quando confirmados, os casos de doenças, agravos e doenças relacionados ao trabalho.

O Centro de Referência Estadual à Saúde do Trabalhador (CEREST) é um órgão de referência na vigilância e assistência onde são realizados projetos e estudos em saúde do trabalhador. É responsável pela coordenação da Política Estadual de Saúde do Trabalhador, habilitado pela Rede Nacional de Atenção á

Saúde do Trabalhador (RENAST) (SMS-MACEIÓ, 2016).

O CEREST tem como objetivo preservar a saúde do trabalhador, identificar situações de riscos e assegurar os cumprimentos das normas regulamentadoras e leis relacionadas ao trabalho. Podem ser atendidos os trabalhadores formais e informais, funcionários públicos, trabalhadores urbanos e rurais e desempregados com suspeita ou doença ocupacional, através de encaminhamentos da rede do SUS, instituições privadas, governamentais, sindicatos, empresas, dentre outros (SMS-MACEIÓ, 2016).

Quando nos reportamos às normas regulamentadoras, ressaltamos duas de grande importância na saúde do trabalhador, sendo elas, a Norma Regulamentadora de número 32 (NR 32) da Portaria N° 485, de 11 de novembro de 2005 e a Norma Regulamentadora de número 6 (NR 6), conforme portaria N° 25 de 15 de outubro de 2001.

A NR 32 tem por finalidade estabelecer as diretrizes básicas para a implantação 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. Já a NR 6, considera-se Equipamento de Proteção Individual - EPI, todo dispositivo ou produto, de uso individual utilizado pelo trabalhador, destinado à proteção de riscos suscetíveis de ameaçar a segurança e a saúde no trabalho (BRASIL, 2015).

Segundo Oliveira et al. (2015), as taxas de subnotificação de acidentes envolvendo os profissionais de enfermagem variam de 40% a 92%, sendo compreendido por um grande índice de acidentes notificados, tendo em vista, reforça a importância de analisar o tema e a fragilidade do atual sistema de notificação.

O estudo justificou-se pelo grande número estatístico de profissionais da área de enfermagem que diariamente sofrem exposições no ambiente de trabalho, em inúmeras situações e por diversos motivos, a exemplo da não utilização dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI's), ausência do empregador em fiscalizar a utilização e a substituição quando necessária desses equipamentos, sobrecarga de trabalho, mais de um vínculo empregatício e infraestrutura precária nos serviços, dentre outros.

Desta forma, tem-se na educação permanente uma estratégia para potencializar a reflexão-ação, podendo isso possibilitar um modo de fazer o trabalho de maneira mais consistente nas situações de riscos (CARRIEL; CARDOSO, 2017). Os treinamentos em reunião formal/informal no próprio local de trabalho são mais acessíveis aos trabalhadores, transformando os profissionais responsáveis à educação permanente, excelentes gestores em saúde. Vale ressaltar que profissionais treinados e bem capacitados contribuem para reduzir o alto índice de acidentes de trabalho.

Por fim, o estudo teve a seguinte questão norteadora: Quais os tipos de exposições a materiais biológicos que mais acometem os profissionais da área de enfermagem notificados em Alagoas no ano de 2016? Como objetivo geral, descrever os tipos de exposições a materiais biológicos que mais acometem os profissionais da área de enfermagem notificados em Alagoas no ano de 2016.

2 | METODOLOGIA

O estudo foi definido como descritivo, com abordagem quantitativa. A pesquisa foi realizada como a colaboração dos profissionais do CEREST, localizado no Município de Maceió, Alagoas. Como critérios de inclusão, foram selecionados os dados de notificações dos profissionais de enfermagem por acidentes biológicos, no ano de 2016, no estado de Alagoas, independentemente da idade, sexo e local de atuação. Foram excluídos os dados de notificações fora do período estipulado para a coleta de dados e profissionais que não sejam da área de enfermagem.

Para realização da pesquisa, foi necessário a entrega do projeto no núcleo de pesquisa do CEREST no Estado de Alagoas, juntamente com a carta de intenção, na qual foi descrito o objetivo do trabalho. Após a aprovação do CEREST, foi expedida declaração que autoriza utilizarmos os dados secundários do SINAN – NET tabulados sobre “ACIDENTES OCUPACIONAIS POR MATERIAIS BIOLÓGICOS NOTIFICADOS EM ALAGOAS”, onde todas as informações obtidas serão utilizadas apenas para finalidades científicas, sem acesso a informações dos pacientes com relação ao nome, identidade, CPF, por este motivo, não houve necessidade de submissão ao Comitê de Ética e Pesquisa.

A parceria com a rede sentinela CEREST de Alagoas foi fundamental para buscar os dados tabulados do SINAN - NET sobre acidentes ocupacionais por materiais biológicos aos profissionais da área de enfermagem, notificados em Alagoas.

O fato de não termos acesso ao sistema informatizado de coleta de dados da instituição, tampouco a segurança do sistema de informação de saúde que foi usado, são riscos que podem comprometer a fidelidade dos dados fornecidos pelo CEREST Estadual de Alagoas. Como benefícios, a publicação dos dados na literatura científica especializada, apresentação em eventos, contribuições para diminuir a quantidade acidentes sofridos pelos profissionais da enfermagem, trazendo um retorno à comunidade e aos gestores para auxiliar no entendimento e enfrentamento do problema à cerca dos números de acidentes com materiais biológicos.

Para a enfermagem, a busca de informações e a necessidade do cuidado

da saúde são de suma importância para o aprimoramento de ações que visam à promoção da saúde. Após a coleta de dados, onde a informação foi repassada para o roteiro de pesquisa, ocorreu à tabulação e análise a partir de gráficos e planilhas do programa *Microsoft Office Excel 2007*.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

A comunicação da notificação compulsória é obrigatória para fins de notificação com importância nacional, sob a responsabilidade da autoridade de saúde, realizada por médicos, profissionais de saúde ou responsáveis pelos estabelecimentos de saúde pública ou privada, sobre a ocorrência de suspeita ou confirmação de doença, agravo ou evento de saúde pública, podendo ser imediata ou semanal conforme as disposições do artigo 2º, Para fins de notificação compulsória de importância nacional, parágrafo IV da Portaria N° 204, de 17 de fevereiro de 2016.

A Portaria N° 777, de 28 de abril de 2004 do Ministério da Saúde, regulamenta a notificação de agravos à saúde do trabalhador – acidentes e doenças relacionados ao trabalho – em rede de serviço sentinela específica, no inciso 1º, que são agravos de notificação compulsória os acidentes com Exposição a Materiais Biológicos.

Foram analisados os dados coletados e notificados no estado de Alagoas pelo CEREST Estadual de Alagoas, conforme tabulação do SINAN no ano de 2016. A partir dos dados obtidos, foram construídos gráficos para dar início aos resultados.

A faixa de ocupação mais acometida são os técnicos de enfermagem com 68,61%, em segundo lugar os enfermeiros com 16,67% e ocupando a terceira colocação os auxiliares de enfermagem com 14,72%. Nesse estudo os técnicos de enfermagem foram os profissionais que mais se acidentaram com materiais biológicos (68,61%), em conformidade com o estudo realizado por Cordeiro et al. (2016), o qual foi registrado que os técnicos de enfermagem foram os mais acometidos por acidentes com materiais biológicos por estarem diretamente na assistência ao paciente desenvolvendo atividades invasivas.

Os profissionais de enfermagem, assim como todos os outros profissionais da saúde, estão expostos diariamente a uma série de riscos ocupacionais por materiais biológicos (PACHECO, 2012).

A falta de utilização dos equipamentos de proteção individual e o excesso de carga horária de trabalho, mais de um vínculo empregatício, podem aumentar os números de ocorrência de acidentes de trabalho por materiais biológicos. Esses acidentes com materiais biológicos podem ser causados por uma quantidade mínima de materiais, ambiente de trabalho precário, sobrecarga de serviços no trabalho, podendo também gerar desgastes físicos e mentais, prejudicando a qualidade da assistência prestada à comunidade, diminuindo o rendimento laboral ou até mesmo

afastamento do trabalho exercido.

Entre a faixa etária, a mais acidentada se encontra de trinta a trinta e nove anos (38,31%), em segundo lugar de vinte anos a vinte e nove anos (25,11%), em terceiro de quarenta a quarenta e nove anos (23,81%), quarto lugar em faixa etária de cinquenta a cinquenta e nove anos (9,96%), ocupando o quinto lugar os de idade entre sessenta a sessenta e nove anos (2,38%). Entre quinze e dezenove anos de idade (0,43%) estão no sexto lugar. Na faixa etária de setenta a setenta e nove anos, zero de acidentes.

Conforme notificações, dentre os profissionais de enfermagem, os mais acometidos foram os do sexo feminino com 88,96%, visto que a profissão tem o maior número de mulheres e idade entre 30 e 39 anos que apresentaram 38,31% do total pesquisado. Comparando esses dados com o estudo realizado por Júlio et al. (2014), no município de Minas Gerais com 73,5%, o predomínio dos acidentes de trabalho com materiais biológicos aponta semelhança para os profissionais jovens do sexo feminino e idade entre 33 e 36 anos.

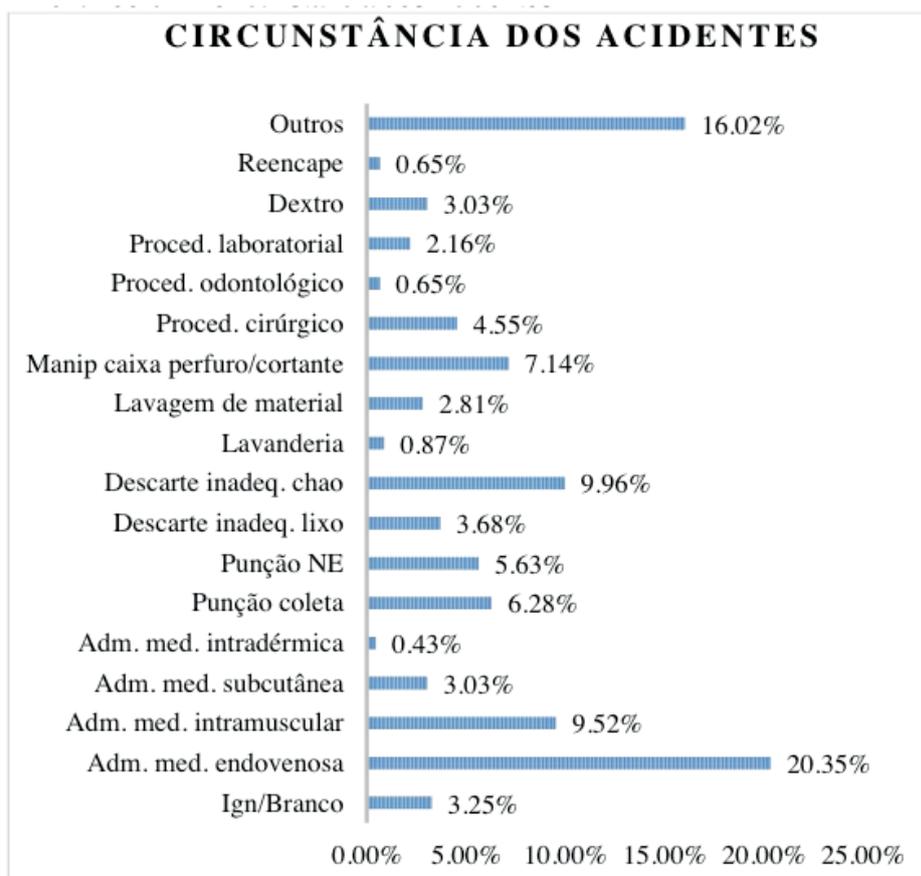


Gráfico 01 – Circunstância dos Acidentes

Fonte: Dados da Pesquisa, 2017.

Durante o estudo dos dados coletados sobre as circunstâncias dos acidentes, observamos que a administração de medicamentos por medicação endovenosa

chegou a 20,35%, outros com 16,02%, o descarte inadequado no chão ocorreu com 9,96%, acidentes através de perfuro cortantes utilizados durante a administração de medicamentos intramuscular causaram 9,52%, a manipulação de caixa perfuro cortante 7,14%.

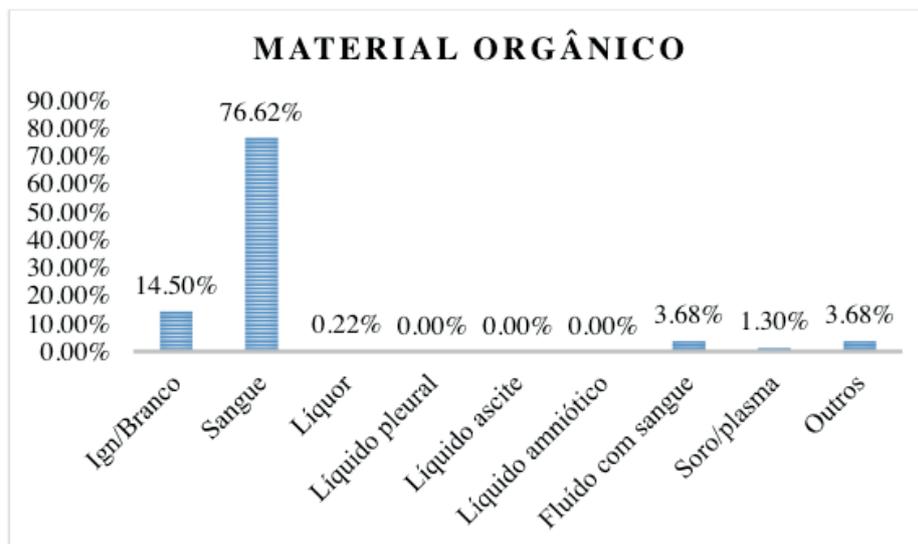


Gráfico 02 – Material Orgânico

Fonte: Dados da Pesquisa, 2017.

Os materiais orgânicos que mais provocaram acidentes com materiais biológicos foram: sangue 76,62%, ignorado / branco atingiu 14,50%, fluido com sangue 3,68%, outros não identificados 3,68%.

Na pesquisa realizada por Damasceno et al. (2006), foi relatado pelos profissionais acometidos por acidentes com materiais biológicos que frequentemente experimentam sensações de frustração, ou negação do risco envolvido, a preocupação de ter adquirido uma doença, receio de ser menosprezados pelos colegas de trabalho. O medo da morte em função da expectativa do resultado do teste anti-HIV ocorre também o receio de reações negativas da família e raiva do hospital e sistema de saúde.

Segundo Felli (2012), a ansiedade gerada pelo sofrimento no trabalho irá gerar problemas nas atividades laborais advindas do relacionamento com os pacientes e seus acompanhantes. Uma das causas da ansiedade crônica é a sobrecarga de trabalho com trabalhadores expostos a trabalhos penosos, perigosos e insalubres. Outra causa ocorre pela não interação pessoal com os colegas, frequente dobra de plantão, trabalho repetitivo e salários injustos.

O estudo realizado por Silva et al. (2015), dos quais as circunstâncias de acidentes de trabalho que envolve os profissionais de enfermagem no momento das suas atividades laborais são os descartes inadequados de materiais com perfuro

cortantes com 11,2% em bancada, cama, chão entre outros, sendo consideradas as principais causas de exposição a infecções. E tudo isso somado às condições inadequadas de trabalho e à habitual falta de estrutura do ambiente hospitalar. Seguido por administração de medicamentos endovenosos com 7,6%.

Os dados da pesquisa demonstra que durante os acidentes com materiais biológicos, a maioria dos profissionais não estavam fazendo uso de máscara (50,43%), protetor facial (67,32%) e/ou botas (60,82%); outros dados importantes foi a quantidade de dados identificados como Ignorado/Branco, sendo a máscara com 26,4%, protetor facial com 29,65% e botas com 29,22%.

O dados demonstram que 66,88% dos profissionais estavam utilizando luva no momento do acidente, 32,23% estava utilizando avental e somente 9,31% estavam utilizando óculos. Os dados Ignorados/Brancos também são estatisticamente significativos, 19,26% para luvas, 25,32% para avental e 28,14% para óculos.

Durante a análise dos dados repassados pelo CEREST do Estado de Alagoas, constatamos uma maior incidência de acidentes através da administração de medicamentos endovenosos com 20,35%. Uma das causas destes acidentes se associa aos múltiplos vínculos empregatícios, devido aos baixos salários, levando este profissional a extrapolar sua jornada laboral, causando exaustão extrema, comprometendo drasticamente no rendimento físico e mental.

As exposições ocupacionais relacionadas aos cuidados diretos aos pacientes ocorrem por meio de presença de sangue, secreção, fluidos corpóreos por incisões, sondagens, cateteres. Os riscos de infecções ocorrem por meio de ferimentos percutâneos (ocasionado por picada de agulha ou corte com objeto pontiagudo) ou contato de membrana, mucosa ou pele (por meio de rachadura de pele ou de dermatite), com sangue ou outros fluidos corpóreos potencialmente infectados (SILVA et al., 2012).

Conforme o estudo realizado por Arantes et al. (2017), no hospital de referência localizado no Norte do Paraná um grande número de profissionais não usa os equipamentos de proteção individual (EPI's), quando estes são capazes de prevenir a contaminação de micro-organismos e proteger a saúde e a integridade física do trabalhador. As luvas foram os EPI's mais utilizados com 62,4% dos entrevistados, seguidos dos aventais 31,6%, máscaras 17,4% e óculos 14,5%.

No Estado de Alagoas onde pesquisamos 42,42% dos entrevistados não estavam utilizando avental no momento do acidente, 25,32% Ignorado/Branco. Em relação à utilização de máscaras pelos profissionais, 67,32% não estavam utilizando máscaras, 29,65% dos registros Ignorado/Branco. Dentre os profissionais que não estavam utilizando óculos de proteção no momento do acidente se encontram 62,55%, 28,14% Ignorado/Branco. As luvas foram as mais utilizadas, 66,88% dos profissionais registraram que estavam utilizando no momento do acidente, 19,26%

Ignorado/Branco e 13,85% não estavam utilizando luvas.

Segundo Damasceno et al. (2006), foi realizado um estudo sobre os acidentes com materiais biológicos, o qual foi observado que entre as principais causas destacadas estão o descuido, a não adoção das medidas preventivas, a gravidade dos pacientes e a pressa. Entre os sentimentos vivenciados destacaram principalmente a insegurança, o medo da contaminação, a raiva e até a tranquilidade. Metade da quantidade dos entrevistados declarou que o acidente não lhe trouxe nenhuma consequência, porém os dados apontam para necessidade da autovalorização da saúde do trabalhador e de programas direcionados a melhoria da segurança ocupacional.

Uma das formas para evitar os acidentes com materiais biológicos é fazer o uso dos EPI's conforme a Norma Regulamentadora NR - 6 da Portaria N° 25, de 15 de outubro de 2001, para que isso aconteça de forma satisfatória, os profissionais da área de enfermagem, precisam passar por treinamentos de capacitação de educação permanente.

Está disponível no mercado de materiais perfuro cortantes, produtos para área de saúde com dispositivos de segurança. O empregador pode facilitar a jornada de trabalho do seu empregado, fornecendo materiais que podem facilitar o serviço a ser prestado, um exemplo é o esparadrapo que não adere ao látex, lancetas e seringas que ao serem utilizadas disparam um dispositivo que envolve as agulhas, diminuindo os riscos de acidentes ocupacionais. Esses materiais tem um valor financeiro maior para empresas, porém quando somamos os gastos com acompanhamentos, medicamentos e muitas vezes afastamentos dos profissionais, da atividade laboral que exercem, o valor se transforma insignificante.

Conforme a Norma regulamentadora NR - 4 no parágrafo 4.1 da Portaria MTPS nº 510, de 29 de abril de 2016, as empresas privadas e públicas, os órgãos públicos da administração direta e indireta e dos poderes Legislativo e Judiciário, que possuam empregados regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), manterão, obrigatoriamente, Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho, com a finalidade de promover a saúde e proteger a integridade do trabalhador no local de trabalho.

No parágrafo 4.12 da NR – 4 na letra e, informa que compete aos profissionais da Engenharia e em Medicina do Trabalho manter permanente relacionamento com a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA), além de treiná-la e atendê-la, conforme dispõe a Norma Regulamentadora NR-5 dispondo para trabalhadores e empregadores prevenir os acidentes e obter melhorias no ambiente de trabalho.

Os profissionais preocupam-se com os acidentes, mas, continuam a não utilizar EPI. As causas apontadas para os acidentes foram os descuidos, sobrecarga de trabalho, vínculos empregatícios em várias instituições, falta ou inadequação de

EPI, cansaço físico, estresse e precarização do trabalho. Como repercussão na vida pessoal, profissional e familiar, após os acidentes, os profissionais podem apresentar: medo de contaminação no trabalho, depressão, medo da morte, fantasias de contaminação, preocupação com a vida sexual, receio de críticas, sentimento de culpa pelo acidente e raiva do hospital (CARRIEL; CARDOSO, 2017).

4 | CONCLUSÃO

Após análise dos dados, percebe-se uma maior incidência de acidentes através da administração de medicamentos endovenosos. Uma das causas destes acidentes se associa aos múltiplos vínculos empregatícios, devido aos baixos salários, levando este profissional a extrapolar sua jornada laboral, causando exaustão extrema, comprometendo drasticamente no rendimento físico e mental.

O estudo identificou que a categoria profissional de enfermagem mais acometida por acidentes com materiais biológicos no Estado de Alagoas, foram os técnicos de enfermagem, com idade que varia entre 30 a 39 anos. Podemos compreender que, enquanto gestores de saúde, negligenciar o papel de empregador, deixando de fornecer os EPI's e quando entregues aos servidores, não fiscalizar ou substituí-los conforme necessidade, os números de acidentes com materiais biológicos continuarão elevados.

Os profissionais da enfermagem e da saúde precisam participar de reuniões formais / informais com objetivo de ouvir e promover melhorias no ambiente de trabalho, sobre suas necessidades físicas e mentais, facilitando horários para educação continuada. Por fim, torna-se relevante a necessidade de realizar mais estudos voltados à temática, em busca de aprofundar o conhecimento, quanto de aprimorar e ampliar as ações voltadas à tese e assim, diminuir os índices de acidentes de trabalho.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, G. D. S. A. et al. Riscos biológicos e o atendimento pré-hospitalar. **Revista Interdisciplinar em Saúde**. v. 3, n.1, 2016. Disponível em: http://www.interdisciplinaremsaude.com.br/Volume_9/Trabalho_10.pdf. Acesso em 11 de Dezembro de 2016.

ARANTES, Manoel Carlos et al. **Acidentes de trabalho com material biológico em trabalhadores de serviços de saúde**. Universidade Estadual de Londrina: 2014. Acesso em 06/11/2017.

BRASIL. Ministério do Trabalho. **Ministério do trabalho - NR-4**, Parágrafo 4.1 da Portaria MTPS nº 510, de 29 de abril de 2016, as empresas privadas e públicas, os órgãos. Acesso em 16. 11.2017.

_____. Ministério do Trabalho. **Normas Regulamentadoras**. Brasília, 2015. Disponível em: <http://trabalho.gov.br/seguranca-e-saude-no-trabalho/normatizacao/normas-regulamentadoras>. Acesso em 26 de Novembro de 2016.

_____. Ministério do Trabalho. **Norma regulamentadora 32 – NR 32**. www.guiatrabalhista.com.br, acesso em 09 de setembro de 2017.

_____. Ministério do Trabalho. **Norma regulamentadora 4 - NR-4**. Portaria MTPS 510, de 29/04/2016, www.guiatrabalhista.com.br, acesso em 09 de setembro de 2017.

_____. Ministério do trabalho. **Portaria da secretaria de inspeção do trabalho N° 247 de 12.06.2011**. www.normaslegais.com.br Acesso em 09 de setembro de 2017.

_____. Ministério do Trabalho. **Portaria N° 204, de 17 de fevereiro de 2016**, artigo 2º, Para fins de notificação compulsória de importância nacional, parágrafo IV. bvsms.saude.gov.br, acesso em 15 de novembro de 2017.

_____. Ministério do Trabalho. **Portaria N° 777, de 28 de abril de 2004**, artigo 1º, inciso 1º, parágrafo III, bvsms.saude.gov.br, Acesso em 15 de novembro de 2017.

_____. Ministério do Trabalho. **Portaria n° 777/GM de 28 de abril de 2004**, renastonline.ens.fiocruz.br, Acesso em 15 de novembro de 2017.

CARRIEL, T. C.; CARDOSO, A. L. Riscos de contaminação por acidentes de trabalho com materiais perfuro-cortantes na área da saúde. **Revista UNINGÁ**, 2017. Disponível em: revista.uninga.br/index.php/uninga/article/download/10/455. Acesso em: 17 de novembro de 2017.

CORDEIRO, Técia Maria et al. **Acidentes de trabalho com exposição a material biológico: Descrição nos casos na Bahia**. Bahia: 2016, Acesso 06 de novembro de 2017.

DAMASCENO. A. P. et al. Acidentes ocupacionais com material biológico: a percepção do profissional acidentado. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 59, n. 1, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n1/a14v59n1.pdf>. Acesso em 06 de Dezembro de 2016.

FELLI Vanda Elisa Andress. **Condições de trabalho de enfermagem e adoecimento: motivos para a redução da jornada de trabalho para 30 horas**.v 3.n 4. 2012. Acesso em 06 de novembro de 2017.

FERREIRA. M. D. et al. Subnotificação de acidentes biológicos pela enfermagem de um hospital universitário. **Revista Ciencia y Enfermeria**. v. 21, n. 2, 2015. Disponível em: http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v21n2/art_03.pdf. Acesso em 25 de Novembro de 2016.

JÚLIO R. S. et al. **Acidentes de trabalho com material biológico ocorrido em município de Minas Gerais**.Revista brasileira de enfermagem: 2014. Acesso em 06 de novembro de 2017.

JÚNIOR. A. M. et al. Desfechos de acidentes de trabalho com exposição a agente biológico. **Journal of Human Growth and Development**. v. 24, n. 3, 2014. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v24n3/pt_03.pdf. Acesso em 15 de Dezembro de 2016.

MACEIÓ. P. D. **Centro de Referência Estadual em Saúde do Trabalhador**. Maceió, 2016. Disponível em: <http://www.renastonline.ensp.fiocruz.br/> Acesso em 15 de Dezembro de 2016.

OLIVEIRA. E. C. D. et. al. Análise epidemiológica de acidentes de trabalho com exposição a material biológico entre profissionais de enfermagem. **SANARE - Revista de Políticas Públicas**. v.14, n.01, 2015. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/603/320>. Acesso em: 30 de Novembro de 2016.

PACHECO, C. S. **Acidente de trabalho na enfermagem: risco de contaminação por material perfurocortante**. Minas Gerais, 2012. Trabalho de Conclusão de Curso. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4900.pdf>. Acesso em 20 de Dezembro de 2016.

SANTOS. P. H. S.; REIS. L. A. D. Subnotificação de acidentes de trabalho em profissionais de enfermagem: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem UFPE Online**. v. 10, n. 2, 2016. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/8820/14298>. Acesso em 30 de Novembro de 2016.

SILVA. J. A. et al. Investigação de acidentes biológicos entre profissionais de saúde. Escola **Anna Nery**: 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n3/v13n3a08.pdf>. Acesso em: 05 de agosto de 2017.

TEIXEIRA, P. S.; FERREIRA, M. B. Acidentes com material biológico entre os profissionais de saúde: revisão. **Revista UNIPAM**. 2012. Disponível em: <http://perquirere.unipam.edu.br/documents/23456/57344/acidentes-com-material-biologico.pdf>. Acesso em: 18 de agosto de 2017.

AFASTAMENTO DO TRABALHO E SOFRIMENTO FÍSICO E MENTAL EM TÉCNICOS DE ENFERMAGEM DO CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA

Data de aceite: 25/11/2019

Rafael Mondego Fontenele

Mestre em Gestão de Programas e Serviços de Saúde (Universidade CEUMA). Docente Assistente do curso de Enfermagem do Instituto de Ensino Superior Franciscano (IESF), Paço do Lumiar - MA.

Cristina Maria Douat Loyola

Doutora em Saúde Coletiva (UERJ). PhD em Álcool e Drogas (University of Toronto, Canadá). Docente do Programa de Mestrado Profissional em Gestão de Programas e Serviços de Saúde (Universidade CEUMA), São Luís - MA.

RESUMO: Objetivo: analisar a dimensão subjetiva do sofrimento físico e mental de técnicos de enfermagem de um centro de terapia intensiva (CTI) em um hospital em São Luís – MA. Métodos: tratou-se de pesquisa qualitativa com observação participante e sistemática, e entrevistas com 26 técnicos de enfermagem do CTI com histórico de atestados médicos entre julho de 2016 e julho de 2017. Utilizou-se a análise de conteúdo para tratamento dos dados e como metodologia a hermenêutica-dialética. Resultados: Destacou-se sofrimento físico nas atividades realizadas, sofrimento psíquico traduzido por violência verbal e falta

de reconhecimento profissional, além de dores de natureza emocional, traduzidas pelo estigma social de ser alguém que “sempre adoecer”. Conclusão: o trabalho da enfermagem no CTI produz sofrimento físico e mental nos técnicos de enfermagem. Sugere-se rastreamento das causas de afastamento, para diminuir o ciclo de agravamento à saúde e novas licenças médicas.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde do Trabalhador. Cuidados Críticos. Unidades de Terapia Intensiva. Técnicos de Enfermagem.

WORK LEAVE AND PHYSICAL AND MENTAL SUFFERING IN NURSING TECHNICIANS AT THE INTENSIVE CARE CENTER

ABSTRACT: Objective: to analyze the subjective dimension of physical and mental suffering of nursing technicians of an intensive care center (ICU) in a hospital in. Methods: This was a qualitative research with participant and systematic observation, and interviews with 26 ICU nursing technicians with a history of medical certificates between July 2016 and July 2017. We used content analysis for data treatment and how hermeneutic-dialectical methodology. Results: Physical suffering was highlighted in the activities performed, psychological suffering translated by verbal violence and lack of

professional recognition, in addition to emotional pain, translated by the social stigma of being someone who “always gets sick”. Conclusion: nursing work in the ICU produces physical and mental suffering in nursing technicians. Tracking causes of sick leave is suggested to shorten the cycle of health problems and new sick leave.

KEYWORDS: Occupational Health. Critical Care. Intensive Care Units. Nursing Technicians.

1 | INTRODUÇÃO

O trabalho assistencial da enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) está interligado a múltiplas atividades administrativas, e devem estar integradas às categorias profissionais que compõem a equipe multiprofissional, e demais membros da equipe de enfermagem, como auxiliares, técnicos e enfermeiros (MASSAROLI et al., 2015).

A enfermagem, como profissão, trabalha com uma equipe de técnicos sob sua responsabilidade e supervisão, como proposta de potencializar a atenção integral, mas cuja dificuldade de relacionamento interdisciplinar pode fragmentar a assistência (SOUZA et al., 2016).

Os conflitos interpessoais podem configurar um campo de forças tenso por dentro da prática profissional, capaz de produzir alianças que tanto podem proteger como podem expor a coordenação do trabalho realizada pelo enfermeiro, que precisa desenvolver, diariamente, sua capacidade relacional (LORENZINI et al., 2015).

A compreensão da relação entre trabalho e saúde exige incluir a vivência do sujeito trabalhador. É ele quem realiza o trabalho; é dele que se exige empenho e é ele quem avalia as condições que possui para tal, que sofre o desgaste físico, mental, que adocece, sofre acidentes e pode morrer (CARDOSO, 2014).

No setor hospitalar, sobretudo em uma UTI, o desgaste mental se dá pelo estresse, especialmente entre enfermeiros e técnicos de enfermagem, pela característica do trabalho que ocorre em maior proximidade com o paciente, identificando sintomas e cujo desempenho recebe pressão em situações de gravidade. Esta demanda de trabalho inesperado devido às urgências clínicas são alguns dos fatores que expõem a equipe de enfermagem a diversos problemas de saúde (CRUZ et al., 2014).

No campo da enfermagem, a exposição permanente a agentes biológicos, substâncias químicas e esforço físico, através do desenvolvimento de cuidados nos quais é preciso utilizar o corpo como ferramenta de trabalho, potencializam os riscos ocupacionais presentes no ambiente, podendo interferir diretamente e influenciar negativamente no processo saúde-doença desses trabalhadores

(DUARTE; AVELHANEDA; PARCIANELLO, 2013).

Diante da intensidade de trabalho entre os profissionais de enfermagem, um dos desafios dos gestores é dimensionar a equipe, a fim de garantir ao paciente uma assistência segura. Entretanto as instituições de saúde planejam os custos com pessoal a partir de parâmetros de qualidade pré-estabelecidos que nem sempre favorecem a qualidade de vida dos trabalhadores da saúde, embora obedeçam à legislação específica para trabalhadores em geral (NOGUEIRA et al., 2013). Estas contradições elevam as taxas de absenteísmo e presenteísmo, produzindo impacto na dinâmica e na qualidade do trabalho (BAPTISTA et al., 2015).

O aumento do absenteísmo prejudica as escalas de trabalho e pode expor os pacientes a deficiências de cuidado, devido estresse da equipe de enfermagem. O presenteísmo ocorre quando o trabalhador está presente, mesmo com limitações físicas ou emocionais que acabam prejudicando o desempenho no trabalho. O presenteísmo, de certa forma se contrapõe ao absenteísmo, e pode até lograr uma diminuição de estresse entre pares, porém, para a qualidade do cuidado dos pacientes, revela-se potencialmente perigosa (OBRIEN-PALLAS et al., 2010).

Objetivo deste estudo foi analisar a dimensão subjetiva do sofrimento físico e mental de técnicos de enfermagem de um centro de terapia intensiva que apresentaram afastamento do setor por problemas de saúde.

2 | MATERIAIS E MÉTODOS

Tratou-se de pesquisa qualitativa, descritiva e analítica, com observação participante e observação sistemática, entrevistas semiestruturadas e análise documental. Os dados foram coletados no período de agosto de 2017 a janeiro de 2018 após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa sob o parecer nº 2.234.735. Foram entrevistados 26 técnicos de enfermagem do Centro de Terapia Intensiva de um hospital privado, no município de São Luís, Maranhão. Utilizou-se o método de saturação teórica em pesquisa qualitativa proposto por Fontanella, Ricas e Turato (2008) como critério para finalização de obtenção de dados empíricos.

A observação participante acompanhou os técnicos de enfermagem durante a rotina de plantões nos três turnos. Esta observação é aquela em que o pesquisador participa e interfere no contexto investigado, com ênfase nas ações dos técnicos de enfermagem e não no ambiente propriamente dito (MARIETTO, 2018).

Para a realização da observação sistemática não participante, utilizou-se um *checklist* contendo os itens de observação de Torres et al (2018), que neste estudo foram adotados como: a aceitação da equipe em relação às ausências, o retorno do trabalhador após um afastamento por motivo de doença, e cujo registro foi realizado em diário de campo. Na observação sistemática o pesquisador registrou com

distanciamento o cotidiano dos técnicos de enfermagem, as situações vivenciadas e comportamento dos mesmos diante delas, as conversas e negociações, a fim de compreender as interpretações do grupo acerca de tais acontecimentos (BECKER, 1993). O total de registro em diário de campo através das observações foi de 253 horas no período de 27 de agosto de 2017 a 16 de outubro de 2017.

As falas dos participantes foram identificadas pela letra “T”, os fragmentos das anotações do diário de campo foram identificados com as iniciais “DC”.

O levantamento documental foi realizado pelo serviço de medicina do trabalho, que procedeu à emissão do relatório de técnicos de enfermagem com histórico de pelo menos um afastamento por motivo de doença no período de julho de 2016 a julho de 2017. A razão do afastamento não foi informada aos pesquisadores, porém alguns dos entrevistados, durante as entrevistas, citaram as razões pelas quais foram afastados do trabalho.

As entrevistas individuais combinaram perguntas abertas e fechadas e foram realizadas em um ambiente fora do hospital para diminuir possível constrangimento dos depoentes. O local da entrevista foi definido pelo entrevistado, tendo sido priorizados ambientes com baixa movimentação de pessoas e pouco ruído de modo a produzir baixa interferência nas gravações das entrevistas que duraram, em média, 25 minutos.

A análise do material empírico foi realizada a partir da triangulação dos dados obtidos pela observação participante e sistemática, entrevistas e referencial teórico. Para análise do material empírico, utilizou-se a técnica de análise temática, através da pré-análise, categorização e interpretação (MINAYO, 2014). Os dados foram analisados à luz da hermenêutica – dialética, a partir da subjetivação do objeto e da objetivação do sujeito (CARDOSO et al., 2015).

Este artigo foi extraído de uma dissertação de mestrado e produzido a partir do recorte de três categorias operacionais: aspectos do trabalho que produzem sofrimento, os impactos da doença no ambiente de trabalho e a matemática do adoecer.

3 | RESULTADOS

3.1 Aspectos do Trabalho que Produzem Sofrimento

O grupo entrevistado compôs-se pela maioria de mulheres jovens (entre 24 e 49 anos) divididas igualmente entre casadas e solteiras. Possuíam nível superior completo ou graduação em curso, e cinco delas possuíam somente o curso técnico em enfermagem. Em relação à renda mensal individual dos participantes do estudo, 14 possuíam uma renda mensal entre R\$1.201,00 e R\$2.500,00 variando entre 1 e

3 vínculos de emprego.

No presente estudo, os aspectos do trabalho que produzem sofrimento na UTI, foram: trabalho físico pesado, falta de reconhecimento, a violência verbal no trabalho e os múltiplos empregos. Com relação ao trabalho físico pesado, destacou-se a mudança de decúbito dos pacientes, queixa presente em todos os discursos, demandando esforço físico extra, para o profissional, já que na maioria das vezes possui estatura inferior à do paciente acamado.

Há profissionais que explicitam estes problemas relacionados ao esforço físico realizado: *Sinto dor na coluna [...] às vezes eu tenho dois pacientes obesos e no outro dia estou destruída (T02).*

O trabalho pesado impacta a discussão sobre gênero, uma vez que a enfermagem é uma profissão em que predominam mulheres, e na percepção destas trabalhadoras, espera-se delas uma força desproporcional: *Não existe essa força em mulher. É contra minhas próprias forças (T20).*

Este esforço físico relacionado ao gênero feminino, destacado anteriormente, foi observado e registrado no diário de campo, como relatado no fragmento a seguir: *Muitas vezes quem tenta mobilizar o paciente acamado não tem estrutura para desempenhar tal atividade (DC).*

Há também uma evidência de que a falta de força, ou de pessoal suficiente para ajudar na mobilização do paciente grave, como no banho no leito, produz possibilidades de erros que, no caso mais grave, podem provocar danos e agravos à saúde dos doentes: *Geralmente durante o banho que paciente perde sonda, traqueostomia, acesso periférico (T25).*

Os técnicos de enfermagem queixam-se de não receber reconhecimento profissional: *O que mais cansa na enfermagem é não ser reconhecido (T07).*

Não ser reconhecido na profissão é entendido como não possuir valor: *A gente pergunta todo dia para o paciente se ele tá sentindo dor, mas ninguém pergunta pra gente. É um trabalho muito desvalorizado (T11).*

No entanto, o profissional tem sido lembrado quando se identifica uma falha relacionada à assistência de enfermagem: *A gente só é reconhecida pelos nossos erros (T09).*

A insatisfação pelo trabalho se exterioriza quando se vivencia situações de violência no trabalho e produz revolta: *Se eu soubesse que a enfermagem era assim, eu não teria feito (T20).*

Sendo assim, pode-se afirmar que esta violência é muda e, muitas vezes passa despercebida, por estar sendo pouco estudada, expondo os profissionais à violência profissional constante, como relata a fala a seguir: *Eu estava dando banho no leito e a fralda caiu no chão. Peguei a fralda e ela tomou da minha mão dizendo que aquela não prestava mais que eu deveria ter vergonha de ter pensado em usar*

a mesma fralda no pai dela. Que ela ia comunicar a direção do hospital porque eu não sabia o sentido da palavra higiene. Me chamou de incompetente (T03).

Há indícios de que as cargas emocionais, frequentemente vivenciadas no ambiente da terapia intensiva, podem estar pressionando para estratégias de adaptação, expondo o trabalhador a conflitos éticos ou morais que muitas vezes podem evoluir para o agravamento do sofrimento psíquico: *O fato de ser UTI deixa a gente um pouco triste quando o paciente vai a óbito (T17).*

Há a possibilidade da intensificação do estresse devido aos múltiplos vínculos de emprego, que deterioram a qualidade de vida, compondo uma situação que passa a ser um problema. O cansaço da dupla jornada de trabalho compromete a saúde física, favorece a desistência ou adiamento de outros sonhos, como por exemplo, a qualificação profissional: *Eu tenho dois empregos então é difícil não se sentir cansada. A gente precisa de outro salário para complementar a renda [...] a qualidade de vida não existe (T13) e: Por isso larguei a faculdade [...] (T22).*

Através da observação sistemática, foi possível descrever em diário de campo, a rotina de alguns trabalhadores que, quase sempre, chegam atrasados no plantão em decorrência de outros empregos e com relatos de falta de tempo para banho e refeições, traduzindo uma rotina exaustiva em que se prejudica tanto a si, quanto ao colega devido a cadeia de atraso e à segurança do paciente.

3.2 Os Impactos da Doença no Ambiente de Trabalho

Ao abordar o contexto da saúde física e mental dos trabalhadores entrevistados, e questioná-los sobre estar no trabalho mesmo na condição de estar doente, ou de sentir-se sem condições físicas ou psicológicas para desenvolver tais atividades naquele momento, revelou-se uma mistura de sentimentos em que se alternam o cansaço, a ansiedade e o medo. No entanto, os entrevistados têm consciência de que o trabalho nas condições supracitadas representa um perigo para a saúde dos doentes assistidos: *É perigoso você cometer um erro [...] (T24).*

Há profissionais que mesmo doentes, assumem o risco de continuar no trabalho: *Já aconteceu de eu adoecer estando lá dentro do hospital. Mas eu continuei no plantão porque não fazia sentido eu ir embora (T15),* neste estudo, o presenteísmo já produziu problemas como relata o entrevistado: *[...] Peguei as medicações e quando fui administrar, administrei além da dose (T02).*

O presenteísmo quase sempre traduz o medo de perder o emprego: *Eu venho trabalhar porque tenho medo de ficar colocando atestado (T17).*

O presenteísmo é uma forma de violentar o próprio corpo e mente, pois põe em risco a vida e a assistência a doentes internados, porque parece predispor à negligência e ao erro. Esta postura de não gerenciar e analisar as faltas por doença, por parte do empregador, pode produzir altos graus de estresse, com sintomas

físicos, emocionais e comportamentais nos trabalhadores.

3.3 A Matemática do Adoecer

Adoecer no trabalho, e faltar ao plantão, implica uma equação matemática na qual sempre haverá sobrecarga de trabalho para quem foi trabalhar. Esta sobrecarga de tarefas estressa o trabalhador presente no plantão, mas atinge de outra forma, aquele que adoeceu, pois ele vivencia a doença motivadora do afastamento e vivencia também o rótulo de mentiroso, rótulo este que permanece além da doença: *Eles acham que é mentira o fato de você faltar (T01)*.

A ausência também produz impacto financeiro, já que faltar, sem atestado médico, implica em desconto salarial proporcional à ausência: *Tem que apresentar atestado médico pra não pegar falta por que se não, vem desconto no salário (T03)*.

Há de se observar também que as ausências no trabalho produzem desconfortos na equipe, que parece ter assumido o preconceito quanto à falta no trabalho: *Quando alguém avisa que vai faltar ou deu a hora e não chegou, já começam as caras e bocas, olhares tortos, fofoquinhas (T08)*.

A partir da observação sistemática, foi possível observar entre a equipe de técnicos de enfermagem, a existência de “rótulos” quando há uma ausência na escala de trabalho, que os nomeiam como “preguiçosos”, “não gostam de ajudar”, “não querem trabalhar” e “mentirosos”, como relata a fala: *Tem colega que bota atestado e fica na boca do povo. “Ah, por que fulano é preguiçoso, tá inventando que tá doente” (T15)*.

Contudo, a ausência do colega se traduz em imediata sobrecarga de trabalho, potencializando o estresse relacionado ao trabalho: *Ninguém gosta de ficar sobrecarregado. Você não consegue parar um minuto (T25)*.

Cabe destacar que a compreensão do grupo dos entrevistados para as faltas ao trabalho é contraditória, oscilando entre abuso e uso adequado da falta: *Tem gente que parece que falta de propósito (T11)*, outro profissional destaca: *Acredito que quando a pessoa falta, algo não vai bem (T18)*.

No presente estudo, um dos profissionais relata que adquiriu problemas de coluna no trabalho, admitiu ser conhecido pela equipe por suas faltas, devido a este problema específico de saúde, tem conhecimento que é rotulado pelos demais membros da equipe: *Sabem que eu tenho esse problema na coluna [...] Tem gente que não quer dividir a escala comigo [...] Inclusive eu já pedi para a chefe que na primeira oportunidade me tirasse daqui (T19)*.

Observou-se que os rótulos atribuídos pela equipe produzem insatisfação e angústia, mesmo em quem faltou ao trabalho devido a um real problema de saúde. Percebe-se um sofrimento além da dor, no sentido mais ampliado, que toca e fragiliza as relações sociais: *Sempre tem muito comentário. Deixa a pessoa muito*

angustiada (T22).

4 | DISCUSSÃO

Um estudo destacou que vários fatores inerentes à profissão de enfermagem são geradores de sofrimento psíquico, especialmente a convivência com a dor e o sofrimento dos pacientes, que exige a capacidade de sustentar a presença ainda que sem potência para resolver a situação (MORIN et al., 2018).

Dentre as tecnologias que diminuem o esforço físico no trabalho destes trabalhadores, uma pesquisa destacou que pode-se utilizar aparatos como prancha deslizante e rolante, elevadores para transferência, camas e colchões com decúbito automatizado (INOUE et al., 2013). No entanto, a disponibilização destes equipamentos exige maior disposição de recursos financeiros.

Sobre mobilização do paciente no leito, uma pesquisa identificou que esta rotina diminui o tempo de internação e os agravos em pacientes na UTI (SARTI; VECINA; FERREIRA, 2016).

Um estudo realizado em São Paulo sobre a exposição de 452 trabalhadores de enfermagem às cargas de trabalho e suas consequências, identificou um alto índice de notificações de problemas osteomusculares nestes profissionais (FELLI et al., 2015).

Sobre o gênero da enfermagem, uma recente pesquisa destacou que a presença do gênero feminino em maior quantidade nesta profissão, é um fator que facilita a assistência, discordando dos achados na presente pesquisa (BRAGA; TORRES; FERREIRA, 2015).

Sobre riscos para profissionais de enfermagem, recente estudo destacou que esta sobrecarga de esforço físico aumenta a insatisfação e o absenteísmo nestes trabalhadores (ARAÚJO, 2015).

Quanto ao erro relacionado à assistência de enfermagem, um estudo identificou a ocorrência de danos à saúde dos doentes internados, devido insuficiência de recursos humanos para proceder à mobilização correta de pacientes no leito, destacando extubações não programadas, dentre outros agravos que provocaram paradas cardiorrespiratórias (DUARTE et al., 2015).

Pesquisa com membros da equipe de enfermagem no serviço de hemodiálise também identificou falta de reconhecimento (PRESTES et al., 2015). Esta relação de reconhecimento e valor também foi identificada em outro estudo onde a valorização e o reconhecimento do profissional de enfermagem estiveram aquém das expectativas dos mesmos (LAGES; ALVES, 2016).

A violência no trabalho foi evidenciada em pesquisa realizada com 124 profissionais da enfermagem da rede pública realizado em Caxias, Maranhão, onde

95% destes profissionais já sofreram agressão verbal, 27% já sofreram assédio moral, 9% já sofreram assédio sexual e outros 9% já sofreram discriminação racial (LIMA; SOUSA, 2015).

A violência verbal e física foram identificadas como as categorias de violência mais frequentes contra os profissionais de enfermagem em pesquisa realizada no Rio de Janeiro (PEDRO et al., 2017). A violência, quando é pública e constatada, torna-se objetiva, porém há uma vivência subjetiva e individual, cuja singularidade de vivência pode torná-la pouco palpável ou visível.

Sobre vivenciar a morte dos pacientes, um estudo destacou que somente a experiência diária torna possível amadurecer essas questões, pois deve-se considerar a singularidade e individualidade de cada profissional frente ao sofrimento (SALUM et al., 2017). O que, dependendo da predisposição do trabalhador, pode favorecer estados depressivos.

Uma pesquisa sobre extensas cargas horárias de trabalho na enfermagem destacou a exaustão profissional e sua relação baixa qualidade de vida (DALRI et al., 2014). Cabe destacar que os múltiplos empregos proporcionam condições inapropriadas para o trabalho, como destacado a ocorrência de erros na assistência, relacionados ao cansaço físico e mental de trabalhadores de enfermagem (BAPTISTA et al., 2015).

Sobre erros durante a assistência de enfermagem no CTI, pesquisa destacou administrações de medicações erradas e repetidas por falta de checagem da primeira dose na prescrição médica. Este mesmo estudo destacou o erro na programação e manuseio de bombas de infusão, que permitiram a infusão de drogas que deveriam ser administradas em 24 horas, em tempo inferior a duas horas, provocando a instabilidade hemodinâmica dos doentes (DUARTE et al., 2015).

Em estudo sobre a qualidade dos cuidados de enfermagem, destacou-se que os cuidados inseguros aumentam a morbidade e mortalidade evitáveis, além de gerar forte impacto financeiro para os serviços de saúde (FREITAS et al., 2014), provenientes de processos judiciais.

A questão do presenteísmo também foi evidenciada em pesquisa sobre a temática, e gerou preocupações para os gerentes de enfermagem que entendem que este trabalhador representa um perigo, naquele momento, para a saúde dos pacientes (OLIVEIRA et al., 2018).

Em estudo sobre trabalhar doente, realizado com trabalhadores em acompanhamento no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de Botucatu – São Paulo, também foi possível identificar a submissão ao trabalho, mesmo quando o corpo pede descanso por motivo de doença. Foi possível destacar que o indivíduo permanece no trabalho em condições desfavoráveis pela necessidade de subsistência que na sociedade capitalista será garantida pelo trabalho remunerado

(PIRES; DIAS, 2018).

Em estudo sobre as causas e consequências de estresse no trabalho de profissionais na UTI, destacou-se que a falta de um trabalhador, desencadeia quadros de estresse nos trabalhadores que estão no plantão (OLIVEIRA; CUNHA, 2014).

Outro estudo destaca-se que as consequências do absenteísmo não geram impacto apenas para o funcionário, como descontos salariais, já que esta ausência diminuirá a produção da empresa, e conseqüentemente, o alcance de metas que podem diminuir a margem de lucro (SILVA, 2014).

Sobre estigmas no trabalho, uma pesquisa destacou que o profissional estigmatizado apresentava uma depreciação da identidade (FERREIRA; ABDALA, 2017), fato que pode favorecer o desencadeamento de sofrimento psíquico.

Estudo acerca da sobrecarga de trabalho da enfermagem, realizado em dois hospitais de alta complexidade em São Paulo, mostrou que houve um aumento no número de dias de internação e mortalidade dos pacientes na UTI relacionado ao cansaço da equipe (NOVARETTI et al., 2014).

Um estudo sobre a influência do afastamento e qualidade de vida constatou que 40,4% dos trabalhadores que já haviam sido afastados, foram diagnosticados com transtornos depressivos (SILVA-JUNIOR; FISCHER, 2015).

Sobre a relação de adoecimento e faltas ao trabalho, uma pesquisa sobre as representações sociais da tuberculose concluiu que independente da doença, a condição de estar doente, gera um fato relevante no convívio social das pessoas, e conseqüentemente o seu isolamento em relação aos demais profissionais no ambiente de trabalho (RODRIGUES; MOTTA; FERREIRA, 2016).

Outro estudo também identificou o estigma social, o pré-conceito e a discriminação em trabalhadores após o diagnóstico de problemas de saúde (VOLZ et al., 2015).

Sobre a discriminação de vítimas, os problemas de saúde no trabalho se tornaram frequentes, porém este aumento produziu certa banalização deste evento, na perspectiva do empregador, e grande parte das organizações parecem se importar menos com as políticas de prevenção (BUTIERRES; MENDES, 2016).

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo evidenciou que o trabalho do técnico de enfermagem no CTI produz sofrimento físico devido excesso de trabalho, que implica em esforço físico, traduz-se por problemas osteomusculares, e por consequência, estresse ao trabalhar doente e com medo de apresentar, novamente, atestados médicos.

Há falta de reconhecimento pelo trabalho destes profissionais pela alta gestão e

acompanhantes de pacientes e relatos de violência verbal. A falta de reconhecimento e a vivência de violência podem elevar o absenteísmo e, predispor ao sofrimento psíquico nestes profissionais.

Constatou-se que o presenteísmo, predispõe a assistência insegura traduzida por erros como administração de medicamentos em doses maiores que as prescritas. Contudo, quando há repetidos afastamentos do trabalho, os trabalhadores carregam um estigma que produz insatisfação e sofrimento individual.

Seria oportuna a valorização da notificação compulsória de violência no trabalho, bem como a ampliação do acompanhamento do absenteísmo, seja por falta ou afastamentos, pelo serviço de medicina do trabalho nos hospitais, bem como o uso adequado de tecnologias para mobilização de doentes no leito, a fim de melhorar a segurança dos pacientes e qualidade de vida dos profissionais.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO SNP. Os riscos enfrentados pelos profissionais de enfermagem no exercício da atividade laboral. **Revista Enfermagem Contemporânea**, 2015. Jul./Dez.; 4(2):237-243. DOI: <http://dx.doi.org/10.17267/2317-3378rec.v4i2.522>.

BAPTISTA PCP, PUSTIGLIONE M, ALMEIDA MCS, FELLI VEA, GARZIN ACA, MELLEIRO MM. Saúde dos trabalhadores de enfermagem e a segurança do paciente: o olhar de gerentes de enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP** [online]. 2015, vol.49, n.spe2, pp.122-128. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000800017>.

BECKER H. **Métodos e pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Hucitec, 1993.

BRAGA LM, TORRES LM, FERREIRA VM. Condições de trabalho e fazer em enfermagem. **REV. Enf-UFJF - Juiz de Fora** - v. 1 - n. 1 - p. 55-63 - jan./jun. 2015 59. Disponível em: <http://www.ufjf.br/revistadeenfermagem/files/2015/05/10-Revista-de-Enfermagem-C07.pdf>.

BUTIERRES MC, MENDES JMR. A discriminação de vítimas de acidente do trabalho ou de doença ocupacional: uma situação de invisibilidade social potencializada. **Sociedade em Debate**, 22(1): 237-260, 2016. Disponível em: <http://www.rle.ucpel.tche.br/index.php/rsd/article/view/1337>.

CARDOSO ACM. **Indicadores sobre riscos psicossociais no trabalho**. In: Silveira MA (Org.). Aspectos psicossociais e sustentabilidade em organizações: saúde, segurança e qualidade de vida no trabalho. Campinas: Centro de Tecnologia da Informação Renato Archer, 2014. 211p.

CARDOSO MF, BATISTA-DOS-SANTOS AC, ALLOUFA JML. Sujeito, linguagem, ideologia, mundo: técnica hermenêutico-dialética para análise de dados qualitativos de estudos críticos em administração. **R. Adm. FACES Journal Belo Horizonte**; v. 14 n. 2 p. 74-93 abr./jun, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.21714/1984-6975FACES2015V14N2ART2112>.

CRUZ EJER, SOUZA NVDO, CORREA RA, PIRES AS. Dialética de sentimentos do enfermeiro intensivista sobre o trabalho na Terapia Intensiva. **Esc Anna Nery** 2014;18(3):479-485. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127731659016>.

DALRI RCMB, SILVA LA, MENDES AMOC, ROBAZZI MLCC. Carga horária de trabalho dos enfermeiros e sua relação com as reações fisiológicas do estresse. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, nov.-dez. 2014; 22(6):959-65. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.3292.2503>.

DUARTE MLC, AVELHANEDA JC, PARCIANELLO RR. A saúde do trabalhador na estratégia de saúde da família: percepções da equipe de enfermagem. **Cogitare Enferm.** 2013;18(2):323-30. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/32582>.

DUARTE SCM, QUEIROZ ABA, BÜSCHER A, STIPP MAC. O erro humano no cotidiano da assistência de enfermagem em terapia intensiva. **Rev. Latino-Am**, nov.-dez., 2015; 23(6):1074-81. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0479.2651>.

ELLI VEA, COSTA TF, BAPTISTA PCP, GUIMARÃES ALO, ANGINONI BM. Exposição dos trabalhadores de enfermagem às cargas de trabalho e suas consequências. **Rev. esc. enferm. USP** [online]. 2015, vol.49, n.spe2, pp.98-105. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000800014>.

FERREIRA GN, ABDALA RD. Identidade profissional e o estigma social do professor readaptado. **Rev Ciências Humanas – Educação e Desenvolvimento Humano – UNITAU, Taubaté – SP – Brasil**, v. 10, n Extra, edição 19, p. 24-33, Outubro, 2017. Disponível em: <https://www.rchunitau.com.br/index.php/rch/article/view/378>.

FONTANELLA BJB, RICAS J, TURATO ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(1):17-27, jan, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n1/02.pdf>.

FREITAS JS, SILVA AEBC, BEZERRA ALQ, SOUSA MRG. Qualidade dos cuidados de enfermagem e satisfação do paciente atendido em um hospital de ensino. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, maio-jun. 2014; 22(3): 454-60. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.3241.2437>.

INOUE KC, MATSUDA LM, ÉVORA YDM, WAIDMAN MAP. Tecnologias para minimização do esforço físico no trabalho de enfermagem em unidade de terapia intensiva. **Braz. J. Surg. Clin. Res**, Vol.4, n.2, pp.39-45 (Set-Nov 2013). Disponível em: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20130831_181111.pdf.

LAGE CEB; ALVES MS. (Des)valorização da enfermagem: implicações no cotidiano do enfermeiro. **Enferm. Foco**, 2016; 7 (3/4): 12-36. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/908/338>.

LIMA GHA, SOUSA SMA. Violência psicológica no trabalho da enfermagem. **Rev Bras Enferm**, 2015; set-out; 68 (5): 817-23. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680508i>.

LORENZINI E, MIENTKEWIC GA, DECKMANN LR, BAZZO KO, SILVA EF. Conflitos na equipe de enfermagem: revisão integrativa. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, Vol.06, N°. 02, Ano 2015 p.1764-73. Disponível em: <http://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/22499/16096>.

MARIETTO ML. Observação participante e não participante: contextualização teórica e sugestão de roteiro para aplicação dos métodos. **Iberoamerican Journal Of Strategic Management (IJSM)**, 2018; 17(4), 05-18. DOI: <http://dx.doi.org/10.5585/ijsm.v17i4.2717>.

MASSAROLI R, MARTINI JG, LAZZARI DD, OLIVEIRA SN, CANEVER BP. Trabalho de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva e a sua interface com a sistematização da assistência. **Revista de Enfermagem Esc Anna Nery**, 2015; 19 (2): 252-258. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127739655008>.

MINAYO MCS. **O desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.**/ Maria Cecília de Sousa Minayo. – 14. Ed. – São Paulo: Hucitec, 2014. 407 p.

MIORIN JD, CAMPONOGARA S, PINNO C, BECK CLC, COSTA V, FREITAS EO. Prazer e sofrimento de trabalhadores de enfermagem de um pronto-socorro. **Texto contexto - enferm.**, vol. 27, no. 2, Florianópolis, Epub May, 03, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-070720180002350015>.

- NOGUEIRA LS, KOIKE KM, SARDINHA DS, PADILHA KG, SOUSA RM. Carga de trabalho de enfermagem em unidades de terapia intensiva públicas e privadas. **Rev. bras. ter. intensiva** [online]. 2013, vol.25, n.3, pp. 225-232. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/0103-507X.20130039>.
- NOVARETTI MCZ, SANTOS EV, QUITÉRIO LM, DAUD-GALLOTTI RM. Sobrecarga de trabalho da enfermagem e incidentes e eventos adversos em pacientes internados na UTI. **Rev. bras. enferm.** [online]. 2014, vol.67, n.5, pp.692-699. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2014670504>.
- OBRIEN-PALLAS L, MURPHY GT, SHAMIAN J, LI X, HAYES LJ. Impact and determinants of nurse turnover: a pan-Canadian study. **J Nurs Manag**, 2010, Nov; 18(8):1073-86. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2010.01167.x>.
- OLIVEIRA ALCB, COSTA GR, FERNANDES MA, GOUVEIA MTO, ROCHA SS. Presenteísmo, fatores de risco e repercussões na saúde do trabalhador de enfermagem. **Av Enferm.** 2018;36(1):79-87. DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v36n1.61488>.
- OLIVEIRA RJ, CUNHA T. Estresse do profissional de saúde no ambiente de trabalho: causas e consequências. **Caderno Saúde e Desenvolvimento**, vol. 3, n. 2, jul-dez, 2014. Disponível em: <https://www.uninter.com/revistasauade/index.php/cadernosaudedesenvolvimento/article/download/302/238>.
- PEDRO DRC, SILVA GKT, LOPES APAT, OLIVEIRA JLC, TONINI NS. Violência ocupacional na equipe de enfermagem: análise à luz do conhecimento produzido. **Saúde debate** [online]. 2017, vol.41, n.113, pp.618-629. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201711321>.
- PIRES AP, DIAS MDA. A extravagância de trabalhar doente: o corpo no trabalho em indivíduos com diagnóstico de LER/DORT. **Trab. educ. saúde** [online]. 2018, vol. 16, n. 1, pp. 263-282. ISSN 1678-1007. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00106>.
- PRESTES FC; BECK CLC; MAGNAGO TSBS; SILVA RM. Indicadores de prazer e sofrimento no trabalho da enfermagem em um serviço de hemodiálise. **Rev. Esc Enferm USP**, 2015; 49(3): 469-477. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000300015>.
- RODRIGUES ILA, MOTTA MCS, FERREIRA MA. Social representations of nurses on tuberculosis. **Rev Bras Enferm** [Internet]. 2016;69(3):498-503. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690316i>.
- SALUM MEG, KAHL C, CUNHA KS, KOERICH C, SANTOS TO, ERDMANN AL. Processo de morte e morrer: desafios no cuidado de enfermagem ao paciente e família. **Rev Rene**, 2017 jul-ago; 18(4):528-35. DOI: <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2017000400015>.
- SARTI TC, VECINA MVA, FERREIRA PSN. Mobilização precoce em pacientes críticos. **J Health Sci Inst.** 2016; 34 (3): 177-82. Disponível em: https://www.unip.br/presencial/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2016/03_jul-set/V34_n3_2016_p177a182.pdf.
- SILVA MM. Absenteísmo: consequências e impactos na gestão de pessoas. **Revista Especialize On-line IPOG – Goiânia, 7ª Edição, n. 007, vol. 01, julho, 2014.** Disponível em: <https://www.ipog.edu.br/download-arquivo-site.sp?arquivo=absenteismo-consequencias-e-impactos-na-gestao-de-pessoas-11119162.pdf>.
- SILVA-JUNIOR JS, FISCHER FM. Afastamento por trabalho por transtornos mentais e estressores psicossociais ocupacionais. **Rev. bras. epidemiol.** [online]. 2015, vol.18, n.4, pp.735-744. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-54972015000400005>.
- SOUZA GC, PEDUZZI M, SILVA JAM, CARVALHO BG. Teamwork in nursing: restricted to nursing professionals or an interprofessional collaboration. **Rev Esc Enferm USP.** 2016;50(4):640-647. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000500015>.

TORRES GMC, FIGUEIREDO IDT, CÂNDIDO JAB, MORAIS APP, ALMEIDA MI. O emprego das tecnologias leves no cuidado ao hipertenso na Estratégia Saúde da Família. **Esc. Anna Nery**, vol. 22, no .3, Rio de Janeiro, 2018. Epub June 11, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0169>.

VOLZ PM, TOMASI E, SAES MO, NUNES BP, DURO SMS, FACCHINI LA. A inclusão social pelo trabalho no processo de minimização do estigma social pela doença. **Saúde Soc. São Paulo**, v. 24, n.3, p.877-886, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902015130040>.

CONTROLE SOCIAL: NÍVEL DE CONHECIMENTO DOS CONSELHEIROS DE SAÚDE

Data de aceite: 25/11/2019

Silvana Cavalcanti dos Santos

Escola Superior de Saúde de Arcoverde- ESSA,
Departamento de enfermagem, Arcoverde- PE.

Natália Nunes de Araújo

Escola Superior de Saúde de Arcoverde- ESSA,
Departamento de enfermagem, Arcoverde- PE.

Rhaíza Victória Feitoza Pires Cabral

Escola Superior de Saúde de Arcoverde- ESSA,
Departamento de enfermagem, Arcoverde- PE.

Sílvia Camêlo de Albuquerque

Escola Superior de Saúde de Arcoverde- ESSA,
Departamento de enfermagem, Arcoverde- PE.

Izadora Fernanda Feitoza Pires Cabral

Escola Superior de Saúde de Arcoverde- ESSA,
Departamento de enfermagem, Arcoverde- PE.

Marcelo Flávio Batista da Silva

Escola Superior de Saúde de Arcoverde- ESSA,
Departamento de enfermagem, Arcoverde- PE.

Jefferson Nunes dos Santos

Instituto Federal de Pernambuco – *Campus*
Pesqueira, Departamento de enfermagem,
Pesqueira – PE

Caio Clayderman Ferreira de Lima e Silva

Escola Superior de Saúde de Arcoverde- ESSA,
Departamento de enfermagem, Arcoverde- PE.

RESUMO: O Conselho Municipal de Saúde é um órgão colegiado de caráter permanente,

deliberativo, normativo e fiscalizador das ações e serviços de saúde no âmbito do SUS, no município. Assim o presente estudo objetivou analisar o conhecimento dos conselheiros municipais de saúde de Arcoverde (PE) em relação as suas atribuições e funções no conselho de saúde. Trata-se de um estudo descritivo do tipo transversal com abordagem quantitativa. O elemento de análise do estudo foi à aplicação de questionário ao grupo de conselheiros de saúde no dia 11 de abril de 2011 durante a reunião mensal dos mesmos. Foram entrevistados 19 conselheiros, destes 47,4% representavam os usuários membros da sociedade civil, 15,8 % o Governo Municipal, 5,2% os prestadores de serviços e 31,6% trabalhadores em saúde. Observa-se que 63%, possuíam nível superior. Em relação à participação de cursos 95% afirmaram já terem sido capacitados, destacando assim que estariam preparados para exercer a sua função no conselho, dado este que corrobora o percentual de 95% dos entrevistados se considerarem atuantes. O conhecimento dos conselheiros é fator fundamental para que possam atuar adequadamente no âmbito de suas funções dentro do conselho de saúde, pois apenas dessa maneira pode-se afirmar que o controle social está sendo efetuado.

PALAVRAS-CHAVE: Conselho Municipal de saúde, conselheiros de saúde, controle social.

SOCIAL CONTROL: HEALTH COUNCIL'S KNOWLEDGE LEVEL

ABSTRACT: The Municipal Health Council is a permanent, deliberative, normative and supervisory collegiate body of health actions and services within the SUS, in the municipality. Thus the present study aimed to analyze the knowledge of the municipal health counselors of Arcoverde (PE) in relation to their attributions and functions in the health council. This is a descriptive cross-sectional study with a quantitative approach. The element of analysis of the study was the application of a questionnaire to the group of health counselors on April 11, 2011 during their monthly meeting. Nineteen councilors were interviewed, of which 47.4% represented users who were members of civil society, 15.8% the municipal government, 5.2% service providers and 31.6% health workers. It is observed that 63% had higher level. Regarding the participation of courses 95% said they had already been trained, highlighting that they would be prepared to perform their function on the board, which corroborates the percentage of 95% of respondents consider themselves active. The knowledge of counselors is a fundamental factor for them to act properly within the scope of their functions within the health council, because only in this way can it be stated that social control is being carried out.

KEYWORDS: Municipal Council health, health counselors, social control.

1 | INTRODUÇÃO

A saúde que conhecemos hoje é fruto de um grande percurso de acontecimentos envolvendo diferentes atores sociais e políticos. Até antes da realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, que foi o estopim para o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS), o Ministério da Saúde (MS), atuava com o apoio dos municípios e estados ofertando, prioritariamente, os serviços de promoção de saúde e prevenção de doenças e agravos, por meio das campanhas de vacinas e controle de endemias (MENICUCCI, 2014).

Porém, essas ações não eram dirigidas para todos os segmentos populacionais. No que consta ao aspecto assistencialista, o MS oferecia seus serviços para a população em três categorias de indivíduos. O primeiro grupo era voltado para as pessoas que tinham recurso financeiro suficiente para arcar com os custos dos serviços de saúde; o segundo, era direcionada para os que tinham direitos assistenciais por serem associados do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS); e o terceiro, dispunha de cuidados que

ficavam a cargo de hospitais ou instituições filantrópicas, caracterizando como um serviço de caridade para as populações consideradas indigentes (BRASIL, 2002a; MENICUCCI, 2014).

Essas inequidades incentivaram os movimentos sociais, defensores das minorias a participarem e lutarem por um sistema de saúde que garantisse o direito da sociedade a ter acesso à saúde de forma gratuita, equitativa, integral e universal. Consequentemente, cominando no surgindo do SUS e de suas diretrizes, além do reconhecimento de que a saúde é um direito de todos e dever do estado, conforme consta no Art. 196 da Constituição Federal (CF) de 1988 (BRASIL, 2002a).

Com isso em mente, percebe-se que as conquistas de quaisquer direitos sociais, humanos e de saúde são, predominantemente, frutos da organização e participação da sociedade civil em meios políticos, atuando como peças fundamentais no estabelecimento de um controle social. Tal prática, pelo que consta na Lei 8.142/1990, configura-se em duas vertentes interpretativas, uma é voltada para a participação da sociedade cobrando, regulando e monitorando como o Estado gerencia os serviços de saúde disponíveis, e a outra, como o Estado por meio de seus Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde, representam a sociedade nas decisões governamentais (BRASIL, 2001).

Visto isso, constata-se que o controle social é realizado por meio da junção de segmentos sociais e políticos que dependem de uma adequada articulação para que os diferentes objetivos de ambos sejam plenamente atendidos. Contudo, nas últimas décadas, a eficiência da gestão municipal, estadual e federal quanto aos aspectos das políticas sociais e econômicas, vem apresentando fragilidades que repercutem em uma crise estrutural do setor público, gerando lacunas entre a capacidade e qualidade da oferta dos serviços públicos e direitos sociais, constitucionalmente garantidos (BRASIL, 2001; MAGALHÃES GOMES, 2015).

Outro aspecto de grande relevância social, é a Reforma Sanitária, visto que nela está contido um projeto que é concomitantemente técnico e político, de positiva intervenção, assumida pela totalidade de problemas contidos na saúde da sociedade brasileira contemporânea. Suas resoluções principais fundamentam-se em um conceito abrangente para saúde, tornando-a como uma ação resolutiva de más condições de vida e trabalho, que predominam na sociedade e no padrão de organização da base estruturada de serviços de saúde voltada ao indivíduo, às coletividades e ao meio ambiente (PAULINO; PERASOL; PAULINO, 2009; SOUTO; OLIVEIRA, 2016).

Logo, a Reforma Sanitária tem como objetivo satisfazer as necessidades sociais, ligadas à qualidade de vida e de necessidades exclusivas. Sendo assim, inúmeras propostas de mudanças, oriundas da Reforma Sanitária e dos princípios do SUS, têm sido delineadas e explanados ao longo do tempo, sendo progressivamente,

englobadas nos projetos dos sistemas de saúde em suas três dimensionalidades setoriais: municípios, estado e governo (LARA; GUARESCHI; BERNARDES, 2016).

Com a promulgação da CF a participação da comunidade, tornou-se uma condição fundamental para a consolidação e implantação do SUS, vindo a ser um marco indestrutível da democracia participativa. Como exemplo da importância do protagonismo da sociedade tem-se como maiores destaques as propostas contempladas em textos da própria CF, na Lei Orgânica do SUS e na Lei 8.142/90 que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros no setor de saúde (BRASIL, 1988; BRASIL, 2006a; FIGUEIREDO; TONINI, 2007).

Visto isso, fica expressivo como o controle social, bem como as ações da Reforma Sanitária, se faz de extrema importância, sobretudo, no campo da saúde pública, devido à possibilidade de ascender na qualidade das ações/serviços de saúde, com a efetiva participação popular. Ao passo em que seus atores tornam-se capazes de mencionar os problemas e as soluções correlacionadas com as reais demandas da sua localidade (MAGALHÃES GOMES, 2015).

A democracia participativa possibilita à comunidade falar por si própria, manifestando seus interesses, além de acompanhar e fiscalizar as ações do estado, trazendo desta forma “os problemas da comunidade” para os territórios do próprio poder executivo. Logo, é nesse ponto, em que a junção do controle social estabelecido pela sociedade e pelo governo evidencia-se, pois é nos Conselhos de Saúde, que, geralmente, se estabelecem canais de comunicação com a sociedade, ao mesmo tempo em que esses diversos atores sistematizam movimentos de reivindicação e pressão, modificando e apontando interesses comuns de cada segmento (BRASIL, 2009; (MENICUCCI, 2014).

Não obstante, o papel desenvolvido pelos Conselhos Municipais de Saúde (CMS) em meio à sociedade é de extrema importância, pois funcionam como um órgão colegiado de caráter permanente, deliberativo, normativo e fiscalizador de ações/serviços de saúde no âmbito do SUS, além de atuar na formulação e proposição de estratégias e no controle da execução das políticas públicas, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros (BRASIL, 2009).

Contudo, para que ocorra um fortalecimento do exercício do controle social na política de saúde, torna-se necessário, que todos os atores sociais envolvidos no processo, conheçam efetivamente o SUS, a legislação, a realidade epidemiológica, assistencial, financeira e política. Sobretudo, no que diz respeito ao acompanhamento e avaliação do sistema de informações em saúde nos níveis municipal, estadual e federal (SOUTO; OLIVEIRA, 2016).

Destarte, salienta-se a importância da participação efetiva dos atores que constituem esses Conselhos de Saúde nos municípios, no que concerne ao

conhecimento de suas ações, assim como a busca pela capacitação e aprimoramento de suas habilidades para melhorar a execução de suas ações e entendimento das funções que desempenham. Baseando-se nesse contexto, o presente estudo tem como objetivo analisar o conhecimento dos conselheiros municipais de saúde de Arcoverde (PE) em relação as suas atribuições e funções no conselho de saúde.

2 | METODOLOGIA

Consiste em um estudo descritivo do tipo transversal com abordagem quantitativa, empregado frequentemente em pesquisas da área da saúde devido suas características de de baixo custo, alto poder descritivo e simplicidade analítica (ROUQUAYROL; ALMEIDA, 2003).

O estudo foi desenvolvido no CMS do município de Arcoverde, localizado na mesorregião sertão e na microrregião sertão do Moxotó do estado de Pernambuco. A área municipal ocupa 350 km², distando 254 km da capital, cujo acesso é feito pela BR-232. Possui uma população de aproximadamente 72.634 habitantes (BRASIL, 2015).

O objeto de pesquisa trata-se de 32 conselheiros de saúde, sendo estes, formados por 16 titulares e 16 suplentes. Contudo, participaram do estudo 19 indivíduos, dos quais 16 eram titulares e 03 suplentes. Salienta-se que no período da coleta de dados o conselho estava passando por um déficit de estruturação de seus componentes, e por este motivo evidenciou-se uma lacuna no que compete aos cargos de suplentes, porém nos foi informado que logo haveria uma nova reestruturação para possível correção deste quadro.

A coleta de dados foi realizada no dia 10 de abril de 2011 após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Associação Caruaruense de Ensino Superior (CEP/ASCES) sob parecer 001/11 – CEP/ASCES. Foi utilizado como instrumento de pesquisa um questionário semiestruturado elaborado pelos próprios autores, o qual foi aplicado com os conselheiros na Secretaria Municipal de Saúde.

O questionário foi redigido de modo a ser de uma linguagem simples e de fácil entendimento, sendo composto por 11 questões, das quais 10 eram objetivas e 01 subjetiva. Dentre as variáveis abordadas, destacavam-se os aspectos: socioculturais; educação continuada; atuação como conselheiro (atuante, não atuante e pouco atuante).

Não obstante, salienta-se que cada entrevista era realizada somente após o indivíduo participante ser orientado quanto à finalidade, realização e publicação dos dados da pesquisa, evidenciando-se tanto os benefícios, quanto os malefícios

da mesma, cominando na concordância do entrevistado em participar do estudo mediante a assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A análise dos dados deu-se pelo método avaliativo da estatística simples, no qual foram agrupados em tabelas para melhor forma de apresentação utilizando o Microsoft Office Word, versão 2007. Os dados foram comparados mediante um levantamento bibliográfico retrospectivo sobre o tema abordado através de informações disponibilizadas nas bibliotecas acadêmicas, artigos científicos e livros, constituindo a discussão deste estudo.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados apresentados a seguir são relacionados aos 19 conselheiros municipais de saúde, que responderam aos questionários, no dia 11 de abril de 2011.

O CMS de Arcoverde conta com a predominância dos conselheiros sendo representado sexo feminino, correspondendo a 10 mulheres, correspondendo 52,6%. Fator que põe em evidência a efetiva participação feminina, contrastando com alguns períodos anteriores, onde a predominância era basicamente de homens nestes assuntos “políticos”.

Os movimentos feministas constituem um dos mais importantes, com objetivo à participação das ações políticas e comunitárias. Uma expressão observada a partir do desejo feminino de assumir uma posição que a faça sentir-se participante e sujeito de suas ações. O que nos faz pensar que essa realidade pode está relacionado com o processo histórico da assistência e cuidados da saúde, realizados em sua maioria por mulheres (LÜCHMANN; ALMEIDA; GIMENES, 2016).

Na **Tabela 1**, verifica-se que 12 (63%) dos conselheiros, possuem curso de nível superior. Em amplo sentido, é notório ratificar que o CMS de Arcoverde, conta com uma equipe basicamente estruturada em relação ao grau de instrução, o que se torna relevante para o exercício eficaz das ações do conselho.

Alguns estudos comprovam que, encontrar nos segmentos governamentais conselheiros com ensino superior completo, prestadores de serviços e profissionais de saúde, possibilita a fala dentro do conselho, corroborando a relação direta com o nível de conhecimento dos autores envolvidos (MULLER NETO; ARTMANN, 2014). Neste sentido, o grau de escolaridade torna-se um fator relevante, pois se constata que o indivíduo poderá ter mais acessibilidade e fácil compreensão das informações passadas nos cursos preparatórios, bem como, maior capacidade de clareza e expressão durante as discussões nas reuniões do conselho (SHIMIZU; MOURA, 2015).

| VARIÁVEIS | Nº | (%) |
|---------------------|-----------|-------------|
| SEXO | | |
| Masculino | 9 | 47,4% |
| Feminino | 10 | 52,6% |
| TOTAL | 19 | 100% |
| ESCOLARIDADE | | |
| Não Alfabetizado | 0 | 0 |
| Alfabetizado | 0 | 0 |
| 1º Grau Completo | 4 | 21% |
| 1º Grau Incompleto | 0 | 0 |
| 2º Grau Completo | 2 | 11% |
| Nível Superior | 12 | 63% |
| TOTAL | 19 | 100% |

TABELA 1. Perfil dos Conselheiros de Saúde do Município de Arcoverde quanto ao sexo e escolaridade.

Fonte: Dados Primários, Arcoverde-PE, 2011.

No que concerne a **Tabela 2**, que aborda os segmentos representativos do conselho, observa-se que 09 (47,4%) são usuários, 03 (15,8%) são representantes do governo, 06 (31,6%) trabalhadores de saúde e 01 (5,2) prestadores de serviços. Esses dados nos revelam que o CMS de Arcoverde está em desacordo com a Lei 8.080/90 que regulamenta a seguintes proporções: 50% usuários, 25% trabalhadores em saúde e 25% prestadores de serviços públicos ou privados (BRASIL, 2000).

Fato este, que se deve ao problema estrutural que o conselho está passando no momento da pesquisa. Contudo, ao considerar o percentual de representatividade dos usuários, pode-se constatar que as organizações que representam seus interesses, cada vez mais, têm renovado esforços para aumentar sua influência nos Conselhos de Saúde (PAIVA; STRALEN; COSTA, 2014).

| VARIÁVEIS | Nº | (%) |
|------------------------------|-----------|-------------|
| PROFISSÃO | | |
| Aposentado | 1 | 5,26% |
| Funcionário Público | 4 | 21,1% |
| Agente Comunitário Social | 1 | 5,26% |
| Agente Comunitário Saúde | 1 | 5,26% |
| Veterinário | 1 | 5,26% |
| Médico | 1 | 5,26% |
| Empregada Doméstica | 1 | 5,26% |
| Professor de Educação Física | 1 | 5,26% |
| Coordenadora | 1 | 5,26% |
| Administrador Hospitalar | 1 | 5,26% |
| Gestora de Pessoas | 1 | 5,26% |
| Assistente social | 1 | 5,26% |
| Desempregada | 1 | 5,26% |
| Bióloga | 1 | 5,26% |
| Funcionário Público | 1 | 5,26% |
| Auxiliar Administrativo | 1 | 5,26% |
| TOTAL | 19 | 100% |
| SEGMENTO | | |
| Usuário | 9 | 47,4% |
| Governo | 3 | 15,8% |
| Trabalhadores da saúde | 6 | 31,6% |
| Prestador de Serviço | 1 | 5,2% |
| TOTAL | 19 | 100% |

TABELA 2. Perfil dos conselheiros de Saúde do Município de Arcoverde quanto a Profissão e o segmento

Fonte: Dados Primários, Arcoverde-PE, 2011.

Na **Tabela 3** podemos observar que 18 (95%) dos conselheiros de saúde, participam de programas de capacitação e educação continuada, resultado este, que apesar da pouca oferta de cursos preparatórios por parte dos órgãos envolvidos, revela que existe um interesse dos conselheiros em enriquecer seus conhecimentos para melhor exercer suas funções.

Quanto à periodicidade da frequência destes cursos, constatou-se que 07 (36,8%) dos conselheiros participam semestralmente das capacitações, quando oferecidas. Porém, verificou-se que 10 (52,6%) dos entrevistados relataram que nem sempre esses cursos acontecem a cada seis meses. Esta frequência em capacitações, muitas vezes, depende da disponibilidade dos sujeitos, da promoção de cursos e disponibilidade de recursos financeiros para deslocamento, quando estes são oferecidos pelo MS, ocorrendo, em sua maioria fora da cidade onde habitam.

Verificou-se, também, que 09 (47,4%) dos conselheiros relataram ter participado de cursos oferecidos pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS). O que deixa claro que a maior parte da oferta de cursos informativos parte da SMS. Desta forma, admite-se que o município tem tentado fazer sua parte, para melhorar êxito no exercício das ações dos conselheiros. Neste sentido, é de responsabilidade dos órgãos envolvidos, assim como do próprio CMS a promoção de capacitações e acessos à informação para o exercício do controle social (BRASIL, 2006b).

Outros estudos comprovam que a participação dos sujeitos envolvidos na vida social, tem valor proporcional ao volume e qualidade das instruções que adquirem a partir do acesso disponível às fontes de informações, e de condições que favorecem um bom aproveitamento das mesmas, dessa forma, caracterizando-os como construtores do saber (CHAUÍ, 1993).

Isso nos revela o grau de importância que os cursos informativos apresentam para a construção de uma extensão política e estratégica para segmentos decisórios, tornando-se imprescindível a existência de mecanismos demográficos e participativos. Portanto, a informação precisa ser de forma democrática e, sobretudo, construtiva para que dessa forma haja verdadeiramente a construção do saber (KLEBA; COMERLATTO; FROZZA, 2015).

| VARIÁVEIS | Nº | (%) |
|-------------------------------|------------|-------------|
| PARTICIPAÇÃO EM CURSOS | | |
| Sim | 18 | 95% |
| Não | 1 | 5% |
| TOTAL | 19% | 100% |
| PERIODICIDADE | | |
| Semestral | 7 | 36,8% |
| Mensal | 1 | 5,2% |
| Quinzenal | 0 | 0 |
| Nunca participou | 1 | 5,2% |
| Outros | 10 | 52,6% |
| TOTAL | 19 | 100% |
| INSTITUIÇÃO | | |
| Secretaria Municipal de Saúde | 9 | 47,4% |
| Ministério da Saúde | 8 | 42,1% |
| Governo do Estado | 6 | 31,6% |
| Outros | 2 | 10,5% |
| TOTAL | 19 | 100% |

TABELA 3. Participação em cursos de educação continuada, periodicidade dos cursos e instituição que os ofereceu.

Fonte: Dados Primários, Arcoverde-PE, 2011.

Participar na formulação das políticas públicas de saúde, acompanhar, delinear implantações das ações escolhidas, fiscalizar, controlar gastos, etc., é papel do conselheiro de saúde, conforme descreve o *Guia do Conselheiro* (BRASIL, 2002b).

Baseado neste ponto de vista nota-se na **Tabela 4** que os 19 (100%) conselheiros relataram ter tido informação sobre a função que desempenha. E dentre as diversas formas de capacitação que foram relatadas, os cursos foram citados 14 (76,3%) vezes, assim como os seminários obtiveram o mesmo número de citação. Quanto às outras formas de capacitação, as participações em reuniões, entraram como segunda colocação, sendo citadas 12 (63,1%) vezes, seguidas das oficinas, leituras e encontros.

Nessas capacitações estão inseridos, como principais temas abordados: implantação do SUS, gestão participativa e problemas de saúde no município, sendo citados 16 (84%) vezes e controle social sendo citado 14 (76,3%) vezes.

A aquisição destas informações torna-se importante para a comunidade, uma vez que, informados sobre suas funções e sobre os regimentos legislativos, além dos problemas que acontecem no município, torna-se possível o exercício e prática do conselho mais eficaz, sobretudo, nas suas atribuições, conforme preconiza a legislação (DURÁN; GERSCHMAN, 2014).

Destarte, supõe-se que a existência de um conselho atuante nem sempre justifica sua legitimação, para isso é preciso que se conheça o papel e a finalidade do conselho, onde a prática legal de participação e controle social não seja menor que a falta de preparo advindo do silêncio (OLIVEIRA; PEREIRA, 2014).

Baseado nesta concepção verificou-se na **Tabela 4** que 18 (95%) dos integrantes do CMS de Arcoverde considera sua atuação efetiva. Além disso, os dados obtidos demonstraram uma ambivalência, pois apesar da deficiência na oferta de capacitações, os conselheiros consideram-se atuantes frente as suas atribuições e funções no conselho de saúde. Sendo assim, o exercício dos conselheiros é de importância pública, uma vez que representam a sociedade em suas diversas entidades (BRASIL, 2006b).

E, isso se justifica, pelo fato dos conselheiros intercederem nos interesses da sociedade civil representando-os, porém, para que isso ocorra de forma hábil e construtiva é preciso que haja a preocupação dos autores envolvidos no processo da construção do conhecimento, afim de melhor exercer as funções e atribuições que o conselho representa para a sociedade (DURÁN; GERSCHMAN, 2014).

Dessa forma, afirma-se que somente a implantação de mecanismos de participação não é suficiente para que haja participação efetiva. É necessário um envolvimento social mais influente e efetivo nas políticas públicas, e este envolvimento tem início a partir da oferta e procura das informações, assim como processos de capacitação para os envolvidos, a fim de melhorar a execução de suas funções e ações. Sobretudo, por ser, a partir deste processo que são abertas novas possibilidades para uma ascensão política participativa e comunitária (FARIAS FILHO; SILVA; MATHIS, 2014).

| VARIÁVEIS | Nº | (%) |
|---|-----------|-------------|
| INFOR. SOBRE FUNÇÃO DOS CONSELHEIROS | | |
| Sim | 19 | 100% |
| Não | 0 | 0 |
| TOTAL | 19 | 100% |
| ATIVIDADES | | |
| Cursos | 14 | 73,6% |
| Leituras | 8 | 42,1% |
| Oficinas | 11 | 57,8% |
| Encontros | 7 | 36,8% |
| Seminários | 14 | 73,6% |
| Participação em Reuniões | 12 | 63,1% |
| Outros | 4 | 21% |
| TEMAS ABORDADOS | | |
| Implantação do SUS | 16 | 84,2% |
| Gestão Participativa | 16 | 84,2% |
| Controle Social | 14 | 73,6% |
| Problemas de Saúde no Município | 16 | 84,2% |
| Cidadania | 10 | 52,6% |
| Outros | 4 | 21% |
| ATUAÇÃO NO CONSELHO | | |
| Atuante | 18 | 95% |
| Não Atuante | 0 | 0 |
| Pouco Participativa | 1 | 5% |
| TOTAL | 19 | 100% |

TABELA 4. Informações sobre a função dos conselheiros; Atividades realizadas; Temas abordados em cursos de Capacitação e Atuação no Conselho de Saúde do Município de Arcoverde-PE.

Fonte: Dados Primários, Arcoverde- PE, 2011.

4 | CONCLUSÃO

A partir do presente estudo, observou-se que apesar do conselho está passando por um processo de reformulação na composição dos membros, o mesmo encontra-se desproporcional em relação à distribuição paritária dos autores que compõe o CMS. Revela também, que os sujeitos envolvidos no processo estão aptos e mantém um nível de informação adequado para realizar suas funções, mostraram ter capacidade e interesse em buscar informações para melhor exercer suas funções.

Frente a essa realidade o CMS junto com o órgão local (SMS) têm se esforçado para manter uma cultura intelectual; a base da construção de uma eficaz atuação na tomada de decisões. Logo, é a partir dessa cultura educacional, que o avanço político na sociedade civil se faz presente para a edificação de uma sociedade melhor assistida. Vale salientar a importância da realização de outros estudos, a fim de verificar o incentivo a outros conselheiros de saúde, à procura de cursos de capacitações e informações necessárias para melhor exercício de suas funções. Visto que a efetiva mobilização dos conselhos de saúde torna-se possível a partir do conhecimento teórico-científico, com o propósito de concretizá-los, efetivando sua responsabilidade com os direitos civis, diante de suas ações e atribuições.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. **Constituição Federal**. Brasília, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm> Acesso em: 16 Ago. 2019.
- _____. **Guia do Conselheiro: Curso de Capacitação de Conselheiros Estaduais e Municipais de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/revistas/guia_conselheiro.pdf>. Acesso em: 21 Ago. 2019.
- _____. Ministério da Saúde. **A construção do SUS: histórias da reforma sanitária e do Processo Participativo**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2006a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/construcao_do_SUS.pdf> Acesso em: 15 Ago. 2019.
- _____. Ministério da Saúde. **Caminhos do Direto à saúde no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Caminhos_do_Direitos_em_Saude_no_Brasil.pdf>. Acesso em: 10 Ago. 2019.
- _____. Ministério da Saúde. **Gestão Municipal de Saúde: textos básicos**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/gestao_municipal_de_saude.pdf> Acesso em: 12 Ago. 2019.
- _____. Ministério da Saúde. **O Sistema Público de Saúde Brasileiro. Seminário Internacional Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas**. São Paulo, Brasil. 2002a. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_saude.pdf>. Acesso em: 21 Ago. 2019.
- _____. Ministério da Saúde. **Sistema de informação sobre dados demográficos e socioeconômicos**, 2015. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=153>. Acesso em: 26 Ago. 2019.
- _____. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde: SUS Princípios e Conquistas**. Brasília: Ministério da Saúde, p. 09, 2000.
- _____. Ministério da Saúde. **Plenárias Nacionais de Conselhos de Saúde: Resgate Histórico do Controle Social no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.
- CHAUÍ, M. S. **Cultura e democracia: o discurso competente e outras falas**. 6ª Ed. São Paulo: Cortez; 1993.
- DURAN, Paulo Renato Flores; GERSCHMAN, Silvia. Desafios da participação social nos conselhos de saúde. **Saude soc.**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 884-896, Set. 2014. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/pdf/sausoc/2014.v23n3/884-896/pt>>. Acesso em: 28 Ago. 2019.
- FARIAS FILHO, Milton Cordeiro; SILVA, Andréia Neves da; MATHIS, Armin. Os limites da ação coletiva nos Conselhos Municipais de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1911-1919, Jun. 2014. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/pdf/csc/2014.v19n6/1911-1919/pt>>. Acesso em: 28 Ago. 2019.
- FIGUEIREDO, N. M. A.; TONINI, T. **SUS E PSF para enfermagem: práticas para o cuidado em saúde coletiva**. São Paulo. Yendis Editora, 2007.
- KLEBA, Maria Elisabeth; COMERLATTO, Dunia; FROZZA, Kenia Munaretti. Instrumentos e mecanismos de gestão: contribuições ao processo decisório em conselhos de políticas públicas. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 49, n. 4, p. 1059-1079, Jun. 2015. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/51621>>. Acesso em: 29 Ago. 2019.

LARA, Lutiane de; GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima; BERNARDES, Anita Guazzelli. Reforma Sanitária e a privatização da saúde em um contexto biopolítico de garantia de direitos. **Psicol. Soc.**, Belo Horizonte, v. 28, n. 2, p. 360-368, Ago. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v28n2/1807-0310-psoc-28-02-00360.pdf>>. Acesso em: 24 Ago. 2019.

LUCHMANN, Lígia Helena Hahn; ALMEIDA, Carla; GIMENES, Éder Rodrigo. Gênero e Representação Política nos Conselhos Gestores no Brasil. **Dados**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 3, p. 789-822, Set. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/dados/v59n3/0011-5258-dados-59-3-0789.pdf>>. Acesso em: 27 Ago. 2019.

MAGALHÃES GOMES, Eduardo Granha. Conselhos gestores de políticas públicas: aspectos teóricos sobre o potencial de controle social democrático e eficiente. **Cadernos EBAPE.BR**, v. 13, nº. 4, p. 894-909, Out-Dez. 2015. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=323242132013>>. Acesso em: 27 Ago. 2019.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. **Hist. cienc. saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 77-92, Mar. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00077.pdf>>. Acesso em: 24 Ago. 2019.

MULLER NETO, Julio Strubing; ARTMANN, Elizabeth. Discursos sobre o papel e a representatividade de conferências municipais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 68-78, Jan. 2014. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/pdf/csp/2014.v30n1/68-78/pt>>. Acesso em: 27 Ago. 2019.

OLIVEIRA, Virgílio César da Silva e; PEREIRA, José Roberto. Sociedade, Estado e Administração Pública: Análise da Configuração Institucional dos Conselhos Gestores do Município de Lavras (MG). **Cadernos Gestão Pública e Cidadania**, [S.l.], v. 19, n. 64, jan. 2014. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/cgpc/article/view/7969/25689>>. Acesso em: 30 Ago. 2019.

PAIVA, Fernando Santana de; STRALEN, Cornelis Johannes Van; COSTA, Pedro Henrique Antunes da. Participação social e saúde no Brasil: revisão sistemática sobre o tema. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 487-498, Fev. 2014. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/pdf/csc/2014.v19n2/487-498/pt>>. Acesso em: 28 Ago. 2019.

PAULINO, I.; PERASOL, L.; PAULINO, L. V. **Estratégia de Saúde da Família**. São Paulo: ÍCONE, 2009.

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA, F. N. **Epidemiologia e Saúde**. 6ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

SHIMIZU, Helena Eri; MOURA, Luciana Melo de. As representações sociais do controle social em saúde: os avanços e entraves da participação social institucionalizada. **Saude soc.**, São Paulo, v. 24, n. 4, p. 1180-1192, Dez. 2015. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/pdf/sausoc/2015.v24n4/1180-1192/pt>>. Acesso em: 26 Ago. 2019.

SOUTO, Lúcia Regina Florentino; OLIVEIRA, Maria Helena Barros de. Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 108, p. 204-218, Mar. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v40n108/0103-1104-sdeb-40-108-00204.pdf>>. Acesso em 23 Ago. 2019.

CUIDADOS À POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA

Data de aceite: 25/11/2019

Fabiana Ferreira Koopmans

Universidade do Estado do Rio de Janeiro,
Faculdade de Enfermagem,
Rio de Janeiro – RJ

Donizete Vago Daher

Universidade Federal Fluminense, Escola de
Enfermagem, Rio de Janeiro - RJ

Magda Guimarães de Araujo Faria

Universidade do Estado do Rio de Janeiro,
Faculdade de Enfermagem,
Rio de Janeiro – RJ

Hermes Candido de Paula

Gestão Atenção Básica, Secretaria Municipal de
Saúde do Rio de Janeiro - RJ

Andressa Ambrosino Pinto

Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola
de Enfermagem, Campus Macaé - RJ

RESUMO: Este trabalho possui como objetivo identificar elementos essenciais nas práticas de cuidado à População em Situação de Rua, no contexto da Atenção Primária à Saúde. Utilizou-se com o método a revisão integrativa de literatura, com uso dos descritores em saúde, palavras-chave e “*MeSH terms*” nas bases de dados: LILACS, *PubMed Central* e *Web of Science*. Foram selecionados 22 artigos científicos que foram agrupados em

três categorias: *Compreensão do Outro*, *Rede de Apoio* e *Cuidado Emancipador*. O estudo identificou elementos importantes para o desenvolvimento do cuidado, como a compreensão da pessoa que vive na rua, a valorização do cuidado em rede e do *Cuidado Emancipador*. Verificou-se a necessidade de novos estudos e pesquisas sobre a temática, que possibilitem a construção de políticas e ações de saúde mais equitativas e inclusivas a esta população que necessita de elementos muito singulares nas práticas de cuidado.

PALAVRAS-CHAVE: Pessoas em Situação de Rua; Atenção Primária à Saúde; Vulnerabilidade em Saúde; Saúde Pública; Revisão.

CARE FOR HOMELESS: INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW

ABSTRACT: This paper aims to identify essential elements in the care practices of homeless people in the context of Primary Health Care. The method used was the integrative literature review, using the descriptors in health, keywords and “*MeSH terms*” in the databases: LILACS, *PubMed Central* and *Web of Science*. We selected 22 scientific articles that were grouped into three categories: Understanding the Other, Support Network and Emancipatory

Care. The study identified important elements for the development of care, such as the understanding of the person who lives on the street, the appreciation of networked care and Emancipatory Care. There was a need for further studies and research on the subject, enabling the construction of more equitable and inclusive health policies and actions for this population that needs very unique elements in care practices.

KEYWORDS: Homeless Persons; Primary Health Care; Health Vulnerability; Public Health; Review.

1 | INTRODUÇÃO

População em Situação de Rua (PSR) é entendida como um grupo populacional heterogêneo com características relacionadas à pobreza extrema, vínculos familiares interrompidos ou fragilizados, sem moradia convencional regular, utilizando logradouros públicos e/ou áreas degradadas, de forma temporária ou permanente, como moradia e sustento, podendo ou não fazer uso de unidades de acolhimento para pernoite ou moradia provisória (BRASIL, 2009).

A problemática de viver na rua perpassa pela aglomeração de pessoas, a proliferação de doenças, a violência, o estresse e a hostilidade. O adoecer nas ruas tem características próprias no processo saúde-doença, como o espaçamento das refeições, as alterações climáticas e outros fatores que predispõem este grupo a compartilharem necessidades de saúde específicas⁽⁴⁾.

No Brasil, foram criados mecanismos políticos para implementação de políticas e ações de saúde para a PSR, como a Política Nacional para a População em Situação de Rua (BRASIL, 2009) e o Manual sobre Cuidado à Saúde junto a População em Situação de Rua (BRASIL, 2012), ambos buscando a ampliação do acesso e a qualidade de atenção à saúde, com políticas públicas específicas e mecanismos de cuidado, como os Consultórios na Rua (CnaR).

Entretanto, a própria implementação da política de PSR enfrenta obstáculos de várias dimensões, como a própria dinâmica de vida desta população, as relações sociais fragmentadas e não solidárias, assim como as frágeis articulações intersetoriais e a falta de capacidade da gestão pública, exigindo do Estado esforços para superação desta realidade Barata *et al.* (2015).

Estudos trazem que os serviços e profissionais de saúde têm pouca experiência e conhecimento em “acolher” pessoas em situação de rua e atender às suas necessidades, gerando precariedade do acolhimento. Podendo ocorrer devido a características estigmatizantes desta população, como odor e uso de drogas e álcool, dificuldade de acesso para agendamento de consultas e inflexibilização de horários, dificuldades na *Rede de Apoio* para internação, aumentando assim sua invisibilidade (HALLAIS e BARROS, 2015).

Levando em consideração a problemática de viver na rua, o aumento desta população nas cidades e a criação recente de políticas públicas com serviços específicos, as autoras trazem para a discussão as práticas de cuidado à População em Situação de Rua, ofertadas na Atenção Primária à Saúde (APS).

Assim sendo, o objetivo desta investigação foi identificar elementos essenciais nas práticas de cuidado à População em Situação de Rua, no contexto da Atenção Primária à Saúde, e verificar evidências e força de recomendação para tomada de decisão em saúde.

2 | PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS:

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, com utilização do método de Revisão Integrativa de Literatura (RIL), a fim de possibilitar uma síntese dos estudos e gerar um conhecimento a respeito da temática.

O estudo seguiu as 6 etapas propostas para revisão integrativa (MENDES *et al.*, 2008), com elaboração da questão da pesquisa, a busca dos estudos primários, extração dos dados, análise dos estudos incluídos com interpretação dos resultados e apresentação da revisão.

Na 1ª etapa, ocorreu a escolha do tema (práticas de cuidado à população de rua na Atenção Primária à Saúde); a delimitação das perguntas: “Quais as evidências científicas acerca do cuidado à População em Situação de Rua na perspectiva da Atenção Primária à Saúde?” e “Quais elementos essenciais estão presentes nas práticas de cuidado à População em Situação de Rua?”; e a escolha das palavras-chaves e dos termos em português através dos Descritores em Saúde (DeCs) e os termos em inglês através do *Medical Subject Heading* (MeSH). Na 2ª etapa, foram estabelecidos os locais que ocorreram a busca e os critérios de inclusão e exclusão dos estudos. Na 3ª etapa, ocorreu a categorização a partir dos elementos relacionados às práticas de cuidados que emergiram dos estudos, a partir da leitura criteriosa do *corpus* dos artigos, estabelecendo pontos de convergências e divergências. A 4ª e 5ª etapas foram realizadas concomitantemente, onde ocorreram a análise e a interpretação dos resultados. A 6ª etapa, que ocorreu a apresentação da revisão e síntese do conhecimento, foi cumprida durante toda a discussão das categorias, ao longo do corpo textual.

O levantamento bibliográfico foi realizado por meio de consulta nas bases de dados: LILACS, *PubMed Central* (da Biblioteca Nacional de Medicina dos EUA – NLM) e *Web of Science*. Para chegar nas publicações sobre esta temática, buscou-se selecionar estudos utilizando as palavras-chaves: “População em Situação de Rua”, “atenção primária à saúde”, “cuidado” e “consultório na rua”. Os descritores

em saúde (DeCs) foram: “pessoas em situação de rua” e “atenção primária à saúde”. Os *MesHs* foram: “*homeless person*” e “*primary health care*”. Utilizou-se o cruzamento dos termos de busca, com as palavras-chave e os descritores na LILACS e nas outras bases de dados, associaram os *MeSh terms*, todos com o uso do operador booleano *AND*.

A busca dos estudos compreendeu o período de 2003 a julho de 2016. Optou-se em utilizar somente artigos científicos, objetivando-se como critério de exclusão, publicações que no formato como teses, dissertações e outros materiais que obtivesse nas bases. A escolha por artigos publicados a partir de 2003 deu-se devido ser o ano de início da ocorrência de produção científica sobre esta temática no Brasil.

A seleção dos artigos foi realizada em dois momentos com critérios de inclusão e exclusão, ambos fazendo parte das etapas da RIL. Primeiro, foram incluídos estudos publicados de 2003 a julho de 2016, que estivessem disponíveis online (“*free*”) e em versão completa, nos idiomas português, espanhol e inglês; e que abordassem práticas de cuidados (selecionados a partir da leitura dos resumos dos estudos). Os critérios de exclusão foram: Práticas de cuidado ligadas somente na abordagem da Saúde Mental e/ ou Atenção Hospitalar, estudos que não tivessem em conformidade com o objetivo do estudo, além dos repetidos em mais de uma base de dados.

Depois da primeira exclusão, foram recuperados os artigos na íntegra e após a leitura do material, foram excluídos os que não respondiam aos questionamentos do estudo. O *corpus* de análise ficou caracterizado em **22 artigos científicos** que discorrem sobre práticas de cuidado referentes à População em Situação de Rua: Doze (12) provenientes da LILACS, oito (08) do *PubMed Central* e dois (02) da *Web of Science*. O Fluxograma (Figura 1) apresenta o processo de seleção dos estudos.

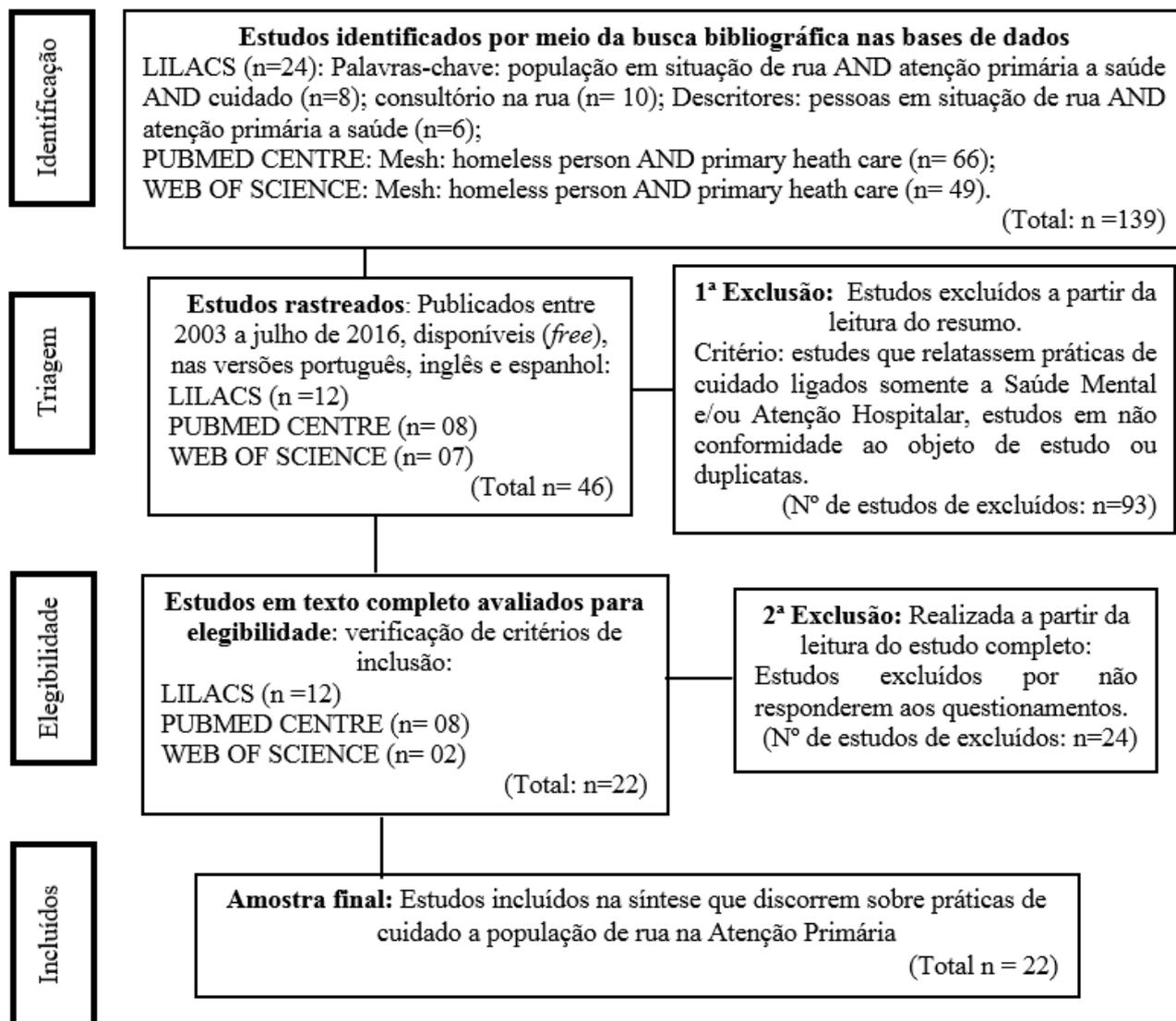


Figura 1 - Fluxograma de seleção de artigos sobre cuidados em saúde com População em Situação de Rua, Rio de Janeiro, Brasil, 2016

Os apontamentos dos elementos essenciais das práticas de cuidado à População em Situação de Rua na Atenção Primária à Saúde foram apresentados por meio do agrupamento dos artigos em três categorias temáticas: *Compreensão do Outro*, *Rede de Apoio* e *Cuidado Emancipador*. Estas categorias foram produzidas a partir da síntese de cada estudo incluído na revisão integrativa e comparando os achados em diferenças e semelhanças.

3 | APRESENTAÇÃO DOS DADOS:

3.1 Síntese dos Estudos Selecionados

Entre as produções encontradas, foram selecionados 22 artigos que passaram pelo crivo dos critérios de inclusão e exclusão, baseados na temática “cuidado à População em Situação de Rua”. Estes artigos foram apresentados no Quadro 1,

contendo as características de publicação (ano, periódico, autores, título, cidade e país) e delineamento do estudo.

| Nº | Ano de Publicação e Periódico | Autores | Título | Delineamento | Cidade e País |
|----|---|--|--|---|---|
| E1 | 2016 Ciência & Saúde Coletiva | Engstrom EM, Teixeira MB | Equipe “Consultório na Rua” de Manguinhos, Rio de Janeiro, Brasil: práticas de cuidado e promoção de saúde em um território vulnerável | Pesquisa qualitativa, com sistematização de uma experiência | Rio de Janeiro (Brasil) |
| E2 | 2016 Escola Anna Nery | Kami MTM, Larocca LM, Chaves MMN, Lowen IMV, Souza VMP, Goto DYN | Trabalho no consultório na rua: uso do software IRAMUTEQ no apoio à pesquisa qualitativa | Pesquisa qualitativa, uso de entrevistas, uso de <i>software IRAMUTEQ</i> | Curitiba (Brasil) |
| E3 | 2016 <i>Patient Preference and Adherence</i> | Steward J, Holt CL, Pollio ED, Austin EL, Johnson N, Gordon AJ, Kertesz SG | <i>Priorities in the primary care of persons experiencing homelessness: convergence and divergence in the views of patients and provider experts</i> | Pesquisa qualitativa, com uso de entrevistas | Marrow, Maryland, Pittsburgh, Alabama (EUA) |
| E4 | 2015 <i>BMC Family Practice</i> | Campbell DJT, O’Neill BGO, Gibson K, Thurston WE | <i>Primary healthcare needs and barriers to care among Calgary’s homeless populations</i> | Pesquisa qualitativa, com uso de entrevistas e Grupo Focal | Calgary (Canadá) |
| E5 | 2015 Cadernos de Saúde Pública | Hallais JAS, Barros NF | Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade | Pesquisa qualitativa, com uso de observação participante | Campinas (Brasil) |
| E6 | 2015 Saúde Debate | Silva CC, Cruz MM, Vargas EP | Práticas de cuidado e população em situação de rua: o caso do Consultório na Rua | Pesquisa qualitativa, Estudo de Caso | Rio de Janeiro (Brasil) |
| E7 | 2014 <i>MedCare</i> | Kertesz SG, Pollio DE, Jones RN, Steward J, Stringfellow EJ, Gordon AJ, Johnson NK, Kim TA, Granstaff U, Austin EL, Toung AS, Golden J, Davis LL, Roth DL, Holt CL | <i>Development of the primary care quality-homeless (PCQ-H) instrument: A practical survey of patients’ experiences in primary care</i> | Pesquisa quanti-qualitativa, uso de entrevistas | Alabama (EUA) |
| E8 | 2014 <i>Lancet</i> | Hwang SW, Burns T | <i>Health interventions for people who are homeless</i> | Revisão sistemática | Toronto (Canadá) |
| E9 | 2014 Rev Interface: Com Saúde e Educação | Londero MFP, Ceccim RB, Bilibio LF | Consultório de/na rua: desafio para um cuidado em verso na saúde | Relato de experiência a partir de diários de campo | Porto Alegre (Brasil) |

| | | | | | |
|-----|--|---|--|--|---|
| E10 | 2014 Rev Interface: Com Saúde e Educação | Macerata I, Soares JGN, Ramos JFC | Apoio como cuidado de territórios existenciais: Atenção Básica e rua | Relato de experiência | Niterói (Brasil) |
| E11 | 2014 Fractal Revista de Psicologia | Pacheco MEAG | Políticas Públicas e capital social: O projeto consultório de rua | Artigo de Discussão/ Reflexão | Fortaleza (Brasil) |
| E12 | 2013 <i>BMC Health Services Research</i> | Campbell JTD, Gibson K, O'Neill BG, Thurston W | <i>The role of a student- run clinic in providing primary care for Calgary's homeless populations: a qualitative study</i> | Pesquisa qualitativa, uso de entrevistas e análise de categorias | Calgary (Canadá) |
| E13 | 2013 <i>American Journal of Public Health</i> | Kertesz SG, Holt CL, Steward JL, Jones RN, Roth DL, Stringfellow E, Gordon AJ, Kim TW, Austin EL, Henry SR, Johnson NK, Granstaff US, O'Connell JJ, Golden JF, Young AS, Davis LL, Pollio DE | <i>Comparing homeless persons' care experiences in tailored versus nontailored primary care programs</i> | Inquérito comparativo | Pensilvânia, Alabama, Califórnia, Massachusetts (EUA) |
| E14 | 2013 Rev Polis e Psique | Macerata IM | Experiência POP RUA: Implementação do "Saúde em Movimento nas Ruas" no Rio de Janeiro, um Dispositivo Clínico/Político na Rede de Saúde do Rio de Janeiro | Relato de experiência | Niterói (Brasil) |
| E15 | 2013 <i>Journal of the American Board Fam Med (JABFM)</i> | Weinstein LC, LaNoue MD, Plumb JD, King H, Stein B, Tsemberis S | <i>A primary care-public health partnership addressing homelessness, serious mental illness, and health disparities</i> | Relato de experiência | Filadélfia (EUA) |
| E16 | 2012 <i>Journal of the American Board Fam Med (JABFM)</i> | Price-Stevens L, Goode JVR | <i>Shared Care Model in a federally qualified health care center for the homeless</i> | Relato de experiência | Virgínia (EUA) |
| E17 | 2010 Revista Saúde e Sociedade | Junior NC, Jesus CH, Crevelim MA | A Estratégia Saúde da Família para a equidade de acesso dirigida à população em situação de rua em grandes centros urbanos | Relato da experiência | São Paulo (Brasil) |

| | | | | | |
|-----|--|---|--|-------------------------------|----------------------|
| E18 | 2010 <i>American Journal of Public Health</i> | O' Connell JJ, Oppenheimer SC, Judge CM, Taube RL, Blanchfield BB, Swain SE, Koh HK | <i>The Boston Health Care for the homeless program: A public health framework</i> | Estudo de revisão documental | Boston, (EUA) |
| E19 | 2007 Revista da Escola de Enfermagem da USP | Canônico RP, Tanaka ACDA, Mazza MMPR, Souza MF, Bernat MC, Junqueira LX | Atendimento à população de rua em um Centro de Saúde Escola na cidade de São Paulo | Relato de experiência | São Paulo (Brasil) |
| E20 | 2006 Revista Saúde e Sociedade | Junior NC, Andrade MC, Luppi CG, Silveira C | Organização de Práticas de Saúde equânimes em Atenção Primária em região metropolitana no contexto dos processos de inclusão e exclusão social | Relato de experiência | São Paulo (Brasil) |
| E21 | 2003 Cadernos de Saúde Pública | Junior NC, Silveira C | Organização das práticas de atenção primária em saúde no contexto dos processos de exclusão/ inclusão social | Relato de experiência | São Paulo (Brasil) |
| E22 | 2003 <i>British Journal of General Practice</i> | Riley AJ, Harding G, Underwood MR, Carter YH | <i>Homelessness: a problem for primary care?</i> | Artigo de Discussão/ Reflexão | Londres (Inglaterra) |

Quadro 1: Características dos estudos selecionados, relativos ao ano, autoria, título, periódico, local do estudo e delineamento, Rio de Janeiro, Brasil, 2003 a 2016

A partir da leitura do corpus dos artigos e análise de seus resultados e discussões, ficou evidenciado que a construção do vínculo como instrumento de cuidado junto a PSR ser bastante importante. Para favorecer a determinação de elementos essenciais relacionados à prática do cuidado à População em Situação de Rua, buscou-se agrupar as discussões semelhantes pelas categorias temáticas: *Compreensão do Outro*, *Rede de Apoio* e *Cuidado Emancipador*, que passamos a analisar.

Categoria 1: Compreensão do Outro

Nove estudos foram agrupados na categoria *Compreensão do Outro*: E4, E6, E8, E11, E13, E14, E16, E19 e E21.

Nesta categoria, os estudos apontaram elementos essenciais para o cuidado à População em Situação de Rua. O cuidado perpassa pela construção de vínculo, através de uma escuta qualificada pelo acolhimento (SILVA *et al.*, 2015; MACERATA, 2013), com rompimento do cuidado prescritivo (SILVA *et al.*, 2015) e pontual, servindo de instrumento de resgate do valor da vida e da saúde, da cidadania, da dignidade e do afetivo-intelectual do indivíduo (JUNIOR e SILVEIRA,

2003) e partindo da necessidade de cada indivíduo (KERTISZ *et al.*, 2013; PRICE STEVES e GOODE, 2012; CAMPBELL *et al.*, 2015) Práticas de cuidado pautadas na análise dos diferentes *habitus* destes indivíduos (PACHECO, 2014) favorecem o relacionamento interpessoal entre a População em Situação de Rua e os profissionais de saúde (HWANG *et al.*, 2014).

Categoria 2: Rede de Apoio

Na categoria *Rede de Apoio*, foram agrupados sete artigos: E1, E2, E10, E15, E17, E20 e E22.

Os estudos agrupados na categoria *Rede de Apoio* trazem a articulação como elemento essencial para promover o cuidado com População em Situação de Rua. A articulação da rede de saúde e intersetorial como norte referencial para a promoção do cuidado: articulação com todos os serviços de saúde e outros setores (ENGSTRON e TEIXEIRA, 2016; MACERATA *et al.*, 2014, JUNIOR *et al.*, 2010; WEINSTEIN, 2013; JUNIOR e SILVEIRA, 2003; RILEY *et al.*, 2003), como abrigos (“Housing First”) e até a articulação com outras secretarias (JUNIOR *et al.*, 2010). A articulação apresenta-se perpassando o processo de trabalho, podendo ocorrer a criação de um catálogo de serviços: por meio de levantamentos de dispositivos e estabelecimento de conexões entre os serviços, respeitando os processos de referência e articulação entre projetos terapêuticos (ENGSTRON e TEIXEIRA, 2016). Este método de apoio funcionaria como um norte metodológico para ações conjuntas nos territórios, como uma metodologia de aproximação, habitação, composição e cuidado (MACERATA *et al.*, 2014).

A articulação vem também da aproximação e da contaminação do território, trabalhando na perspectiva do cuidado ampliado de saúde, que contrapõe as práticas de recolhimento obrigatório dos usuários das ruas em abrigos ou internação compulsória, sendo ainda uma prática presente em alguns serviços de assistência social (ENGSTRON e TEIXEIRA, 2016). A articulação como proposta de trabalho é apresentada também como uma parceria entre serviços públicos de saúde, escolas de saúde e “abrigos”, tornando-se essencial para a evolução dos propósitos de integração aos centros de moradia e outros setores públicos (WEINSTEIN, 2013), assim como a importância do trabalho em equipe para uma atenção articulada de diferentes saberes e práticas.

Categoria 3: Cuidado Emancipador

Na categoria *Cuidado Emancipador*, foram agrupados cinco artigos: E5, E3, E7, E9 e E18.

O termo *Cuidado Emancipador* para esta categoria baseou-se no trabalho de Hallais e Barros (2017) que em seu estudo utilizou este termo. Estes autores trazem

o *Cuidado Emancipador*, remetendo a reconhecimento da diversidade e autonomia dos sujeitos, permitindo sua participação no processo do cuidado, também denominado como um ato político do cuidado. Para possibilitar e potencializar esta forma de cuidado, as relações entre os profissionais e os usuários deveriam ser reconfiguradas, preservando histórias de vida e saberes dos indivíduos, construindo assim, empatias e vínculos.

Apesar de no trabalho de Hallais e Barros (2017) ter a maior ênfase a este termo, os demais estudos (Quadro 4) também discutem elementos de cuidado muito próximos a esta proposta, ou seja, defendem um cuidado que visa a emancipação dos sujeitos. O desafio do *Cuidado Emancipador* estaria no rompimento da “invisibilidade” da População em Situação de Rua, para que sejam dadas condições reais de sua participação na sociedade, refletindo, por exemplo, sobre os vários processos que estão inerentes ao seu movimento de estar na rua (HALLAIS E BARROS, 2017; KERTESZ et al., 2014; O’CONNELL et al., 2010) .

Os artigos apontam que para romper com várias questões que dificultam e limitam o acesso ao cuidado deve-se, antes, utilizar a escuta como instrumento político, reconhecendo e valorizando a autonomia, os saberes e as narrativas dos sujeitos, para favorecer, assim, o *Cuidado Emancipador*.

Deve-se desconstruir o olhar estigmatizante e “colonizador” dos profissionais e serviços de saúde, rompendo, assim, com o “biopoder” (HALLAIS e BARROS, 2017), absorvendo o inesperado, o não programado e o não prescritivo (LONDERO et al., 2014; O’CONNELL et al., 2010, KERTESZ et al., 2014). Todavia, Londero et al. (2014) traz a importância dos momentos de pausa entre as intervenções dos profissionais que cuidam desta população, para a própria reflexão do cuidado, chamando de *Cuidado em Composição*. Nos instantes de desaceleração, a sensibilidade emerge e os profissionais colocam-se ao lado do que está a cuidar, em uma “composição” de cuidados.

Um elemento essencial no próprio cuidado à população de rua perpassando a emancipação estaria no desenvolvimento de novas pesquisas, novos achados e soluções inovadoras para os problemas de saúde específicos, contribuindo para desenvolvimento de políticas participativas para esta área (O’CONNELL et al., 2010, KERTESZ et al., 2014; STWARD et al., 2016).

4 | CONCLUSÃO

A presente revisão integrativa possibilitou analisar a produção científica nacional e internacional sobre as práticas de cuidado à População em Situação de Rua e a geração de evidências científicas sobre experiências de sucesso

destas práticas de cuidado esta específica população. Também identificou alguns elementos importantes que devem nortear estas práticas, não somente para os profissionais de enfermagem, mas para todos os profissionais engajados nestas práticas de cuidado, incluindo gestores e profissionais de outras áreas.

O estudo identificou elementos importantes no cuidado à População em Situação de Rua, como a compreensão do morador de rua, a valorização do cuidado em rede, do *Cuidado Emancipador* e, também, a valorização do profissional que cuida. Compreender quem é este outro que está na rua perpassa em olhar para o outro de forma não prescritiva, “desnudada”, sem preconceito, tentando compreender quais necessidades que este ser detém e de que forma o cuidado poderá ser realizado no formato mais efetivo para as necessidades encontradas. O cuidado em *Rede de Apoio* passa pela valorização dos diversos setores e profissionais e defende o trabalho de forma conjunta no território, com fortalecimento de vínculos intersetoriais.

A emancipação dos sujeitos, tornando-os coparticipantes de seu projeto de cuidado, torna-se necessária para todas as formas de cuidado, concebendo a escuta como instrumento político, valorizando a autonomia, o saber e as narrativas do outro. A rua não se configura, neste sentido, somente como um lugar de saída, mas também de permanência, tornando-se o território do cuidado. As práticas de cuidado devem levar em conta, pois este território vivo, com demandas próprias, singulares, de quem vive na e da rua: Os cheiros, os sons, as narrativas, os afetos, a vida da rua.

Com base no que foi analisado ficou evidenciado que o cuidado com a População em Situação de Rua não tem como seguir uma prescrição ou ações pré-determinadas. O cuidado aqui também é muito singular e se faz no dia a dia, quando o profissional consegue perceber e captar como ocorre o viver na rua e como o indivíduo pertence a esta. Para isto, deve trazer sempre o sujeito que vive na rua para o centro do seu cuidado, ele que determinará as ações de cuidado a partir das necessidades identificadas por ele mesmo, tornando este *Cuidado Emancipador*.

REFERÊNCIAS

Aristides JL, Lima JVC. Processo saúde-doença da população em situação de rua da cidade de Londrina: aspectos do viver e adoecer. Rev Espaço Para Saúde [Internet]. 2009 [cited 2016 Aug 16];10(2):43–52. Available at: <http://www.uel.br/ccs/espacoparasaude/v10n2/Artigo7>.

Barata RB, Carneiro Junior N, Ribeiro MCS de A, Silveira C. Desigualdade social em saúde na população em situação de rua na cidade de São Paulo. Saúde E Soc [Internet]. 2015 [cited 2017 Oct 02];219–32. Available at: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24s1/0104-1290-sausoc-24-s1-00219.pdf>.

Brasil. Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento e dá outras

providências. [Internet]. Decreto nº 7053 de dezembro de 2009[cited 2016 Aug 16];1-5. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual sobre cuidado à saúde junto a população em situação de rua. Ministério da Saúde [Internet]. 2012 [cited 2017 Oct 02];1-100. Available from: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_cuidado_populacao_rua.pdf.

Campbell DJ, Gibson K, O'Neill BG, Thurston WE. The role of a student-run clinic in providing primary care for Calgary's homeless populations: a qualitative study. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2013 [cited 2017 Oct 02]; 13(1):277. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/13/277>.

Campbell DJT, O'Neill BG, Gibson K, Thurston WE. Primary healthcare needs and barriers to care among Calgary's homeless populations. *Bmc Fam Pract* [Internet]. 2015 [cited 2017 Oct 02];16:139. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26463577>.

Canônico RP, Tanaka ACD, Mazza MMP, Souza M de F, Bernat MC, Junqueira LX. Atendimento à população de rua em um Centro de Saúde Escola na cidade de São Paulo. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2007 [cited 2017 Oct 02];41(SPE):799–803. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41nspe/v41nspea09.pdf>.

Carneiro Jr N, Silveira C. Primary health care organization in the context of social exclusion/inclusion processes. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2003 [cited 2017 Oct 02];19(6):1827–1835. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/csp/v19n6/a26v19n6.pdf>.

Engstrom EM, Teixeira MB. Equipe “Consultório na Rua” de Manguinhos, Rio de Janeiro, Brasil: práticas de cuidado e promoção da saúde em um território vulnerável. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2016 [cited 2017 Oct 02];1839–48. Available from: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v21n6/1413-8123-csc-21-06-1839.pdf>.

Hallais JA da S, Barros NF de. Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2015[cited 2017 Oct 02];1497–504. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n7/0102-311X-csp-31-7-1497.pdf>.

Hwang SW, Burns T. Health interventions for people who are homeless. *Lancet* [Internet]. 2014 [cited 2017 Oct 02];384(9953):1541–7. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61133-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61133-8).

Junior NC, Andrade MC, Luppi CG, Silveira C. Organização de práticas de saúde equânimes em atenção primária em região metropolitana no contexto dos processos de inclusão e exclusão social. *Saúde E Soc* [Internet]. 2006 [cited 2017 Oct 02];15(3):30–39. Available from: <http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/7492/0>.

Junior NC, de Jesus CH, Crevelim MA. A Estratégia Saúde da Família para a equidade de acesso dirigida à população em situação de rua em grandes centros urbanos. *Saúde e Soc* [Internet]. 2010 [cited 2017 Oct 02]; 19(3):709–716. Available from: <http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/29683/0>.

Kertesz SG, Holt CL, Steward JL, Jones RN, Roth DL, Stringfellow E, et al. Comparing homeless persons' care experiences in tailored versus nontailored primary care programs. *Am J Public Health* [Internet]. 2013[cited 2017 Oct 02]; 103(S2):S331–S339. Available from: <http://ajph.aphapublications.org/doi/abs/10.2105/AJPH.2013.301481>.

Kertesz SG, Pollio DE, Jones RN, Steward J, Stringfellow EJ, Gordon AJ, et al. Development of the Primary Care Quality-Homeless (PCQ-H) Instrument: A Practical Survey of Homeless Patients' Experiences in Primary Care. *Med Care* [Internet]. 2014 [cited 2017 Oct 02];52(8):734–42. Available from: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00005650-201408000-00010>.

Londero MFP, Ceccim RB, Bilibio LFS. Consultório de/na rua: desafio para um cuidado em verso na saúde. *Interface - Comun Saúde Educ* [Internet]. junho de 2014 [cited 2017 Oct 02];18(49):251–60. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v18n49/1807-5762-icse-1807-576220130738.pdf>.

Macerata I, Soares JGN, Ramos JFC. Apoio como cuidado de territórios existenciais: Atenção Básica e a rua. *Interface Comun Saúde Educ* [Internet]. 2014 [cited 2017 Oct 02];18(supl.1):919–30. Available from: <http://www.scielo.org/pdf/icse/v18s1/1807-5762-icse-18-1-0919.pdf>.

Macerata IM. Experiência POP RUA: Implementação do “Saúde em Movimento nas Ruas” no Rio de Janeiro, um Dispositivo Clínico/Político na Rede de Saúde do Rio de Janeiro. *Rev Polis e Psique* [Internet]. 2013 [cited 2017 Oct 02];3(2):207–219. Available from: <http://www.seer.ufrgs.br/PolisePsique/article/download/46178/28740>.

Mendes KDS, Silveira RC de CP, Galvão CM, et al.. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto-Enferm* [Internet]. 2008 [cited 2017 Oct 02]; 17(4):758–764. Available from: <http://www.producao.usp.br/handle/BDPI/3509>.

O’Connell JJ, Oppenheimer SC, Judge CM, Taube RL, Blanchfield BB, Swain SE, et al. The Boston Health Care for the Homeless Program: a public health framework. *Am J Public Health* [Internet]. 2010 [cited 2017 Oct 02];100(8):1400–1408. Available from: <http://ajph.aphapublications.org/doi/abs/10.2105/AJPH.2009.173609>.

Pacheco MEAG. Políticas públicas e capital social: o Projeto Consultório de Rua. *Fractal Rev Psicol* [Internet]. 2014 [cited 2017 Oct 02];43–58. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/fractal/v26n1/v26n1a05.pdf>.

Price-Stevens L, Goode J-VR. Shared Care Model in a Federally Qualified Health Care Center for the Homeless. *J Am Board Fam Med* [Internet]. 2012[cited 2017 Oct 02]; 25(2):253–4. Available from: <http://www.jabfm.org/cgi/doi/10.3122/jabfm.2012.02.110327>.

Riley AJ, Harding G, Underwood MR, Carter YH. Homelessness: a problem for primary care? *Br J Gen Pr* [Internet]. 2003 [cited 2017 Oct 02];53(491):473–479. Available from: <http://bjgp.org/content/53/491/473.short>.

Silva CC da, Cruz MM da, Vargas EP. Práticas de cuidado e população em situação de rua: o caso do Consultório na Rua. *Saúde Em Debate* [Internet]. 2015 [cited 2017 Oct 02];246–56. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39nspe/0103-1104-sdeb-39-spe-00246.pdf>.

Steward J, Holt CL, Pollio DE, Austin EL, Johnson N, Gordon AJ, et al. Priorities in the primary care of persons experiencing homelessness: convergence and divergence in the views of patients and provider/experts. *Patient Prefer Adherence* [Internet]. 2016 [cited 2017 Oct 02];10:153–8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26929607>.

Weinstein LC, LaNoue MD, Plumb JD, King H, Stein B, Tsemberis S. A Primary Care-Public Health Partnership Addressing Homelessness, Serious Mental Illness, and Health Disparities. *J Am Board Fam Med* [Internet]. 2013 [cited 2017 Oct 02]; 26(3):279–87. Available from: <http://www.jabfm.org/cgi/doi/10.3122/jabfm.2013.03.120239>.

AUTOESTIMA E ESTILO DE VIDA DOS ENFERMEIROS ASSISTENCIAIS DE UM HOSPITAL BAIANO

Data de aceite: 25/11/2019

Viviane Medeiros Avena

Faculdade Israelita Albert Einstein
São Paulo - SP

Andrea Gomes da Costa Mohallem

Faculdade Israelita Albert Einstein
São Paulo - SP

Maria Mercedes Fernandez Samperiz

Faculdade Israelita Albert Einstein
São Paulo - SP

RESUMO: A saúde é o maior patrimônio da vida de uma pessoa e os enfermeiros são profissionais que se dedicam ao ato de cuidar. O autocuidado engloba ações cotidianas, como os hábitos, as virtudes e as circunstâncias pessoais que se relacionam com o estilo de vida. O estilo de vida é um dos fatores preponderantes à qualidade de vida e à saúde. A autoestima é o sentimento e a consideração que uma pessoa tem por si própria. Identificar a autoestima e o estilo de vida dos enfermeiros assistenciais; Correlacionar a autoestima dos enfermeiros assistenciais com seu estilo de vida. Estudo de campo, não experimental, descritivo-exploratório, transversal, com abordagem quantitativa e correlacional, desenvolvido no Hospital São Rafael - Monte Tabor, localizado

na cidade de Salvador, no Estado da Bahia. Os participantes da pesquisa foram 170 enfermeiros assistenciais. O instrumento de coleta de dados foi constituído de três partes: Primeira - Caracterização demográfica e laboral do participante da pesquisa; Segunda - Escala de Autoestima de *Rosenberg* e Terceira - questionário Estilo de Vida Fantástico. A população estudada apresentou autoestima satisfatória (61,8%) e estilo de vida com escore Muito Bom (59,4%), houve correlação da autoestima com o número de dias de descanso mensal e o Estilo de Vida Fantástico. O estilo de vida teve associação positiva com a Escala de Autoestima de *Rosenberg* ($p < 0,001$) e associação negativa com tempo de formado, trabalho no turno da noite e uso de medicação antidepressiva. A autoestima dos enfermeiros assistenciais está correlacionada com seu estilo de vida.

PALAVRAS-CHAVE: Autocuidado. Autoimagem, Estilo de vida, Enfermagem

ABSTRACT: Health is the greatest asset in the life of a person and nurses are professionals who dedicate themselves to the act of caring. Self-care encompasses everyday actions such as habits, virtues, and personal circumstances that are directly related to lifestyle. Lifestyle is one of the preponderant factors that is associated

to the quality of life and health. Self-esteem is the feeling and the concern that an individual has for oneself. To identify the self-esteem of assistant nurses; to identify the lifestyle of assistant nurses; and to correlate their self-esteem with their lifestyle. A non-experimental, descriptive-exploratory, cross-sectional field study with a quantitative and correlational approach developed at the São Rafael - Monte Tabor Hospital, located in the city of Salvador, State of Bahia. 170 assistant nurses took part in the research. Three instruments were used in data collection: A Participant Demographic and Labor Characterization questionnaire, the Rosenberg Self-Esteem Scale, and the Fantastic Lifestyle Checklist. The population studied presented satisfactory self-esteem (61.8%) and very good lifestyle (59.4%), there was a correlation between the self-esteem and the number of monthly rest days, as well as the Fantastic Lifestyle Checklist. The participants' lifestyle were positively associated with the Rosenberg Self-esteem Scale ($p < 0.001$) and negatively associated with the number of years elapsed since graduation, night shift and with the use of antidepressant medication. The assistant Nurses' self-esteem are correlated with their lifestyle.

KEYWORDS: Self-care. Self -image. Lifestyle. Nursing.

INTRODUÇÃO

A saúde é o maior patrimônio da vida de uma pessoa, não sendo, por si só, a ausência de doenças. Engloba uma definição complexa na literatura “como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de patologia ou enfermidade”. É um requisito indispensável para a produção do ser humano e um verdadeiro recurso à sua disposição, sendo importante ao seu desenvolvimento.⁽¹⁾

A enfermagem como profissão tem como essência o ato de cuidar, que se dá pela compreensão da vida humana e pelo estabelecimento de trocas de sentimentos e informações, que se originam da relação do paciente com o cuidador. O cuidado em sua forma holística e integral exige preocupação, conhecimento e dedicação ao próximo e a si mesmo. As maneiras do autocuidado fortalecem as relações em que o ser cuidador sente-se cuidado em uma relação de troca mútua.⁽²⁾

Os enfermeiros são profissionais que se dedicam ao atendimento de seus pacientes em condições vulneráveis ou não. Todavia, sabe-se que o autocuidado é uma forma de avaliar o cuidado ao paciente, mas também é fundamental ao equilíbrio físico, mental e espiritual do profissional com sua saúde. O autocuidado é compreendido como um processo subjetivo, envolvido em várias ações e situações que contribuem para o bem-estar biopsicossocial.⁽³⁾ É definido como “preocupar-se consigo” e realizar ações e atividades variadas, sendo, também, referido como a atenção que fornecemos à saúde, tendo a preocupação com a nutrição, o lazer,

o exercício físico, o sono, o repouso e a espiritualidade, entre outras ações, que proporcionam uma melhoria na qualidade de vida.⁽⁴⁾

O autocuidado, como mecanismo humano, é consequência do resultado de um processo de socialização, no qual as pessoas aprendem por meio de crenças, costumes, valores, hábitos e atitudes exclusivos de uma determinada comunidade, constituindo-se, assim, na forma das pessoas autoavaliarem-se e estabelecerem consigo mesmo um dever.⁽⁵⁾ Também não é restrito da classe dos enfermeiros; pelo contrário, todo e qualquer profissional da área de saúde precisa preocupar-se consigo. Contudo, é o enfermeiro que está diretamente em contato com o paciente e convivendo, constantemente, com seu sofrimento e parece não ter preocupação com sua própria saúde.⁽⁶⁾

A autoestima, parte integrante da qualidade de vida, é marcada pelo sentimento, apreço e consideração que uma pessoa tem por si própria. É expressa no quanto uma pessoa gosta de si, como ela se vê e o que pensa sobre si mesma.⁽⁷⁾ É o juízo de valor representado por meio das atitudes que o indivíduo tem consigo e com as outras pessoas.⁽⁸⁾ Ela pode ser avaliada, conforme os níveis: baixo, médio e alto. A autoestima baixa caracteriza-se pelo sentimento de incompetência, de inadequação à vida e pela incapacidade de superar os desafios; a autoestima alta expressa um sentimento de competência e confiança e a média oscila entre o sentimento de adequação ou inadequação, manifestando um comportamento impecioso.⁽⁹⁾

Trata-se de uma orientação positiva (autoaprovação) ou negativa (depreciação) de voltar-se para si mesmo e, nesta concepção, a autoestima é a representação pessoal dos sentimentos gerais e comuns de autovalor. Ela é um construtor correlacionado positivamente à satisfação de vida.⁽¹⁰⁾ As ações cotidianas, como os hábitos, as virtudes e as circunstâncias pessoais, contemplam diretamente no estilo de vida das pessoas. Estas ações estão relacionadas ao processo de saúde, caracterizando em ser saudáveis ou não, e influenciam no modo de vida e a autoestima das pessoas.⁽⁸⁾

A atividade física e os hábitos alimentares são dois elementos do estilo de vida que representam uma atribuição significativa na promoção da saúde e na prevenção de patologias.⁽¹¹⁾ Existem outros elementos do estilo de vida que são importantes e fundamentais à saúde e ao bem-estar, tais como: apresentar uma boa relação com a família e os amigos, evitar o consumo de álcool, evitar o uso de cigarros, exercer a prática de sexo seguro, ter o estresse sob controle e apresentar uma visão otimista e positiva da vida.⁽¹²⁾

O estilo de vida é um dos fatores preponderantes para a manutenção, tanto da qualidade de vida como da saúde das pessoas, revelando que a tríade (estilo de vida, qualidade de vida e saúde) está intimamente relacionada ao bem-estar. Ele pode influenciar e afetar, tanto a saúde individual como a coletiva.⁽¹³⁾

MÉTODO

Estudo de campo, não experimental, do tipo descritivo-exploratório, transversal, com abordagem quantitativa e correlacional. Foi realizado no Hospital São Rafael - Monte Tabor (HSR), uma instituição privada, localizada no bairro São Marcos, na cidade de Salvador, no Estado da Bahia.

A escolha pelo HSR foi devido ao fato de ser hospital-escola, grande porte e apresentar um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) estruturado. Para o presente estudo foi considerada uma perda de 15% em razão dos profissionais que estavam em período de férias, licenças, afastados, ou que se recusaram a participar da pesquisa, como também aqueles que exercem função administrativa e/ou gerencial. Logo, o tamanho da amostra da pesquisa constituiu-se de 170 enfermeiros inseridos no serviço assistencial de enfermagem no HSR.

Optou-se por pesquisar os enfermeiros assistenciais por estarem na linha de frente com o paciente, ou seja, prestando diretamente os cuidados de enfermagem, embora também, sejam responsáveis pelas questões administrativas, condutas de enfermagem e relacionamento com a equipe multidisciplinar.

Para o estudo, foram elegíveis os enfermeiros assistenciais que atuam na instituição hospitalar, independente do tempo de trabalho, em todos os turnos de trabalho (matutino, vespertino e noturno). Os critérios de exclusão foram o preenchimento incompleto do instrumento de coleta de dados e aqueles que estavam de férias, licenças, afastados ou que se recusaram a participar da pesquisa.

Para a coleta de dados, foi elaborado um questionário do tipo misto com questões delimitadas que englobam a Escala de Autoestima de Rosenberg e o questionário Estilo de Vida Fantástico.

O questionário foi constituído de três partes. A Primeira Parte é composta por questões que englobam a caracterização demográfica e laboral dos participantes, como: idade, sexo, estado civil, número de filhos, setor e unidade de trabalho, tempo de formação, carga horária de trabalho, dias de descanso, turno de trabalho e vínculo empregatício.

A Segunda Parte corresponde à escala de autoestima que foi desenvolvida por Rosenberg, em 1965. No Brasil, esse instrumento teve adaptação cultural e validação, em 2004, por Dini e colaboradores ⁽¹⁴⁾ para medir a autoestima de pacientes brasileiros que iriam submeter-se à cirurgia plástica.

A escala é formada por dez afirmativas com cinco opções que avaliam os sentimentos positivos do indivíduo sobre si mesmo e cinco que avaliam os sentimentos negativos. A pontuação é dada em uma escala tipo *Likert* (1=Discordo totalmente, 2=Discordo, 3=Concordo, 4=Concordo totalmente). Os valores dos itens 3, 5, 8, 9 e 10 devem ser invertidos para calcular a soma dos pontos, para então

obter-se a pontuação final, que pode variar de 10 a 40 pontos.⁽¹⁵⁾

A classificação da autoestima é definida pela seguinte escala: autoestima alta (satisfatória) - escore maior que 30 pontos; média - escore entre 20 e 30 pontos e baixa (insatisfatória) - escore menor que 20 pontos.⁽¹²⁾

A Terceira Parte corresponde ao questionário Estilo de Vida Fantástico desenvolvido no Departamento de Medicina Familiar da Universidade McMaster, no Canadá, o *Lifestyle Assessment: Development and use of the Fantastic Checklist*, criado por Wilson e Ciliska em 1984.⁽¹⁶⁾ Existem várias versões em inglês e português, com aplicação em estudantes,^(17,18) trabalhadores,⁽¹⁶⁾ pacientes de clínica familiar,⁽¹⁹⁾ pacientes hipertensos⁽²⁰⁾ e pacientes com Diabetes II.⁽¹⁸⁾

Refere-se a um questionário padronizado e autoexplicativo, que teve sua versão brasileira adaptada e validada por Rodriguez Añez, em 2008, para avaliar o estilo de vida de adultos jovens.⁽²¹⁾

O Estilo de Vida Fantástico permite determinar a relação entre o estilo de vida e a saúde. Cada questão possui várias alternativas de resposta. Cada alternativa tem um valor: zero pontos para a primeira coluna, 1 para a segunda coluna, 2 para a terceira coluna, 3 para a quarta coluna e 4 para a quinta coluna. As questões que só possuem duas alternativas pontuam: zero pontos para a primeira coluna e 4 pontos para a última coluna. O somatório dos valores permite alcançar um valor total que classifica os indivíduos em cinco categorias relacionadas ao estilo de vida: “Excelente”, “Muito bom”, “Bom”, “Regular” e “Necessita melhorar”.⁽²²⁾

A origem do termo “Fantástico” vem do acrônimo *FANTASTIC* que corresponde às letras dos nomes dos nove domínios (em língua inglesa) e estão distribuídas em 25 questões que são: 1) *Family and friends* (família e amigos); 2) *Activity* (atividade física); 3) *Nutrition* (nutrição); 4) *Tabacco & toxics* (cigarro e drogas); 5) *Alcohol* (álcool); 6) *Sleep, Seatbelts, Stress, Safe sex* (sono, cinto de segurança, estresse e sexo seguro); 7) *Type of behavior* (tipo de comportamento); 8) *Insight* (introspecção) e 9) *Career* (trabalho, satisfação do trabalho).⁽¹⁶⁾

As variáveis categóricas estão descritas por frequências absolutas e relativas; as variáveis numéricas, por valores extremos, medianas e demais quartis. As escalas estão descritas também por média, desvio-padrão e coeficiente de consistência interna Alpha de *Cronbach*; sua correlação foi medida pelo coeficiente de correlação de *Spearman*.

Para verificar a associação de cada fator com as escalas do estudo, foram ajustados modelos lineares simples e múltiplos. Para obter os modelos múltiplos, realizou-se processo de seleção de variáveis *stepwise* em ambas as direções com todos os fatores estudados.

Para o modelo da autoestima, foram consideradas possíveis interações entre variáveis significativas e interação com a escala do Estilo de Vida Fantástico. Os

resultados dos modelos estão apresentados por meio dos efeitos estimados e valores *p*. A qualidade dos ajustes foi verificada pelas análises de normalidade dos resíduos e fatores de inflação da variância. As análises foram feitas com o pacote computacional R 3.2.2 (R Core Team, 2015) e foi adotado nível de significância de 5%.⁽²³⁾

A aplicação do questionário foi realizada após a aprovação do Comitê de Ética por ser uma pesquisa envolvendo seres humanos, bem como visando a não ferir os princípios éticos de respeito aos participantes da pesquisa, conforme à Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Foram garantidos a livre decisão dos participantes no estudo, o anonimato e o sigilo das informações fornecidas, a partir do TCLE, como participante da pesquisa. Os sujeitos envolvidos receberam o TCLE que foi assinado em duas vias, sendo uma de posse do entrevistado e outra da pesquisadora, que se tornou a responsável por ter a guarda obrigatória da via por um período de cinco anos.

RESULTADOS

A mediana de idade foi 35 anos, sendo a maioria do sexo feminino (97,1%), com estado civil de união estável, que contempla também casado(a) (55,3%), sem filhos (47,6%) ou com apenas um (34,1%), formados há até 9 anos (51,8%). A maior parcela dos profissionais é proveniente da unidade de paciente crítico (47,7%). A mediana de anos trabalhados na instituição é 7 anos. A maior parte trabalha em turno de trabalho SD/SN (68,2%), podendo trabalhar de manhã (96,5%), tarde (96,5%) ou noite (70,0%).

A grande maioria possui uma carga semanal de trabalho de 44h (93,5%), com mediana de 13 dias de descanso mensal e de três finais de semana trabalhados em um mês (67,3%). Houve profissionais com mais de um vínculo empregatício como enfermeiro (23,5%), que faz uso de algum medicamento (33,5%), inclusive de medicação antidepressiva (5,3%).

Conforme descrito no Método, a Escala de Autoestima de Rosenberg pode ser categorizada em baixa autoestima (menos de 20 pontos), média autoestima (de 20 a 30 pontos) e autoestima satisfatória (acima de 30 pontos). De acordo com essa classificação, 136 (80%) profissionais estudados possuíram uma autoestima satisfatória e nenhum deles, baixa autoestima.

Em relação ao perfil demográfico e laboral dos enfermeiros, de acordo com a classificação da autoestima, destaca-se a idade, na qual os profissionais com autoestima satisfatória tiveram mediana maior de idade (valor $p=0,018$) e o tempo que trabalham na instituição. Mostrou, também, que os profissionais com maior

autoestima possuíam maior tempo de trabalho na instituição (valor $p=0,032$) e maior número de dias de descanso mensal (valor $p=0,001$).

Considerando o Estilo de Vida Fantástico no formato categórico, verificou que a maior parte dos profissionais pode ser considerada como tendo um estilo de vida muito bom (59,4%), mas que não houve enfermeiro com estilo de vida que necessite melhorar.

Os valores totais do Estilo de Vida Fantástico e da Escala de Autoestima de Rosenberg, a média de pontos do estilo de vida foi 74 pontos, variando entre 47 e 97 pontos e a autoestima variou entre 24 e 40 pontos, com média de 34 pontos, o que implica em autoestima satisfatória (acima de 30 pontos). Neste estudo, mostraram alta consistência interna com os coeficientes de 0,79 e 0,78, respectivamente, o que significa que quanto maior a autoestima melhor o estilo de vida. Quanto à associação de todos os fatores com autoestima, conforme a Escala de Autoestima de Rosenberg nos modelos simples, o único que se mostrou associado de forma significativa foi o número de dias de descanso mensal (valor $p=0,003$).

Quanto ao Estilo de Vida Fantástico, nos modelos simples, mostraram-se significativamente associado a: à idade (valor $p=0,020$), trabalhar no turno da noite (valor $p=0,028$) e fazer uso de medicação antidepressiva (valor $p=0,005$).

No modelo de regressão final da Escala de Autoestima de Rosenberg permaneceram significativos o Estilo de Vida Fantástico (valor $p<0,001$), em que, para cada aumento de uma unidade de estilo de vida, espera-se um aumento médio de 0,14 na escala de autoestima e o número de dias de descanso mensal (valor $p<0,001$), em que, para cada aumento de um dia de descanso no mês, espera-se o aumento médio de 0,24 pontos na escala de autoestima. As duas variáveis juntas explicam apenas 17,1% da variabilidade total da autoestima.

Os dados da Tabela 1 mostram que, ao se buscar um modelo logístico múltiplo, os únicos fatores que se mantiveram associados à autoestima satisfatória, ainda que na presença de outros fatores, foram: o Estilo de Vida Fantástico (valor $p<0,001$), cujo aumento de um ponto está associado a um aumento de 8% na chance de se ter uma autoestima satisfatória em relação à média e o número de dias de descanso mensal (valor $p<0,001$), em que a cada aumento de um dia de descanso no mês, aumenta a chance de se ter uma autoestima satisfatória em 21%, em relação à autoestima média.

| Fatores | Razão de Chances | IC 95% | Valor p |
|-----------------------------------|-------------------------|---------------|----------------|
| Estilo de Vida Fantástico | 1,08 | 1,03 – 1,13 | <0,001 |
| Número de dias de descanso mensal | 1,21 | 1,09 – 1,35 | <0,001 |

Tabela 1 - Fatores associados à autoestima satisfatória. Hospital São Rafael - Monte Tabor,

Nos dados da Tabela 2, são observadas, no modelo múltiplo, associações positivas com a idade e a autoestima. A cada aumento de um ano da idade, espera-se um aumento médio no Estilo de Vida Fantástico de 0,59 (valor $p=0,001$) e, para cada aumento Escala de Autoestima de Rosenberg, espera-se um aumento médio do estilo de vida de 0,84 pontos (valor $p<0,001$). Os fatores: tempo de formado, trabalhar no turno da noite e fazer uso de medicação antidepressiva estiveram negativamente associados ao Estilo de Vida Fantástico.

Mantida a idade, a cada aumento de um ano de formado, espera-se uma redução média de 0,46 pontos no escore do Estilo de Vida Fantástico (valor $p=0,015$). Trabalhar no turno da noite associou-se à redução na média de 4,32 pontos (valor $p=0,004$) e fazer uso de medicação antidepressiva mostrou-se associada à redução de 8,03 pontos na média do escore do estilo de vida (valor $p=0,009$). Juntos, os cinco fatores explicam 22,3% da variabilidade do Estilo de Vida Fantástico.

| <i>Fatores</i> | <i>Efeito estimado</i> | <i>Erro padrão</i> | <i>Valor p</i> |
|--|------------------------|--------------------|----------------|
| Idade (anos) | 0,592 | 0,176 | 0,001 |
| Tempo de formado (anos) | -0,464 | 0,188 | 0,015 |
| Trabalha no turno da noite (Sim) | -4,317 | 1,468 | 0,004 |
| Faz uso de medicação antidepressiva? (Sim) | -8,027 | 3,036 | 0,009 |
| Escala de autoestima total | 0,841 | 0,181 | <0,001 |

Tabela 2 - Fatores associados ao Estilo de Vida Fantástico. Hospital São Rafael - Monte Tabor, Salvador, Bahia (2016).

Os dados da Tabela 3 mostram que a classificação dos escores do Estilo de Vida Fantástico dos enfermeiros esteve associada à autoestima satisfatória (valor $p=0,001$).

| Fatores | Autoestima | | |
|---|-------------------------|-------------------------|---------|
| | Média (n=34) | Satisfatória (n=136) | Valor p |
| Estilo de Vida Fantástico - mediana [IIQ] | 70,00 [62,25; 74,00] | 76,00 [70,75; 81,25] | 0,001 |
| Regular | 01 (2,9) | 04 (2,9) | 0,011 |
| Bom | 14 (41,2) | 27 (19,9) | |
| Muito Bom | 17 (50,0) | 84 (61,8) | |
| Excelente | 02 (5,9) | 21 (15,4) | |

Tabela 3 - Correlação entre a autoestima média e satisfatória e o escore do Estilo de Vida. Hospital São Rafael - Monte Tabor, Salvador, Bahia (2016).

Ao considerar a correlação entre a Escala de Autoestima de Rosenberg e o questionário de Estilo de Vida Fantástico mostrou uma correlação positiva, ou seja, quanto melhor o escore do Estilo de Vida Fantástico, maior será a escala de autoestima, mas, com grande dispersão de pontos. O coeficiente de correlação de *Spearman* entre as duas foi 0,36 (valor $p < 0,001$).

DISCUSSÃO

Neste estudo, o número maior de participantes foi do sexo feminino (97,1%). Em estudo realizado sobre o nível de satisfação dos enfermeiros, a maioria dos participantes representou o sexo feminino, com 95% e apenas 5% da amostra considerada foi do sexo masculino.⁽²⁴⁾

Na presente pesquisa, os aspectos que mereceram evidências foram à correlação da autoestima satisfatória dos enfermeiros com o número de dias de descanso mensal ($p < 0,001$) e o estilo de vida ($p < 0,001$), que teve associação negativa com os fatores: tempo de formado ($p = 0,015$), trabalho no turno da noite ($p = 0,004$) e uso de medicação antidepressiva ($p = 0,009$). A associação negativa é definida pela indicação de que o estilo de vida é inversamente proporcional aos fatores relacionados.

Um dado relevante da pesquisa em questão foi a relação positiva entre a autoestima e o descanso mensal, na qual os enfermeiros com maior número de dias de descanso mensal apresentaram melhor autoestima. Estudo aponta que o trabalho desenvolvido pela enfermagem é gerador de sentimentos ambíguos, com vivências de prazer ou sofrimento, nos quais os enfermeiros estão expostos às diferentes cargas de trabalho, dependendo da organização e da unidade onde atuam, sendo afetados emocionalmente pela carga de trabalho elevada e pelo maior nível de estresse sobre este profissional, conseqüentemente, acarretando futuros danos à sua saúde.⁽²⁵⁾

Os achados da presente pesquisa mostram um maior percentual de

enfermeiros que não se enquadram em uma condição de descanso e lazer favorável que, possivelmente, interferem em seu estilo de vida. O descanso e o desfrute do lazer são fatores preponderantes para que os profissionais de enfermagem possam lidar, significativamente, com as intercorrências da rotina hospitalar. Nota-se que o estresse é um fator presente no cotidiano dos enfermeiros, talvez ocasionado pelo ritmo de trabalho, pela carga horária elevada, pelas intercorrências no ambiente de trabalho, associado, ainda, a outras atividades e atribuições em família.

No que se refere ao Estilo de vida e sua relação com o tempo de formado dos participantes, a presente pesquisa demonstrou que os enfermeiros com maior tempo de formação profissional apresentaram menor escore de estilo de vida. Em consulta realizada na literatura publicada, não foi encontrada qualquer menção sobre essa correlação.

No que concerne ao Estilo de vida e à sua interlocução com o trabalho dos enfermeiros no turno da noite, foi constatado menor escore do estilo de vida entre os trabalhadores do noturno. Uma pesquisa transversal realizada em um Hospital Universitário na cidade de Uberlândia, em Minas Gerais, comprovou que o trabalho noturno acarreta vários riscos à saúde do trabalhador, tanto no funcionamento biológico como no psíquico, e outros problemas emocionais, ocasionando maior propensão ao estresse, crises de ansiedade, cansaço emocional, alterações nos hábitos alimentares e mudanças no estilo de vida.⁽²⁶⁾

Um estudo bibliográfico com levantamento de produções científicas sobre o trabalho noturno na enfermagem mostrou a insatisfação dos profissionais ao permanecer no turno de trabalho da noite, em razão da falta de qualidade do sono diurno, envelhecimento precoce, esgotamento mental e emocional, vida social restrita, isolamento social e no trabalho, humor alterado e dificuldades para realizar a assistência, devido à carência nos serviços de apoio, além de outros danos como: sobrecarga na musculatura esquelética, postura inadequada, patologias mentais, risco para infecções, insônia, distúrbios da memória e concentração, distúrbios cardiovasculares e gastrointestinais, constipação e massa corporal elevada.⁽²⁷⁾

Outra pesquisa quantitativa com uma amostra de 131 trabalhadores de enfermagem no Hospital Universitário do Rio de Janeiro evidenciou que o turno noturno é considerado o mais fatigante, ocasionando distúrbios nos ritmos circadianos e alteração no ritmo biológico, que implica maior desgaste em termos de saúde, além de maiores riscos de acidentes de trabalho.⁽²⁸⁾

Estudo transversal evidenciou que o trabalho noturno está relacionado a: fadiga crônica, alteração do padrão de sono e funcionamento intestinal, obesidade, doenças cardiovasculares e diabetes; além disso, os trabalhadores do turno da noite possuem níveis de triglicerídeos e glicemia mais elevados em razão da elevada ingestão de alimentos calóricos e gordurosos e atividade física prejudicada,

quando comparados aos profissionais que trabalham em turno diurno. ⁽²⁹⁾ Outro estudo desenvolvido no Hospital Universitário do Rio Grande do Norte, com 104 enfermeiros, concluiu que os profissionais que trabalhavam no turno diurno apresentaram qualidade de vida melhor que os que atuavam no noturno. ⁽³⁰⁾

Em referência ao Estilo de vida e ao uso de medicação antidepressiva, verificou-se uma associação negativa, na qual, quanto melhor o estilo de vida dos enfermeiros, menor será o uso de medicação antidepressiva. Pesquisa realizada com 2.694 participantes negros e brancos americanos, no período de nove anos, sobre os estilos de vida pouco saudáveis e os sintomas depressivos incidentes, evidenciou uma associação significativa entre estilo de vida e depressão. ⁽²⁶⁾

Em um estudo qualitativo, descritivo-exploratório, com 17 enfermeiros, sobre o uso de psicotrópicos pelos profissionais e sua relação com o trabalho, os autores constataram que 70,5% afirmaram que faziam uso de alguma medicação psicotrópica, sendo 30% de uso contínuo com acompanhamento médico e 44% de maneira descontínua e automedicação e, que a busca e utilização das medicações teve relação mútua com o estilo de vida em razão da elevada carga de trabalho e da exposição aos fatores de risco à saúde nas atividades laborais dos enfermeiros. ⁽³¹⁾

A pesquisa em questão, em relação à população estudada, apresentou autoestima satisfatória (61,8%) e estilo de vida com escore Muito Bom (59,4%); houve associação significativa entre autoestima e estilo de vida ($p=0,001$). Em uma pesquisa quantitativa, transversal, realizada em serviços públicos de pronto-atendimento de Minas Gerais, com 88 profissionais de saúde, os autores evidenciaram a importância dos fatores que compõem o estilo de vida e seus vários benefícios, como, por exemplo, a atividade física e a nutrição adequada, desde benefícios fisiológicos até os psicológicos positivos, com a melhora do humor, a redução do estresse e a elevação da autoestima. ⁽²⁹⁾

Na presente pesquisa, os resultados apresentados em relação à autoestima e ao estilo de vida dos enfermeiros assistenciais podem estar relacionados às condições de trabalho proporcionadas pela estrutura física, tecnológica e laboral do ambiente estudado, como também à situação da maioria dos enfermeiros que não possuíam mais de um vínculo empregatício (76,5%).

Pesquisa sobre o perfil da enfermagem no Brasil pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), constatou que 59,3% das equipes de enfermagem encontram-se no setor público, 31,8% no privado, 14,6% no filantrópico e 8,2% nas atividades de ensino, e que a maioria (63%) dos profissionais da enfermagem possuem apenas uma atividade ou trabalho. ⁽³²⁾

Estudo sobre a qualidade de vida no trabalho dos profissionais de enfermagem, com 74 trabalhadores, concluiu que as condições de trabalho

influenciam no processo de trabalho e contribuem para determinar o processo de saúde-doença dos trabalhadores de enfermagem.⁽³³⁾

No presente estudo, é importante salientar que nenhum dos sujeitos apresentou autoestima ruim que “precisa melhorar”, e apenas 2,9% mostraram estilo de vida regular. A maior parte dos profissionais pode ser considerada como tendo um estilo de vida muito bom (59,4%).

Em relação ao estilo de vida dos enfermeiros em questão, alguns dados chamaram atenção e mereceram serem ressaltados, como: 39,4% realizam atividade física, menos de 1 vez por semana; 23,5% são moderadamente ativos, menos de 1 vez por semana; 16,5% estão acima de 8kg de seu peso ideal; 63,5% ingerem bebidas que contém cafeína; 17,6% dirigem após beber; 18,2% quase nunca praticam sexo seguro e a maioria dos participantes comem, frequentemente em excesso açúcar, sal, gordura animal ou bobagens, além disso apresentam comportamento de estarem sempre com pressa. Outro dado foi em relação à Escala de Autoestima, na qual 28,2% enfermeiros concordaram e 5,3% concordaram totalmente que gostariam de poderem ter respeito por si mesmos.

O estudo em questão demonstrou ainda que, dentre todas as unidades da instituição hospitalar, a unidade de paciente crítico foi a que apresentou os enfermeiros com a melhor autoestima, embora seja aquela cujos pacientes requerem maiores cuidados e que também é um ambiente estressante e que promove desgaste físico e emocional.

Estudo aponta como uma unidade de sobrecarga de trabalho, rotina árdua e intensa e condutas criteriosas, que envolvem a atuação dos enfermeiros, que se apresentam tensos em relação ao dia de trabalho, pela grande dimensão e complexidade do cuidado.⁽³⁴⁾ Outra pesquisa mostrou que os enfermeiros que se deparam, cotidianamente, com pacientes em estado crítico, convivem com o sofrimento e com a morte, o que gera desgastes físicos e psíquicos, além de um ambiente dinâmico e desafiador, que pode causar sentimentos de prazer e sofrimento.⁽³⁵⁾

Relativamente às limitações do estudo, pode-se mencionar o local de escolha do estudo que, por ser um hospital privado, pode oferecer melhores condições de trabalho a seus profissionais e, também, o fato da escassez na literatura sobre o tema abordado, sobretudo em se tratando da população de enfermeiros e seu estilo de vida.

É importante o surgimento de novas pesquisas que observem os enfermeiros em ambientes diferentes, uma vez que a maioria dos profissionais estudados relataram verbalmente insatisfação com a carga horária da profissão, remuneração e reconhecimento por parte de gestores e outros profissionais da área.

Os dados resultantes da pesquisa apontaram para a importância de se mobilizar

maior atenção dos profissionais e gestores para o tema. Assim sendo, propõe-se que seja dada continuidade ao estudo e ao tema abordado, preferencialmente em outros locais de trabalho do enfermeiro, o que contribuirá para o aprimoramento dos conhecimentos na área da saúde do trabalhador e, em especial, da enfermagem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em relação à autoestima dos enfermeiros assistenciais, nenhum deles apresentou baixa autoestima. Os fatores que se mantiveram associados à autoestima satisfatória, ainda que, na presença de outros fatores, foram: o Estilo de Vida Fantástico ($p < 0,001$) e o número de dias de descanso mensal ($p < 0,001$).

Em relação ao estilo de vida, os enfermeiros apresentaram um escore muito bom. O estilo de vida apresentou associações positivas com a idade e a autoestima. Os fatores como: tempo de formado ($p = 0,015$), trabalhar no turno da noite ($p = 0,004$) e fazer uso de medicação antidepressiva ($p = 0,009$) estiveram negativamente associados ao Estilo de Vida Fantástico.

A correlação positiva entre a Escala de Autoestima de Rosenberg e o questionário de Estilo de Vida Fantástico foi constatada por meio do coeficiente de correlação de *Spearman* (0,36), a que comprovou que quanto melhor o escore do Estilo de Vida Fantástico maior será a escala de autoestima.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. **The world health report 1998: life in the 21st century a vision for all**. Geneva: WHO;1998.
2. Baggio MA, Monticelli M, Erdmann AL. **Cuidando de si, do outro e “do nós” na perspectiva da complexidade**. Rev Bras Enferm. 2009; 62(4):627-31.
3. Baggio MA, Erdmann AL. **Relações múltiplas do cuidado de enfermagem: o emergir do cuidado “do nós”**. Rev Lat Am Enfermagem. 2010; 18(5):1-8.
4. Guevara B, Zambrano de Guerrero A, Evies A. **Cosmovisión em el cuidar de sí y cuidar del otro**. Enferm Glob [Internet]. 2011;10(21):1-8. [citado 2015 Jun 06]. Disponible: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v10n21/reflexion2.pdf>.
5. de Jesus Silva I, de Oliveira MF, da Silva SE, Polaro SH, Radünz V, dos Santos EK et al. **Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem**. Rev Esc Enferm USP. 2008; 43(3):697-703.
6. da Silva AA, Terra MG, Mota MG, Leite MT, de Mello Padoin SM. **Enfermagem e cuidado de si: percepção de si como corpo existencial no mundo**. Rev Enferm UERJ. 2013;21(3):366-70.
7. da Silva LW, dos Santos RG, Squarcini CF, de Souza AL, de Azevedo MP, Barbosa FN. **Perfil do estilo de vida e autoestima da pessoa idosa-perspectivas de um Programa de Treinamento Físico**. Rev Kairós. 2011; 14(3):145-66.

8. Gomes NS, da Silva SR. **Avaliação da autoestima de mulheres submetidas à cirurgia oncológica mamária.** Texto & Contexto Enferm. 2013;22(3):509-16.
9. Martini G, de Moraes Horta AL. **Efeito do curso cuidando do cuidador na autoestima e estresse.** Temas em Educação e Saúde. 2015;11:47-63.
10. Hutz CS, Zanon C. **Revisão da adaptação, validação e normatização da escala de autoestima de Rosenberg.** Aval Psicol. 2011;10(1):41-9.
11. de Souza Cabral ML. **Auto-estima no processo ensino-aprendizagem** [dissertação]. [João Pessoa]: Programa de Pós-graduação em Educação, Universidade Federal da Paraíba; 2006. 80f.
12. Hewitt JP. Self-esteem. In: Lopez SJ, editor. **The encyclopedia of positive psychology.** West Sussex: Blackwell Publishing; 2009. p. 880.
13. Heatherton TF, Wyland C. Assessing self-esteem. In: Lopes S, Snyder R, editors. **Assessing positive psychology** [e-book]. Washington (DC): APA; 2003. p.219-33 [cited 2015 Jun 11]. Available from: http://www.dartmouth.edu/~thlab/pubs/03_Heatherton_Wyland_APP_ch.pdf.
14. Dini GM, Quaresma MR, Ferreira LM. **Adaptação cultural e validação da versão brasileira da escala de auto-estima de Rosenberg.** Rev Soc Bras Cir Plást. 2004;19(1): 41-52.
15. Malta DC, de Araújo Andrade SS, Stopa SR, Pereira CA, Szwarcwald CL, da Silva Júnior JB, et al. **Estilos de vida da população brasileira: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013.** Epidemiol Serv Saúde. 2015;(24):2:217-26.
16. Wilson DM, Nielsen E, Ciliska D. **Lifestyle assessment: testing the FANTASTIC instrument.** Can Fam Physician. 1984;30:869–76.
17. Silva AM, da Silva Brito I, da Costa Amado J. **Tradução, adaptação e validação do questionário Fantastic Lifestyle Assessment em estudantes de ensino superior.** Ciênc Saúde Coletiva. 2014;19(6):1901-9.
18. Rodríguez Moctezuma R, López Carmona R, Munguía Miranda C, Hernández Santiago JL, Martínez Bermúdez M. Validez y consistencia del instrumento **FANTASTIC para medir estilo de vida en diabéticos.** Rev Méd IMSS. 2003; 41(3):211-20.
19. Sharratt JK, Sharratt MT, Smith DM, Howell MJ, Davenport L. **FANTASTIC lifestyle survey of University of Waterloo employees.** Canadian family physician Medecin de famille canadien. Can Fam Physician. 1984;30:1869-72.
20. Kason Y, Ylamko VJ. **FANTASTIC life-style assessment: part 5: measuring lifestyle in family practice.** Can Fam Physician. 1984;30:2379-83.
21. Rodriguez Añez CR, Romélio C, Petroski EL, Reis RS. **Versão brasileira do questionário estilo de vida fantástico: tradução e validação para adultos jovens.** Arq Bras Cardiol. 2008;91(2):102-9.
22. Rodriguez Añez CR. **Sistema de avaliação para a promoção e gestão do estilo de vida saudável e da aptidão física relacionada à saúde de policiais militares** [tese]. [Florianópolis]: Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina; 2003. 143f.
23. R Development Core Team. **R: a language and environment for statistical computing.** Vienna (AT): the R Foundation for Statistical Computing; 2012.
24. Pires GS, Vasconcelos EO. **Nível de satisfação dos enfermeiros: um estudo na instituição**

de saúde pública Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará [Internet]. In: 9º Convibra Administração. Congresso Virtual Brasileiro de Administração; 2012 Nov 23-25. Anais eletrônicos. CONVIBRA; 2012 [citado 2017 Abr 25]. Disponível em: http://www.convibra.com.br/upload/paper/2012/34/2012_34_4607.pdf.

25. Garcia AB, Dellaroza MS, Gvozd R, Haddad MC. **Sofrer no trabalho: Sentimentos de técnicos de enfermagem do Pronto-Socorro de um hospital universitário**. Ciênc Cuid Saúde. 2013;12(3):416-23

26. de Aquino RL. **Impacto do trabalho noturno na qualidade de vida do profissional de enfermagem do gênero masculino** [dissertação]. [Uberlândia]: Mestrado Profissional em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador, Universidade Federal de Uberlândia; 2016. 100f.

27. Silveira M, Silviamar C, Beck CL. **As produções científicas sobre o trabalho noturno na enfermagem: uma revisão de literatura**. Rev Pesqui Cuid Fundam (Online) [Internet]. 2016 [citado 2017 jan 23]; 8(1):3679-90. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3745/pdf_1774.

28. Moreira PS. **Aplicação do índice de capacidade para o trabalho na equipe de enfermagem: estudo descritivo** [dissertação]. [Niterói]: Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial, Universidade Federal Fluminense; 2013. 101f.

29. Marçal JA. **Avaliação do padrão de sono e saúde de profissionais da enfermagem nos turnos de trabalho** [dissertação]. [Campinas]: Mestrado em Ciências da Saúde, Faculdade de Enfermagem, Universidade Estadual de Campinas; 2016. 84f.

30. de Oliveira Viana, MC. **Análise do padrão e qualidade do sono com a qualidade de vida dos enfermeiros nos turnos hospitalares** [tese]. [Natal]: Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2016. 85f.

31. Vieira GC, De Brida RL, da Silva Macuch R, Massuda EM, Preza GP. **Uso de psicotrópicos pelo enfermeiro: sua relação com o trabalho**. Cinergis [Internet]. 2016 [citado 2016 Out 11];17(3):191-5. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/cinergis/article/view/8118/5319>.

32. Conselho Federal de Enfermagem. **Pesquisa inédita traça perfil da enfermagem no Brasil** [Internet]. COFEN; 2015 [citado 2017 Jan 12]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/pesquisa-inedita-traca-perfil-da-enfermagem_31258.html.

33. dos Santos AA, Costa OR. **Qualidade de vida no trabalho dos profissionais de enfermagem que atuam no período noturno em um hospital escola do sul de Minas Gerais**. Rev Cienc Saude. 2016;6(1): 43-51.

34. de Almeida GR, da Silva Araújo T. **Unidade de terapia semi-intensiva e intensiva: perfil do enfermeiro e condições de trabalho**. C&D - Revista Eletrônica da Fainor [Internet]. 2016 [citado 2017 fev 23]; 9(1):225-34. Disponível em: <http://srv02.fainor.com.br/revista/index.php/memorias/article/view/469/277>.

35. da Silva Caram C, Rezende LC, Montenegro LC, Amaral JM, Brito MH. **Ambiguidades no trabalho da equipe de saúde no contexto de uma unidade de terapia intensiva**. SANARE. 2016; 15(1): 15-24.

DETERMINANTES E CONSEQUÊNCIAS DO ABSENTEÍSMO ENTRE TRABALHADORE(A)S DE ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL DA REDE PÚBLICA

Data de aceite: 25/11/2019

Silvio Arcanjo Matos Filho

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia,
Departamento de Saúde II
Jequié - BA

Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza

Universidade do Estado do Rio de Janeiro,
Faculdade de Enfermagem da UERJ
Rio de Janeiro -RJ

Ninalva de Andrade Santos

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia,
Departamento de Saúde II
Jequié - BA

Thereza Christina Mó Y Mó Loureiro Varella

Universidade do Estado do Rio de Janeiro,
Faculdade de Enfermagem da UERJ
Rio de Janeiro - RJ

RESUMO: Objetivo: Identificar a frequência do absenteísmo dos profissionais de enfermagem em um hospital público localizado em Jequié-Bahia; levantar os determinantes deste absenteísmo. **Método:** Pesquisa documental, cujos dados coletados em julho/2015, referentes ao período 2012/2014, foram extraídos de planilhas que contemplam informações oriundas de atestados médicos entregues ao serviço de Saúde Ocupacional de um hospital

público da rede estadual da Bahia. Utilizou-se a estatística descritiva simples para o tratamento dos dados. **Resultados:** Constataram-se variações na frequência dos atestados médicos: 137 em 2012, 913 em 2013 e 634 em 2014. As principais causas de afastamento (Código Internacional de Doenças – CID 10) foram: lesões osteomusculares, doenças do trato digestivo e respiratório, predominantemente com trabalhadores da emergência e centro cirúrgico. O acompanhamento de familiar com problema de saúde também foi motivo de absenteísmo. **Conclusão:** Acredita-se que o funcionamento do pronto-socorro em espaço inadequado, a sobrecarga e a dificuldade de trocas de plantões devido à implantação do ponto biométrico contribuíram para o aumento na taxa de absenteísmo.

PALAVRAS-CHAVE: Absenteísmo; Trabalhadores; Enfermagem.

DETERMINANTS AND CONSEQUENCES OF ABSENTEEISM AMONG WORKERS (A) S NURSING OF A PUBLIC HOSPITAL

ABSTRACT: Objective: To identify the frequency of absenteeism among nursing professionals in a public hospital located in

Jequié-Bahia; raise the determinants of this absenteeism. **Method:** Documentary research, whose data collected in July / 2015, for the period 2012/2014, were extracted from spreadsheets that include information from medical certificates delivered to the Occupational Health service of a public hospital in the state network of Bahia. Simple descriptive statistics was used for data processing. **Results:** Variations in the frequency of medical certificates were found: 137 in 2012, 913 in 2013 and 634 in 2014. The main causes of sick leave (International Code of Diseases – CID 10) were: musculoskeletal injuries, digestive and respiratory diseases, predominantly with emergency workers and operating room. Accompanying family members with health problems was also a reason for absenteeism. **Conclusion:** It is believed that the operation of the emergency room in inadequate space, the overload and the difficulty of shifts due to the implantation of the biometric point contributed to the increase in the absenteeism rate.

KEYWORDS: Absenteeism; Workers; Nursing.

INTRODUÇÃO

A metamorfose produzida no mundo do trabalho, verificada nas últimas décadas, sobretudo a observada pelo processo de reestruturação produtiva na última metade do século XX, ostenta como característica a constituição gradual de uma classe trabalhadora cada vez mais precarizada, instável, temporária e terceirizada.

O perfil do trabalhador desejado não é o fundamentado na especialização taylorista e fordista, caracterizado pelo trabalho repetitivo e pelo processo de produção em massa, predominante no período inicial de consolidação do capitalismo, mas o trabalhador polivalente capaz de acompanhar as diversas mudanças no processo de trabalho e executar várias funções na empresa. Tal processo produtivo fundamenta os preceitos neoliberais da economia, forjando o arcabouço da desregulamentação trabalhista (ANTUNES, 2014)

Notadamente, a exigência da produção no modelo neoliberal está relacionada ao aspecto competitivo do novo sistema econômico, fato que impulsiona as organizações a intensificarem o ritmo de trabalho, frequentemente associado à racionalização de recursos, exploração da mão de obra e enxugamento da força de trabalho, instituindo o processo produtivo flexível com o trabalhador “multifuncional” e “qualificado” (ANTUNES, 2014).

O setor saúde não esteve imune ao processo de flexibilização da economia e suas consequências aos trabalhadores deste setor. O trabalho de enfermagem é marcado por forte sofrimento psíquico e adoecimento físico de seu coletivo profissional. Este cenário resulta da exploração da força de trabalho, da multiplicidade de vínculos, da precarização das condições de trabalho e do desagaste

decorrente do elevado ritmo laboral, da polivalência e multifuncionalidade dos trabalhadores (MONTEIRO, 2012).

No contexto hospitalar, a divisão fragmentada de tarefas, a rígida estrutura hierárquica, a complexa e fragmentada organização laboral, a elevada competitividade entre os profissionais intensificam o sofrimento psíquico. Acrescente-se a isto as relações de poder demarcadas pela desigualdade, trabalho diurno que espolia a saúde dos trabalhadores, entre outros. Tais situações repercutem na criatividade e na autonomia do trabalhador de enfermagem, bem como no prazer de trabalhar, podendo contribuir com o aumento do absenteísmo (CAMPOS, 2014).

São causas de absenteísmo no trabalho de enfermagem o adoecimento e/ou acidentes do trabalho, problemas de saúde com familiares, gestação/parto e casamento, entre outros. O fato de a equipe de enfermagem constituir a maior força de trabalho na área de saúde, principalmente nos hospitais, aumenta a relevância desta problemática. Estudo sobre determinantes do absenteísmo na equipe de enfermagem hospitalar (42 artigos publicados entre 2001 e 2010) que marcam as repercussões do absenteísmo no processo de trabalho, bem como o parâmetro de avaliação da qualidade do cuidado prestado (UMANN et al, 2011).

Tais repercussões remetem, sobretudo, à sobrecarga de trabalho, que se reveste como um ciclo de determinação de adoecimento entre trabalhadores de enfermagem, com reflexos na qualidade de vida e na qualidade da assistência aos usuários, quadro não se restringe à realidade nacional. Segundo estudo, apesar de melhores condições socioeconômicas e de trabalho nos serviços de saúde, 70% das empresas europeias e 30% da maioria dos países industrializados, o absenteísmo por adoecimento dos trabalhadores de enfermagem compromete os índices de rendimento e qualidade dos serviços (MAGALHÃES et al, 2011).

As considerações apresentadas evidenciam as repercussões negativas decorrentes do absenteísmo, uma vez que a ausência do profissional interfere na práxis da equipe de enfermagem, a qual, rotineiramente, atua com escala de serviço com déficit de pessoal necessário à demanda, comprometendo, como já referido, a qualidade do cuidado à clientela, assim como a qualidade de vida e saúde dos profissionais de enfermagem (ABREU, 2014).

As ausências no trabalho trazem impacto econômico, pois interferem na produção, aumentam o custo operacional, reduzem a eficiência do trabalho, além de acarretarem sobrecarga aos trabalhadores que permanecem no ambiente de trabalho e precisam executar as tarefas dos ausentes (CARDOSO, 2015). O estudo objetivou identificar a frequência do absenteísmo dos profissionais da equipe de enfermagem de um hospital da rede pública do interior da-Bahia e identificar os determinantes destes afastamentos.

MÉTODO

Trata-se de pesquisa documental, de abordagem retrospectiva e quantitativa. As informações sobre o absenteísmo de trabalhadores de enfermagem foram colhidas no serviço de Saúde Ocupacional de um hospital público da rede estadual, localizado em Jequié-Bahia.

Os dados, coletados em julho de 2015, emergiram de planilhas de registros de atestados médicos, segundo o CID-10 (Classificação Internacional de Doenças), referentes ao período pesquisado (2012 a 2014). Considerando os objetivos do estudo, foram selecionados apenas os referentes à equipe de enfermagem (Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares), independente do vínculo de trabalho.

O quadro de trabalhadores da equipe de enfermagem, no momento da coleta de dados, era composto por 354 profissionais, sendo 107 enfermeiros e 247 técnicos de enfermagem, dos quais 314 (88,7%) eram estatutários e apenas 40 (11,3%) regidos pela CLT (Consolidação das Leis Trabalhistas).

Por se tratar de pesquisa de documentos primários, sem contato direto com os trabalhadores, não foi necessária a apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa. A análise foi feita por estatística descritiva simples.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Verificou-se que a maioria 318 (90,1%) dos trabalhadores em situação de absenteísmo era do sexo feminino, com predominância da faixa etária entre 31 a 59 anos, portanto, em plena atividade produtiva, e em sua maioria estatutários, com apenas 40 (11,3%) regidos pela CLT.

Identificou-se que a maioria destes trabalhadores 248 (70,2%) tinha tempo de serviço na unidade entre 1 e 5 anos, em função de nomeação de concursados em 2013. Desse modo, supõe-se que a equipe de enfermagem vinha trabalhando com um dimensionamento de pessoal aquém da necessidade do hospital, dado que apenas 105 (29,8%) dos funcionários estavam na instituição há mais de 5 anos.

Em relação à jornada de trabalho, evidenciou-se que 224 (63,5%) dos profissionais atuavam em regime de 30 horas semanais (carga horária prevista no edital do concurso), enquanto que 88 (25,1%) possuíam jornada laboral de 40 horas semanais.

A frequência de absenteísmo dos trabalhadores de enfermagem, no período de 2012 a 2014, encontra-se representada no Quadro 1.

| Atestado médico | 2012 | 2013 | 2014 | Total |
|---------------------------------|-------------|-------------|-------------|--------------|
| Enfermeiros/Técnicos/Auxiliares | 137 | 913 | 634 | 1402 |
| Outras Categorias Profissionais | 605 | 794 | 539 | 1938 |

Quadro 1- Distribuição de atestados médicos na equipe de enfermagem. Jequié, BA, Brasil, 2012-2014

Fonte: Serviço de Saúde Ocupacional do Hospital Geral Prado Valadares

Observa-se que no ano de 2012 foram apresentados pelos trabalhadores de enfermagem 137 atestados médicos (18,4% do total das declarações de afastamento). Em 2013, este percentual aumentou 80%. Vale salientar que, em 2013, 58 enfermeiros (54,2%) apresentaram atestado médico, sendo 13 reincidentes. Entre os técnicos de enfermagem, 133 (53,8%) ausentaram-se do serviço para tratamento de saúde e 25 (15,8%) destes apresentaram atestado médico por mais de uma vez. Chama a atenção o fato de uma servidora que apresentou 12 atestados no ano.

Outro fato relevante constatado no período de 2012 a 2014 foi a ocorrência de 33 aposentadorias. Ademais, 32 servidores estavam na perícia médica com afastamento de 60 dias, sendo que 26 destes, ao retornarem às atividades, foram colocados em processo de readaptação funcional temporária.

Em 2014, apesar da redução no quantitativo de atestados médicos, a taxa de absenteísmo entre os enfermeiros foi de 44,8%, enquanto que os técnicos de enfermagem tiveram uma taxa de 38,8%, mas 57 servidores apresentaram atestados várias vezes.

A predominância de ocorrência do absenteísmo entre pessoas que estão em faixa etária produtiva se desvela em impacto para o estado/INSS, devido ao pagamento de benefícios sem que este usufrua da mão de obra. Ademais, entre os celetistas, há outras despesas, a exemplo das decorrentes dos custos com horas extras e/ou contratação temporária de substitutos (SOUZA et al, 2014).

No quadro 2, apresentamos as principais causas de absenteísmo dos trabalhadores de enfermagem de acordo com o Código de Identificação da Doença (CID-10) constante nos atestados médicos cadastrados na planilha do serviço de Saúde Ocupacional da unidade.

| CAUSAS DO ABSENTEÍSMO | 2012 | 2013 | 2014 |
|------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| LER / DORT | 30 | 127 | 143 |
| Doenças gastrointestinais | 13 | 21 | 57 |
| Doenças respiratórias | 08 | 06 | 6 |
| Ameaça de aborto | 9 | - | - |
| Acompanhamento de familiar | - | 22 | 59 |
| Sem registro do CID | 36 | 78 | 117 |

Quadro 2 - Determinantes de absenteísmo dos trabalhadores de enfermagem de acordo com o CID-10. Jequié, BA, Brasil, 2012-2014.

Fonte: Serviço de Saúde Ocupacional do Hospital Geral Prado Valadares

Em relação às causas de absenteísmo, as doenças osteomusculares (LER/DORT) foram identificadas como uma das principais causas de absenteísmo nos anos pesquisados, corroborando os resultados de outros estudos nacionais (GONÇALVES et al, 2015; BELEZA, et al 2013; SOUZA et al, 2014). Outros motivos de afastamento por licença de saúde foram doenças respiratórias, gastrointestinais, ameaça de abortamento e licença para acompanhamento de familiares, principalmente em 2014.

Considerando as causas de afastamento, os profissionais de saúde acreditam que as afecções respiratórias podem ser provocadas por alterações climáticas ou baixa resistência imunológica. Nota-se que raramente estas patologias são relacionadas à sobrecarga/condições inadequadas de trabalho, à má alimentação e aos fatores de risco laborais em geral. Acredita-se, também, que problemas digestivos, como a gastrite nervosa, podem ser consequência do ambiente laboral estressante, em especial em ambiente hospitalar, onde é comum o deficit de recursos materiais e humanos (MACHADO, 2014; SANTANA et al, 2016).

Nos serviços onde a lógica neoliberal predomina, os trabalhadores da enfermagem recebem salários abaixo do valor do mercado, trabalhando em condições desfavoráveis e sob constante pressão para aumento da produção que aliada à jornada excessiva contribue para a sobrecarga, esgotamento físico/emocional, favorecendo o desenvolvimento de doenças relacionadas ao trabalho (SOUZA et al, 2014).

Ademais, quanto maior a jornada de trabalho no ambiente hospitalar, maior será a exposição dos trabalhadores às cargas e riscos inerentes à profissão. Assim, os profissionais de enfermagem são mais vulneráveis ao adoecimento, apresentando perfis diferenciados da população em geral, pois se encontram mais propensos a adoecer ou morrer por causas relacionadas ao trabalho e pela exposição inerente à atividade laboral (MACHADO et al, 2014).

Cabe ressaltar as especificidades do trabalho em saúde em que a tecnologia, por não substituir a força de trabalho, acaba caracterizando-se por uma intensificação

da mão de obra (POZ, 2013). Essa questão evidencia-se muito nos hospitais, quando novos equipamentos são introduzidos, exigindo dos profissionais mais qualificação e conseqüentemente intensificando o ritmo de trabalho.

Tal problemática retrata o cenário atual no qual se evidencia a precariedade dos ambientes hospitalares públicos brasileiros, com carência qualitativa e quantitativa de recursos humanos e materiais. Verifica-se, então, uma variedade de conseqüências negativas para a dimensão subjetiva dos trabalhadores²⁵.

Este cenário, que possui reflexos no processo saúde-doença dos trabalhadores, contribui para o aumento do absenteísmo, isto porque, em geral, “as instituições hospitalares normalmente focam a sua prioridade [...] no atendimento ao doente, muitas vezes se esquecendo da saúde dos profissionais que executam o trabalho” (MARQUES et al, 2015, p.881).. Por isso, é importante que as organizações adotem políticas e ações de saúde que tenham o trabalhador como foco, com vistas a garantir a promoção da saúde e a prevenção de agravos ocupacionais, reduzindo, assim, o absenteísmo e assegurando a qualidade da assistência prestada ao paciente.

CONCLUSÃO

As repercussões do absenteísmo no processo de trabalho têm sido apontadas de forma crítica por especialistas que abordam a problemática, inclusive sua representação nos custos para a instituição, fato que implica diretamente na qualidade do cuidado prestado ao paciente.

A partir dos resultados, constatou-se que, com relação ao vínculo empregatício, 88,7% dos trabalhadores ausentes ao trabalho eram estatutários e 11,3% regidos pela CLT. Destes, 63,5% tinham jornada de trabalho de 30 horas semanais, enquanto que 25,1% possuíam jornada de 40 horas semanais.

Comparando-se os três anos de avaliação dos afastamentos por licença médica, observou-se que, embora tenha havido redução dos atestados em 2014, a taxa de absenteísmo entre os enfermeiros foi de 44,8%, enquanto que os técnicos de enfermagem tiveram uma taxa de 38,8%. Todavia, 57 servidores apresentaram atestados várias vezes no mesmo ano. As principais causas dos afastamentos foram as LER/DORT, seguidas das doenças gastrointestinais e respiratórias. Esta análise ficou prejudicada dado que 16% dos atestados médicos não continham o CID-10.

Nesse contexto, as causas do absenteísmo estão relacionadas às características do processo do trabalho como a desorganização e o ritmo laboral intenso, más condições de trabalho, bem como a política organizacional inadequada.

Ademais, evidenciou-se que fatores externos ligados à política de saúde governamental, que geraram a demanda reprimida de atendimento na atenção básica

e o fechamento de três unidades hospitalares, contribuíram para a superlotação da unidade e conseqüente sobrecarga dos trabalhadores de enfermagem.

Supõe-se que questões relacionadas à organização do trabalho hospitalar como o subdimensionamento de pessoal de enfermagem, o enxugamento do quadro de pessoal, as aposentadorias sem reposição, o não preenchimento de vagas remanescentes de concurso público, além da implantação do ponto eletrônico, podem ter agravado o quadro de absenteísmo entre os trabalhadores de enfermagem. Estes fatores aumentam o ritmo e a intensidade do trabalho, determinando, assim, o adoecimento com repercussões no aumento do absenteísmo.

Nota-se que o perfil de adoecimento destes trabalhadores encontra-se em consonância com outros estudos dispostos na literatura, com predominância das LER/DORT, que estão associadas à natureza do trabalho da enfermagem, com grande exposição à sobrecarga física e emocional.

Considera-se como limitação do estudo o fato de pesquisas quantitativas não conseguirem dar conta da compreensão de fenômenos complexos, como a relação trabalho e saúde, não sendo possível a generalização dos resultados, uma vez que a instituição escolhida possui características próprias em relação a outras do mesmo tipo.

O processo de reestrutura produtiva atual, presente também no Brasil, precariza as condições de trabalho, que, associadas às inovações tecnológicas nos hospitais, ampliam os riscos de adoecimento, sobretudo, aumentando o escopo de ações da enfermagem, sobrecarregando o trabalhador e potencializando os riscos de adoecimento.

Acredita-se que este estudo contribui para o conhecimento científico da relação trabalho e saúde por estabelecer a conexão lógica entre organização do trabalho e absenteísmo, inclusive por trazer subsídios à elaboração de futuras pesquisas empíricas para abordar esta temática a partir da percepção dos trabalhadores de enfermagem.

REFERÊNCIAS

ABREU, R. M. D.; GONÇALVES, R. M. D. A.; SIMÕES, A. L. A. **Motivos atribuídos por profissionais de uma Unidade de Terapia Intensiva para ausência ao trabalho.** Rev. bras. enferm. [Internet] 2014; v. 67, n. 3. [acesso em 21 jan 2017]. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n3/0034-7167-reben-67-03-0386.pdf>. DOI 10.5935/0034-7167.20140051.

ALENCAR, M. C. B., OTA; N. H. O afastamento do trabalho por LER/DORT: repercussões na saúde mental. Rev. Ter. Ocup. Univ. USP. [Internet] 2011; v. 22, n.1. [acesso em 11 fev 2017]. Disponível:<http://revistas.usp.br/rto/article/view/14121>.DOI<http://dx.doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v22i1p60-67>.

ANTUNES, R. **A nova morfologia do trabalho e as formas diferenciadas da reestruturação produtiva no Brasil dos anos 1990.** Sociol. Rev. Facul. Let. Univ. Porto. [Internet] 2014; v. 27.

[acesso em 20 fev 2017]. Disponível: <http://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/12436.pdf>.

ANTUNES, R. (Org.). **Riqueza e miséria do trabalho no Brasil III**. São Paulo: Boitempo, 2014.

BELEZA, C. M. F. et al. **Riscos ocupacionais e problemas de saúde percebidos por trabalhadores de enfermagem em unidade hospitalar**. *Ciencia y enfermería*. [Internet] 2013; v. 19, n. 3. [acesso em 21 jan 2017]. Disponível: http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v19n3/art_08.pdf.

Brasil. Diário do Ministério Público Federal - Eletrônico Caderno Extrajudicial Dmpf-e nº 188/2014. Publicação: 13 de outubro de 2014.

CARDOSO, A. C. M. **O trabalho como determinante do processo saúde-doença**. *Tempo Social; Rev.Sociol.USP*. [Internet] 2015; v. 27, n. 1. [acesso em 04 fev 2017]. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/ts/v27n1/0103-2070-ts-27-01-00073.pdf>.

CARVALHO, A. M. de. **O impacto da tecnologia no mercado de trabalho e as mudanças no ambiente de produção**. *Evidência*. [Internet] 2010; v. 6, n. 6. [acesso em 22 jan 2017]. Disponível: <http://www.uniaraxa.edu.br/ojs/index.php/evidencia/article/view/215/201>.

CAMPOS, J. F.; DAVID, H. M. S. L.; SOUZA, N. V. D. O. **Prazer e sofrimento: avaliação de enfermeiros intensivistas à luz da psicodinâmica do trabalho**. *Esc. Anna Nery*. [Internet] 2014; v. 18, n. 1. [acesso em 17 jan 2017]. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000100090&lng=en. DOI <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20140013>.

FRANCO, T.; DRUCK, G.; SELIGMANN-SILVA, E. **As novas relações de trabalho, o desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais no trabalho precarizado**. *Rev. bras. saúde ocup.* [Internet] 2010; v. 35, n. 122. [acesso em 21 jan 2017]. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0303-76572010000200006&script=sci_abstract&tling=pt. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/S0303-76572010000200006>.

GONÇALVES, F. G. A. et al. **Impactos do neoliberalismo no trabalho hospitalar de enfermagem**. *Texto Contexto Enferm.* [Internet] 2015; v. 24, n. 3. [acesso em 21 jan 2017]. Disponível: http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n3/pt_0104-0707-tce-24-03-00646.pdf. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015000420014>.

MACHADO, L. S. DE F., et al. **Agravos à saúde referidos pelos trabalhadores de enfermagem em um hospital público da Bahia**. *Rev. bras. enferm.* [Internet] 2014; v. 67, n. 5. [acesso em 05 fev 2017]. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n5/0034-7167-reben-67-05-0684.pdf>. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2014670503>.

MAGALHÃES, N. A. C., et al. **O absenteísmo entre trabalhadores de enfermagem no contexto hospitalar**. *Rev. enferm. UERJ*. [Internet] 2011; v. 19, n.2. [acesso em 19 jan 2017]. Disponível: <http://www.facenf.uerj.br/v19n2/v19n2a09.pdf>.

MANDARINI, M. B.; ALVES, A. M.; STICCA, M. G.. **Terceirização e impactos para a saúde e trabalho: uma revisão sistemática da literatura**. *Rev. Psicol. Organ. Trab.* [Internet] 2016; v. 16, n. 2. [acesso em 05 fev 2017]. Disponível: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpot/v16n2/v16n2a04.pdf>. DOI [10.17652/rpot/2016.2.661](http://dx.doi.org/10.17652/rpot/2016.2.661).

MARQUES, D. O., et al. **Absenteísmo – Doença da equipe de enfermagem de um hospital universitário**. *Rev. bras. enferm.* [Internet] 2015; v. 68, n.5. [acesso em 11 fev 2017]. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n5/0034-7167-reben-68-05-0876.pdf>. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680516>.

MONTEIRO, J. K. **Sofrimento psíquico de trabalhadores de unidade de terapia intensiva**. *Rev. Psicol.* [Internet] 2012; v. 12, n. 2. [acesso em 23 jan 2017]. Disponível: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-66572012000200009.

POZ, M. R. D; PERANTONI, C. R; GIRARDI, S. **Formação, mercado de trabalho e regulação da força de trabalho em saúde no Brasil.** [Internet] 2013. A saúde no Brasil em 2030: organização e gestão do sistema de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Previdência da República, v.3. [acesso em 16 fev 2017]. Disponível: <http://books.scielo.org/id/98kjlw>.

SANTANA, L. L. et al. **Indicadores de saúde dos trabalhadores da área hospitalar.** Rev. bras. enferm. [Internet] 2016; v. 69, n. 1. [acesso em 11 fev 2017]. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000100030. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690104i>.

SOUZA, N. V. D. O. et al. **Acumulação flexível do capital e o trabalho em enfermagem: revisão integrativa.** Rev. Enf. Profissional. [Internet] 2014; v. 1, n. 1. [acesso em 05 jan 2017]. Disponível: <http://www.seer.unirio.br/index.php/enfermagempofissional/article/view/3173>.

UMANN, J. et al. **Absenteísmo na equipe de enfermagem no contexto hospitalar.** Cienc. cuid. saude. [Internet] 2011; v. 10, n. 1. [acesso em 19 jan 2017]. Disponível: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/11867>. DOI: 10.4025/cienccuidsaude.v10i1.11867.

BURNOUT NA EQUIPE DE ENFERMAGEM NO AMBIENTE HOSPITALAR

Data de aceite: 25/11/2019

Potiguara de Oliveira Paz

Doutor em enfermagem. E-mail: potiguarapaz@yahoo.com.br

Lauana Gottens Del Sent

Enfermeira na Estratégia de Saúde da Família no município Coronel Domingos Soares, Paraná, Brasil. E-mail: lauanaxd@hotmail.com

Dagmar Elaine Kaiser

Doutora em enfermagem. Professora Associada da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: dagmar@enf.ufrgs.br

Trabalho de conclusão de curso apresentado no Curso de Enfermagem do Instituto Federal do Paraná (IFPR), Palmas, Paraná, Brasil.

RESUMO: Objetivo: identificar na produção científica nacional os riscos para *Burnout* na equipe de enfermagem no ambiente hospitalar. Métodos: estudo de revisão integrativa que abordou os três fatores desencadeantes da Síndrome: exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal. Das produções científicas buscadas entre 2009-2015, na base de dados da *SciELO*, foram selecionados quatro artigos, considerando os

critérios de inclusão e exclusão. Resultados: dos 72 artigos encontrados, foram selecionados para análise 11 artigos para a leitura completa dos textos, sendo descartados sete artigos e incluídos quatro estudos que abordavam os riscos para *Burnout* na equipe de enfermagem no ambiente hospitalar. Na sequência os artigos selecionados no estudo formaram a discussão da análise baseada nos três fatores desencadeantes da síndrome de *Burnout*: exaustão emocional; despersonalização; redução da realização pessoal e profissional. Considerações finais: o estudo mostrou que as estratégias organizadas pelas instituições hospitalares para minimizar os fatores da síndrome diminuem o estresse laboral, sendo a prevenção à maneira mais eficaz para evitar o desenvolvimento de *Burnout* na equipe de enfermagem.

PALAVRAS-CHAVE: Esgotamento Profissional; Estresse Psicológico; Saúde do Trabalhador; Hospitais.

ABSTRACT: Objective: To identify in the national scientific production the risks for *Burnout* in the nursing team in the hospital environment. Methods: an integrative review study that approached the three triggering factors of the syndrome: emotional exhaustion,

depersonalization and personal fulfillment. From the scientific productions searched between 2009-2015, in the SciELO database, four articles were selected, considering the inclusion and exclusion criteria. Results: From the 72 articles found, were selected 11 articles for full reading, being discarded seven articles were discarded and four studies were included that approached the risks of Burnout in the nursing team in the hospital environment. In sequence the articles selected in the study formed the discussion of the analysis based on the three triggering factors of Burnout syndrome: emotional exhaustion; depersonalization; reduction of personal and professional achievement. Final considerations: The study showed that strategies organized by hospital institutions to minimize the factors of the syndrome reduce work stress, being the prevention is the most effective way to prevent the development of Burnout in the nursing team.

KEYWORDS: Burnout, Professional; Stress, Psychological; Occupational Health; Hospitals.

INTRODUÇÃO

Este capítulo de livro resulta de estudo que buscou estudar *Burnout* na equipe de enfermagem em ambiente hospitalar, haja vista a complexidade da prática profissional e os riscos ocupacionais presentes. Dentre estes, pode-se citar o contato com substâncias, compostos ou produtos químicos em geral, a exposição aos riscos biológicos permanentes, a sobrecarga osteomuscular relacionada ao esforço físico recorrente no levantamento e transporte manual de peso, as posturas físicas impróprias, o trabalho noturno, ou mesmo as situações causadoras de estresse psíquico como o trabalho em equipe (SANTOS, 2009).

A saúde do trabalhador consiste em compreender as relações entre trabalho e saúde frente ao adoecimento dos trabalhadores e os fatores de riscos presentes no ambiente de trabalho, sendo a determinação social do trabalho diretamente relacionada ao processo produtivo. Nesse aspecto, o trabalhador de enfermagem, que presta assistência à saúde, de uma forma direta ou indireta, preocupa-se com o cuidado do usuário, o que reporta à exposição aos riscos ocupacionais (SANTOS, 2009).

Ainda vale ressaltar a relevância da saúde do profissional na equipe de enfermagem, no serviço hospitalar, para a garantia na qualidade da assistência, sendo que ausência de controle emocional e estresse interferem no nível de atenção dos cuidados básicos diários aos usuários sob sua responsabilidade. Além disso, conhecer a manifestação do estresse ocupacional nas equipes de enfermagem permite compreender alguns problemas decorrentes do trabalho, como a insatisfação profissional, a baixa produtividade do trabalho, os acidentes e algumas doenças

ocupacionais decorrentes da estrutura organizacional.

Burnout trata-se de um conjunto de sinais e sintomas compostos de diferentes aspectos em resposta ao *stress* laboral crônico, envolvendo três fatores principais. O primeiro deles, *exaustão emocional*, refere-se à falta de energia e recursos emocionais e físicos para lidar com as diferentes situações de trabalho; o segundo fator, chamado *despersonalização*, ocorre uma verdadeira transformação negativa da relação do profissional com o usuário do serviço e seus colegas de trabalho, sentimentos como indiferença, ironia e cinismo são desenvolvidos pelo trabalhador em relação ao outro, culminando no endurecimento afetivo. O terceiro e último fator, *redução da realização pessoal e profissional*, diz respeito à insatisfação por parte do profissional, influenciando o desempenho de suas atividades, este trabalhador não acredita em sua capacidade de trabalho, o que traz à tona sentimentos de baixa autoestima, desmotivação, dentre outros (CARVALHO; MALAGRIS, 2007).

Além disso, os fatores de estresse e *Burnout* estão interligados, manifestando *exaustão energética*, *sentimento de fracasso*, *exaustão emocional*, *despersonalização*, *falta de envolvimento no trabalho*, *sentimento de esgotamento emocional*.

Cabe ressaltar que o trabalho não é apenas fonte de estresse e sofrimento, pois é através do trabalho que o indivíduo constrói sua identidade social, no qual é preciso estabelecer uma relação social, relação esta construída no trabalho em que o trabalhador precisa sentir-se reconhecido perante o outro, sendo este reconhecimento fundamental no prazer e na identidade profissional (DEJOURS, 2004). E mais, Nogueira *et al.* (2018) avultam que a Síndrome de *Burnout* depende da suscetibilidade individual e do ambiente em que o profissional está inserido, incluindo desde o local de trabalho diário até a sociedade a qual a pessoa pertence.

A preocupação com as doenças relacionadas ao trabalho surgiu através das greves gerais na época da Revolução Industrial na Inglaterra, tendo como marco a modernização, sendo implantadas máquinas de trabalho. E, com isso, veio a improvisação na linha de produção, sem restrições para trabalhadores, surgindo diversos problemas ocupacionais. Os acidentes de trabalho decorrentes foram numerosos, em virtude do uso de maquinário com falta de qualquer tipo de proteção e a ausência de medidas de segurança. Os registros históricos, inclusive, informam mortes principalmente em crianças. Não existia um limite na jornada de trabalho, os locais de trabalho eram pouco ventilados, os ruídos das máquinas muito altos, dificultando a comunicação entre os trabalhadores. As doenças ocupacionais aumentavam ao mesmo tempo em que as doenças infectocontagiosas se disseminavam com facilidade entre os trabalhadores pelas más condições dos locais de trabalho e grande concentração de trabalhadores. Esta situação mobilizou o parlamento britânico a fundar uma comissão de Inquérito e, em 1802, foi aprovada a primeira lei em saúde dos trabalhadores (DEJOURS, 1992).

O movimento operário desenvolveu suas ações para a melhoria das condições de vida, duração da jornada de trabalho, férias, aposentadorias e salários. Na mobilização social dos trabalhadores, as palavras de ordem referiam a movimentos de prevenção de acidentes, luta contra as doenças, direito dos cuidados médicos e à saúde do corpo, como pontos de impacto da exploração. As reivindicações da classe operária decisivamente voltaram-se à luta pela melhoria das condições de trabalho, pela segurança dos trabalhadores, pela higiene e pela prevenção das doenças ocupacionais (DEJOURS, 1992).

No Brasil, o Ministério do Trabalho e Emprego regulamentou a saúde e segurança no trabalho por meio das Normas Regulamentadoras (NR), sendo responsável pela inspeção prévia e do embargo ou interdição: dos órgãos de segurança e de medicina do trabalho nas empresas; do equipamento de proteção individual (EPI); das medidas preventivas de medicina do trabalho; das edificações; da iluminação; conforto térmico; das instalações elétricas; da movimentação, armazenagem e manuseio de materiais; das máquinas e equipamentos; das caldeiras, fornos e recipientes sob pressão; das atividades insalubres ou perigosas; da prevenção da fadiga; das outras medidas especiais de proteção (CARVALHO, 2001).

Com a finalidade de tratar da segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde, a NR-32 estabelece diretrizes básicas para implementação de medidas de segurança para a proteção da saúde dos trabalhadores em estabelecimentos que prestam assistência em saúde, extensivo ao âmbito hospitalar (CUNHA; MAURO, 2010).

É nos hospitais que se encontra o maior contingente de profissionais de enfermagem, expondo-se a uma série de situações, atividades e fatores de risco que, não raras vezes, podem causar acidentes de trabalho ou doenças ocupacionais. Lembram Pantoja *et al.* (2017) que o *Burnout* é um problema do mundo do trabalho e que nasce a partir da exploração do trabalhador pelo capital. Dessa forma, são importantes o engajamento e a militância política dos profissionais de enfermagem visando ao fortalecimento da classe, para que seja possível auferir conquistas coletivas, garantindo sua saúde tanto física quanto mental no trabalho.

Neste sentido, os riscos ocupacionais têm origem nas atividades insalubres e perigosas, aquelas cuja natureza, condições ou métodos de trabalho, bem como os mecanismos de controle sobre os agentes biológicos, químicos, físicos e mecânicos do ambiente hospitalar podem provocar efeitos adversos à saúde dos profissionais (MAURO *et al.*, 2004).

Ainda, as mudanças tecnológicas, introduzidas no processo produtivo, possibilitaram o aumento da produtividade das empresas e, conseqüentemente, os lucros, trazendo impactos à saúde do trabalhador. Além disso, ressaltaram às

consequências psíquicas nos trabalhadores geradas por mudanças implementadas na rotina do trabalho.

Surge, assim, o termo *Burnout*, designando aquilo que deixou de funcionar por exaustão energética, expresso por meio de um sentimento de fracasso, por um excessivo desgaste de energia física e psíquica relacionado à sobre carga de trabalho (MUROFUSE; ABRANCHES; NAPOLEÃO, 2005).

Burnout, entretanto, não deve ser confundido com o estresse. No *Burnout* estão envolvidas atitudes e condutas negativas com relação aos pacientes/clientes, organização e trabalho. O *Burnout* ocorre quando o lado humano do trabalho não é considerado. Já, no estresse, não estão envolvidos essas atitudes e condutas, trata-se apenas de um esgotamento pessoal que tem interferência na vida do indivíduo e não necessariamente na sua relação com o trabalho.

O ambiente de trabalho hospitalar é adequado para as ações de educação permanente em saúde, pois é o espaço que o trabalhador passa grande parte do dia, sendo importante receber orientações voltadas para a promoção e proteção à saúde. É de grande importância que seja oferecido ao trabalhador a oportunidade de refletir amplamente sobre a sua saúde e a sua qualidade de vida no trabalho. Sendo assim, promover a saúde no trabalho gera condições gratificantes, agradáveis, seguras e estimulantes ao profissional de enfermagem. Ao se articular promoção da saúde e trabalho busca-se um instrumento poderoso para que a saúde do trabalhador possa integrar-se nas políticas públicas de saúde e da enfermagem, por meio de sua inserção, procurando mostrar que os problemas de saúde nessa área dizem respeito também à sociedade (CAVALCANTE et al., 2008).

Corroboram Nogueira *et al.* (2018) que ampliar a compreensão dos fatores associados a essa síndrome é importante para a busca de estratégias para a sua prevenção com benefícios para a saúde do trabalhador e a qualidade e segurança do cuidado.

Diante o até aqui exposto, objetivou-se identificar na produção científica nacional os riscos para *Burnout* na equipe de enfermagem no ambiente hospitalar.

METODOLOGIA

Este estudo tem como abordagem metodológica uma revisão integrativa em base de dados de publicações sobre os riscos para *Burnout* na equipe de enfermagem no contexto hospitalar.

A revisão integrativa é um método de pesquisa que possibilita a síntese de conhecimento, bem como conhecer as lacunas a serem preenchidas com a realização dos novos estudos. Além disso, esse método oportuniza a síntese de vários estudos

múltiplos publicados, possibilitando maior abrangência sobre uma determinada área de estudo. Desse modo, é um método muito utilizado e valioso para a enfermagem no aumento do conhecimento sobre determinado assunto (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A revisão integrativa é composta por etapas: na primeira etapa ocorre a identificação do tema e a seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração da revisão; na segunda etapa ocorre o estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos e busca na literatura; já na terceira etapa define-se informações a serem extraídas dos estudos selecionados; na quarta etapa realiza-se a avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; na quinta etapa representa a interpretação dos resultados (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Desta forma, a revisão integrativa trata de ferramenta fundamental no processo de comunicação dos resultados de pesquisa, pois possibilita síntese do conhecimento já produzido e fornece subsídios para a identificação dos riscos para *Burnout*.

Na primeira etapa, foi questão norteadora: Quais os riscos para o *Burnout* na equipe de enfermagem em ambiente hospitalar?

A base de dados usada foi *Scientific Electronic Library Online (SciELO)*. Utilizando-se os Descritores em Ciências da Saúde (Decs) “esgotamento profissional”, que possui como sinônimo *Burnout*, “estresse psicológico”, “saúde do trabalhador” e “hospital”.

Na segunda etapa, foram critérios de inclusão estudos brasileiros relacionados a riscos para *Burnout*, estresse ocupacional em profissionais de enfermagem no serviço hospitalar, disponibilizados entre os anos de 2009-2015, no idioma português. Os critérios de exclusão constituíram em teses e dissertações e, também, em estudos sobre *Burnout* em profissionais da área da saúde que não estejam relacionados à enfermagem no contexto hospitalar. Os estudos repetidos foram selecionados apenas uma vez.

Na terceira etapa, extraíram-se dos artigos selecionados as informações sobre os riscos para *Burnout* na equipe de enfermagem no ambiente hospitalar e os três fatores desencadeantes da Síndrome de *Burnout*.

Na quarta etapa foi balizada a avaliação dos artigos incluídos considerando os quatro descritores “esgotamento profissional”, “estresse psicológico”, “saúde do trabalhador” e “hospital”, utilizando o operador booleano AND. Nesses critérios foram encontrados 72 artigos para leitura dos resumos. Na sequência foram selecionados 11 artigos para a leitura completa dos textos. Sendo descartados sete artigos e incluídos quatro estudos que abordavam os riscos para *Burnout* na equipe de enfermagem no ambiente hospitalar.

Na quinta etapa procedeu-se a análise dos artigos selecionados por meio da discussão dos três fatores desencadeantes da Síndrome de *Burnout*.

RESULTADOS

A amostra final constituiu-se de quatro artigos publicados nos anos de 2009, 2011, 2012 e 2014 e que abordavam os riscos para *Burnout*.

A base de dados *SciELO* disponibilizou as publicações na íntegra, tendo por base a busca pelos descritores pesquisados. Deste modo, os descritores “esgotamento profissional” e “saúde do trabalhador” foram citados nos estudos incluídos, sendo o descritor “estresse psicológico” encontrado em apenas um deles. O descritor “hospital” não reportou a publicações na área.

A apresentação dos resultados sobre o risco para *Burnout* nos profissionais de enfermagem permitiu identificar as principais peculiaridades de cada artigo e suas contribuições para a identificação dos riscos para a síndrome de *Burnout*.

O quadro 1 apresenta o delineamento metodológico que deu origem ao conhecimento sobre os riscos para a síndrome de *Burnout* em uma equipe de enfermagem.

| Artigo | Metodologia | Objetivo |
|-----------------------------------|---------------------------------|---|
| 1. JODAS; HADDAD (2009) | Estudo quantitativo descritivo | Investigar os sinais e sintomas de <i>Burnout</i> , correlacionando-os com fatores preditores. |
| 2. MENEGHINI; PAZ; LAUTERT (2011) | Estudo quantitativo transversal | Identificar os fatores ocupacionais associados aos três componentes da Síndrome de <i>Burnout</i> nos trabalhadores de enfermagem que atuam em assistência hospitalar. |
| 3. GALINDO et al. (2012) | Estudo quantitativo transversal | Identificar a ocorrência de <i>Burnout</i> , detalhando as três dimensões da Síndrome, alguns fatores sócio demográficos e as condições do trabalho que lhes são associados entre enfermeiros de Hospital geral do nível terciário de atenção, na cidade do Recife. |
| 4. CAMPOS; DAVID; SOUZA (2014) | Estudo quantitativo descritivo | Analisar, mensurar e avaliar os riscos de adoecimento relacionados ao trabalho do enfermeiro de UTI, a partir da escala de indicadores de prazer e sofrimento no trabalho, na perspectiva da saúde do trabalhador. |

O quadro 1 - Delineamento metodológico dos artigos pesquisados e objetivo.

Fonte: dados da pesquisa.

A seguir, no quadro 2, apresentam-se as contribuições dos autores sobre os riscos para *Burnout* na equipe de enfermagem.

| Artigos | Contribuições para a identificação dos riscos da síndrome de <i>Burnout</i> em profissionais de enfermagem |
|--|--|
| 1. JODAS; HADDAD (2009) | <p>Na realização deste estudo um enfermeiro apresentou manifestações de <i>Burnout</i>. Outro fator importante é que mulheres trabalhadoras de enfermagem apresentam maior suscetibilidade de exaustão emocional. Os profissionais que obtiveram menor risco para a manifestação do <i>Burnout</i> são os que possuem maturidade profissional e maior domínio e situações estressoras, essas características não são desencadeantes do fenômeno, mas facilitadoras ou inibidoras da ação dos agentes de estresse. Cerca de 33,4% da população estudada referiu desenvolver mais atividades do que sua capacidade, o que pode desencadear sobrecarga de trabalho e tensão ocupacional nos trabalhadores de enfermagem. Com o excesso de trabalho pode ser produzido gradativamente à exaustão emocional, criativa ou física, sendo assim se o trabalho for considerado estressante os riscos de <i>Burnout</i> estarão presentes. O número reduzido de profissionais de enfermagem está diretamente relacionado ao excesso de trabalho, além disso, a insatisfação com o salário desmotiva, levando os profissionais de enfermagem a possuir outro vínculo empregatício, aumentando sua carga de trabalho mensal.</p> |
| 2. MENEGHINI; PAZ; LAUTERT, (2011) | <p>O estudo baliza que a Síndrome de <i>Burnout</i> decorre de altos níveis de tensão e desgaste no trabalho que, por sua vez, influenciam as atitudes no enfrentamento das situações de conflito. É importante destacar que a maioria dos profissionais identificou tanto a sobrecarga de trabalho quanto a existência de conflitos entre os valores interpessoais geradores de estresse, e a possibilidade de progresso e recompensas como fator de proteção contra o estresse, o que merece atenção dos gestores responsáveis pelo serviço de enfermagem.</p> |
| 3. GALINDO et al. (2012) | <p>Neste artigo, <i>Burnout</i> é resultante de um nível alto de exaustão emocional, despersonalização e baixo nível em realização pessoal no trabalho. Foi encontrado baixo risco de <i>Burnout</i> entre os enfermeiros avaliados com relação à variável realização pessoal no trabalho, no entanto os riscos encontrados estavam presentes em relação à exaustão emocional e despersonalização, indicando forte propensão para o desenvolvimento da síndrome. O <i>Burnout</i> se revela quando há superposição de exaustão emocional e despersonalização que conduzem ao sentimento de baixa realização pessoal no trabalho.</p> |
| 4. CAMPOS; DAVID; SOUZA (2014) | <p>O estudo contribui para uma melhor compreensão da subjetividade impressa no trabalho de enfermagem, sendo importante analisar a natureza psicossocial do trabalho e a necessidade de introduzir essa perspectiva na elaboração de políticas públicas de segurança e saúde no trabalho, as quais as discussões ainda se limitam sobre questões físicas e ergonômicas do trabalho e suas repercussões na saúde dos profissionais, sendo que a saúde no trabalho vai além desses aspectos.</p> |

Quadro 2 - Contribuições para a identificação dos riscos da síndrome de *Burnout* em profissionais de enfermagem

Fonte: dados da pesquisa.

DISCUSSÃO

Os trabalhadores de enfermagem encontram-se diariamente submetidos a fatores de estresse laboral, fatores estes que estão associados com a síndrome de *Burnout*. A exaustão emocional é resultado da sobrecarga de trabalho, salários insatisfatórios e pouca valorização profissional, com isso os profissionais buscam

empregos em duas ou mais instituições, decorrendo o aumento da carga horária mensal em múltiplas jornadas de trabalho, conflitos com colegas e em algumas vezes com a própria instituição muitas vezes acarretam o sentimento de injustiça nas relações e a falta de motivação para o trabalho (JODAS; HADDAD, 2009; CAMPOS; DAVID; SOUZA, 2014).

Galindo *et al.* (2012) destacam em seu estudo que a exaustão emocional é o desgaste ou perda dos recursos emocionais, levando a falta de entusiasmo, frustrações no trabalho e tensões. A ligação de eventos negativos do *Burnout* começa com o cansaço e o desgaste físico e mental, causando no profissional a exaustão emocional.

Os fatores relacionados à *Burnout*, dentro do esgotamento profissional, dizem respeito às situações de frustração, insegurança, inutilidade, desgaste e estresse no trabalho. Esse conjunto de fatores reflete o sofrimento no trabalho, desencadeando um sentimento de medo como uma estratégia defensiva (CAMPOS; DAVID; SOUZA, 2014).

A sobrecarga de trabalho foi um dos componentes mais apontados nos artigos estudados, como fator que ocasiona manifestações ao *Burnout*. Além disso, sobrecarga de trabalho diz respeito também à quantidade quanto à qualidade das excessivas demandas de tarefas, evidenciando que a enfermagem hospitalar é uma profissão com número de demandas elevadas.

Os artigos estudados apontam que são as mulheres e os profissionais de enfermagem com tempo inferior a cinco anos de profissão que têm tendência de apresentar níveis altos de exaustão emocional. A justificativa apontada pelos autores, com relação à propensão das mulheres em desenvolver *Burnout*, foi a necessidade de se levar em consideração que a equipe de enfermagem é composta em sua maioria por mulheres. Quanto ao fator de tempo de trabalho está associado à maturidade profissional e o domínio de situações de estresse. Estas características não são desencadeantes da Síndrome *Burnout*, mas facilitadoras da exaustão emocional.

A despersonalização acontece quando o trabalhador adota uma atitude negativa no desenvolvimento do seu próprio trabalho, nas relações interpessoais negativas, na presença de conflitos com a equipe e em alguns casos até mesmo com a instituição, sendo acompanhada por ansiedade, irritabilidade e falta de motivação (MENEHINI; PAZ; LAUTERT, 2011; GALINDO *et al.*, 2012).

O trabalhador de enfermagem, quando insatisfeito com as suas atribuições, tende a distanciar-se da equipe de trabalho e dos pacientes como uma resposta para o enfrentamento da situação estressora (MENEHINI; PAZ; LAUTERT, 2011).

Em conformidade com os resultados encontrados, os profissionais que possuem até cinco anos de formação e que realizam constantemente tarefas com

muita rapidez, encontram-se suscetíveis à despersonalização, tendo como desfecho a insensibilidade emocional no ambiente de trabalho, o que resulta um cuidado mecanizado e relações interpessoais fragilizadas na equipe de enfermagem. Assim, o distanciamento emocional produzido ao longo do processo de despersonalização, é uma forma de enfrentamento do esgotamento emocional como um mecanismo de defesa.

A realização pessoal e profissional como risco para o desenvolvimento da Síndrome de *Burnout*. No entanto, essa realização é um componente da consolidação da Síndrome, como também pode tornar-se um fator protetor para o trabalhador de enfermagem não desenvolver *Burnout*.

Outro fator importante que chamou atenção nos resultados do estudo é a insatisfação profissional que está relacionada a situações de pacientes crônicos com difícil recuperação e o despreparo do profissional de enfermagem em lidar com a morte, podendo gerar sentimento de impotência e frustração. Na prática profissional, o atendimento de enfermagem é reconhecido pelo paciente quanto a sua importância, o que acarreta aos profissionais de enfermagem valor em sua autoestima, além disso, promove a realização pessoal no desempenho do trabalho (MENEZHINI; PAZ; LAUTERT, 2011; GALINDO et al., 2012).

A baixa realização profissional foi o terceiro fator identificado pelo estudo para o surgimento das manifestações associadas ao *Burnout*, sendo um elemento importante da síndrome, pois motiva um menor envolvimento do profissional de enfermagem com as atividades desenvolvidas no processo de trabalho, provocando a vontade de desistir (GALINDO et al., 2012). A falta de prestígio profissional reflete condições de injustiça, indignação e desvalorização devido à falta de reconhecimento no trabalho, originadas da falta de reconhecimento do esforço, falta de reconhecimento de desempenho, desvalorização, relações de indignidade, inutilidade, desqualificação, injustiça e discriminação (CAMPOS; DAVID; SOUZA, 2014).

Assim, da superposição da exaustão emocional e despersonalização resulta o sentimento de baixa realização pessoal e profissional em ambientes de trabalho hospitalar que apresentam aspectos desfavoráveis para a prática profissional, peculiaridade da Síndrome de *Burnout* e que por si só pode ser um alerta para a necessidade de identificar aspectos inadequados no ambiente de trabalho.

Destacam os resultados encontrados que a os riscos para *Burnout* na equipe de enfermagem no ambiente hospitalar deve ser estudada sob uma ótica interdisciplinar, na intenção de compreender o trabalho da enfermagem como um espaço de organização da vida social, em que os profissionais são sujeitos que pensam e agem sobre o trabalho. A psicodinâmica do trabalho torna-se, então, uma abordagem apropriada para desvendar as diferentes dinâmicas das situações

de trabalho da enfermagem e os possíveis agravos à saúde desses trabalhadores (CAMPOS; DAVID; SOUZA, 2014).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nas publicações analisadas, a Síndrome de *Burnout* em profissionais de enfermagem apresentou-se em diferentes níveis. Os autores ao depararem-se com a exaustão emocional e despersonalização, identificaram nesses profissionais de enfermagem indícios ao início do desenvolvimento da Síndrome. Vale ressaltar que se trata não apenas de um problema individual, mas uma questão psicossocial decorrente do ambiente de trabalho e do complexo contexto hospitalar em que os profissionais de enfermagem estiveram inseridos.

A discussão dos resultados ressalta certa vulnerabilidade da equipe de enfermagem para desenvolver *Burnout*, potencializada pela vivência de situações estressoras no ambiente hospitalar. Além disso, percebe-se que os fatores como o não reconhecimento e a ausência de incentivos ao desenvolvimento profissional, tornam os trabalhadores suscetíveis.

Ressalta-se a importância de uma melhor articulação entre a enfermagem e as políticas trabalhistas e de saúde a fim de minimizar os efeitos dessa condição desumanizada de trabalho que conduz os profissionais de enfermagem ao adoecimento, minimizando ambientes de exaustão emocional, despersonalização e redução da realização pessoal e profissional, condições favoráveis ao *Burnout*.

Importante advertir que os estudos apontaram que a maioria dos profissionais de enfermagem tem na sobrecarga de trabalho o fator gerador de estresse, além da profissão ser composta, em sua maioria, por mulheres.

A educação permanente em saúde surge como alternativa para promover a informação, a conscientização e a educação em serviço no ambiente hospitalar, visando desenvolver intervenções que minimizem os dois fatores, exaustão emocional e despersonalização, podendo fortalecer a realização pessoal e profissional da equipe de enfermagem, por meio de estratégias que possam reorganizar o processo de trabalho, diminuindo as fontes de estresse para minimizar os riscos da Síndrome de *Burnout* de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

Desta forma, o estudo agrega valor ao planejamento de medidas preventivas, com base em um plano de carreira e valorização profissional enquanto alternativas adotadas pelos hospitais para prevenir os três fatores principais da Síndrome de *Burnout*: exaustão emocional; despersonalização; redução da realização pessoal e profissional na equipe de enfermagem.

Por fim, não se pretendeu esgotar o tema, muito pelo contrário, espera-se

o aprofundamento do conhecimento para a análise da Síndrome de *Burnout* que possa auxiliar na construção de um debate crítico e comprometido com a realidade da enfermagem hospitalar do mundo do trabalho.

REFERÊNCIAS

CAMPOS, J. F.; DAVID, H. M. S. L.; SOUZA, N. V. D. O. Prazer e sofrimento: avaliação de enfermeiros intensivistas à luz da psicodinâmica do trabalho. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro: v. 18, n. 1, p. 90-95, 2014.

CARVALHO, L.; MALAGRIS, L. E. N. Avaliação do nível de stress em profissionais de saúde. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro: v. 7, n. 3, p. 570-582, 2007.

CARVALHO, G. M. **Enfermagem do Trabalho**. São Paulo: EPU Editora Pedagógica e Universitária, 2001.

CAVALCANTE C. A. A. et al. Promoção da saúde e trabalho: um ensaio analítico. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia: v. 10, n. 1, p. 241-248, 2008.

CUNHA, A. C; MAURO, M. Y. C. Educação continuada e a norma regulamentadora 32: utopia ou realidade na enfermagem? **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo: v. 135, n. 122, p. 305-313, 2010.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho: estudo da psicopatologia do trabalho**. São Paulo: Cortez Editora-Oboré, 1992.

DEJOURS, C. Subjetividade, trabalho e ação. **Revista Produção**, Florianópolis: v. 14, n. 3, p. 27-34, 2004.

GALINDO, R. H. et al. Síndrome de burnout entre enfermeiros de um hospital geral da cidade do Recife. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo: v. 46, n. 2, p. 420-427, 2012.

JODAS, D. A.; HADDAD, M. C. L. Síndrome de burnout em trabalhadores de enfermagem de um pronto socorro de hospital universitário. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo: v. 22, n. 2, p. 192-197, 2009.

MAURO, M. Y. C. et al. Riscos ocupacionais em saúde. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro: v. 12, p. 338-345, 2004.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis: v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008.

MENEZHINI, F.; PAZ, A. A.; LAUTERT, L. Fatores ocupacionais associados aos componentes da síndrome de burnout em trabalhadores de enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis: v. 20, n. 2, p. 225-233, 2011.

MUROFUSE, N. T.; ABRANCHES, S. S.; NAPOLEÃO, A. A. Reflexões sobre estresse e burnout e a relação com a enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 255-261, 2005.

NOGUEIRA, L. S.; SOUSA, R. M. C.; GUEDES, E. S.; SANTOS, M. A.; TURRINI, R. N. T.; CRUZ, D. A. L. M. Burnout and nursing work environment in public health institutions. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, n. 2, p. 336-342, 2018.

PANTOJA, F. G. B.; SILVA, M. V. S.; ANDRADE, M. A.; SANTOS, A. A. S. Avaliação do burnout em trabalhadores de um hospital universitário do município de Belém (PA). **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. esp., p. 200-214, 2017.

SANTOS, P. R. **Saúde do trabalhador no trabalho hospitalar**: metodologias integradas de avaliação de experiências dos espaços de intervenção em hospitais no estado do Rio de Janeiro. 2009. 175 f. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2009.

ESTRESSE OCUPACIONAL DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Data de aceite: 25/11/2019

Laryssa Veras Andrade

Universidade Estadual do Ceará, Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Fortaleza – Ceará.

Samuel Miranda Mattos

Universidade Estadual do Ceará, Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Fortaleza – Ceará.

Açucena Leal de Araújo

Universidade Estadual do Ceará, Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Fortaleza – Ceará.

Mairi Alencar de Lacerda Ferraz

Universidade Estadual do Ceará, Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Fortaleza – Ceará.

Sarah Ellen da Paz Fabricio

Universidade Estadual do Ceará, Enfermagem, Fortaleza – Ceará.

Lara Lídia Ventura Damasceno

Universidade Estadual do Ceará, Enfermagem, Fortaleza – Ceará.

Thereza Maria Magalhães Moreira

Universidade Estadual do Ceará, Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Fortaleza – Ceará.

desencadeante de problemas relacionados ao trabalho, de forma que as ordens psicofisiológicas não respondem às necessidades do indivíduo, tendendo ao desequilíbrio emocional e cognitivo. Diante disso, o objetivo desse trabalho foi analisar como se configura o estresse ocupacional na produção científica com profissionais de enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Foi realizada uma revisão integrativa nas bases de dados PUBMED, LILACS e Web of Science no período de outubro de 2016, tendo como pergunta norteadora: “Qual o conceito de estresse no trabalho da enfermagem presente na produção científica da área? Quais seus fatores intervenientes, sinais e sintomas?”. Por meio da equação de busca: *Burnout Professional AND Nursing team AND Intensive Care Units; Burnout Professional AND Nursing team; Burnout Professional AND Intensive Care Units*. Foram incluídos textos disponíveis na íntegra, publicados entre 2000 a 2016, em língua portuguesa, inglesa ou espanhola, que abordassem o estresse ocupacional da equipe de enfermagem na UTI; foram excluídos editoriais. Totalizando ao fim dez artigos, que versavam sobre os diversos fatores contribuintes para o estresse nos profissionais de enfermagem, tais como: gênero feminino, idade, jornada de

RESUMO: O estresse é um fator

trabalho duplo, sobrecarga, conflito de função, relacionamento interpessoal, satisfação com o trabalho, falta de autonomia e horas de sono, além de sinais e sintomas de estresse inferem alterações no estado físico e psicológico. Conclui-se ser necessário a instituição de estratégias para o enfrentamento do estresse nas práticas profissionais, visando agregar qualidade à vida do profissional e assistência de enfermagem.

PALAVRAS-CHAVE: Esgotamento profissional. Equipe de Enfermagem. Unidades de Terapia Intensiva.

OCCUPATIONAL STRESS OF NURSING PROFESSIONALS: AN INTEGRATIVE REVIEW

ABSTRACT: Stress is a triggering factor for work-related problems, so that psychophysiological orders do not respond to individual needs, tending to emotional and cognitive imbalance. Therefore, the objective of this study was to analyze how occupational stress is configured in the scientific production with nursing professionals of the Intensive Care Unit (ICU). An integrative review was performed in the PUBMED, LILACS and Web of Science databases in October 2016, with the guiding question: “What is the concept of stress in nursing work present in the scientific production of the area? What are your intervening factors, signs and symptoms? Through the search equation: Burnout Professional AND Nursing team AND Intensive Care Units; Burnout Professional AND Nursing team; Burnout Professional AND Intensive Care Units. Full texts available, published between 2000-2016, in Portuguese, English or Spanish, addressing the occupational stress of the ICU nursing staff; editorials were excluded. Totaling at the end ten articles, which dealt with the various factors contributing to stress in nursing professionals, such as: female gender, age, double working hours, overload, conflict of function, interpersonal relationship, job satisfaction, lack of autonomy and hours of sleep, as well as signs and symptoms of stress infer changes in physical and psychological state. It is concluded that it is necessary to establish strategies to cope with stress in professional practices, aiming to add quality to the professional’s life and nursing care.

KEYWORDS: *Occupational exhaustion. Nursing team. Intensive care units.*

1 | INTRODUÇÃO

O estresse constitui-se como um estado prolongado e constante de preocupação, alerta e ansiedade, podendo ser definido como um conjunto de reações do organismo a qualquer agressão de ordem física, psíquica e infecciosa. Esse processo é desencadeado quando fatores estressores, ou seja, situações que proporcionam adaptações para o enfrentamento do estresse, excedem os recursos pessoais e sociais do indivíduo (HINDLE, 1999; RODRIGUES *et al.*, 2013).

Acerca desse assunto, Zorzi *et al.* (2004), introduzem a teoria interacionista, que versa sobre a influência do meio ambiente sobre o indivíduo e como os estímulos externos podem provocar reações nas pessoas, como aumento da produção de hormônios como adrenalina e cortisol, produzindo alterações no ritmo cardíaco, níveis pressóricos, metabolismo e atividade física (HINDLE, 1999).

O processo de estresse pode ser dividido em fase de alerta, na qual há maior produção de energia frente por meio de processos auto regulatórios, como a produção de adrenalina e noradrenalina, inferindo em maior motivação e entusiasmo. Em seguida, na fase de fase de resistência, ocorre a busca pelo equilíbrio, podendo causar sensação de desgaste e dificuldades de memória, sendo este um sinal que a demanda ultrapassou a capacidade de lidar com a situação presente. Por fim, na fase de exaustão, as defesas do organismo começam a ceder, impossibilitando o reestabelecimento da homeostase, podendo surgir doenças e desconfortos físicos, evidenciados exaustão física e psicológica (LIPP; MALAGRIS, 1995).

Desse modo, episódios estressantes podem afetar indivíduos, famílias e sociedade, bem como empresas, configurando-se como o estresse ocupacional, definido pela Organização Internacional do Trabalho (1986), como um conjunto de fenômenos que se apresentam no organismo do trabalhador e que, por este motivo, podem afetar sua saúde, possuindo gênese multifatorial, sendo os principais fatores relacionados a aspectos da organização, administração, sistema de trabalho e da qualidade das relações humanas (MONTE *et al.*, 2013).

Rossi, Perrewé e Sauter (2008), chamam a atenção para as consequências do estresse ocupacional, podendo ser fisiológicas e psicológicas, como o risco aumentado para hipertensão, doenças psicossomáticas, insônia, ansiedade, frustração e atitudes negativas no trabalho, absenteísmo, uso de drogas e álcool. Em vista disso, o estresse ocupacional pode ser responsável por boa parte dos gastos anuais das empresas por gerar queda na produtividade, devido às faltas no trabalho, pagamentos de horas-extras, desperdício de material, além de custos com assistência médica (OLIVEIRA; PEDROSO, 2010).

Uma pesquisa realizada pela *International Stress Management Association* (ISMA) demonstrou que 70% dos brasileiros sofrem de estresse no trabalho, porcentagem semelhante à de países como a Inglaterra e os Estados Unidos, este perfil se traduz em alta demanda por serviços e profissionais de saúde, estes, por sua vez, experimentam sobrecarga e incapacidade de resolução da demanda, encontrando-se em subsequente desgaste físico e emocional (SAMPAIO, 2010; PIEDADE; SANTOS; CONCEIÇÃO, 2012).

Os estudos de estresse no Brasil apontam que os trabalhadores da saúde ocupam posições de destaque quanto ao estresse ocupacional, em vista do desenvolvimento de atividades consideradas estressantes e que contribuem

para o desgaste físico e mental. Ademais, a enfermagem foi classificada pela *Health Education Authority* como a quarta profissão mais estressante, devido à responsabilidade pela vida das pessoas e proximidade com os paciente em que o sofrimento é inevitável, tendo vivência direta e ininterrupta do processo de dor, morte e desespero, exigindo dedicação e empenho de suas funções, sendo marcada, ainda, pela divisão social do trabalho, gerenciamento do cuidado e das unidades de saúde, aumentando a probabilidade de ocorrência de desgastes físicos e psicológicos, em especial nos serviços de Urgência e Emergência (PEDUZZI; ANSEMI, 2002; BRITTO; CARVALHO, 2004; LAUTERT; CHAVES; MOURA, 2005; OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2013).

Dentre estes, a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) se caracteriza por ser um dos ambientes onde há maior geração de estresse ocupacional, visto que tem como função assistir pacientes em estado grave, exigindo cuidados de alta complexidade com o máximo de eficiência, precisão, atenção e habilidade. Além disso, o contato íntimo com a morte do outro remete a sua própria finitude, sendo comum o surgimento de problemas emocionais nos profissionais dessa unidade (OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2013).

Por esse motivo, é possível inferir que o estresse ao qual são submetidos estes profissionais está fora de seu controle e impõe-lhes inúmeros prejuízos que, por sua vez, podem afetar os pacientes e qualidade do cuidado prestado, à medida que sua concentração, capacidade de decisão, limiar de irritabilidade, raciocínio, e sensibilidade encontram-se comprometidos (OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2013).

Portanto, faz-se necessário fomentar maiores discussões acerca do estresse enquanto síndrome ocupacional prevalente entre os profissionais de enfermagem, a fim de tornar acessível as principais fontes de estresse na UTI. Dessa forma, espera-se que esse estudo possibilite reflexões a gestores e profissionais de enfermagem sobre a necessidade de estratégias de enfrentamento dos estressores, por meio de ações que visem oferecer subsídios para a implementação de política voltada à melhoria da qualidade de vida desses trabalhadores, a fim de que tenham condições de desenvolver sua assistência com qualidade e saúde.

O objetivo geral do estudo centrou-se em analisar o estresse ocupacional em profissionais de enfermagem da Unidade da Terapia Intensiva presente na produção científica de enfermagem, de modo a identificar o conceito de estresse ocupacional na enfermagem em UTI na literatura, identificar os fatores intervenientes e caracterizar os sinais e sintomas deste.

2 | METODOLOGIA

Foi realizada uma Revisão Integrativa da literatura, que tem como foco central o resumo e avaliação das evidências, afim de revelar o conhecimento corrente sobre um tópico, por meio da interpretação, visando o atendimento do objetivo da investigação. Quando aplicada a enfermagem, confere-se uma abordagem que permite a inclusão de metodologias diversificadas tendo potencial para o desenvolvimento da prática baseada em evidências (WHITTEMORE, KNAFL, 2005; POLIT; BECK; HUNGLER, 2010).

A presente revisão integrativa cumpriu criteriosamente seis etapas: seleção de questão norteadora; definição das características das pesquisas primárias da amostra; seleção, por pares, das pesquisas que compuseram a amostra da revisão; análise dos achados dos artigos incluídos na revisão; interpretação dos resultados e relato da revisão, proporcionando um exame crítico dos achados (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Tendo isso em vista, o estudo foi realizado a partir dos seguintes questionamentos: “Qual o conceito de estresse no trabalho da enfermagem presente na produção científica da área? Quais seus fatores intervenientes, sinais e sintomas?”.

De modo subsequente, foi realizada uma busca nas bases de dados PUBMED, LILACS e Web of Science, utilizando as equações de busca: *Burnout Professional AND Nursing team AND Intensive Care Units*; *Burnout Professional AND Nursing team*; *Burnout Professional AND Intensive Care Units* (conforme Tabela 1). Para isso, foi elencado como critérios de inclusão: textos disponíveis na íntegra, publicados no período de 2000 a 2016, nos idiomas português, inglês ou espanhol e que abordassem o estresse ocupacional da equipe de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva Adulta. Foi excluído editorial. A seleção dos artigos foi realizada por dois pesquisadores, em buscas nas distintas nas bases de dados supracitadas, que ocorreram em outubro de 2016.

| BASE DE DADOS | EQUAÇÃO DE BUSCA | Nº DE ARTIGOS | AMOSTRA FINAL |
|----------------------|--|----------------------|----------------------|
| PubMed | <i>“burnot professional” AND “nursing team” AND “intesive cares units”</i> | 13 | 1 |
| | <i>“burnot professional” AND “nursing team”</i> | 189 | 0 |
| | <i>“burnot professional”</i> | 242 | 0 |
| Nº de artigos | | 444 | 1 |

| | | | |
|----------------|--|-----|----|
| LILACS | “esgotamento profissional” AND “equipe de enfermagem” AND “unidade de terapia intensiva” | 7 | 1 |
| | “esgotamento profissional” AND “equipe de enfermagem” | 26 | 2 |
| | “esgotamento profissional” | 23 | 4 |
| Nº de artigos | | 56 | 7 |
| Web of Science | “burnot professional” AND “nursing team” AND “intesive cares units” | 13 | 0 |
| | “burnot professional” AND “nursing team” | 108 | 0 |
| | “burnot professional” | 88 | 2 |
| Nº de artigos | | 209 | 2 |
| TOTAL | | 709 | 10 |

Tabela 1. Utilização das equações de busca nas bases de dados PubMed, LILCAS e Web of Science.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Para ilustrar a busca e seleção de estudos foi utilizado o PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analyses*), conforme fluxograma abaixo (Figura 1).

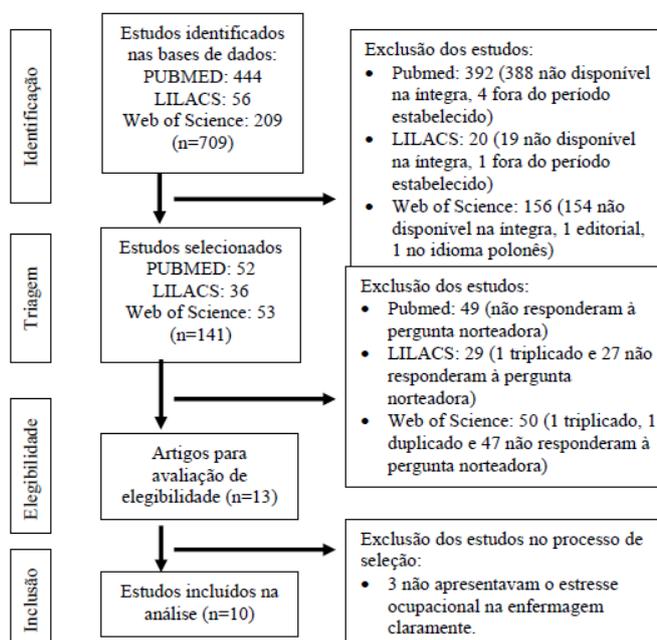


Figura 1. Fluxograma de seleção dos estudos nas bases PUBMED, LILACS e Web of Science.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Para a extração dos dados relevantes presentes nos artigos incluídos na amostra, foi elaborado um instrumento pela pesquisadora, o qual contempla os seguintes itens: autor, título, ano de publicação, tipo de estudo, amostra, local do estudo e objetivo.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Quanto a caracterização dos estudos, os artigos apresentam diferentes características no que se refere aos locais em que foram realizados e ao delineamento metodológico, conforme o exposto na tabela 2.

| AUTOR E TÍTULO | TIPO DE ESTUDO | AMOSTRA | LOCAL | OBJETIVOS |
|--|---|------------------------------------|----------------|--|
| MERLANI <i>et al.</i> <i>Burnout in ICU caregivers: a multicenter study of factors associated to Centers</i> , 2011. | Prospectivo, observacional | Enfermeiros de UTI | Suíça | Investigar os fatores associados ao <i>burnout</i> em nível nacional. |
| SANTOS <i>et al.</i> O estresse do enfermeiro nas Unidades de Terapia Intensiva adulto: uma revisão da literatura, 2010. | Revisão de literatura | Enfermeiros de UTI | | Identificar os fatores causadores de estresse, bem como os principais sinais e sintomas. |
| OLIVEIRA; COSTA; SANTOS. Síndrome de <i>Burnout</i> em enfermeiros: uma revisão integrativa, 2013. | Revisão Integrativa | Enfermeiros de UTI | | Analisar como os estudos científicos descrevem a síndrome de <i>burnout</i> em enfermeiros |
| AFECTO; TEIXEIRA. Avaliação do estresse e da síndrome de <i>burnout</i> em enfermeiros que atuam em uma unidade de terapia intensiva: um estudo qualitativo, 2009. | Exploratório, descritivo e transversal | Enfermeiros de UTI | São Paulo | Avaliar os fatores de estresse ocupacional, e identificar os sinais e sintomas da Síndrome de <i>Burnout</i> |
| BOCANEGRA. <i>Nivel de estrés laboral que afectan al profesional de enfermeria em La unidad de cuidados intensivos Del hospital nacional Guillermo almenara irigoyen</i> , 2014. | Quantitativo, descritivo, transversal | Enfermeiros de UTI | Victoria | Determinar o nível de dos enfermeiros da unidade de cuidados intensivos |
| SILVA. Aspectos psicossociais e síndrome de <i>burnout</i> em trabalhadores de enfermagem intensivistas, 2015. | Seccional | Profissionais de enfermagem de UTI | Rio de Janeiro | Analisar a prevalência da síndrome de <i>Burnout</i> segundo os aspectos psicossociais, sociodemográfico e laborais. |
| SCHMIDT <i>et al.</i> Qualidade de vida no trabalho e <i>burnout</i> em trabalhadores de enfermagem de Unidade de Terapia Intensiva, 2013. | Descritivo, correlacional, de corte transversal | Profissionais de enfermagem de UTI | Paraná | Avaliar a qualidade de vida no Trabalho e presença de <i>Burnout</i> entre profissionais de enfermagem da UTI |

| | | | | |
|---|----------------------------|------------------------------------|-----------|--|
| ANDOLHE <i>et al.</i> Estresse, coping e burnout da Equipe de Enfermagem de Unidades de Terapia Intensiva: fatores associados, 2015. | Observacional, transversal | Profissionais de enfermagem de UTI | São Paulo | Verificar os níveis de estresse, estratégias de coping e burnout dos profissionais de enfermagem que atuam em UTI e sua associação com os fatores biossociais e de trabalho. |
| TEIXEIRA <i>et al.</i> <i>Burnout in intensive care units - a consideration of the possible prevalence and frequency of new risk factors: a descriptive correlational multicentre study</i> , 2013. | Prospectivo, observacional | Enfermeiros de UTI | Portugal | Identificar os níveis de <i>Burnout</i> e os fatores associados em enfermeiros de UTI |
| PANUNTO; GUIRARDELLO. Ambiente da prática profissional e exaustão emocional entre enfermeiros de terapia intensiva, 2013. | Transversal | Enfermeiros de UTI | São Paulo | Avaliar o ambiente da prática profissional e sua relação com o <i>Burnout</i> . |

Tabela 2. Caracterização da produção científica sobre estresse ocupacional da equipe de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Conforme o exposto, é possível observar uma predominância de estudos no ano de 2013, no que concerne ao delineamento metodológico, as pesquisas mostram desenhos observacionais, analíticos e revisões, com predominância de estudos transversais. A partir da análise das dez publicações selecionadas nas bases de dados PUBMED, LILACS e Web of Science, surgiram as seguintes categorias.

3.1 Conceituação do estresse ocupacional/Síndrome de *Burnout*

O termo *Burnout*, refere-se ao aumento do grau de insatisfação relacionado as atividades profissionais, podendo estar associado a agentes estressores e sintomas, evidenciando a realidade de estresse crônico em indivíduos que desenvolvem atividades que exigem alto grau de contato com as pessoas, podendo interferir na saúde e qualidade de vida (SANTOS *et al.*, 2010).

Essa síndrome é expressa no estágio mais avançado do estresse, tendo seu início com o desânimo e a desmotivação com o trabalho, podendo levar a estágios de doenças psicossomáticas, fazendo com que o profissional tenha altas taxas de absenteísmo, afastamento temporário das funções, chegando até a aposentadoria por invalidez (OLIVEIRA; COSTA; SANTOS, 2013).

O Burnout pode ser dividido em três domínios, tendo como integrantes a exaustão emocional, sendo este o componente básico individual do estresse,

caracterizado pela fadiga e esgotamento, vinculadas a sobrecarga de trabalho e conflitos pessoais. Ademais, a despersonalização, como componente do contexto interpessoal, refere-se à reação negativa, insensível ou excessivamente desligada aos aspectos do trabalho, se desenvolvendo em resposta à sobrecarga de exaustão emocional e ausência da realização pessoal, fazendo com que o trabalho deixe de tentar fazer o melhor. Por fim, a ausência de realização de realização profissional, componente de autoavaliação no *Burnout*, evidencia-se por sensações de incompetência e falta de produtividade no trabalho. Essa menor sensação de auto eficácia é acentuada por falta de recursos no trabalho, bem como falta de apoio social e de oportunidades de desenvolvimento profissional (AFECTO; TEIXEIRA, 2009; SCHMIDT, 2013; PANUNTO; GUIRARDELLO, 2013).

3.2 Fatores associados ao estresse ocupacional

Diversos fatores estão envolvidos no desenvolvimento do estresse ocupacional. No tocante ao sexo, alguns estudos versam sobre a relação do gênero feminino com a maior suscetibilidade ao estresse, por isso, as mulheres são mais propensas a menor qualidade de vida, podendo estar relacionado à responsabilidade de conciliar a vida familiar e atividade profissional do trabalho, remuneração e suas singularidades (MERLANI *et al.*, 2011; OLIVEIRA; COSTA; SANTOS, 2013; PANUNTO; GUIRARDELLO, 2013; TEIXEIRA *et al.*, 2013; ANDOLHE *et al.*, 2015).

Em relação à idade, as pessoas mais velhas demonstram menos ansiedade ou estresse, sendo possível que exista uma tendência de redução da ansiedade com o aumento da idade, uma vez que as pessoas avaliam a vida de modo mais ponderado com o passar do tempo (AFECTO; TEIXEIRA, 2009; TEIXEIRA *et al.*, 2013; ANDOLHE *et al.*, 2015).

Para Santos *et al.* (2010), o trabalho em turnos e a jornada dupla, são fatores agravantes relacionados a enfermagem, podendo ocasionar cansaço excessivo e, conseqüentemente, maior probabilidade de negligenciar determinadas condutas que podem comprometer a qualidade da assistência prestada. A jornada de trabalho em regime de plantão, intercalada com curtos períodos de descansos, subtrai o tempo livre do enfermeiro e dificulta o convívio social, principalmente no que diz respeito à interação com seus familiares, atividades sociais e lazer, componentes simples e viáveis fundamentais para minimizar o estresse.

Além disso, quando noturnos, os turnos de trabalho se mostram mais complexos ao desenvolvimento de atividades, devido o próprio limitante fisiológico humano, configurando-se, por vezes, como jornada dupla com o intuito de sanar necessidades financeiras, de modo que os profissionais de enfermagem assumem diferentes vínculos empregatícios em vista de maior remuneração, gerando desequilíbrios orgânicos, alteração no padrão do sono, estresse e impotência

profissional (AFECTO; TEIXEIRA, 2009; OLIVEIRA; COSTA; SANTOS, 2013; SILVA, 2015).

Consoante a isso, Oliveira, Costa e Santos (2013), dialogam sobre a sobrecarga de trabalho, juntamente a conflitos de função, relacionamento interpessoal e gerenciamento pessoal como fatores relevantes para o estresse ocupacional, de modo que quanto maior o tempo de serviço na atividade gerenciais, maiores são os sintomas de estresse. Com isso, as altas exigências podem induzir a comportamentos de competitividade, irritabilidade e conflitos, levando a maior esforço para realização de tarefas.

Outros fatores ligados ao estresse, são a falta de autonomia, relacionada a pouco controle sobre o ambiente e má relação com a equipe médica, inferindo em maiores níveis de exaustão emocional, o que pode influenciar negativamente na sua percepção da qualidade do cuidado, satisfação com o trabalho e na sua intenção de deixar o emprego (PANUNTO; GUIRARDELLO, 2013).

No que se refere ao sono, um estudo realizado com profissionais de enfermagem em UTIs de São Paulo apresentou que os sujeitos consideram as horas de sono efetivamente dormidas como insuficientes. A privação do sono é um fator negativo para a saúde do trabalhador de enfermagem, interfere na qualidade de vida e compromete as funções cognitivas e a capacidade para o trabalho, favorecendo a ocorrência de erros e o desenvolvimento do estresse (ANDOLHE *et al.*, 2015).

Quanto ao tempo no trabalho na UTI, a literatura argumenta que a permanência neste setor proporciona maior ajuste ao ambiente e conseqüente menos estresse, ao passo que a inexperiência é associada a maiores níveis de exaustão emocional e insatisfação, resultando na má qualidade do cuidado prestado (AFECTO; TEIXEIRA, 2009; PANUNTO; GUIRARDELLO, 2013; TEIXEIRA, 2013).

Acerca das estratégias de enfrentamento, a literatura traz a importância do companheiro como fonte de apoio, segurança e estímulo, sendo este um fator positivo para o enfrentamento do estresse e, conseqüentemente, prevenção do Burnout. Aliado a isso, também podem ser citados o convívio social, interação familiar, atividades sociais e lazer como fatores contribuintes da qualidade de vida, sendo assim, necessário que o trabalho ocorra em horário fixo, afim de possibilitar planejamento para a vida pessoal e diminuir a chance de o indivíduo apresentar estresse (ANDOLHE *et al.*, 2015).

Apesar do trabalho em UTI ser considerado desgastante, conflituoso, com grande número de ações desenvolvidas ao longo do plantão, muitos profissionais se sentem satisfeitos trabalhando nesta unidade, devido ao trabalho desenvolvido ou pelo reconhecimento que a empresa dá ao seu funcionário. A satisfação é um fator que pode favorecer a produtividade, bem como agregar valores ao indivíduo para que

o mantenha motivado, principalmente, ao considerar que os fatores motivacionais e de satisfação são intrínsecos e que cada pessoa pode ter necessidades distintas, requerendo-se atendê-la, dentro da possibilidade organizacional (AFECTO; TEIXEIRA, 2009).

É importante ressaltar que a qualidade da assistência está diretamente relacionada com sua integridade psicológica, uma vez que, não havendo condições plenas de atenção e calma, aumentam consideravelmente a possibilidade de erro nas atividades/procedimentos de enfermagem, onde este perfil psicológico afeta e potencializa o estresse no trabalho em saúde. Por isso, os fatores geradores de estresse elencados devem ser considerados pelos gestores hospitalares, visando um ambiente de trabalho sadio aos seus trabalhadores e, como consequência, uma assistência de qualidade, com menos custos e adoecimento.

3.3 Sinais e Sintomas decorrentes do estresse ocupacional

Os achados na literatura revelam que o estresse ocupacional afeta diretamente a saúde física e psicológica dos trabalhadores das UTIs, trazendo consequências físicas como taquicardia, suor frio, hipertensão, arritmias, hiperatividade, náuseas, diarreia, calafrios, hipertermia, gripes e infecções respiratórias, dores lombares e articulares, câibras e espasmos (SANTOS *et al.*, 2010; OLIVEIRA; COSTA; SANTOS, 2013; BOCANEGRA, 2014).

Tais sintomas comprometem a capacidade de trabalho do profissional em virtude do mal-estar físico causado por esses distúrbios, além de representar riscos à saúde do trabalhador, podendo causar limitações, determinando o afastamento do trabalhador por semanas, meses ou definitivamente.

Além de sintomas psicológicos, como insônia, irritabilidade, sintomas depressivos, angústia, alienação, dificuldade de concentração, preocupação excessiva e tendência a adesão de comportamentos relacionados ao tabagismo, alcoolismo, uso de antidepressivos e soníferos. Todos esses sentimentos são negativos e podem levar ao auto isolamento, tanto no trabalho como fora dele, desenvolvendo um sentimento de culpa por essas alterações, impondo mais sofrimento (SANTOS *et al.*, 2010; OLIVEIRA; COSTA; SANTOS, 2013; BOCANEGRA, 2014).

4 | CONCLUSÃO

As atividades da equipe de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva, embora primordiais e indispensáveis, aproximam os profissionais do sofrimento, dor e morte, podendo desencadear sentimentos de compaixão, sofrimento,

impotência e estresse. Este último, na maioria das vezes, é desencadeado por fatores ocupacionais, tais como sobrecarga, falta de autonomia, jornada dupla e má relação interpessoal da equipe, contribuindo para desfechos negativos, como sofrimento físico e psicológico, revelando-se por meio de sinais e sintomas, como insônia, irritabilidade, taquicardia, cansaço e hipertensão, influenciando diretamente na qualidade dos cuidados prestados, especialmente no setor em questão, visto que requer o máximo de atenção, destreza e cautela, dada a gravidade e do estado de saúde dos pacientes e complexidade das atividades prestadas.

Para que haja atenuação destes fatores estressantes nas UTIs, sugere-se a realização de reuniões de equipe, planejamento das atividades e a valorização dos distintos saberes, com ênfase nas experiências dos profissionais, em prol da saúde dos trabalhadores e qualidade de vida. Deve-se direcionar ações em vista da reafirmação da autonomia, participação ativa nas decisões da equipe multiprofissional, obtendo assim uma tríade composta por bom ambiente de trabalho, trabalhador sadio e assistência de qualidade.

REFERÊNCIAS

AFFECTO, M. C. P.; TEIXEIRA, M. B. Avaliação do estresse e da síndrome de burnout em enfermeiros que atuam em uma unidade de terapia intensiva: um estudo qualitativo. **Afecto-Online Brazilian Journal of Nursing**, v.8, n.1, 2009.

ANDOLHE, R. *et al.* Estresse, coping e burnout da Equipe de Enfermagem de Unidades de Terapia Intensiva: fatores associados. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.49, p.58-64, 2015.

BOCANEGRA, G. L. **Nivel de estrés laboral que afectan al profesional de enfermería em La unidad de cuidados intensivos Del hospital nacional Guillermo almenara irigoyen Lima-Perú-2013.** 2014. 98 f. Monografia (Especialista en Enfermería Intensivista) Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2014.

BRITTO, E. S.; CARVALHO, A. M. P. Stress, coping (enfrentamento) e saúde geral dos enfermeiros que atuam em unidades de terapia intensiva e problemas renais. **Enfermería Global**, n. 4, 2004.

HINDLE, T. **Como reduzir o estresse.** São Paulo: Corporativa, 1999.

LAUTERT, L.; CHAVES, E. H. B.; MOURA, G. M. S. S. **Estresse ocupacional e enfermagem: abordagem em unidade de atenção à saúde mental.** 2005.

LIPP, M. E. N.; MALAGRIS, L. N. **O manejo do stress.** In: RANGE, B. (org). Psicoterapia Comportamental e Cognitiva: pesquisa prática, aplicações e problemas. Campinas: Fundo Editorial Psy, 1995.

MONTE P. F. *et al.* Estresse dos profissionais enfermeiros que atuam na unidade de terapia intensiva. **Acta Paul. Enferm.**, v.26, n.5, p.421-427, 2013.

MENDES, K. *et al.* Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, v. 17, n. 4, p. 758, 2008.

- MERLANI, P. *et al.* Burnout in ICU caregivers: a multicenter study of factors associated to Centers. **AJRCCM.**, v.184, n.10, nov., 2011.
- OLIVEIRA, R. K. M.; COSTA, T. D.; SANTOS, V. E. P. Síndrome de Burnout em enfermeiros: uma revisão integrativa. **Rev. Pesq. Cuid. Fundam. Online**, v.5, n.1, p.3168-3175, jan./mar., 2013.
- OLIVEIRA, L. C.; OLIVEIRA, L. **Estresse da equipe de enfermagem no ambiente de UTI.** 2013. 31 f. Monografia (Programa de Aprimoramento Profissional) Universidade Federal de São Paulo, 2013.
- OLIVEIRA, Q. G.; PEDROSO, M. A. Estresse: risco para os enfermeiros que atuam em unidades de terapia intensiva. **Rev. Enferm. UNISA**, v. 11, n.2, p.131-133,2010.
- ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. **Factores Psicosociales em el Trabajo.** Ginebra: Oficina Internacioal del Trabajo, 1986.
- PANUNTO, M. R.; GUIRARDELLO, E. B. Ambiente da prática profissional e exaustão emocional entre enfermeiros de terapia intensiva. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, v.21,n3., maio/jun.,2013.
- PIEIDADE, M. I. G; SANTOS, Q. S. I.; CONCEIÇÃO, C. S. Estresse ocupacional do enfermeiro na Unidade de Terapia Intensiva, **Cad. Saúde e desenvolvim.**, n.1, p.27-43, jul./dez., 2012.
- POLIT D.F.; BECK C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem:** métodos, avaliação e utilização. 5º ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- RODRIGUES, D. P. *et al.* Estresse na Unidade de Terapia Intensiva: revisão integrativa. **Rev. Enferm. UFPE**, v. 7, p. 4217-4226, mai., 2013.
- ROSSI, A. M.; PERREWÉ, P. L.; SAUTER, S. L. **Stress e qualidade de vida no trabalho.** Perspectivas atuais da saúde ocupacional. São Paulo: Atlas, 2008.
- SAMPAIO, C. **Redação Saúde em Movimento.** 2010.
- SANTOS, F. D. *et al.* O estresse do enfermeiro nas unidades de terapia intensiva adulto: uma revisão da literatura. **Rev. Eletrônic. SMAD**, v. 6, n. 1, p. 1-9, 2010.
- SCHMIDT, D.R.C. *et al.* Qualidade de vida no trabalho e burnout em trabalhadores de enfermagem de Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. Bras. Enferm.**,v.66, n.1, p.13-17, jan./fev., 2013.
- SILVA, J. L. L. **Aspectos psicossociais e síndrome de burnout em trabalhadores de enfermagem intensivistas.** 2015. 153 f. Tese (Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca) Fiocruz-Rio de Janeiro, 2015.
- TEIXEIRA, C. *et al.* Burnout in intensive care units - a consideration of the possible prevalence and frequency of new risk factors: a descriptive correlational multicentre study. **BMC Anesthesiology**, v.13, n.38, p.1-15, 2013.
- WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **Journal of advanced nursing**, v. 52, n. 5, p. 546-553, 2005.
- ZORZI, M. F. G. *et al.* Comparação entre os níveis de ansiedade e stress apresentados e percebidos pela equipe de enfermagem. **Enfermería global.**, n.5, p.1-12, nov., 2004.

GRAUS DE SATISFAÇÃO COM O PROCESSO DE TRABALHO, SOBRECARGA LABORAL E ATITUDES DE ENFERMEIROS EM SERVIÇOS COMUNITÁRIOS DE ATENÇÃO AOS USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: ESTUDO CORRELACIONAL

Data de aceite: 25/11/2019

Carolina Fernandes Santos

Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Departamento de Enfermagem Aplicada.

Belo Horizonte – MG.

Bianca Cristina Silva de Assis

Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Departamento de Enfermagem Aplicada.

Belo Horizonte – MG.

Maria Odete Pereira

Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Departamento de Enfermagem Aplicada.

Belo Horizonte – MG.

Mark Anthony Beinner

Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Departamento de Enfermagem Básica.

Belo Horizonte – MG.

RESUMO: O processo de trabalho da enfermagem em saúde mental abrange as perspectivas da psiquiatria clássica, reabilitação psicossocial e reinserção social. Os enfermeiros, como membros da equipe interdisciplinar nos serviços comunitários apresentam dificuldades em se reconhecer com

aptidão para atuar com a pessoa que apresenta transtorno relacionado ao uso de álcool e outras drogas, sendo este, um fator gerador de estresse e, conseqüentemente, de sobrecarga laboral. O objetivo foi analisar a correlação entre sobrecarga, satisfação no trabalho e as atitudes frente ao álcool e ao alcoolismo e a pessoa com transtornos relacionados ao uso do álcool de enfermeiros que atuam em serviços comunitários que atendem usuários de álcool e drogas de Belo Horizonte. Trata-se de estudo transversal, descritivo, com abordagem quali-quantitativa. Foram coletados dados sociodemográficos, níveis de sobrecarga e satisfação com o trabalho e escala de atitudes. Realizou-se análise estatística descritiva e univariada. Os dados qualitativos foram analisados segundo análise de discurso. Os resultados evidenciaram a prevalência de enfermeiros mulheres, com pós-graduação em saúde pública e saúde mental, e níveis baixos para Síndrome de Burnout. Ademais, revelou que a sobrecarga de trabalho tem influência significativa ao nível de satisfação dos enfermeiros. Salienta-se à importância de proporcionar ambientes favoráveis à prática profissional do enfermeiro na saúde mental gerando satisfação dos profissionais e dos usuários do serviço.

PALAVRAS-CHAVE: Serviços de saúde mental. Carga de trabalho. Esgotamento profissional. Síndrome de Burnout. Enfermagem.

DEGREE OF SATISFACTION WITH WORK PROCESS, WORK OVERLOAD AND ATTITUDES OF NURSES IN COMMUNITY SERVICE FOR CARE OF PSYCHOACTIVE SUBSTANCES USERS: CORRELATIONAL STUDY

ABSTRACT: The work process of mental health nursing encompasses the perspectives of classical psychiatry, psychosocial rehabilitation and social reintegration. Nurses, as members of the interdisciplinary team in community services, have difficulty recognizing their ability to work with people with alcohol and other drug-related disorders, which is a factor that generates stress and, consequently, work overload. . The objective was to analyze the correlation between overload, job satisfaction and attitudes towards alcohol and alcoholism and the person with alcohol-related disorders of nurses working in community services that serve users of alcohol and drugs in Belo Horizonte. This is a cross-sectional, descriptive study with a qualitative and quantitative approach. Sociodemographic data, levels of work overload and job satisfaction and attitudes scale were collected. Descriptive and univariate statistical analysis was performed. Qualitative data were analyzed according to discourse analysis. The results showed the prevalence of female nurses, with postgraduate degrees in public health and mental health, and low levels for Burnout Syndrome. Moreover, it revealed that work overload has a significant influence on the level of satisfaction of nurses. It is emphasized the importance of providing favorable environments for the nurse's professional practice in mental health generating satisfaction of professionals and users of the service.

KEYWORDS: Mental health services. Work load. Professional exhaustion. Burnout syndrome. Nursing.

1 | INTRODUÇÃO

A Reforma Psiquiátrica, iniciada no Brasil na década de 1960, simultaneamente à luta pela redemocratização e reorganização da sociedade civil brasileira foi um processo social complexo, constituído por reflexões a respeito de assistência à saúde mental (SILVA et al., 2015).

Entre diversas marchas sociais, o Movimento de trabalhadores da saúde mental era centrado na desinstitucionalização, ou seja, estratégias de desconstrução da ideia do sujeito louco como perigoso para o convívio social e o fortalecimento dos serviços substitutivos aos manicômios como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), em diferentes modalidades: Serviços residenciais terapêuticos, Programa

de Volta para Casa, Centros de Convivência e Cultura, entre outros (BRASIL, 2001; BRASIL, 2013c; COSTA et al., 2016).

O CAPS é uma unidade de acompanhamento que visa à estabilização, reinserção social e o revigoramento das relações familiares por meio de um plano terapêutico singular que oferece atividades de capacitação para o trabalho, lazer e cultura. É um serviço aberto, de base comunitária, que funciona durante todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados (BRASIL, 2012).

De acordo com a Portaria 336 de 19 de fevereiro de 2002 redefinida para Portaria nº 130 de 26 de Janeiro de 2012, os CAPS II tem capacidade para atenderem municípios com população até 200.000 habitantes, com funcionamento de 07:00 às 19:00 ou até 21:00 horas, se for modalidade II estendido e se o serviço for credenciado na modalidade III, podem atender cidades com população acima de 200.000 habitantes e funcionam 24 (vinte e quatro) horas por dia. Os CAPS possuem equipes interdisciplinares compostas por psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, médicos, terapeutas ocupacionais, entre outros profissionais de apoio (BRASIL, 2002).

Os enfermeiros, como membros da equipe interdisciplinar nos serviços comunitários, apresentam dificuldades em se reconhecer com aptidão para atuar com a pessoa com transtorno relacionado ao uso de álcool e outras drogas, limitando sua atuação ao atendimento das necessidades clínicas. Há ainda obstáculos concretos de união, integração e articulação da equipe, carência de preparo, a baixa valorização, uma estrutura física inadequada, que conseqüentemente, gera desgaste físico e emocional nos trabalhadores (VARGAS, 2011; VARGAS et al., 2015).

A síndrome psicológica do esgotamento profissional é conhecida como a Síndrome de *Burnout* – SB. A SB é resultante de estressores interpessoais crônicos no trabalho caracterizada por sinais de exaustão emocional, despersonalização e reduzida realização profissional (CARLOTTO, CÂMARA, 2007; MASLACH & JACKSON, 1981).

Em busca de pesquisas já publicadas a respeito da sobrecarga de trabalho em profissionais enfermeiros em serviços de saúde mental, verificou-se que na Biblioteca Virtual de Saúde – BVS os estudos acerca dessa temática são escassos em serviços comunitários que atendem usuários de álcool e outras drogas.

Neste sentido, fez-se necessário investigar a sobrecarga de trabalho de enfermeiros que atuam em serviços de saúde mental, com intuito de realizar melhorias na qualidade de vida profissional e qualidade da assistência ao usuário. Uma hipótese seria que os profissionais que vivenciam menor sobrecarga de trabalho são os que têm formação na área de atuação.

2 | MÉTODOS

Trata-se de um estudo do tipo transversal, descritiva, com abordagem quantitativa e qualitativa realizado em três Centros de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas – CAPS ad do município de Belo Horizonte. Estas unidades oferecem aos usuários atendimentos individuais e coletivos englobando tratamentos com psicoterapeuta, psiquiatra, participação em oficinas terapêuticas, entre outras atividades (BRASIL, 2002a). Além disso, o sujeito é acompanhado por um profissional de referência, denominado referência técnica, por meio da construção do projeto terapêutico singular. Estes serviços possuem em seu quadro funcional especialidades distintas como: psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, médicos, terapeutas ocupacionais, entre outros profissionais, constituindo a equipe interdisciplinar.

Os três CAPS ad de Belo Horizonte constituem a classificação CAPS III – serviços que atendem municípios com população acima de 200.000 habitantes (BRASIL, 2002a). No município os dispositivos são denominados Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAM), quando especializados para a atenção de usuários de álcool e outras drogas. Os mesmos recebem a nomenclatura CERSAM ad, porém neste estudo usar-se-á a expressão CAPS ad. A pesquisa foi realizada com os enfermeiros das equipes interdisciplinares dos CAPS ad implantados em Belo Horizonte. Todos os enfermeiros (12) foram convidados a participar do estudo dos quatro CAPS ad. O critério de inclusão de participantes no estudo foi contrato de trabalho com o serviço há pelo menos três meses. Foram excluídos os profissionais que estivessem de férias, licença-saúde ou licença-maternidade. Todas as atividades de coleta de dados foram agendadas com a coordenação/gerência do serviço em dias e horários convenientes à rotina de trabalho dos profissionais. A entrevista individual foi utilizada como técnica para levantar os dados sociodemográficos dos participantes em adição de uma avaliação da sobrecarga de trabalho.

Para a coleta de dados foram utilizados três instrumentos: (a) questionário sociodemográfico, (b) Maslach *Burnout Inventory* (MBI), (c) a Escala de satisfação da equipe em serviços de saúde mental - SATIS-BR (BANDEIRA, 2012) e (d) a Escala de atitudes frente ao álcool e ao alcoolismo e a pessoa com transtornos relacionados ao uso do álcool (EAFAA – versão reduzida, validada no Brasil) (VARGAS, 2011).

A coleta dos dados sociodemográficos teve por finalidade a caracterização do perfil dos enfermeiros por meio de um instrumento elaborado para este fim abordando idade, tempo de trabalho no serviço, carga horária de trabalho, estresse, choque de horário.

O MBI foi um instrumento utilizado para mensurar sobrecarga de trabalho em

os profissionais dos CAPS ad. No Brasil, este instrumento foi traduzido e adaptado, e os itens da escala validados por Carlotto e Câmara (2007). O questionário de 22 perguntas abrange as três dimensões relacionadas ao quadro: 9 questões sobre exaustão emocional (DE), 8 questões sobre realização profissional (RP) e cinco questões sobre despersonalização (DE). As respostas são em escala tipo Likert com sete opções (nunca, uma vez ao ano ou menos, uma vez ao mês ou menos, algumas vezes no mês, uma vez por semana, algumas vezes por semana e todos os dias). A SB é detectada usando-se os pontos de corte da exaustão emocional em nível alto (≥ 26), despersonalização em nível alto (≥ 9) e nível baixo para realização profissional (≤ 33).

A escala de satisfação da equipe em serviços de saúde mental SATIS-BR contém quatro dimensões que avaliam a satisfação com a qualidade do serviço (SQS), a satisfação com a participação do profissional na equipe (SPE), a satisfação com as condições de trabalho (SCT), e a quarta subescala, que avalia a satisfação com o relacionamento das pessoas no trabalho (SRT). As opções de respostas estão dispostas em uma escala do tipo Likert, de 1 a 5, em que o valor 1 indica muito insatisfeito e 5 representa o grau máximo de satisfação da equipe.

Também foram avaliadas as atitudes dos enfermeiros dos CAPS por meio da Escala de atitudes frente ao álcool e ao alcoolismo e a pessoa com transtornos relacionados ao uso do álcool (EAFAA). A versão reduzida da EAFAA é composta por quatro fatores: fator 1 – o trabalho e as relações interpessoais com pacientes com transtornos relacionados ao uso do álcool; fator 2 – a pessoa com transtornos relacionados ao uso do álcool; fator 3 – o alcoolismo (etiologia); e, por fim, fator 4 – as bebidas alcoólicas e seu uso. Cada fator da EAFAA conta com uma variedade de itens que podem ser respondidos com a escala de Likert de cinco pontos (discordo totalmente; discordo em parte; indiferente; concordo em parte; concordo totalmente) (VARGAS, 2011). Todos os questionários foram entregues aos participantes para serem preenchidos individualmente.

A análise dos dados quantitativos foi realizada na forma descritiva e univariada. Os resultados foram apresentados utilizando as medidas de tendência central, segundo distribuições de frequências e medidas estatísticas descritivas tais como média, valores mínimo e máximo. Os dados coletados foram analisados por meio do software Statistical Package Social Sciences (SPSS), versão 20.0.2. Realizou-se análise estatística descritiva e inferencial – análise de regressão. Foi utilizado o método padrão para a seleção das variáveis do modelo. Para avaliar uma associação entre a variável dependente SATIS-BR e as variáveis independentes (MBI, EAFAA e dados socioeconômicos) foi aplicado o método estatístico de regressão linear múltipla.

Para a coleta de dados qualitativos, elaborou-se um instrumento para este

fim, com oito perguntas abertas, que abordavam questões que permitissem a complementação dos resultados quantitativos. A entrevista individual para obtenção dos dados qualitativos ocorreu por meio de ligação telefônica. Os dados qualitativos foram categorizados e analisados na perspectiva da Análise de Discurso, com a leitura flutuante; organização dos dados; definição das categorias temáticas e exploração do conteúdo. A Análise de Discurso busca ver a língua não apenas como transmissão de informações ou o simples ato de fala, mas a língua numa visão discursiva que busca a exterioridade da linguagem como a ideologia e o fator social (MUSSALIM, 2004).

O presente estudo foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa COEP da UFMG, tendo sido aprovado também no Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. O mesmo atendeu as determinações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

3 | RESULTADOS

De acordo com as características demográficas e socioeconômicas, observou-se entre os 12 enfermeiros participantes, que a prevalência foi do gênero feminino (83%), a faixa etária foi entre 30 a 39 anos (50%), a etnia branca foi de 58% e a renda familiar foi entre 4 a 7 salários mínimos (83%). Quanto à escolaridade, a maioria possuía pós-graduação completa (75%) e uma especialização em saúde mental (17%). Verificou-se que o tempo de trabalho no serviço foi de um ano (42%) e a frequência da carga horária de trabalho foi de 20 horas semanais (58%). A maioria dos participantes referiu possuir vínculo empregatício do tipo contrato de 20 a 40 horas semanais, segundo as leis trabalhistas (58%) e relatou ter outro vínculo empregatício (58%). Cem por cento dos enfermeiros informaram realizar cursos de atualização/capacitação, sendo a realizados em predomínio por semestre (41%). No que diz respeito à fadiga e ao estresse, 58% alegaram não sentirem-se fatigados devido ao trabalho.

3.1 Resultados qualitativos da sobrecarga de trabalho

As respostas qualitativas corroboraram os dados quantitativos, pelos relatos dos enfermeiros acerca das particularidades do processo de trabalho que os deixavam mais sobrecarregados:

Então é nosso desejo de mudar de aperfeiçoar todos esses dispositivos, essas peculiaridades, para o processo de trabalho ficar legal, pra gente não ficar sobrecarregado, porque tem tido muita sobrecarga. (E3)

Então, eu acho que para melhoria do processo de trabalho como enfermeira. (E4)

Em complementação, os enfermeiros reiteraram que o número de profissionais enfermeiros era insuficiente para realizar atividades privativas do enfermeiro, bem como o cuidado como referência técnica.

Se tivesse mais um, a gente ficaria menos sobrecarregada com essas questões de recursos humanos da enfermagem, e conseguir dar uma assistência aberta, um tempo mais favorável pra gente lidar com o paciente. Então, acho que essa questão é a prioridade, talvez aumentar a equipe de enfermeiros, mais um enfermeiro de 40 horas seria bacana. (E4)

Então, o que está sendo o grande motivo de sobrecarga é o aumento da demanda sem o incremento de profissionais, continua o mesmo quantitativo. Então, a gente tem sentido uma sobrecarga visível, todos os profissionais. (E5)

Eu acho que se tivesse uma enfermeira só pra fazer esse processo de supervisão de enfermagem. (E6)

O impacto da especialização, mesmo quando não foi na área de mental, foi revelado pelos enfermeiros participantes, na entrevista qualitativa:

[...] impacta no sentido de que, eu tenho mais habilidade para lidar com o público. Então, foi muito bom, porque me tornei um melhor técnico em saúde mental e em álcool e drogas, e me trouxe mais tranquilidade para lidar com o meu objeto de trabalho. (E1)

Sim, fez diferença não só no CAPSad, mas em todas as unidades que eu passei. Passei em unidade básica, unidade específica de testagem de HIV, eu rodei várias, e a especialização me deixou mais segura. (E5)

Fez muita diferença no meu desempenho, no meu manejo, nas minhas intervenções com o paciente. (E3)

No que diz respeito às condições de trabalho, as quais correspondem à dimensão três da escala SATIS, os enfermeiros confirmaram o impacto negativo da infraestrutura na satisfação com o processo de trabalho.

[...] a gente dispõe de um pátio muito grande no exterior do serviço, só que todos os profissionais de saúde ficam concentrados na parte de dentro, e acaba que a gente fica longe dos pacientes que estão na permanência dia. Então não favorece uma interação com os pacientes. (E2)

A estrutura física, infraestrutura, o recurso material. Por exemplo, estruturalmente, a gente tem um pátio muito grande, amplo, mas ele bate muito sol, então ele é pouco utilizado, assim, ele é subutilizado, porque os pacientes se concentram nas áreas com sombra. (E7)

Um participante também relacionou o impacto negativo da satisfação com a falta de recursos materiais no serviço.

O que afeta no nosso processo de trabalho, de alguma forma negativa, são mais recursos materiais, sabe, mais computadores, uma internet que funcione de uma forma mais efetiva. [...]. Então, acho que o que falta são esses materiais mais, as vezes é a torneira que não funciona, o banheiro do plantão que não funciona, muito problema com a rede sanitária, acho que é mais de material de estrutura pra gente trabalhar. (E4)

3.2 Resultados quantitativos obtidos por meio das escalas MBI, SATIS-BR e EAFAA

Em relação dos resultados das subescalas do MBI, observa-se que a maioria dos enfermeiros apresentou EE, DE e RP de média para alta, média e baixa, respectivamente. Ressalta-se que a contabilização da RP é inversamente proporcional ao grau de *burnout*: neste caso, observa-se uma RP elevada, já que nesta dimensão predominaram os resultados de baixo grau de *burnout* (92%).

A média e o desvio-padrão (\pm DP) para as variáveis EE, DE e RP foram $2,9 \pm 1,1$, $1,6 \pm 0,4$ e $4,5 \pm 0,3$, respectivamente. A média global de sobrecarga foi de $3,6 \pm 0,5$. A distribuição dos escores das declarações das subescalas respondidas pelos enfermeiros participantes, em relação ao MBI, é apresentada na Tabela 1.

| Subescalas | n (%) | Resposta |
|---|---------|---|
| Subescala 1. Exaustão Emocional (EE) | | |
| Sinto-me emocionalmente decepcionado com meu trabalho. | 7(58) | Nunca |
| Quando termino minha jornada de trabalho, sinto-me esgotado. | 6(50) | Algumas vezes |
| Quando me levanto pela manhã e me deparo com outra jornada de trabalho, já me sinto esgotado.* | 4(33) | Nunca |
| | 4(33) | Todos os dias |
| Sinto que trabalhar todo o dia com pessoas me cansa. | 6(50) | Nunca |
| Sinto que meu trabalho está me desgastando. | 5(42) | Algumas vezes por mês |
| Sinto-me frustrado com meu trabalho. | 10(83) | Nunca |
| Sinto que estou trabalhando demais. | 5(42) | Algumas vezes por mês |
| Sinto que trabalhar em contato direto com as pessoas me estressa. | 6(50) | Nunca |
| Sinto-me como se estivesse no limite de minhas possibilidades. | 5(42) | Algumas vezes ao ano ou nunca |
| Subescala 2. Despersonalização (DE) | | |
| Sinto que estou tratando algumas pessoas com as quais me relaciono no meu trabalho como se fossem objetos impessoais. | 7(58) | Nunca |
| Sinto que me tornei mais duro com as pessoas desde que comecei este trabalho. | 11(92) | Nunca |
| Fico preocupado que este trabalho esteja me enrijecendo emocionalmente. | 10(83) | Nunca |
| Sinto que realmente não me importa o que ocorra com as pessoas as quais tenho que atender profissionalmente. | 12(100) | Nunca |
| Parece-me que as pessoas que atendo, culpam-me por alguns de seus problemas. | 4(33) | Algumas vezes no ano ou no mês |
| Subescala 3. Realização pessoal (RP). | | |
| Sinto que posso entender facilmente as pessoas que tenho que atender. | 5(42) | Algumas vezes por semana ou todos os dias |
| Sinto que trato com muita eficiência os problemas das pessoas as quais tenho que atender. | 6(50) | Algumas vezes por semana |
| Sinto que estou exercendo influência positiva na vida das pessoas, através do meu trabalho. | 8(67) | Todos os dias |
| Sinto-me vigoroso em meu trabalho. | 6(50) | Algumas vezes por semana |

| | | |
|--|-------|---------------|
| Sinto que posso criar, com facilidade, um clima agradável em meu trabalho. | 8(67) | Todos os dias |
| Sinto-me estimulado depois de haver trabalhado diretamente com quem tenho que atender. | 9(75) | Todos os dias |
| Creio que consigo muitas coisas valiosas neste trabalho. | 7(58) | Todos os dias |
| No meu trabalho, eu manejo com os problemas emocionais com muita calma. | 8(67) | Todos os dias |

Tabela 1. As respostas destacadas pelos enfermeiros que responderam as quatro subescalas de *Malash Inventory Burnout – Human Services Survey* (MBI).

*Dois valores/porcentagens apresentados.

Os resultados das variáveis da satisfação (SATIS-BR) se mostraram que as quatro dimensões “a satisfação com a qualidade do serviço” apresentou uma média de $3,7 \pm 0,6$, “a satisfação com a participação do profissional na equipe” foi de $3,4 \pm 0,5$, “a satisfação com as condições de trabalho” foi de $3,4 \pm 0,8$, e “a satisfação com o relacionamento das pessoas no trabalho” apresentou uma média de $3,9 \pm 0,7$.

Globalmente, o SATIS-BR resultou numa satisfação média e DP de $3,5 \pm 0,5$. Observou-se que na dimensão 1, 7(58%) e 1(8%) responderam a frase “O grau de competência que o profissional tem da equipe do serviço” como satisfeito e muito satisfeito, respectivamente.

Na dimensão 2, quase todos (9) os enfermeiros responderam como satisfeito a pergunta “Você se sente satisfeito com o grau de sua participação no processo de tomada de decisões no seu serviço?” e mais da metade dos mesmos (8) se declararam como indiferente a pergunta “Como você se sente com a expectativa de ser promovido?” Quanto a dimensão 3, sobre a satisfação com as condições de trabalho, quase 70% (8) responderam como insatisfeito a pergunta “Até que ponto você se sente satisfeito com seu salário?” Finalmente, a dimensão 4, a metade dos enfermeiros responderam como satisfeito e outra metade como muito satisfeito quanto o grau de autonomia no serviço deles.

Os resultados do EAFAA se mostraram que as médias e DP dos fatores 1, 2, 3, 4 foram $4,2 \pm 0,4$, $4,2 \pm 0,6$, $2,6 \pm 0,5$, e $2,9 \pm 0,5$, respectivamente (média e DP global de $3,5 \pm 0,3$) considerando uma escala Likert de cinco pontos.

Observou-se que o nível de respostas de “discordo” pelos profissionais as frases dos quatro fatores foi elevado: a “eu tenho medo de abordar o problema do álcool com meus pacientes”, o sentimento de “raiva ao trabalhar com pacientes com transtornos relacionados ao uso do álcool”, “a dificuldade de estabelecer um relacionamento terapêutico com pacientes com transtornos relacionados ao uso do álcool”, no exemplo do Fator 1; “as pessoas com transtornos do uso de álcool não têm bom senso”, “as pessoas com transtornos relacionados ao uso do álcool

são mal-educadas”, e “as pessoas com abuse álcool têm maior probabilidade de se tornarem violentos contra os profissionais” no caso do Fator 2; que “a depressão leva ao alcoolismo”, que “as pessoas que desenvolvem o alcoolismo têm baixa autoestima” no caso do Fator 3, e; que “o uso da bebida alcoólica é algo normal”. Noventa e um por cento discordaram a frase “Eu sou contra o uso de álcool em qualquer momento” (dados não apresentados em tabela).

A tabela 2 apresenta os resultados da análise de regressão linear múltipla. Como se pode observar, apenas a variável satisfação (STATIS) exerceu uma influência negativa (-0,60) e estatisticamente significativa ($p = 0,04$) da variável sobrecarga (MBI) dos enfermeiros dos CAPS ad. Para cada aumenta de um ponto do nível de sobrecarga do trabalho há uma diminuição do nível de satisfação em 0,60%. As demais variáveis referentes à idade, tempo de trabalho, carga horário, estresse, outro vínculo e choque de horário não demonstraram significância quando comparado com a sobrecarga.

| Variável independente | β | $p - \text{valor}^2$ |
|-----------------------|---------|----------------------|
| MBI ³ | -0,60 | 0,04 |
| EAF ⁴ | -0,18 | 0,5 |
| Idade | -0,42 | 0,62 |
| Tempo de trabalho | 0,10 | 0,89 |
| Carga horária | -0,33 | 0,93 |
| Turno de trabalho | 0,02 | 0,96 |
| Estresse | 0,16 | 0,8 |
| Outro vínculo | -0,5 | 0,33 |
| Choque de horário | -0,02 | 0,98 |

Tabela 2. Modelo final de regressão linear múltipla tendo satisfação com o trabalho (SATIS-BR)¹ como variável dependente. Belo Horizonte, 2017.

¹SATIS-BR: Escala de satisfação da equipe em serviços de saúde mental; ² $p < 0,05$; ³MBI: *Malash Inventory Burnout – Human Services Survey*; ⁴EAF⁴: Escala de atitudes frente ao álcool e ao alcoolismo e a pessoa com transtornos relacionados ao uso do álcool.

4 | DISCUSSÃO

Este estudo examinou o relacionamento entre sobrecarga, satisfação no trabalho e as atitudes frente ao álcool e ao alcoolismo e a pessoa com transtornos relacionados ao uso do álcool de enfermeiras que atuarem em Centros de Atenção Psicossocial do capital de Belo Horizonte. Os resultados apontarem que o sobrecarga influenciou, de maneira significativamente, o nível de satisfação das enfermeiras, resultados esses, que são de acordo com outros estudos nacionais e internacionais (ARONSON et al., 2005; SÁ et al., 2014; FABICHAK et al., 2014; GIGANTESCO et

al., 2003; DE MARCO et al., 2008). Num estudo conduzido por Sá et al. (2014), que relacionou a Síndrome de *Burnout* com fatores de satisfação no trabalho em uma amostra de 56 participantes, verificou-se altos índices de RP, porém o autor advertiu a respeito da vulnerabilidade de alguns profissionais à síndrome. Maslach et al. (2001) reitera que tal fragilidade pode ser disseminada aos outros profissionais por meio das interações sociais do ambiente. Entretanto, de acordo com Souza et al. (2015), faz-se necessário recursos institucionais e individuais de implementação de medidas protetivas e de superação do *burnout*.

Um estudo de Rocha e Cunha (2014), realizado em Alto Paranaíba, Minas Gerais, numa amostra de 30 sujeitos, acerca da Síndrome de *Burnout* nos profissionais que atuavam na saúde pública, mostrou que 45% das mulheres e 53% dos homens vivenciavam o *burnout*, sendo que as mulheres apresentavam elevada exaustão emocional e os homens elevada despersonalização. MASLACH (2001) credita isto à questão de gênero uma vez que as mulheres são geralmente mais emotivas após um nível elevado de estresse, possivelmente gerados pela dupla jornada de trabalho nas atividades laborais e do lar. No presente estudo a maioria dos enfermeiros atuando nos CAPS ad (83%) eram mulheres.

Mais da metade (67%) das enfermeiras do presente estudo sentiam inseguras em relação às medidas de segurança do trabalho segundo os resultados da escala de satisfação da equipe em serviços de saúde mental SATIS-BR quanto à dimensão satisfação com as condições de trabalho (SCT). A constante atenção às ameaças e ao medo no trabalho resultava em esgotamento emocional, fazendo com que os trabalhadores vivenciassem maior sobrecarga psíquica (SOUZA et al., 2015). McTiernan e McDonald, num estudo de 69 enfermeiros psiquiátricos de um hospital irlandês observou que, os profissionais permaneciam em um ambiente moderadamente estressante. Para os autores, as cargas de desgaste dos profissionais centravam-se em questões organizacionais e não naquelas que se relacionavam aos pacientes. Uma medida protetiva contra a violência dos pacientes pode ser implementada pela gerência do serviço, com suporte terapêutico apropriado (SOUZA et al., 2015). Em complementação, 67% (8) dos enfermeiros responderam como muito satisfeito e satisfeito quanto à construção de uma atmosfera agradável no ambiente de trabalho, segundo a dimensão três: a satisfação com as condições de trabalho (SCT) do SATIS-BR. Isto pode contribuir positivamente para a prevenção do esgotamento emocionais dos profissionais (BORDIGON et al., 2016).

As limitações incluem a amostra de apenas 12 enfermeiros dos CAPS ad do capital da cidade de Belo Horizonte e o design do estudo (transversal). No entanto, é intenção dos autores usar este estudo como base para uma avaliação posterior da mesma amostra em uma etapa posterior para determinar a causalidade. Dado que este estudo incluiu uma amostra de enfermeiros de um capital, seria útil replicar

este estudo entre os enfermeiros dos CAPS ad do Estado de Minas Gerais para comparar achados e melhorar a generalização. A pesquisa futura também deve examinar as relações reversas entre as variáveis. Estressores pessoais, incluindo problemas familiares, situação financeira e relações difíceis, também devem ser estudados em relação ao estresse relacionado ao trabalho, *burnout*, satisfação no trabalho e saúde geral dos enfermeiros. As diferenças entre os enfermeiros que trabalham em hospitais psiquiátricos versus o sistema de CAPS ad devem ser exploradas em estudos futuros.

5 | CONCLUSÕES

Em resposta ao objetivo deste estudo que foi o de analisar o nível de sobrecarga de trabalho em enfermeiros dos serviços comunitários que atendem usuários de álcool e drogas de Belo Horizonte, dentre os achados prevaleceram os níveis médio para Exaustão Emocional, baixo para Despersonalização e alto para Realização Pessoal.

A autora considera relevante salientar a necessidade de implantação e/ou implementação de medidas que garantam a capacitação dos profissionais para atuação nos serviços de saúde mental. Com certeza, enfermeiros preparados para atuar junto à população que faz uso problemático de substâncias psicoativas, terão um olhar mais ampliado para as demandas que a mesma traz consigo, que estão para além de comprometimento cognitivo e clínico. Estas incidem para o território, para a vida da grande maioria, que não tem uma cama para dormir, rede familiar e social que a sustente e muito menos trabalho, que lhe garanta a sobrevivência.

Logo, interessa à sociedade proporcionar ambientes favoráveis à prática profissional do enfermeiro na saúde mental para recrutar e reter mais enfermeiros - profissionais essenciais que contribuem com a acessibilidade e utilização dos serviços de saúde, longitudinalidade do cuidado, integralidade da assistência e articulação entre os diversos serviços, gerando satisfação dos profissionais e dos usuários do SUS. Este estudo fornece subsídios para a reestruturação de processos e práticas de trabalho no ambiente da saúde mental e para a comunicação entre as áreas de gestão de serviços de saúde dos Centros de Atenção Psicossocial.

REFERÊNCIAS

BANDEIRA, M.; SILVA, M. A. Escala de satisfação dos pacientes com os serviços de saúde mental (SATIS-BR): estudo de validação. J Bras Psiquiatria. 2015; v. 61, n. 3, p. 124-132.

BORDIGNON, M.; MONTEIRO, M. I. Violence in the workplace in Nursing: consequences overview. Violência no trabalho da Enfermagem: um olhar às consequências. Rev Bras Enferm [Internet]. 2016;

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Conselho Nacional de Saúde, Brasília, DF, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria 336 de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. Diário Oficial da União. Brasília, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria 130 de 26 de janeiro de 2012. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. Diário Oficial da União. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da saúde. Sistema de legislação da saúde. Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2012.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. 2.ed. Rev Ampl.&. Brasília, DF, 2004a.

CARLOTTO, M. S.; CÂMARA, S. G. Propriedades psicométricas do Maslach Burnout Inventory em uma amostra multifuncional. Estudos de Psicologia (Campinas), v. 24, pp. 325-332, 2007.

COSTA, J. P. et al. A reforma psiquiátrica e seus desdobramentos: representações sociais dos profissionais e usuários da atenção psicossocial. Psicologia e Saber Social, [s.l.], v. 5, n. 1, p.35-45, 27 jul. 2016. Universidade de Estado do Rio de Janeiro.

MASLACH, C.. Burnout: A multidimensional perspective. In: W. B. Schaufeli, C. Maslach & T. Marek (Eds), Professional Burnout: Recent. 1993.

MASLACH, C.; JACKSON, S. E. The measurement of experienced burnout. Journal of occupational behavior, v. 2, p.: 99-113, 1981.

MASLACH, C.; SCHAUFELI, W. B.; LEITER, M. P. Job burnout. Annual Review of Psychology, v. 52, n. 1, p.397-422, 2001.

MCTIERNAN, K.; MCDONALD, N. Occupational stressors, burnout and coping strategies between hospital and community psychiatric nurses in a Dublin region. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2015; v. 22, n. 3, p. 208-18.

MUSSALIM, F. Análise do discurso. In: BENTES, A. C.; MUSSALIM, F. (Org.) Introdução à lingüística: domínios e fronteiras. São Paulo: Cortez; 2004.

OLIVEIRA, J. F. et al. Satisfação profissional e sobrecarga de trabalho de enfermeiros da área de saúde mental.. Cien Saude Colet, 2017/Out.

SÁ, A. M. S. et al. Burnout: o impacto da satisfação no trabalho em profissionais de enfermagem. Psicologia & Sociedade, Espírito Santo, v. 1, n. 263, p.664-674, 2014.

SILVA, G. M. S. et al. Concepções sobre o modo de Atenção Psicossocial de profissionais da saúde mental de um CAPS. Revista Psicologia e Saúde, v. 7, n. 2, jul. /dez. 2015, p. 161-167.

SOUZA, I. A. S. et al. Processo de trabalho e seu impacto nos profissionais de enfermagem em serviço de saúde mental. Acta Paulista de Enfermagem, 28(5), 447-453, 2015.

VARGAS, D. et al. A inserção e as práticas do enfermeiro no contexto dos Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas (CAPS AD) da cidade de São Paulo, Brasil. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2011.

VARGAS, D. et al. Representação social de enfermeiros em CAPS-AD. Esc Anna Nery (impr.) 2013; v. 17, n. 2, p. 242-248.

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E ACADÊMICO E SÍNDROME DE BURNOUT EM RESIDENTES MULTIPROFISISONAIS

Data de aceite: 25/11/2019

Departamento de Enfermagem. Santa Maria- Rio Grande do Sul.

Rodrigo Marques da Silva

Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires,
Departamento de Enfermagem. Valparaíso de
Goiás- Goiás.

Ihago Santos Guilherme

Colégio Sena Aires, Departamento de
Enfermagem. Valparaíso de Goiás- Goiás.

Cristilene Akiko Kimura

Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires,
Departamento de Enfermagem. Valparaíso de
Goiás- Goiás.

Osmar Pereira dos Santos

Faculdade União dos Goyazes. Departamento de
Enfermagem. Trindade- Goiás.

Maria Fernanda Rocha Proença

Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires,
Departamento de Fisioterapia. Valparaíso de
Goiás- Goiás.

Débora Dadiani Dantas Cangussu

Centro Universitário Estácio. Taguatinga -Distrito
Federal.

Carla Chiste Tomazoli Santos

Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires,
Departamento de Fisioterapia. Valparaíso de
Goiás- Goiás.

Ana Lúcia Siqueira Costa

Universidade de São Paulo, Escola de
Enfermagem. São Paulo- São Paulo.

Laura de Azevedo Guido

Universidade Federal de Santa Maria,

RESUMO: Avaliou-se o perfil sociodemográfico e acadêmico e a ocorrência de Síndrome de Burnout em Residentes Multiprofissionais de uma universidade pública. Trata-se de um estudo descritivo, transversal, quantitativo. Aplicaram-se um formulário de dados sócio-demográficos e o MBI-HSS em 37 residentes entre Abril e Junho de 2011. Em relação ao perfil sócio- demográfico, observou-se o predomínio do sexo feminino (83,78%), solteiros (81,08%), sem filhos (94,6 %), na faixa etária entre 25 a 29 anos (51,35%) e que residem com a família (51,35%). Verificou-se que a média da população para a sub- escala Incompetência Profissional (após a exclusão dos dois itens) foi de 3,42 (dp = 0,73), para Exaustão Emocional 2,55(dp =0,71) e para Despersonalização 2,72(dp= 0,80). Constatou-se que 37,84% apresentaram Alta Exaustão Emocional, 43,24% Alta Despersonalização e 48,65% Baixa Realização Profissional. Na associação dos domínios, verificou-se que 27% apresentaram indicativo para SB. Os residentes pesquisados estão expostos aos estressores da profissão e da formação, o que pode favorecer a ocorrência

da síndrome nesses profissionais. Destaca-se a necessidade de promover atividades educativas e de orientação sobre estresse, estratégias de enfrentamento e burnout para possibilitar a identificação dos estressores e o estabelecimento de estratégias adequadas para enfrentá-los e com isso prevenir a Síndrome de Burnout.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem. Síndrome de Burnou. Residência Multiprofissional em Saúde.

SOCIODEMOGRAPHIC AND ACADEMIC PROFILE AND BURNOUT SYNDROME IN MULTIPROFESSIONAL RESIDENTS

ABSTRACT: We assessed the sociodemographic and academic profile and the Burnout Syndrome occurrence in Multidisciplinary Residents from a Federal University. This is a descriptive, cross-sectional and quantitative study. We applied a form of sociodemographic data and the MBI-HSS in 37 residents between April and June 2011. Regarding the sociodemographic profile, we observed a predominance of females (83,78%), single (81,08%), without children (94,6%), aged between 25 and 29 years (51,35%) and living with family members (51,35%). We found that the population average for the sub-scale Professional Incompetence (after excluding two items) was 3,42 (sd = 0,73); for Emotional Exhaustion, it was 2,55 (sd = 0,71), and for Depersonalization, it was 2,72 (sd = 0,80). We noted that 37,84% showed High Emotional Exhaustion, 43,24% High Depersonalization and 48,65% Low Professional Achievement. By associating the domains, we verified that 27% showed indication of BS. The surveyed residents are exposed to stressors of the profession and training, which may favor the occurrence of the syndrome in such professionals. One should highlight the need to promote educational and supportive activities on stress and Burnout, as well as fighting strategies, in order to allow the identification of stressors and the establishment of suitable strategies to face them and therefore prevent the Burnout Syndrome.

KEYWORDS: Nursing; Burnout Syndrome; Multidisciplinary Health Residency

1 | INTRODUCTION

Currently, stress has been highlighted as a causal factor of cardiovascular diseases, psychic disorders and gastrointestinal changes. It is present in the daily lives of people, thereby affecting their quality of life, which is attested by the World Health Organization (WHO) (KAWAKAME AND MIYADAHIRA, 2005).

The concept of stress in the biological sciences was developed by Hans Selye, during the XX century, with emphasis on neuroendocrine manifestations that take place in the individual before internal or external stimuli. Based on the studies of Claude Bernard and Walter Cannon on organic homeostasis, Selye defined stress

as a specific reaction from the body to any stimulus (GUIDO, 2003).

Lazarus and Folkman (1984) conceptualize stress from the interactionist model, since they consider the interaction between the environment and the person or group as responsible and active in the process. In their words, stress is defined as any stimulus that requires from the external or internal environment and that charges or exceeds the sources of adaptation of an individual or social system, with a determining factor of severity of the stressor.

Overall, most authors agree that the Burnout Syndrome (BS) is a characteristic syndrome of labor environment, seen as a process that takes place in response to the chronicity of the stress, with possible negative consequences, whether in the individual, professional, familial and social level (BENEVIDES-PEREIRA E MORENO-JIMÉNEZ, 2003). For Campos (2005), Burnout is a response from the body to a state of prolonged and chronic stress, installed when conflict situations were not used, failed or were not enough for a situation assessed as stressful by the individual.

In the health area, one should realize the presence of Burnout linked to the working process, as reported by Gil-Monte (2002), when he states that the predominance of nurses in scientific productions may have a close link with the occurrence of the syndrome in this category. Moreover, this author cites that it can be linked to a profession marked by shortage of professionals, which entails labor overload, proximity with the patient and family members in stressful situation, by direct contact with the disease, lack of autonomy and authority in decision-making processes.

Nevertheless, in vocational training activities, both in undergraduate courses and in graduate programs, there are factors that may be assessed as stressful. Seen in these terms, it is worth highlighting that the Multidisciplinary Health Residency Programs (RMS, as per its acronym in Portuguese), regulated as *Lato Sensu* Graduate Program, existing in Brazil, seek to break with the paradigms related to the training of professionals for the Brazilian Unified Health System (SUS) and contribute to qualify the care that the local health services need to offer their communities. They show a variety of methodological designs, but all, in unison, advocate the use of active and participatory methodologies and continuing education as a pedagogical axis (BRASIL, 2006).

In addition, the intrinsic characteristic of interdisciplinarity gives an innovative nature to the programs, which is mainly demonstrated through the inclusion of 14 professional health categories. This way of conducting the training 'inter-categories' aims at providing a collective training inserted into the same 'field' of work while prioritizing and respecting the specific 'nuclei' of knowledge of each profession (ROSA AND LOPES, 2010). In the process of training residents, the population, the

social control, the community and the neighborhood schools are invited to think and produce spaces for health and quality of life (BRASIL, 2006).

In light of this context, where one can observe the philosophy of the health training process with innovative actions, some aspects may be assessed as stressors, mainly because they are not included in the education model in force. Among them, one should highlight: teamwork, active and participatory methodologies, interpersonal relationships established with colleagues from other professions and responsibility to provide a comprehensive and humanized care.

For Nogueira-Martins (1998), stress can be associated to the professionalization and development of the professional role in society (controlling the weight of professional responsibility, dealing with difficult patients and problematic situations, managing the growing amount of knowledge and establishing limits of their personal and professional) identity. In addition, it can result from training characteristics, such as sleep deprivation, fatigue, excessive care load, excess of administrative work, problems regarding the quality of teaching and the educational environment. For this author, the individual characteristics and personal situations, such as gender, personality characteristics and psychological vulnerabilities may also be stressful. Moreover, Nogueira-Martins highlights that depression and sleep deprivation are described in the literature as the most significant problems that affect the residents.

Based on the foregoing, we aimed to know the sociodemographic, professional and academic profile Multidisciplinary Residents of the countryside of Rio Grande do Sul; e and to verify the occurrence of Burnout Syndrome in Multidisciplinary Residents from the Federal University of Santa Maria.

2 | THEORETICAL REFERENCES

2.1 Stress

The term stress is used in books, magazines, television and newspapers, due to its importance in people's lives and is linked to labor activities, vehicle traffic of big cities, competitiveness in the labor market, among other factors. Its occurrence points out the experience of people in stressful situations as a priority for the measurement of quality of life (KAWAKAME AND MIYADAHIRA, 2005).

Since Pre-history, there is the recognition that the human being suffered from exhaustion after work, fear, exposure to heat and cold, hunger, thirst, blood loss or some illness (Bianchi, 2001). The term stress derives from the Latin language and was firstly studied by the Physics and Engineering in reference to how long a metallic structure resists before it is broken or deformed. Subsequently, it was introduced into the field of Psychology. In the beginning of the XVII century, it meant

fatigue, tiredness, but, during the next two centuries, it started to have a relationship with the concept of force, effort and strain (LIPP et al., 1998; PEREIRA, 2002).

In the second half of the XIX century, Claude Bernard highlighted the capacity of living organisms to maintain the constancy of welfare and balance of the body, even with external modifications, which was defined as homeostasis by Walter Cannon, in the XX century. This concept was very important in studies of this period and gave support to the findings of Hans Selye, who started their works as a student of medicine in the year 1925 (BIANCHI, 2001; GUIDO, 2003).

In the 1920s and 1930s, Selye used the term stress for the first time in the health area (MIRANDA, 1998). Considered as the father of stress theory, his concern was with the “syndrome of being sick”. Accordingly, he verified that customers who sought the clinic, regardless of etiology, showed common signs and symptoms, such as weight loss, lack of appetite and decreased muscle strength (BIANCHI, 2001).

Currently, Selye is considered as the first researcher to describe the stages of the biological stress and the General Adaptation Syndrome (GAS) or of the Biological Stress, defined as physiological defensive reaction of the body in response to any aversive stimulus. According to his words, such syndrome is divided in three phases: reaction of alarm, of resistance and of exhaustion (GUIDO, 2003). The first takes place immediately after the confrontation with the stressor and may or may not be conscious. It is defined as a chemical mobilization, a common reaction of the body that needs to meet the requirements, considered as a basic mechanism to protect the body, both from challenges and threats to integrity. In a short time, if there is persistence on the part of the stressor, the resistance takes place. This is the phase in which the body works for survival and adaptation. If the stressor persists or the balance does not take place, the exhaustion phase is started, where adaptation does not take place and there may be diseases and even death (BIANCHI, 2001).

The interactionist model defines stress as any stimulus that requires from the external or internal environment and that charges or exceeds the sources of adaptation of an individual or social system, a determining factor of severity of the stressor. Currently, it is the most disseminated model, since it considers the interaction among the environment and the person or group as responsible and active in the process (BIANCHI AND GUERRER, 2008; GUIDO, 2003).

Lazarus and Folkman (1984) understand that the organic changes, linked to stress, have a biological stage and a phase in which some cognitive, emotional and behavioral functions are involved, which can influence in the intensity of these changes. They highlight that, in the interactionist model, a cognitive assessment happens, which is understood as a mental process of locating the event or situation in a series of assessment categories that are related to the meaning of welfare of the subject (GUIDO, 2003).

In this categorization process, primary and secondary assessments are possible, and they are able to produce responses. In the first, the individual identifies the demands of a certain situation and defines the meaning of the event, which may result in an action. Such event may mean a challenge, a threat or be irrelevant to the individual. The result of this first assessment will depend on some factors, such as: nature of the stimulus, its intensity, previous experience of the individual and his response to the experienced emotion (GUIDO, 2003).

If the stressor is defined as a threat or as a challenge, the stress reaction happens and the individual will accomplish a secondary assessment, where the possibilities and strategies of confrontation or adaptation to the stressful event will be verified. The use of these strategies to deal with the situation assessed cognitively as stressful is called Coping. If they are not used by the individual or there is no success in their use and the stressor remains, becoming chronic, the Burnout Syndrome may develop.

2.2 Burnout

The term Burnout was firstly used in 1953 in a publication known as 'Miss Jones' in which it describes the problems of a psychiatric nurse disappointed with her work. In 1960, another publication, called 'A Burnt-Out Case', reported the case of an architect who abandoned his profession due to feelings of disillusionment with the profession. The symptoms and feelings described by these professionals set up what is known as Burnout in the present days (CARLOTTO AND CÂMARA, 2008).

According to Campos (2005), the psychoanalyst and physician Herbert Freudenberger served a community of drug users in the city of New York, who were often called Burnout because they gave importance to drugs and were not interested in other matters, such as family, work or friends. In 1974, he published a paper entitled Staff Burn-out for the Journal of Psychology, without giving focus to local slangs, but with the intention of warning the scientific community about the problems to which the professionals were exposed by virtue of the occupation. During that same year, Herbert described the phenomenon as a feeling of failure and exhaustion caused by an excessive waste of energy resources. He complemented his studies between 1975 and 1977, including behaviors of fatigue, depression, irritability, annoyance, loss of motivation, work overload, rigidity and inflexibility in its definition. Carlotto and Câmara (2008) report that, when examining people with Burnout, realized that there was a combination of bad choices and good intentions. Nonetheless, despite being assigned to Freudenberger, in 1974, the first paper about burn-out, Bradley, in 1969, had already published a paper in which he used the term staff burn-out, by referring to the exhaustion of professionals and proposing coping organizational measures (BENEVIDES-PEREIRA E MORENO-JIMÉNEZ, 2003). Nevertheless,

one should assign to Freudenberger and, later, to Maslach & Jackson (1981), the dissemination and the interest that emerged from their studies.

There is agreement that the first studies were conducted from personal experiences of some authors, case studies, exploratory studies, observations, interviews or narratives based on programs and specific populations. From the year 1976, the studies acquired a scientific nature, and, in this period, theoretical models and instruments were built, which were able to record and comprehend this chronic feeling of discouragement, apathy and depersonalization. Christina Maslach, a social psychologist, researcher from the University of California, was the one who first understood that people with Burnout showed negative attitudes and personal distancing. Together with the psychologist Susan Jackson, in 1981, developed the Maslach Burnout Inventory (MBI) in order to verify personal feelings and attitudes of nurses in their work and in the face of their patients. Christina Maslach, Ayala Pine and Gary Cherniss were the scholars who popularized the concept of Burnout and legitimized it as an important social issue (CAMPOS, 2005; CARLOTTO AND CÂMARA, 2008).

According to Carlotto and Gobbi (1999), the most used and accepted definition of Burnout in the scientific community is grounded on the social-psychological perspective, and it is understood as a process and composed of three dimensions: *Emotional Exhaustion*, characterized by the lack or shortage of energy and a feeling of emotional depletion; *Depersonalization*, defined as the lack of sensitivity and the toughness to respond to the people who are receivers of this service; and the *Low Professional Achievement*, which refers to the decrease of feelings of competence regarding the personal gains obtained in the working environment with people.

For Carlotto and Câmara (2008), the already proposed definitions for the Burnout Syndrome (BS), although with some divergent questions, emphasize, at least, five common elements: the predominance of symptoms related to mental and emotional exhaustion, fatigue and depression; the emphasis on behavioral and mental symptoms, and not on the physical symptoms; the symptoms are related to work; the manifestation in people who did not suffer from psychopathological disorders before the onset of the syndrome; decreased effectiveness and work performance as a result of negative attitudes and behaviors.

BS is considered a relevant social problem and is investigated in several countries, since it is linked to organizational costs. Thus, the interest that Burnout raises in current days has expanded its field of study. The first investigations were focused on professional helpers. Other professional fields were subsequently surveyed, and, more recently, the productions have worked with students (CARLOTTO, NAKAMURA AND CÂMARA, 2006). If Burnout in health professionals is an issue already consolidated in different studies MASLACH, 1982; RODRÍGUEZ-

MARÍN, 1995; MASLACH, SCHAUFELI AND LEITER, 2001), one can think that Burnout in health care students also is shown as a relevant and differentiated issue (CARLOTTO, NAKAMURA AND CÂMARA, 2006). These students work directly with people and occasionally carry with them problems and conflicts found in patients. Specifically for Multidisciplinary Health Residency Programs, considered *Lato Sensu* Graduate Programs, one should highlight the challenge of being inserted into a new training model that emerges to break with the contradictions between the health system and the training model of health professionals in force.

2.3 Multidisciplinary Health Residency Program

Between the 1970s and 1980s, the hegemonic model adopted in Brazil was focused on the hospital scope and on the specialized medicine. However, from the year 1973, social movements were united around the defense of human rights and political freedom. In the health area, the fight was for the organization of a unique and hierarchicalized health system, which would not restrict the care to disease and promotion of health, individual health and collective health (DA ROS et al., 2006). With the Sanitary Reform, which took place in the 1970s, one started to highlight the wider concept of health that considers other dimensions of the human being that go beyond the biological aspect, by considering the interrelationship of the factors involved in the processes of illness (CANGUILHEM, 1995)

However, despite recognizing the efforts of the Sanitary Movement in the fights for defending health, the vocational training was not adapted to this logic because the seizure of knowledge overcomes the expanded concept of health, such as, for example: the technical content targeted to the biomechanical perspective, the biologically centered medical model and the privilege of hard technologies (CAMPOS, 1991; MERHY, 2005; CARVALHO, 2005; CAMPOS, 2006). These aspects are placed as essential skills in the composition of the professional profile and therefore present themselves as axes of learning in most schools of professional training for health workers (ROSA AND LOPES, 2010).

This situation, placed in undergraduate courses, allows the maintenance of the hospital-centered model, with its medical-centered and healing practices, supported by the paradigm of biomedicine, as well as it contributes to the low efficacy characteristic of the health system, predominance of privatizing interests and existence of managerial and financial mechanisms that hamper its rationalization (CARVALHO, 2005). In 1993, with the creation of the Family Health Program, the system started to be structured by means of primary care, and the municipal governments started to require a professional profile targeted to the logic of the SUS, thereby highlighting the contradictions between the health system and the health training. In this context, the Multidisciplinary Health Residency Program

(RMS) was created, which was presented as strategy for reorienting the Primary Care for the implementation/ reorganization of public services grounded on the logic of the SUS, with the objective of producing the necessary conditions for changing the aforementioned model (BRASIL, 2006; ROSA AND LOPES, 2010).

Thus, we have established that the RMS would be as a program of intersectoral cooperation to foster the qualified insertion of young health professionals into the labor market, particularly for the construction of the SUS. Under this perspective, one can also say that it was presented as a strategy of the State that sought a specific training, with a view to instituting an arsenal of professionals able to modify practices in force and to produce a new culture of intervention and understanding of health in the scope of the implementation of the SUS, through in-service training (BRASIL, 2006).

3 | METHOD

This is a cross-sectional, descriptive and quantitative study. This research was performed in a higher education institution in the countryside of the state of Rio Grande do Sul/Brazil. The study population was composed of 55 multidisciplinary residents, according to the selected inclusion and exclusion criteria. Accordingly, this study included Multidisciplinary Residents, with activities in the University Hospital of Santa Maria (HUSM, as per its acronym in Portuguese). The multidisciplinary residents who were on leave period belonging to any nature were excluded from the survey.

Data collection was performed in the months of April and June 2011 by means of self-applicable instruments to individuals invited and who accepted to participate in the study after being clarified about the objectives and characteristics of the survey. The first approach was held through scheduled meetings, according to the schedule of the residency, where the questionnaires were delivered and, throughout the collection period, gathered. There was the need to search the people in an individual manner.

In order to operationalize the data collection, we made the presentation of the Free and Informed Consent Form, as well as the guidelines for filling out the instruments. In order to obtain data, we used the Maslach Burnout Inventory (MBI) and a Form to characterize the Multidisciplinary Residents in social, demographic and professional aspects.

The questionnaire was used for personal and professional characterization of Multidisciplinary Residents. We addressed the following quantitative variables: age, number of children, travelling time to university campus, daily study time dedicated to RMS and time spent for study groups weekly; and the qualitative variables: gender,

marital status, presence of children, housing situation, practice of sports, leisure activity, profession, training year, month and year of the beginning of the residency, satisfaction of residents with the program, interest in withdrawing the RMS and the emphasis of action.

For this study, we have considered the emphases of action as follows: “Management”, “Hospital Care” and “Health Surveillance and Family Health”.

The Maslach Burnout Inventory, version HSS (Human Services Survey), elaborated by Christina Maslach and Susan Jackson (1978), was translated and adapted to the Brazilian reality by Lautert (1995).

The MBI, version HSS (Human Services Survey), is a self-applicable questionnaire with a Likert-type scale, in which the individual chooses one of the alternatives: “never”, “a few times a year”, “a few times a month”, “a few times a week” and “daily” (with values ranging from zero to four) that best depicts its daily experience at work. The instrument is composed of 22 items distributed into three sub-scales: Emotional Exhaustion (EE) formed by items 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 and 20; Depersonalization (DP), made up of items 5, 10, 11, 15 and 22, and Professional Incompetence (PI), composed of items 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 and 21 (LAUTERT, 1997). Nevertheless, due to being more current, the following nomenclature was used for the sub-scales: Emotional Exhaustion (EE), Depersonalization (DP) and Professional Achievement (PA) (CARLOTTO and CÂMARA, 2007).

High scores on emotional exhaustion and depersonalization, coupled with low scores on professional incompetence signalize that the individual is in Burnout (LAUTERT, 1997). It is worth remembering that the score of the sub-scale Professional Incompetence has reverse effects, that is to say, the higher the score in this dimension, the better will be the individual’s perception with regard to its professional efficiency (LAUTERT, 1997).

After collection, data were organized and stored in a spreadsheet in the program EXCEL 2003 (Office XP) so that they subsequently were electronically analyzed with the help of the program Statistical Analysis System (version 8.02). Qualitative variables were presented in absolute (n) and percentage (%) values. Quantitative variables were exposed in descriptive measures: minimum and maximum values, average and standard deviation.

In order to analyze the MBI scores, we held the average of responses of the population by sub-scale. From these measures, the subscales were dichotomized in “high” and “low”. In order to analyze the internal consistency of this instrument, we made use of the Cronbach’s alpha coefficient.

This work is a subproject deriving from the project Stress, Coping, Burnout, Depressive Symptoms and Hardiness in Multidisciplinary and Physician Residents, approved by the Research Ethics Committee (REC) at the Federal University of

Santa Maria (UFSM), under the Protocol number 23081.020160/2010-06, taking into consideration that this research involves residents of the aforementioned institution. Upon presentation of the study and its objectives, the Confidentiality Agreement, which states the commitment of researchers before the use and preservation of material (for a period of five years) with information on investigation subjects, was delivered. In addition, in order to meet the Regulatory Guidelines and Standards for Research Involving Human Beings (CNS Resolution 196/96), a Free and Informed Consent Form was sent, together with instruments, with information relating to the research, which was signed (in two copies, one for the subject and one for the researcher), with a view to authorizing voluntary participation in the research.

4 | RESULTS

Of the 85 multidisciplinary residents, all met the eligibility criteria, but 40 (47,07%) refused to participate in the survey and 8 (9,41%) returned the instruments in blank. Hence, we obtained a total of 37 (43,52%) participants.

In order to ease up the visualization of sociodemographic and academic data, the qualitative variables will be presented in line with the characterization: sociodemographic, professional and academic. The quantitative variables will be presented in a grouping manner.

Concerning the sociodemographic profile of Multidisciplinary Residents, one should observe, in Table 1, the predominance of females (83,78%), single (81,08%), without children (94,6%) and aged between 25 and 29 years (51,35%). Among the respondents, 51,35% live with family, 59,46% do not practice sports and 91,18% perform some leisure activity. About the first, one should highlight that one resident did not respond to the item; and, about the last, three residents did not respond to it. One should emphasize that 41,66% entered the RMS one year after the completion of the undergraduate course, followed by those who entered in the same year of completion of the course and four years or more after the academic training (19,44%). Furthermore, 66,67% work in hospital emphasis (Table 1). One should verify that 58,82% are satisfied with the residency program and 62,16% thought about quitting the program at some point.

| Variable | N | % |
|--|----|-------|
| Time in years between the completion of the undergraduate course and the admission to the RMS* | | |
| Same year | 7 | 19,44 |
| 1 year | 15 | 41,66 |

| | | |
|---------------------------------------|----|--------|
| 2 year | 4 | 11,12 |
| 3 year | 3 | 8,34 |
| 4 years ou more | 7 | 19,44 |
| Emphasis of action ** | 4 | 11,11 |
| Management | | |
| Hospital Care | 24 | 66,67 |
| Health Surveillance and Family Health | 8 | 22,22 |
| Total | 37 | 100,00 |

Table 1. Distribution of multidisciplinary residents regarding the time between the completion of the undergraduate course and the beginning of the residency program (in years), and emphasis of action, 2012.

* One resident did not respond to the item.

** Three residents did not respond to the item.

Regarding the professional activity, one should highlight that 94,59% of residents do not perform extra-professional activities in addition to the multidisciplinary residency, 59,46% have professional experience in the health area and 89,19% do not have training in other higher education courses. One should observe that 25% are nurses, 16,67% are speech therapists and 13,89% are physiotherapists.

On average, the residents study 111,4 minutes per week. In addition, they take an average of 35,27 minutes to reach the university campus at stake. One should also highlight that 51,35% are not part of the study groups. Those who participate (48,65%) dedicate, on average, 84 minutes per week to this activity. We observed that four residents did not respond to the study time and one to the emphasis of action. Descriptive measures for these variables can be seen in Table 2.

| Variable | Minimum | Maximum | Average | S. Deviation |
|------------------------------------|---------|---------|---------|--------------|
| Age | 22 | 33 | 26,29 | 2,89 |
| Number of children | 0 | 2 | 0,10 | 0,45 |
| Time dedicated to the group weekly | 0 | 60 | 80,0 | 102,88 |

Table 2. Descriptive measures for age, number of children, travelling time, hourly load of study, time dedicated to the group weekly

The sociodemographic profile of the Multidisciplinary Residents shows a predominance of single (81.08%), women (83.78%) without children (94.6 %), between 25 and 29 years old (51.35%), living with their families (51.35%).

The internal consistency analysis of the items composing the MBI-HSS subscales presented a Cronbach's alpha of 0.82 for Emotional Exhaustion and 0.635 for Depersonalization. Since the Cronbach's alpha for the subscale Professional Realization was 0.248, items 9 and 21 were included, which increased the coefficient

to 0.606. According to the authors [16], these values are sufficient to attest to the instrument's satisfactory internal reliability. The subscales' averages are presented in Table 3.

| Subscales | Mean | SD* | Min. | Max. |
|--------------------------|------|------|------|------|
| Emotional Exhaustion | 2,55 | 0,71 | 14 | 39 |
| Depersonalization | 2,72 | 0,80 | 8 | 20 |
| Professional Realization | 3,42 | 0,73 | 14 | 33 |

Table 3. Distribution of Multidisciplinary Residents according to the averages obtained on the Maslach Burnout Inventory, Brazil, 2012.

*SD: Standard Deviation

The average obtained for the subscale Professional Realization was 3.42 (± 0.76), which shows low professional satisfaction. The distribution of the population according to the classification by MBI subscale is presented in Table 4.

| Subscales | High N | % | Low N | % | Total n |
|--------------------------|-----------|-------|----------|-------|------------|
| Emotional Exhaustion | 14 | 37.84 | 23 | 62.16 | 37 |
| Depersonalization | 16 | 43.24 | 21 | 56.76 | 37 |
| Professional Realization | 19 | 51.35 | 18 | 48.65 | 37 |

Table 4. Distribution of Multidisciplinary Residents according to the classification by the subscales of the Maslach Burnout Inventory Brazil, 2012

A total of 27% of the participants presented an indication they were experiencing burnout syndrome after the domains were associated.

5 | DISCUSSION

When analyzing our data, there was predominance of multidisciplinary female residents (83,78%), single (81,08%), without children (94,6%), aged between 25 and 29 years (51,35%), with an average age of 26,29 years. Such results are in line with those observed in a publication with nursing residents, where the majority of the sample was composed of women (81,3%), single (93,8%), without children (87,5%) and with an average age of 25,8 years (FRANCO E BARROS, 2011). A research conducted in São Paulo highlighted the increased female participation in the field of health, mainly among professionals with higher education (from 18% to 35%)⁽¹⁴⁾. Moreover, such study indicates a renewal in the workforce in health care,

with a special focus on workers with higher education, where professionals aged between 20 and 29 years evolved from 14% to 26% (NOGUEIRA-MARTINS,1991).

One can infer that the fact of being unmarried and childless is related to the young aspect of this population and the participation of women in the labor market. The latter, besides characterizing the aforementioned social profile, has allowed financial independence to women and made them heads of families. According to the Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE, as per its acronym in Portuguese), over the 1990s, the average schooling level of these women increased from 4,4 to 5,6 years of study annually, and there was a decline in the fertility rate, which started in the mid of 1960s. Nowadays, women have an average of 2,3 children. 40 years ago, the average was 6,3 children. Furthermore, we noted the participation of 25% of Nurses in the study population, and this occupation is historically characterized by the predominance of women. This may be related to the amount of these professionals enrolled in the program and the structure of health care teams, composed of a greater quantitative of nursing technicians and nurses. With regard to nursing, some authors(VALE E GUEDES, 2004) highlight that one of the challenges faced concerns the training of competent professionals, able to articulate theory and practice and with critical view of reality. We understand that the RMS contributes to this, not only because of the fact that the teaching takes place in the reality of health services, as well as the possibility of interaction with other members of the multidisciplinary team, which fosters the exchange and sharing of new skills (LANDIM, BATISTA E SILVA, 2010).

We have found that 59,46% of residents do not practice sports, but perform some leisure activity (91,18%). Nonetheless, in a research with medical residents, they highlighted the lack of time for leisure, family, friends and personal needs (NOGUEIRA-MARTINS,1991). Although 51,35% of multidisciplinary residents live with their families, some authors claim that family conviviality is broken or postponed due to professional request and schedule, frequent shifts and hospital visits on weekends and holidays. This isolation that permeates the undergraduate level, and is intensified in Residency Programs, causes the professionals to run apart from the labor context (NOGUEIRA-MARTINS,1991).

We found that 41,66% entered the RMS one year after the completion of the undergraduate course. In the light of this, surveys describe that newly-trained nurses from universities, young and inexperienced in professional life, seek theoretical and practical qualification in residency programs, which may explain the data found (MATHEUS, IDE E ARNGELO, 2003). Likewise, the residency corresponds to the beginning of a professional career, which is confirmed by a study involving physicians, where 71% of them attended at least one program of medical residency or similar (NOGUEIRA-MARTINS,1991). A study with nursing home residents emphasized

that the Residency provides a mild transition between academic world and practical reality, which enables the acquisition of greater professional safety (CARBOGIM, SANTOS, ALVES E SILVA, 2010).

The residents who participated in the survey were concentrated (66,67%) in hospital emphasis. Among the existing Multidisciplinary Residency Programs in Brazil, one should observe a privilege in relation to hospital experience, although with structures that vary according to the RMS project of each institution. There are studies (LANDIM, BATISTA E SILVA, 2010) that mention that the inclusion of nurses in hospital environments seeks to strengthen the clinical judgment and promote a clinical and reflective experience of health problems. This happens when, related to the epidemiological profile of Primary Health Care, it enables a comprehensive view of the health-disease process. Accordingly, the diversification of learning scenarios is essential in the face of the types of complexity involved in health problems, which require the mobilization of different areas of knowledge (LANDIM, BATISTA E SILVA, 2010; CARBOGIM, SANTOS, ALVES E SILVA, 2010).

We have found that 58,82% are satisfied with the Residency Program and 62,16% thought about quitting at some point. In this regard, some scholars mention that a sequence of emotional phases or stages are experienced by the resident during the first year of Residency, described as a kind of psychological natural history of this pupil (GORDON, GIRARD E HICKAM, 1987). According to them, when starting the Residency Program, there is a predominance of a feeling of early excitement which is followed by a period of uncertainty, with recurrent depression crises. This depressive sense is subsequently replaced by feelings of competence and a certain degree of pride at the end of the first year. Uncertainty takes place when the resident begins to experience frustrations and realize its limitations. Hence, depression is linked to overload of work, sleep deprivation and lack of institutional emotional and/or social support. The second year tends to be less troubled than the first, and, at the end, the resident usually expresses satisfaction with the professional decision and feels competent (NOGUEIRA-MARTINS, 1991).

Regarding the professional activity, one should highlight that 94,59% of residents do not perform extra-professional activities in addition to the multidisciplinary residency. We believe that this data is related to the exclusive dedication required by the RMS Program of the institution as a prerequisite for admission. The project of the RMS involved in this study envisages the duration of two years in a full-dedication regime, with an annual hourly load around 2.880 hours and a period of 30 days of holidays (rest) every year. The average hourly load is 60 hours a week (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA, 2010). Such structure produces a new paradigm for residency because learning takes place in the network of services itself, and, especially, allows the relationship between reflective and critical attitudes

with interdisciplinary health practices, which contributes to the onset of alternative training experiences (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

As for the professional experience in health care, 59,46% responded affirmatively. This indicates that residency programs, besides enabling theoretical-practical qualification to the newly-graduated people, provide skills for professionals who already have experience in the labor market in a certain area of knowledge. The RMS allows these professionals to critically reflect on their practices, as well as rethinking their everyday lives and enhancing their knowledge. The modality of graduate teaching (*Lato Sensu*) in the Residency frames is a strategy that trains health professionals to act in their working realities in such a way as to produce effective interventions (CARBOGIM, SANTOS, ALVES E SILVA, 2010).

On average, residents study 111,4 minutes per day, 51,35% did not participate in study groups. Those who are dedicated to this task take an average of 84 minutes per week to it. Concerning this issue, some surveys indicate that the investment of health workers in the pursuit of knowledge encompasses dimensions and objectives that serve the practical and pragmatic use and, consequently, the construction of the everyday history and science of each profession. In addition, the accomplishment of surveys, participation in scientific events and the guidance of term papers of residents are practices that boost and empower the construction of knowledge in the area (LOPES E MOURA, 2004). In this way, Multiprofessional Residency has direct impact on the training of health professionals and teams to the conduction of an articulate and conjoined care. This enables, in an indirect way, the structuring of the Brazilian Unified Health System and the improvement of the quality of care provided by these professionals (CARDOSO, 2011).

Burnout syndrome has been defined as a psychosocial phenomenon that emerges as a chronic response to interpersonal stressors that take place in the work environment (LAUTERT, 1997). In addition to the common stressors observed in practice, the residents also experience situations in Multidisciplinary Residencies that can be seen as stressful, such as writing academic papers and final papers, taking tests and theoretical classes, etc.

In this context, we observe that the average population scores on the Professional Realization subscale were 3.42 (SD = 0.73), 2.72 (SD= 0.80) for Depersonalization, and 2.60 (SD = 0.71) for Emotional Exhaustion. A study conducted with medical residents in a federal university reported an average of 28.6 for Emotional Exhaustion, 10.4 for Depersonalization, and 36.0 for Professional Realization (LIMA E BUUNK, 2005). A study investigating burnout syndrome in 105 psychologists reported the following averages: 18.57 for Emotional Exhaustion, 5.24 for Depersonalization and 38.10 for Professional Realization (BENEVIDES-PEREIRA E MORENO-JIMÉNEZ, 2003). We note that the highest averages are concentrated in the Professional

Realization domain, also called Professional Incompetence or Reduced Professional Realization by some authors (BENEVIDES-PEREIRA E MORENO-JIMÉNEZ, 2003; LIMA E BUUNK, 2005). Hence, we observe that perceptions of low efficiency and productivity at work prevail among the professionals included in the studies. The state that better translates this domain is when the professionals start questioning their choices and doubt their aptitude for their profession. The individual no longer becomes involved with the work and starts feeling personally and professionally inadequate. This behavior affects one's ability to perform well at work and to relate with people, harming productivity (GRAZZIANO E BIANCHI, 2010).

A total of 27% of the Multidisciplinary Residents presented an indication of experiencing burnout syndrome. The incidence of burnout among medical residents was 20.8% (LIMA E BUUNK, 2005). A study investigating burnout syndrome among nursing residents in the four periods of the program reported one resident (6.3%) in the fourth period of the program showed alterations on the three subscales, indicating the presence of burnout syndrome (CARLOTTO E CÂMARA, 2007). It is known that burnout is mainly related to organizational factors and occurs when a professional has to deal with frustrations and work overload and has to expend extra effort to deal with challenges. Hence, one compensates for psychological suffering with extra effort (GISBERT, FAYOS E MONTESINOS, 2008).

Additionally, poor working conditions, low salaries, heavy workload, and an unfavorable workplace favor the emergence of burnout among health workers, interfering in the therapeutic relationship between professionals and patients (NOGUEIRA, 2007). In this context, a study with nursing residents reported that these professionals provide direct care to more than one patient per shift while not being totally familiarized with the job and not having all the tools required to assume a greater patient load; for this reason they feel overwhelmed (CARLOTTO E CÂMARA, 2007). Additionally, there are frequent complaints of nurses concerning lack of autonomy, work overload, and consequent demotivation of the staff. Patients wait increasingly longer to be cared for, there are difficulties due to scarce economic resources, the law does not favor access to all, the limited system of promotion and valorization of personnel in the health field, a tendency to medicalize human experience, and lack of professionals, among other issues (LAUTERT, 1997).

Thus, the presence of burnout among health professionals can negatively affect the quality of care delivery and the lives of workers, leading to depression and difficult family and social relationships, also affecting the organization with absenteeism and presenteeism (NOGUEIRA, 2007)- the act of attending work while sick. For these reasons, burnout syndrome is considered the syndrome of "giving up" because the affected individuals no longer invest in their work and affective relationships and apparently become incapable of becoming emotionally involved with their workplace

(NOGUEIRA, 2007).

We verified that 37.84% present High Emotional Exhaustion, 43.24% High Depersonalization, and 48.65% Low Professional Realization. A total of 17.2% of the nursing residents presented changes in the Emotional Exhaustion and Depersonalization subscales and 18.8% presented alterations in the Professional Realization subscale (CARLOTTO E CÂMARA, 2007). Among medical residents: 65% of which presented High Emotional Exhaustion; 61.7% High Depersonalization, and 30% Low Professional Realization (LIMA, BUUNK, ARAÚJO, CHAVES, CHAVES, MUNIZ E QUEIROZ, 2005).

A comparison among the scores obtained on the MBI by physicians, nursing technicians and nurses revealed that physicians presented greater Emotional Exhaustion (66.7%) and Low Professional Realization (50%), while nurses presented greater Depersonalization (42.9%)(MATHEUS, 2002). A study investigating burnout among psychologists, provided evidence that 22.9% of the sample presented values above the average on Emotional Exhaustion, 23.8% reported high levels of Depersonalization, while 24.8% manifested dissatisfaction and feelings of inefficiency regarding the professional activities they were performing (Low Professional Realization) (BENEVIDES-PEREIRA E MORENO-JIMÉNEZ, 2003). Studies conducted with different populations always show a portion of professionals with high emotional exhaustion, depersonalization and low professional realization.

The residency program is an exhausting professional experience and such a fact is well documented in studies (LIMA, BUUNK, ARAÚJO, CHAVES, CHAVES, MUNIZ E QUEIROZ, 2005; CARLOTTO E CÂMARA, 2007; ROSA E LOPES, 2010). Nursing residents complain about the working conditions during professional training, manifest dissatisfaction in relation to the policy of how employees are replaced during days off, vacations, sick leave, and due to a deviation from their functions, low remuneration, physical, mental and emotional exhaustion, no time for leisure, and a conflictive lack of professional identity in particular (CARLOTTO E CÂMARA, 2007).

The identification of populations with a high percentage of Depersonalization deserves attention due to two main reasons (LAUTERT,1997). The first is that depersonalization is considered a specific element of burnout syndrome when compared to the other two dimensions. The second reason is that depersonalization reflects an attitude of estrangement and negative feelings toward one's job, which affects both the patients and the staff (LAUTERT, 1997). In relation to Professional Realization, a study of nursing residents reported that this newly graduated, young and professionally inexperienced professional sought theoretical and practical tools in the residency program(CARLOTTO E CÂMARA, 2007). For this reason, they may initially present feelings of incompetence and devaluation, but gradually

these give space to personal and professional reconstruction and competence (CARLOTTO E CÂMARA, 2007). In relation to medical residency, we note that a state of anticipatory excitement predominates at the beginning of the program, which is followed by insecurity and recurrent depression. This depressive state is then replaced by feelings of competence at the end of the first year of residency (NOGUEIRA-MARTINS, 1998).

There are, however, nurses who consider that virtually all activities they perform correspond to their qualification and also consider themselves professionals with the autonomy to make decisions, with freedom of action, and are satisfied with their work (LAUTERT, 1997). This is confirmed by nursing residents, who, when discussing professional realization, report that to avoid uncomfortable situations with the nursing staff, assume the care of more severe patients and also manage the unit (LAUTERT, 1997). When they advance in the program and through routine and daily experiences in each unit/specialty they experience, these feelings are minimized and replaced by greater self-confidence and technical ability (CARLOTTO E CÂMARA, 2007).

Therefore, we verify that the factors related to burnout among residents and professionals in the health field seem to be numerous. We also highlight that in addition to sociodemographic, occupational and behavioral characteristics, there is individual variability in the nature of other characteristics and susceptibility to burnout-related factors in the face of certain situations, which frequently influence and determine changes of behavior and attitudes (CARLOTTO E CÂMARA, 2007). Stressors indicated during the educational process coupled with those arising from the profession, expose residents to stress. When appropriate strategies to minimize or eliminate such stressors are not implemented or are not available, these professionals become exposed to burnout syndrome. In this context, individuals may be negatively affected at the personal, family, institutional and social levels.

6 | CONCLUSION

We have observed that the sociodemographic profile of residents is characterized by young women, single, childless and living with their families. Regarding the academic activity, we have found that residents are fully dedicated to the RMS and study, on average, 111,4 minutes per day. Those who participate in study groups take an average of 84 additional minutes per week to this activity. Although they have professional experience in health care, one should highlight that the Residency provides a professional qualification in health services, that is to say, before the actual everyday situations. Moreover, it ensures the title of specialist in the emphasis selected by the student.

Accordingly, the Residency qualifies health workers to act in public systems and services, by inserting them into different levels of complexity, where they may perform practices that integrate teaching-research-extension-care-management services, aligned with the Principles of the Brazilian Unified Health System. Such residency, enrolled in interdisciplinary and inter-institutional frames, pursues the creation and experimentation of new teaching methodologies and integration with public health services, which impact effectively on the restructuring of the care-management-training models, in an interdisciplinary, intersectoral and inter-institutional perspective.

We conclude that the profile found is in line with that required by the labor market, that is to say, professionals with professional qualification, experience in health care services and that have their study habits associated with working activities, with the objective of qualifying the care to be provided. Seen in these terms, the RMS has repercussions in the training of professionals with characteristics that adapt them to the public health model proposed by the SUS.

This study allowed us to measure the dimensions of burnout and relate them to the education of professionals for the Unified Health System (SUS). Hence, we conclude that the studied residents are exposed to stressors arising from their profession and its educational process, which may favor the occurrence of the syndrome among these professionals. Burnout takes place when stress becomes chronic; it is multi-causal, and may begin during the undergraduate program.

It was also possible to determine that young and nursing residents predominate, while some present an indication of burnout syndrome. It is known that people develop and revise strategies to cope with stressors based on their experiences. Thus, young individuals may possess fewer skills to overcome the exhaustion that emerges from personal and professional contexts. It is also important to consider that nursing is considered a stressful profession and is also included in the studied Multidisciplinary Residency Program.

Therefore, we highlight the need to promote educational activities and instruct individuals about stress, coping strategies and burnout syndrome to enable people to acquire knowledge about these constructs. It permits the identification of stressors and the establishment of more effective strategies to cope with them in order to avoid burnout. We also suggest further studies to deepen knowledge about this syndrome and its occurrence during educational processes.

A limitation of this study is the number of participants. Even though the results are reliable, further data could be obtained with a greater number of participants. It was also not possible to analyze the professionals separately or the concentrations that compose multidisciplinary residencies because some professions have only one spot in that specific concentration, which would permit the identification of individual

participants, thus violating confidentiality.

REFERÊNCIAS

Benevides-Pereira, A.M.T. **O Estado da Arte do Burnout no Brasil**. *Revista Eletrônica InterAçãoPsy*, ano 1, n. 1, p. 4-11, 2003.

Antoniazzi, A.S.; Dell'aglio, D.D.; Bandeira, D.R. **A evolução do conceito de coping: Uma revisão teórica**. *Estudos em Psicologia*, v. 3, s. n., p. 273-294, 1998.

Benevides-Pereira, A.M.T.; Moreno-Jiménez, B. **O Burnout e o Profissional de Psicologia**. *Revista Eletrônica InterAção Psy*, v.1, n.1, p. 68-75, 2003.

Bianchi, E.R.F. **Conceito de stress- Evolução Histórica**. *Nursing. São Paulo*, v. 4, n. 39, p.16-19, 2001.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

Campos, R.G. **Burnout: Uma revisão Integrativa na Enfermagem Oncológica**. 2005. 159f. Tese (Doutorado em Enfermagem)-Universidade Federal de São Paulo. Ribeirão Preto. 2005.

Campos, G. W. S. **A saúde pública e a defesa da vida**. São Paulo: Hucitec, 1991. 176p.

Campos, G.W. S. et al., **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006. 871 p.

Carbogim, F.C.; Santos, K.B.; Alves, M.S.; Silva, G.A. **Residência em Enfermagem: a experiência de Juiz de Fora do ponto de vista dos residentes**. *Revista de APS- Atenção Primária à Saúde*, v.13, n.2, p. 245-249, 2010.

Cardoso, M.V.L.M.L. **Reflexões para a prática de Enfermagem**. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, v.12, n.1, p.7, 2011.

Canguilhem, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995. 307p.

Carlotto, M.S.; Câmara, S.C. **Propriedades psicométricas do Maslach Burnout Inventory em uma amostra multifuncional**. *Estudos de Psicologia I Campinas I*, v.24, n.3, p. 325-332, 2007.

Carlotto, M.S.; Câmara, S.G. **Análise da produção científica sobre a Síndrome de Burnout no Brasil**. *Psico*(Porto Alegre)[Periódico Online], Porto Alegre, 2008; v. 39, n. 2, p. 152-158, abr./jun. Disponível em: < <http://revistaseletronicas.pucrs.br/revistapsico/ojs/index.php/revistapsico/article/view/1461> >. Acesso em 15/02 às 2:11h.

Carlotto, M.S.; Nakamura, A.P.; Câmara, S.G. **Síndrome de Burnout em Estudantes universitários da Área da Saúde**. *Psico*(Porto Alegre)[Periódico Online], Porto Alegre, 2006; v. 37, n. 1, p. 57-62, jan./abr. Disponível em: < <http://revistaseletronicas.pucrs.br/revistapsico/ojs/index.php/revistapsico/article/view/1412> >. Acesso em 5/11 às 2:11h.

Carlotto, M.S.; Gobbi, M.D. **Síndrome de Burnout: Um problema do indivíduo ou do seu contexto de trabalho?** *Alethéia*, v. 10, s.n., p.103-104, 1999.

Carvalho, S. R. **Saúde coletiva e promoção da saúde: sujeito e mudança**. São Paulo: Hucitec, 2005. 174p.

Conselho Nacional De Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. **Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.** Bioética. 1996;4 (2 Supl):15-25.

Costa A.L.S.; Polak, C. **Construção e Validação de Instrumento para Avaliação de Estresse em Estudantes de Enfermagem (AEEE).** *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 43, p. 1017-1026, 2009.

Costa, A.L.S; Chaves, E.C. **Processos de enfrentamento do estresse e sintomas depressivos em pacientes portadores de retocolite ulcerativa idiopática.** *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 507-514, 2006.

Da Ros, M.A. et al., **Residência Multiprofissional em Saúde: uma conquista do movimento sanitário.** In: Campos, F. E. et al., (Org). *Cadernos RH Saúde*. Ministério da Saúde/Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, v. 3, n. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p. 109-118.

Dell'aglio, D.D. **O processo de coping em crianças e adolescentes: adaptação e desenvolvimento.** *Temas em Psicologia*, Porto Alegre, v. 11, n. 1, p. 38-45, 2003.

Franco, G.P.; Barros, A.L.B.L.; Nogueira-Martins, L.A.; Zeitoun, S.S. **Burnout em residentes de enfermagem.** *Revista de Escola de Enfermagem da USP*, v.45, n.1, p.12-18, 2011.

Folkman, S.; Lazarus, R. S. **An analysis of coping in a middle-aged community sample.** *Journal of Health and Social Behavior*, v. 21, s. n., p. 219-239, 1980.

Gil-Monte, P. R. **Influencia del género sobre el proceso de desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) en profesionales de enfermería.** *Psicologia em Estudo*, Maringá,v.7, n.1, p. 3-10, 2002.

Gisbert, M.F.S.; Fayos, E.J.G.; Montesinos, M.D.H. **Burnout en fisioterapeutas españoles.** *Psicothema*, v.20, n.3, p. 361-368, 2008.

Grazziano, E.S.; Bianchi, E.R.F. **Impacto do Stress Ocupacional e Burnout para Enfermeiros.** *Enfermeria Global*, s.v, n.18, p.1-20, 2010.

Gordon, G.H.; Girard, D.E.; Hickam, D.H. **Comparison of mood changes and satisfaction among first year medical residents in three programs.** *Journal of Medical Education*, n.62,p. 428-430, 1987.

Guerrer, F.J.L; Bianchi, E.R.F. **Caracterização do estresse nos enfermeiros de unidades de terapia intensiva.** *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 355-362, 2008.

Guido, L.A. **Stress e Coping entre enfermeiros de centro cirúrgico e recuperação anestésica.** 2003. 199f. Tese(Doutorado em Enfermagem)- Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

Kawakame, P.M.G.; Miyadahira, A.M.K . **Qualidade de vida de estudantes de graduação em enfermagem.** *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 165-172, 2005.

Landim, S.A.; Batista, N.A.; Silva, G.T.R. **Vivência clínica hospitalar: significados para enfermeiros residentes em Saúde da Família.** *Revista Brasileira de Enfermagem*, v.63, n.6, p. 913-920, 2010.

Lautert, L. **O desgaste profissional do Enfermeiro.** 1995. 276p. Tese (Doutorado em Psicologia). Universidade Pontifícia Salamanca, Salamanca, Espanha, 1995.

Lautert, L. **O desgaste profissional: estudo empírico com Enfermeiras que trabalham em hospitais.** *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 18, n. 2, p. 133-144, 1997.

Lazarus, R. S.; Folkman, S. **Stress, appraisal, and coping.** New York: Springer, 1984. 445 p.

Lima, F.D.; Buunk, A.P.; Araújo, M.B.J.; Chaves, J.G.M.; Chaves, J.G.M.; Muniz, D.L.O.; e Queiroz, L.B. **Síndrome de Burnout em Residentes da Universidade Federal de Uberlândia – 2004.** *Revista Brasileira de Educação Médica*, v.29, n.1, p. 137-146, 2005.

Lipp, M.N.; Novaes, L.E. **O Stress.** São Paulo: Contexto, 1998. 64 p.

Lopes, G.T.; Moura, C.F.S. **O impacto da residência de enfermagem na reconfiguração do perfil do enfermeiro assistencial: 1975-2000.** *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, v.8, n.1,p. 39-45, 2004.

Matheus, M.C.C.; Ide, C.A.C.; Arngelo, M. **A obstinação como mediadora entre a idealização e a concretude do cuidado instituído: a experiência da enfermeira recém-formada.** *Acta Paulista de Enfermagem*, v.16, n.2, p. 9-17, 2003.

Merhy, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo.** São Paulo: Hucitec, 2005.189p.

Miranda, A.S. **Estresse Ocupacional- inimigo invisível do enfermeiro?** 1998.156f.Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 1998.

Nogueira-Martins, L.A. **Atividade médica: fatores de risco para a saúde mental do médico.** *Revista brasileira de clínica e terapêutica*, v.20, n.9, p. 355-364, 1991.

Nogueira-Martins, L.A.. **Residência Médica: estresse e crescimento.** *Psychiatry on-line Brazil*, v. 3, n. 10, s.p., 1998.

Nogueira, T.S. **Síndrome de Burnout em Fisioterapeutas hospitalares** [dissertação].Ceará(CE): Universidade Estadual do Ceará, 2007.

Oliveira, M. M. **Como fazer pesquisa qualitativa.** Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

Rosa, S.D.; Lopes, R.E. **Residência Multiprofissional em Saúde e Pós-Graduação Lato Sensu no Brasil: Apontamentos Históricos.** *Revista Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 479-498, nov.2009/fev.2010

Savóia, M.G.; Santana, P.R; Mejias, N.P. **Adaptação do Inventário de Estratégias de Coping de Folkman e Lazarus para o Português.** *Psicologia USP*, São Paulo, v.7, n.1/2, p.183-201, 1996.

Universidade Federal de Santa Maria – RS. Centro de Ciências da Saúde – CCS. Hospital Universitário de Santa Maria – HUSM. 4ª Coordenadoria Regional de Saúde –RS/ Secretaria de Município da Saúde de Santa Maria. Projeto: **Residência multiprofissional integrada em gestão e atenção hospitalar no sistema público de saúde.** Santa Maria. 2010.

Vale, E.G.; Guedes, M.V.C. **Competências e habilidades no ensino de administração em enfermagem à luz das diretrizes curriculares nacionais.** *Revista Brasileira de Enfermagem*, v.57, n.4, p. 475-458, 2004.

KNOWLEDGE OF NURSING GRADUATION STUDENTS ON PALIATIVE CARE

Data de aceite: 25/11/2019

Barbara Fernandes Custódio

Universidade Regional do Cariri, Iguatu- Ceará

Adriana de Moraes Bezerra

Universidade Regional do Cariri, Iguatu- Ceará

Naanda Kaanna Matos de Souza

Universidade Federal do Ceará, Fortaleza - Ceará

Karina Ellen Alves de Albuquerque

Universidade Regional do Cariri, Iguatu- Ceará

Andreliny Bezerra Silva

Universidade Regional do Cariri, Iguatu- Ceará

Kelly Suianne de Oliveira Lima

Universidade Regional do Cariri, Iguatu- Ceará

Liana Ingrid Cândido Ferreira

Universidade Regional do Cariri, Iguatu- Ceará

Sarah Lucena Nunes

Universidade Regional do Cariri, Iguatu- Ceará

Francisco Ayslan Ferreira Torres

Universidade Regional do Cariri, Iguatu- Ceará

Antonio José Silva dos Santos

Universidade Regional do Cariri, Iguatu- Ceará

Amanda Vilma de Oliveira Lacerda

Universidade Regional do Cariri, Iguatu- Ceará

Maiara Bezerra Dantas

Universidade Regional do Cariri, Iguatu- Ceará

cura, bem como de seus familiares. Estima-se que 60 a 75% da população desenvolva uma doença crônica de caráter terminal, necessitando de tais cuidados. Objetiva-se averiguar o conhecimento dos estudantes de graduação em enfermagem acerca de Cuidados Paliativos. Trata-se de um estudo descritivo, exploratório de abordagem qualitativa, realizado de agosto de 2016 a junho de 2017, na Universidade Regional do Cariri/ Unidade Descentralizada de Iguatu-CE. Participaram 11 estudantes do curso de enfermagem do 9º e 10º período, por terem cursado as disciplinas teóricas do curso. Para a coleta utilizou-se uma entrevista semiestruturada, e para a análise dos dados, realizou-se a avaliação do conteúdo orientada por Minayo. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, da Universidade Regional do Cariri, recebendo parecer com o número 2.038.151. Percebeu-se que os estudantes apresentam conhecimento reducionista se tratado dos Cuidados Paliativos e da dimensão que esse cuidado representa. Após organização das falas, identificaram-se quatro categorias temáticas, a saber, Cuidados Paliativos na concepção dos estudantes de enfermagem; Cuidados Paliativos e sua atuação no controle da dor e bem-estar do paciente; A abordagem de Cuidados Paliativos dentro do curso de graduação em enfermagem;

RESUMO: Os cuidados paliativos visam promover a qualidade de vida de pacientes acometidos por doenças sem perspectiva de

e o despreparo dos estudantes de graduação em enfermagem frente à assistência paliativa. Destarte, conclui-se que os estudantes notam a deficiência na abordagem dos cuidados paliativos, sentindo-se inaptos para sua realização, demandando a necessidade de investir-se na formação, visando melhores práticas de cuidar em saúde.

PALAVRAS-CHAVES: Cuidados paliativos. Estudantes. Ensino.

ABSTRACT: Palliative care aims to promote quality of life of patients with diseases with no prospect of cure, as well of your family members. It is estimated that 60 to 75% of the population develops a chronic terminal illness, needing such care. The objective is to verify the knowledge of undergraduate nursing students about Palliative Care. It is a descriptive study, exploratory qualitative approach, held from August 2016 to June 2017, at the Regional University of Cariri/ Decentralized Unit of Iguatu-CE. Eleven nursing students from the 9th and 10th period participated, for having attended the theoretical subjects of the course. For the collection, a semi-structured interview was used, and for data analysis, the content evaluation conducted by Minayo. The study was approved by the Research Ethics Committee, from the Regional University of Cariri, receiving opinion with the number 2.038.151. It was noticed that students have reductionist knowledge if it deals with Palliative Care and the dimension that this care represents. After speech organization, four thematic categories were identified, to know, Palliative Care in the conception of nursing students; Palliative Care and its role in pain control and patient well-being; The Palliative Care approach within the undergraduate nursing course; and the unpreparedness of undergraduate nursing students facing palliative care. Thus, it is concluded that students notice the deficiency in the approach of palliative care, feeling unfit for its realization, demanding the need to invest in training, aiming at best health care practices.

KEYWORDS: Palliative care. Students. Teaching.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS), no ano de 2002, definiu cuidados paliativos como sendo uma abordagem de cuidados que visa promover a qualidade de vida de pacientes e seus familiares que estejam enfrentando doenças, que ameaçam a continuidade de vida, busca-se prevenir e aliviar o sofrimento humano, através da identificação e do tratamento da dor, e de outros problemas físicos, psicossociais e espirituais.

Para os cuidados paliativos chegarem ao que hoje se conhece, essa filosofia se iniciou com o movimento *hospice*, que era o termo usado para definir abrigos, que a princípio ofereciam guarida a viajantes e peregrinos. Por volta do século XVII surgiram na Europa às instituições de caridade, que construíram abrigos

para órfãos e doentes, de forma a se propagar por várias organizações católicas e protestantes. Esses locais, em meados do século XIX, sofreram algumas alterações em sua estrutura e passaram a ter características hospitalares com divisão de alas para os doentes que eram acometidos por doenças graves (ACNP, 2012).

A origem dos cuidados paliativos modernos decorreu de experiências vivenciadas pela enfermeira, assistente social e médica Cicely Saunders, que ao se deparar com situações de sofrimento humano durante seu trabalho desenvolvido nos chamados *hospices*, decidiu dedicar-se ao tratamento da dor para promover alívio àqueles que sofriam de uma doença terminal (CREMESP, 2008).

Nas últimas décadas, tem-se presenciado um aumento da expectativa de vida da população e uma predominância no número de doenças crônicas, estimando-se que 60 a 75% da população chegam a óbito após um período de doença crônica progressiva, de forma avançada ou terminal. Em contrapartida, avanços científicos e tecnológicos, aliados ao desenvolvimento de terapêutica, têm refletido nas áreas da saúde refletindo no aumento da esperança de vida e longevidade da população. Porém, apesar das descobertas feitas e das medidas adotadas para se garantir essa maior longevidade, a morte continua a ser uma certeza, o que ameaça o ideal de cura, no qual os profissionais de saúde costumam ser capacitados (ANCP, 2012; LOPES, 2013).

As medidas paliativas devem ter início desde o diagnóstico de uma doença grave, acompanhando o paciente durante seu tratamento e evolução da doença, até a fase terminal. Esse tipo de cuidado não se encerra após a morte de um indivíduo, pois também tem como finalidade a assistência à família durante o luto. Essa assistência se dá através de uma equipe multidisciplinar que, de acordo com os princípios dos cuidados paliativos, busca de uma forma mais humanizada reafirmar a vida, encarando a morte como um processo natural e imutável (GERMANO; MENEGUIN, 2013; LOPES, 2013).

Segundo Marques (2009) *apud* Lopes (2013), inúmeros fatores têm dificultado os avanços de implantação e implementação dos cuidados paliativos, dentre eles destaca-se o forte domínio do modelo cartesiano de atenção e o despreparo dos profissionais. Diante disso, partindo do pressuposto de que é dentro da graduação que o estudante adquire os princípios que regem e sustentam sua prática profissional, as instituições de ensino assumem um papel de extrema importância na formação de profissionais.

A pesquisa contribui dando seguimento a estudos já realizados no levantamento de possíveis problemáticas que possam estar contribuindo para o desenvolvimento de outros estudos, subsidiando o conhecimento de estudantes e profissionais de saúde, contribuindo na assistência, para a prática de profissionais que assistem pacientes que se encontram fora de possibilidades de cura, e dentro

do ensino promovendo uma maior discussão a respeito da importância de inserção dessa abordagem dentro da graduação profissional.

O estudo tem como objetivo analisar o conhecimento dos acadêmicos do curso de Enfermagem acerca da temática em questão, identificando os fatores contribuintes para o conhecimento durante a graduação e suas percepções a respeito da qualificação enquanto futuro profissional.

MÉTODO

Tipo de estudo

Para atingir os objetivos propostos, optou-se por uma pesquisa do tipo descritiva e exploratória, com abordagem qualitativa. Com o objetivo de descrever fatos e informações de determinada realidade investigada, a pesquisa descritiva segundo Gil (2002), possibilita ao pesquisador uma de suas características mais significativas, que se dá pela utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, tais como entrevista e questionário.

A pesquisa exploratória possui o objetivo de promover uma maior familiaridade com a problemática enfrentada, com vista a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses, proporcionando o aprimoramento de ideias e descobertas (GIL, 2002).

De acordo com Minayo (2010) a pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, de modo a aprofundar-se no mundo das relações e ações humanas, um lado não captável em equações e estatísticas.

Local do estudo

A pesquisa foi realizada na cidade de Iguatu-CE, mais especificamente na Universidade Regional do Cariri – URCA/Unidade Descentralizada de Iguatu - UDI, situada no Campus Multi-Institucional Humberto Teixeira, no qual também está instalado um campus da Universidade Estadual do Ceará – UECE.

A escolha do local de estudo se deu pelo fato da URCA ser a única Universidade pública com o curso de Enfermagem no município a apresentar estudantes em fase de conclusão do curso e graduados.

Participantes da Pesquisa

A população do estudo foi formada pelos estudantes de graduação do curso de Enfermagem da URCA/UDI. Foram incluídos na pesquisa os estudantes que: se encontravam devidamente matriculados no último ano de graduação em Enfermagem da URCA/UDI e que já tinham cursado todas as disciplinas teóricas do

curso de acordo com a matriz curricular vigente. Estes estudantes cursavam o 9º e 10º período do curso de graduação, em um total de 54 alunos (informação verbal).

Para fechar a amostra do estudo foi utilizado o critério de saturação externo de no mínimo 05 participantes (BORGES; MENDES, 2012), assim como o tempo disponível para a realização desta pesquisa. A amostra deste estudo resultou na participação de 11 estudantes.

Período e operacionalização da coleta de dados

Os dados para pesquisa foram coletados no período de fevereiro à maio de 2017. Os estudantes que se enquadraram nos critérios de inclusão foram convidados a participar da pesquisa, após aceitarem, realizou-se uma entrevista semiestruturada.

A entrevista associa perguntas abertas e fechadas, na qual o entrevistado tem a oportunidade de discorrer sobre a temática. O pesquisador deve-se manter atento e caso haja necessidade, deverá direcionar a discussão para a finalidade que lhe interessa, intervindo para que os seus objetivos sejam alcançados (BONI; QUARESMA, 2005).

Foi utilizado um instrumento contendo nove questões fechadas tratando sobre o perfil dos estudantes e três perguntas abertas as quais visam atingir os objetivos propostos: 1) conte-me o que você entende por Cuidados Paliativos 2) durante o curso de graduação foram abordados os Cuidados Paliativos e de que forma esses cuidados foram abordados? 3) como você sente sua preparação profissional para assistir pacientes em Cuidados Paliativos?

As entrevistas foram gravadas, em seguida as respostas foram transcritas, e após a transcrição das informações a gravação foi excluída garantindo a privacidade dos participantes. Antes da coleta efetiva dos dados, foi realizado um pré-teste com um dos estudantes da população que entrava nos critérios de inclusão do estudo para se avaliar a eficácia do instrumento no alcance dos objetivos propostos na pesquisa.

Análise dos dados

A análise de dados foi realizada de acordo com Análise de Conteúdo do tipo Categorical Temática proposta por Minayo (2010). O foco da pesquisa qualitativa é a exploração das narrações feitas pelos entrevistados, naquilo que se pretende investigar. Ao se analisar informações qualitativas, o pesquisador deve estar atento tanto para o que é homogêneo, como para o que difere dentro de determinado grupo social.

O conceito central nesta análise será o tema, o mesmo poderá ser exposto por uma palavra, frase ou resumo. As informações foram agrupadas por categorias, o

que leva a objetivação da análise, para isso é importante garantir a homogeneidade na categorização Minayo (2010).

Para a consecução da análise, algumas etapas foram seguidas. De início foi realizada uma pré-análise, essa fase compreendeu a organização do material a ser analisado, a mesma incluiu a realização de quatro processos: Leitura flutuante e transcrição das entrevistas, escolha dos documentos, formulação de hipóteses e objetivos, e a formulação de elaboração de indicadores.

No segundo momento da análise, realizou-se a categorização que se faz de suma importância na análise das informações, pois é nessa etapa que se possibilita o incremento de interpretação e inferência, para que assim se chegue à etapa final, que corresponde ao tratamento dos resultados e interpretação, onde ocorrerá a condensação e o destaque das informações, culminando na análise crítica e reflexiva dos dados coletados (SILVA et al. 2013).

Aspectos éticos da pesquisa

A pesquisa cumpriu todos os preceitos da Resolução 510/16 do conselho nacional de saúde que trata da pesquisa com seres humanos, atendendo seus aspectos éticos e científicos, no qual incorpora referenciais básicos da bioética, sendo eles: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, assegurando os direitos e deveres dos participantes envolvidos na pesquisa, comunidade científica e Estado (BRASIL, 2016).

Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa - CEP da Universidade Regional do Cariri – URCA, e obteve aprovação para sua realização, recebendo o parecer com o número 2.038.151.

Dada às informações, os estudantes que optaram por participar assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido - TCLE, e só então, responderam às questões da entrevista (APÊNDICE A).

Esta pesquisa ofereceu um risco mínimo ao pontuar questões que possam levar ao constrangimento dos participantes. Realizou-se então a escolha de um local privado, contando somente com a presença da pesquisadora. As perguntas foram realizadas através de uma linguagem clara e acessível, na qual os participantes tiveram tempo livre para refletir e responder. Com o intuito de manter a privacidade e anonimato dos participantes, foi adotada a letra E seguida de um número, na ordem das entrevistas para apresentação dos diálogos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização dos participantes

Em relação às características dos participantes, dos 11 estudantes que

compuseram a pesquisa, oito destes correspondiam ao sexo feminino. No que diz respeito a idade, a faixa etária foi entre 21 e 27 anos de idade, quatro destes tinham 21 anos, a idade que predominou. Faziam parte das cidades de Piquet Carneiro (2), Várzea Alegre (2), Catarina (2), Quixelô, Iguatu, Jaguaribe, Jucás e Orós.

Dez dos onze participantes eram egressos de ensino médio de escola pública. Quanto à renda salarial, cinco dos participantes tinham um salário mínimo, dois tinham menos de um salário, e os demais tinham de dois a três salários mínimos. Em relação a situação de trabalho, apenas um dos participantes trabalhava, o que os torna financeiramente dependentes de outras pessoas, na maioria das vezes dos pais.

Constatou-se prevalência de estudantes que dividem moradia com outras pessoas (7). No que diz respeito ao estado civil, apenas uma participante declarou-se casada, também sendo a única que possui filhos, os demais afirmam serem solteiros. Dos 11 entrevistados, apenas um afirmou não possuir religião (agnóstico), os demais diferem nas religiões católica (6), evangélica (3) e protestante.

Esse estudo evidenciou resultados semelhantes ao estudo de Nardelli et al. (2013), no qual traz em seus resultados a prevalência de universitários de sexo feminino, justificado pelo contexto histórico da enfermagem, marcado pelo predomínio do trabalho feminino nas atividades de cuidado.

A faixa etária dos estudantes entrevistados corrobora com dados de outros estudos, em que se destacam a prevalência de estudantes jovens no curso de enfermagem (DONATI et al. 2010; BRITO et al. 2009).

De acordo com o estudo de Ristoff (2014), onde se realizou uma análise do perfil socioeconômico dos estudantes de graduação no Brasil, evidenciou-se que no campus brasileiro apenas 7% das famílias tem renda mensal igual ou superior a 10 salários mínimos. Tal porcentagem, segundo o levantamento do autor é cenário dos estudantes de graduação em medicina no Brasil.

Destaca-se aqui o número de estudantes que não possuem vínculo empregatício o que corrobora com o estudo de Bublitz et al. (2015) onde seus depoentes também relataram o mesmo discurso aqui apresentado. Tal resultado pode estar relacionado ao fato dessa instituição de ensino oferecer o curso em período integral o que dificulta a inserção dos estudantes no mercado de trabalho.

Verificou-se o predomínio de estudantes solteiros e sem filhos, dados que são justificados pelos estudos de Bublitz et al. (2015) e Nardelli et al. (2013). Segundo os autores, atualmente os jovens têm buscado primeiramente o alcance a independência e estabilidade financeira, adiando o estabelecimento de uma união

estável e a construção de uma família.

Identificação das Categorias Temáticas

Após a análise de dados emergiram quatro categorias temáticas: Cuidados Paliativos na concepção dos estudantes de enfermagem; Cuidados Paliativos no controle da dor e bem-estar do paciente; a abordagem de Cuidados Paliativos dentro do curso de graduação em enfermagem e; o despreparo dos estudantes de enfermagem frente à assistência paliativa. Estas estão apresentadas a seguir.

Cuidados Paliativos na concepção dos estudantes de enfermagem

Frente aos discursos narrados, identificou-se que os estudantes remetem cuidado paliativo a um cuidar sem perspectivas de cura, destinado a pacientes que se encontram fora de possibilidades terapêuticas.

E1: [...] aquele cuidado que não vai interferir na cura do paciente, [...] não vai ter cura.

E2: São aqueles cuidados realizados que não tem fim curativo [...].

E7: [...] são cuidados que não vão promover a cura do estado em que o paciente se encontra.

Os Cuidados Paliativos não têm como objetivo principal a cura. A ênfase dos Cuidados Paliativos está no trabalho desenvolvido através de uma equipe multidisciplinar que busca encarar a morte de maneira natural e fisiológica, atendendo o ser humano na sua totalidade durante o processo de terminalidade (DARONCO et al. 2014).

Daronco et al (2014), afirmam que a expectativa de que Cuidados Paliativos somente se fazem relevantes quando nada mais pode ser feito para se tentar prolongar a vida do indivíduo. Enfatizam ainda, que na última década reconheceu-se que os Cuidados Paliativos podem e devem atuar concomitantemente ao cuidar curativo, que é iniciado logo após o diagnóstico de uma doença grave.

Durante os relatos apresentados pelos estudantes pode-se perceber que alguns enxergam os Cuidados Paliativos ainda de forma insuficiente, como um cuidado alternativo e não prejudicial, como mostra os discursos a seguir:

E1: [...] vai ser só um cuidado a mais, uma assistência prestada humanizada a mais.

E3: [...] é uma assistência boa e que de certa forma não é tão prejudicial para com que ele venha ter futuras consequências.

Os diálogos acima evidenciam um entendimento ainda reducionista a respeito do que se trata a assistência paliativa, os depoentes não demonstrarem compreensão na dimensão desse cuidado.

Em seu estudo, Floriani e Schramm (2008) destacam os Cuidados Paliativos como uma modalidade emergente à assistência do indivíduo no seu final de vida, pois em meio a tantos pacientes que se encontram presos às práticas e métodos mecanicistas, faz-se necessário uma abordagem de cuidar que garanta ao indivíduo uma morte digna e livre de sofrimentos.

Os Cuidados Paliativos no controle da dor e bem-estar do paciente

Nos discursos seguintes, observou-se que os graduandos entendem os Cuidados Paliativos como uma provável estratégia para reduzir a dor do paciente:

E1: [...] ele [o cuidado paliativo] vai ajudar, de certa forma, a minimizar essas dores que ele [o paciente] sente [...].

E2: [...] [os Cuidados Paliativos] são realmente [...] para aliviar a dor do paciente, [...] melhorar a questão de dor [...].

E8: [...] [o cuidado paliativo] fornece ao paciente apenas uma medida de diminuir a dor [...].

Propiciar a amenização da dor é um dos objetivos primordiais dos Cuidados Paliativos. Esta deve ser considerada em diferentes aspectos, segundo Cicely Saunders, desde a dor física apresentada; à dor psíquica provocada por medos e anseios; à dor social que contempla a solidão e; à dor espiritual na ausência do sentido à vida relacionada à dor diante da morte (ANCP, 2012).

Além da dor, os Cuidados Paliativos favorecem a atenuação de outros sintomas que ocasiona o sofrimento humano, como: depressão, esgotamento, náusea, entre outros. A prevenção e o tratamento desses sintomas devem se iniciar desde o ato do diagnóstico de uma doença que ameaça a vida até a sua fase avançada (BIFULCO; IOCHIDA, 2008).

Além de sua atuação no controle da dor, os Cuidados Paliativos são vistos pelos estudantes como uma forma de promover um melhor bem-estar e qualidade de vida aos pacientes, como mostra os depoimentos a seguir:

E7: [...] vão [...] trazer [...] um bem-estar [...] a ele [paciente], até o momento em que ele venha falecer [...].

E10: [...] vai trazer um certo conforto para o final de sua vida.

Tal entendimento vai ao encontro do que propõe a filosofia paliativista: proporcionar uma melhor qualidade de vida ao paciente e seus familiares, oferecendo às mesmas condições de bem-estar e conforto que incentivem o paciente a viver seu tempo final de vida de maneira digna e útil (BARROS et al 2012).

É importante salientar que existem diferentes modalidades terapêuticas para se atuar dentro dos Cuidados Paliativos. Para isso, faz-se de grande necessidade o conhecimento dos profissionais de saúde a respeito do que se tratam os Cuidados

Paliativos, para que assim possam atuar de maneira efetiva na promoção de bem-estar e qualidade de vida, onde profissionais de saúde com uma boa formação e bem treinados, apresentam melhores resultados no alívio da dor e melhor bem-estar do paciente. (FERNANDES et al., 2013; CARDOSO et al., 2013).

A abordagem de cuidados paliativos dentro do curso de graduação em enfermagem

A partir dos relatos dos estudantes foi possível observar que durante o curso de graduação, a disciplina de Enfermagem no Processo de Cuidar em Oncologia foi a única a abordar sobre Cuidados Paliativos, no entanto tal abordagem se deu de forma breve, direcionada principalmente aos pacientes oncológicos.

E3: [...] na cadeira de oncologia, mas foi por cima, muito sucinto [...].

E5: [...] dentro de oncologia, citado para pacientes [...] com câncer.

E8: [...] de forma bem breve, não foi aprofundado, na disciplina de oncologia.

Como afirma Bushatsky (2010), no Brasil, a assistência paliativa ganhou seu primeiro reconhecimento pelos profissionais de saúde do Instituto Nacional do Câncer (INCA), que devido ao aumento da demanda e em razão do abandono dos doentes, buscaram prestar uma assistência mais digna a seus pacientes, e a ajuda de profissionais voluntários.

A doença oncológica está relacionada à morte desde os períodos mais arcaicos. Cardoso et al (2013) apontam que 70% dos pacientes que são diagnosticados com câncer tendem a morrer em decorrência dessa enfermidade, tal morte na maior parte das vezes vem acompanhada de sofrimento. Com isso, os Cuidados Paliativos se encontram tradicionalmente associados à área oncológica.

Segundo Figueiredo e Stano (2013) durante a formação profissional, nem sempre parece importante ensinar que a doença tem um percurso natural, que determinadas vezes esse percurso não alcançará a cura. As disciplinas em sua maior parte apresentam e ensinam tratamentos curativos, induzindo o estudante a supor que a cura é a única razão na qual se vale a pena pelear.

O despreparo dos estudantes de enfermagem frente à assistência paliativa.

Ao serem questionados a respeito do seu preparo profissional frente à assistência paliativa, os estudantes informaram não se sentirem preparados. Os mesmos em seus discursos relatam falhas dentro do ensino, ao mencionar que dentro da Universidade não adquiriram um bom nível de conhecimento acerca de cuidados paliativos.

E8: [...] acredito que eu não estou totalmente capacitada para isso [...] na graduação eu não fui capacitada pra atender esses tipos de pacientes [...] eu não me sinto preparada.

E2: [...] não me sinto preparada, [...] a gente sabe o básico de Cuidados Paliativos, porque [...] vê em eventos.

Durante as entrevistas, apenas um estudante relatou sentir-se preparado para prestar cuidados a pacientes que necessitam da assistência paliativa. O mesmo associa seu preparo ao fato de sentir-se emocionalmente equilibrada frente o processo de morte:

E6: Me sinto preparado [...] emocionalmente sim.

Quando instigado a descrever como seria este preparo, o estudante E6 expôs o fato de que já havia presenciado, enquanto acadêmico, o óbito de pacientes em estágio terminal de câncer e ter mantido uma postura “normal” frente à situação presenciada. Assim mostra o discurso:

E6: [...] já presenciei pacientes com câncer terminal inclusive chegou a óbito e [...] normal, pela visão ética e profissional.

Por entender muitas vezes que um bom profissional é aquele que se apresenta neutro em suas ações, os estudantes, enquanto futuros profissionais, tendem a querer aparentar frieza perante a morte. Muitas vezes essa frieza é usada como uma forma de se proteger da desestabilização que a morte poderia causar (PEREIRA et al 2014). O que faz tal atitude ser vista como um despreparo, tornando-se necessário adaptar os currículos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebe-se que apesar da constante busca por um ensino pautado na humanização e no cuidar holístico, muito se fala sobre o processo saúde-doença, e pouco ou quase nada sobre a morte, evidenciando que o modelo biomédico ainda predomina, não só dentro dos serviços de saúde, como também dentro dos currículos de ensino no Brasil.

Durante a análise feita a respeito do conhecimento dos acadêmicos acerca dos Cuidados Paliativos, verificou-se que, de modo geral, esses estudantes apresentam conhecimento ainda de forma insuficiente, focando, durante seus relatos, apenas na assistência do indivíduo acometido pela doença grave, sem ao menos mencionar a assistência oferecida à família durante o processo de doença e fase de luto.

Diante do exposto, torna-se imprescindível a reformulação de propostas de educação em saúde, que seguem formando profissionais especialistas em doenças, deixando esquecida a promoção da qualidade de vida.

Faz-se necessário estimular reflexões, bem como novas ações educativas no contexto dos Cuidados Paliativos na graduação, capacitando novos profissionais, bem como na educação permanente, contribuindo para um melhor nível de

assistência a todos aqueles que necessitam dos Cuidados Paliativos.

REFERÊNCIAS

ANCP, Associação Nacional de Cuidados Paliativos. Manual de cuidados paliativos. 2d. 592p. Ago.2012.

BARROS, N. C. B.; OLIVEIRA, C. D. B.; ALVES, E. R. P.; FRANÇA, I. S. X.; NASCIMENTO, R. M.; FREIRE, M. E. M.; Cuidados paliativos na UTI: Compreensão, limites e possibilidades por enfermeiros. **Rev Enferm UFSM** 2012. Set/Dez;2(3):630-640. ISSN 2179-7692.

BIFULCO, V. A.; IOCHIDA, L. C. A formação na graduação dos profissionais de saúde e a educação para o cuidado de pacientes fora de recursos terapêuticos de cura. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Universidade Federal de São Paulo, Brasil Dez/ Mai 2008.

BONI, V.; QUARESMA, S. J.; Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. **Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC**. Vol. 2 nº1(3), janeiro-julho/2005, p.68-80.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho nacional de Saúde. Resolução nº510, de 7 de dezembro de 2016. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>>. Acesso em 19 de Setembro de 2016.

BUBLITZ, S.; GUIDO, L. A.; KIRCHHOF, R. S.; NEVES, E. T.; LOPES, L. F. D.; Perfil sociodemográfico e acadêmico de discentes de enfermagem de quatro instituições brasileiras. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 36, n. 1, p. 77-83, 2015.

BUSHATSKY, M.; **Pacientes fora de possibilidade terapêutica: percepções de cuidadores, estudantes e profissionais de saúde diante da finitude e de cuidados paliativos**. Tese (doutorado) – Universidade Federal de Pernambuco. CCS. Saúde da criança e do adolescente, 2010.

CARDOSO, D. H.; MUNIZ, R. M.; SCHWARTZ, E.; ARRIEIRA, C. O.; Cuidados paliativos na assistência hospitalar: a vivência de uma equipe multiprofissional. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2013 Out-Dez; 22(4): 1134-41.

CREMESP, Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Cuidado Paliativo. 689p. São Paulo, 2008.

DARONCO, V. F.; ROSANELLI, C. L. S. P.; LORO, M. M.; KOLANKIEWICZ, A. C. B.; Cuidados paliativos a pacientes oncológicos: percepções de uma equipe de enfermagem. **Cienc Cuid Saude** 2014 Out/Dez; 13(4):657-664. Rio Grande do Sul, Brasil. DOI: 10.4025/cienccuidsaude.v13i4.19146.

DONATI, L.; ALVES, M. J.; CAMELO, S. H. H.; O perfil do estudante ingressante no curso de graduação em enfermagem de uma faculdade privada. **Revista enfermagem**. UERJ, v. 18, n. 3, p. 446-450, 2010.

FERNANDES, M. A.; EVANGELISTA, C. B.; PLATEL, I. C. S.; AGRA, G.; LOPES, M. S.; RODRIGUES, F. A.; Percepção dos enfermeiros sobre o significado dos cuidados paliativos em pacientes com câncer terminal. **Ciência & Saúde Coletiva**, 18(9):2589-2596, 2013.

GERMANO, K. D. S.; MENEGUIN, S. Significados atribuídos por graduandos de Enfermagem aos cuidados paliativos. **Acta Paulista de Enfermagem**. Universidade Estadual Paulista, SP - 2013; 26(6):522-8.

GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

LOPES, S. A. P.; **Cuidados paliativos: Conhecimento dos estudantes de licenciatura em enfermagem.** 2013. 79f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica) – Escola Superior de saúde de Viseu, 2013.

MENDES, N.; BORGES, M. S.; Representações de profissionais de saúde sobre a morte e o processo de morrer. **Revista Brasileira de Enfermagem.** Brasília, 2012 mar-abr; 65(2): 324-31.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010. 108p.

PEREIRA, F. C. S. M.; CARVALHO, I. C. C. M.; VALE, L. M. S.; SILVA, N. C.; MORAIS, E. R.; Acadêmico de enfermagem frente à morte no campo de prática hospitalar. **Revista Interdisciplinar.** v. 7, n. 4, p. 124-130, out. nov. dez. 2014. ISSN 2317-5079.

RISTOFF, D.; O novo perfil do campus brasileiro: Uma análise do perfil socioeconômico do estudante de graduação. Universidade Regional de Santa Catarina. **Revista da Avaliação da Educação Superior.** Nov. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Better palliative care for older people.* Geneva: WHO; 2004.

ÓTICA DA FAMÍLIA FRENTE À VISITA DOMICILIAR DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: REPERCUSSÕES DO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO DO IDOSO

Data de aceite: 25/11/2019

Wanderson Alves Ribeiro

Enfermeiro. Mestre pelo Programa Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde pela Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da UFF, Niterói/RJ. Pós-Graduando em Alta Complexidade com ênfase em CTI (UNIGRANRIO0; Saúde da Família (UNIRIO); Informática em Saúde (UNIFESP); Nefrologia Multidisciplinar (UFMA); Pediatria e Neonatologia (FAVENI); Enfermagem em Oncologia (IBRA); Gestão de Redes de Atenção à Saúde (FIOCRUZ); Enfermagem em Estomaterapia (UERJ). Professor Substituto no Departamento de Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ. Docente do Curso de Graduação da UNIG e UCB. E-mail: nursing_war@hotmail.com. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5861383899592596>

Bruna Porath Azevedo Fassarella

Enfermeira. Mestranda em Ciências Aplicadas em Saúde da Universidade Severino Sombra. Docente do Curso de Graduação da UNIG. Preceptora Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da UNIABEU. E-mail: brunaporath@gmail.com. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7357462518557393>

Keila do Carmo Neves

Enfermeira. Pós-Graduada em Nefrologia; Mestre e Doutora em Enfermagem pela UFRJ. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da UNIG. E-mail: keila_arcanjo@hotmail.com. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5625826441630693>

Ana Lúcia Naves Alves

Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal Fluminense (UFF). Doutoranda na Facultad de Humanidades Y Artes. Universidad Nacional de Rosário, UNR, Argentina. E-mail: ananaves.alna@gmail.com. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5477750230564904>

Larissa Meirelles de Moura

Enfermeira. Graduada pela Universidade Iguaçú. E-mail: larissa00meirelles@gmail.com. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1382396229292424>

Raimunda Farias Torres Costa

Enfermeira. Graduada pela Universidade Iguaçú. E-mail: dinhaftcosta@gmail.com. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6394355614230823>

Juliana de Lima Gomes

Enfermeira. Graduada pela Universidade Iguaçú. E-mail: juliana.limag@hotmail.com. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5613489675614133>

Roberta Gomes Santos Oliveira

Enfermeira. Graduada pela Universidade Iguaçú. E-mail: roberta.enferm93@hotmail.com. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9303741740709101>

Andreia de Jesus Santos

Enfermeira. Graduada pela Universidade Iguaçú. E-mail: abdreiab2@hotmail.com. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8338954551185777>

Priscila Antunes Figueiredo da Silva Costa

Enfermeira. Preceptora do Curso de Graduação em Enfermagem da UNIG e Uniabeu; Pós-Graduada em Saúde da Família pela UNESA; Pós-Graduada em Docência do Ensino Superior com ênfase em EAD. E-mail: priscilaaaant@

Júlia Ferreira

Enfermeira. Preceptora do Curso de Graduação em Enfermagem da UNIG. Pós-Graduada em Enfermagem do Trabalho pela UNIG. E-mail: juliaferreira85@yahoo.com.br

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3393497858672981>

Ana Carolina Mendes Soares Benevenuto Maia

Enfermeira. Mestre e Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Anna Nery. E-mail: anacarolinamendes.s@hotmail.com. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4765834508888604>

RESUMO: Trata-se de um estudo qualitativo, exploratório, descritivo e de pesquisa de campo que objetivou em compreender a ótica da família frente à visita domiciliar do enfermeiro na atenção primária: Repercussões do processo de envelhecimento do idoso. Para atender a lacuna do conhecimento, utilizaram-se artigos publicados em base de dados virtuais. Para tal utilizou-se a Biblioteca Virtual de Saúde, nas bases de informações LILACS e SCIELO com recorte temporal de 2010 a 2019. Como metodologia, após a aplicação da entrevista semiestruturada, buscou-se utilizar de forma sistemática a aplicação da técnica de análise de conteúdo alicerçada nas bases conceituais legitimadas na obra de Bardin. O número de sujeitos alcançados ao final da coleta de dados foi de 17 indivíduos e, posteriormente, emergiram três categorias: A avaliação do atendimento do enfermeiro na visita domiciliar na percepção do familiar; Relação a confiabilidade dos cuidados impostos pelo enfermeiro; e A dificuldade em entender as orientações do enfermeiro. Conclui-se que o familiar que cuida, precisa ter um acompanhamento periodicamente de acordo com a atenção necessária ao seu familiar, é importante que o enfermeiro esteja plenamente consciente não apenas de suas responsabilidades técnicas dentro da visita domiciliar, mas também de suas responsabilidades bióticas. Devemos salientar a necessidade de serviços de saúde abrangentes, não apenas curativos, mas também serviços que atendam às necessidades em termos de promoção da saúde, prevenção, reabilitação e tratamento de condições comuns. Pois um nível resolutivo de atenção primária de saúde é a base para o desenvolvimento de sistemas de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Idoso; Enfermagem; Família.

**OPINION OF THE FAMILY AGAINST NURSES 'HOME VISITS IN PRIMARY CARE:
REPERCUSSIONS OF THE ELDERLY AGING PROCESS**

ABSTRACT: This is a qualitative, exploratory, descriptive and field study that aimed to understand the optics of the family in front of the home visit of the nurse in primary care: Repercussions of the aging process of the elderly. To meet the knowledge gap, articles published in a virtual database were used. For this purpose, the Virtual Health

Library was used in the LILACS and SCIELO information bases with a time cut from 2010 to 2019. As a methodology, after the application of the semi-structured interview, we sought to systematically use the technique of analysis of content based on the conceptual bases legitimized in Bardin's work. The number of subjects achieved at the end of the data collection was 17 individuals and later three categories emerged: The nursing care assessment in the home visit in perception of family; Relation to the reliability of nursing care; and The difficulty in understanding nurses' orientations. It is concluded that the caregiver needs to be monitored periodically according to the necessary attention to the family member, it is important that the nurse is fully aware not only of his / her technical responsibilities within the home visit, but also of his / her biotic responsibilities. We must emphasize the need for comprehensive health services, not only healing, but also services that meet the needs in terms of health promotion, prevention, rehabilitation and treatment of common conditions. For a resolute level of primary health care is the basis for the development of health systems.

KEYWORDS: Elderly; Nursing; Family.

1 | INTRODUÇÃO

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população de 60 anos ou mais no país corresponde a 30,2 milhões em 2017 da população total. O aumento da população idosa é uma realidade de diversos países, principalmente nos mais desenvolvidos, sendo assim existe uma grande preocupação em preservar a saúde e o bem-estar global para atender as especificidades desta etapa de vida, o idoso tem merecido atenção especial, pois o processo de envelhecer saudável implica cuidados de promoção, prevenção, educação, intervenção. Requer envolvimento e qualificação dos profissionais da atenção básica, com abordagem multiprofissional e interdisciplinar (OLIVEIRA, 2015).

Em consonância ao contexto vale embasar que, entre 2012 e 2017, a quantidade de idosos cresceu em todas as unidades da federação, sendo os estados com maior proporção de idosos o Rio de Janeiro e o Rio Grande do Sul, ambas com 18,6% de suas populações dentro do grupo de 60 anos ou mais (IBGE, 2017).

Conforme o Sistema Único de Saúde (SUS) a finalidade primordial da política nacional de saúde da pessoa idosa é recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos idosos, obtendo medidas sendo em grupo ou individual de saúde, é considerado idoso e alvo dessas políticas todo homem ou mulher que possui 60 anos ou mais (BRASIL, 2018).

Corroborando ao contexto, vale informar que, a visita domiciliar é uma maneira de contribuir para um melhor desenvolvimento na assistência prestada, é um

instrumento utilizado pelas equipes para inserção e conhecimento do contexto de vida da população, assim como estabelecimento de vínculos entre profissionais e usuários, passando a agir ao invés de aguardar as pessoas enfermas, e identificar explorar recursos e atuar em torno identificando necessidades e garantindo saúde e cuidado necessário, passando a entender e conceituara visita domiciliar como um foco que atravessa o sistema de saúde do Brasil (FRACOLI; GOMES; MACHADO 2015).

A visita domiciliar é uma opção de cuidado que traz benefícios especialmente para os idosos com doenças incapacitantes e aqueles que dependem do auxílio de terceiros por longo

Período de tempo. Essas pessoas, muitas vezes, não dispõem de um indivíduo que se responsabilize por seus cuidados diários (SOSSAI; PINTO 2010).

Para Gago e Lopes (2012) nos cuidados domiciliários, o enfermeiro entra no espaço cultural e vivencial de cada família, o que exige uma grande capacidade de adequação, mas também de entendimento das diferentes particularidades de cada um desses espaços no sentido de conquistar a confiança das pessoas cuidadas. De acordo com a teoria geral de Orem, os enfermeiros são designados como agentes de autocuidado terapêutico, quando as pessoas, por si só, não têm capacidade de desenvolver o autocuidado, entra o trabalho do enfermeiro no processo de cuidar.

Sendo assim, Medeiros (2015) refere que a Visita Domiciliar é um dos instrumentos mais indicados na prestação de cuidados a saúde do idoso, se caracteriza de uma forma leve, a ideia primordial é a continuação do processo de trabalho contribua para criar situações próximas da realidade na qual este usuário está inserido, de modo que estimule reflexões acerca da necessidade de ressignificar práticas, valores e atitudes.

Através dessas visitas é verificado as medidas antropométricas, fornecem informações a respeito da alimentação saudável, prática de exercícios físicos, e a prevenção das doenças diabéticas e hipertensas ou até mesmo as complicações. As ações desenvolvidas no domicílio privilegiam tanto ações de promoção quanto de recuperação da saúde do idoso e da família (MEDEIROS, 2015).

É necessário uma reflexão sobre a questão da responsabilidade e da influência do apoio da equipe de enfermagem na forma como a família lida com o advento de uma situação inesperada e que é interdependente, além das características da situação em si, do sentido dado ao evento, da sua inscrição na história familiar e ainda, do grau de resiliência da família, a qual se constrói ao longo do tempo durante o trâmite das vivências pregressas (BARROS *et al.*, 2014).

De acordo com Silvestre; Soares et al. (2014) afirmam que referente ao que é escrito nas políticas de saúde ao idoso, os objetivos são manter ao máximo o idoso na vivência com sua família e a comunidade, seu deslocamento para um serviço de

longa permanência: hospital, asilo ou similar, deve ser a última alternativa.

Não só no Brasil, mas no mundo todo vem se observando essa tendência de envelhecimento da população nos últimos anos. Ela decorre tanto do aumento da expectativa de vida pela melhoria nas condições de saúde quanto pela questão da taxa de fecundidade, pois o número médio de filhos por mulher vem caindo. Esse é um fenômeno mundial, não só no Brasil. Aqui demorou até mais que no resto do mundo para acontecer (LEBRÃO, 2017).

Vale informar que é pertinente o cuidado individual para cada indivíduo, sendo assim reconhece a singularidade, valores, e não deixando de identificar suas características pessoais, condições clínicas, participação do autocuidado, impacta positivamente no resultado da assistência (MARTINS, 2017).

Cabe mencionar que, não só no Brasil, mas no mundo todo vem se observando essa tendência de envelhecimento da população nos últimos anos. Ela decorre tanto do aumento da expectativa de vida pela melhoria nas condições de saúde quanto pela questão da taxa de fecundidade, pois o número médio de filhos por mulher vem caindo. Esse é um fenômeno mundial, não só no Brasil. Aqui demorou até mais que no resto do mundo para acontecer (LEBRÃO, 2017).

É necessário incluir na formação acadêmica uma metodologia problematize e que faça com que o acadêmico de enfermagem seja capaz de propor e executar mudanças no modelo de cuidar se tornando um enfermeiro crítico não só no âmbito hospital, mas também na rede básica de saúde, onde o cuidado é essencial, pois evita agravos à saúde e dar uma atenção ao idoso são uma tática de promover uma saúde para nossa população aumentando a qualidade de vida (DANUSA al. 2015).

A visita domiciliar é uma estratégia de promoção à saúde, de reforçar laços entre a unidade e o idoso, de fazer com que o tratamento seja contínuo e de respeitar os princípios do SUS evitando internações de longa permanência (ASSIS; SILVA, 2018).

Para tal, traçou a seguinte questão norteadora: qual a ótica da família frente a visita domiciliar ao idoso realizada pelo enfermeiro da atenção primária?

Nesse sentido, o artigo tem como objetivo geral: compreender a ótica do familiar sobre o processo de envelhecimento do idoso frente a visita domiciliar realizada pelo enfermeiro e, conseqüentemente, como objetivos específicos: Identificar como a atuação do enfermeiro na visita domiciliar é percebida pelo familiar do idoso e compreender a adesão do familiar referente as orientações prestadas pelo enfermeiro na visita domiciliar ao idoso.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo, exploratório, descritivo e de pesquisa de campo que objetivou em compreender a ótica da família frente à visita domiciliar do enfermeiro na atenção primária. Considerando assim que alguns dos dados encontrados podem ser vistos de forma subjetiva e assim, a abordagem qualitativa se adequará melhor a proposta do estudo.

Atendendo aos princípios éticos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº.466/12 (BRASIL,2012), que assegura os direitos e deveres da comunidade científica e dos sujeitos da pesquisa, respeitando-se os princípios de justiça, equidade e segurança, este projeto foi encaminhado ao Conselho de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Iguazu conforme consta no CAAE (ANEXO 1).

O cenário da pesquisa foi uma Clínica da Família, localizada no município de Nova Iguaçu, Baixada Fluminense/RJ, onde são oferecidos atendimentos de Psiquiatria, Dermatologista, Pediatria, Psicologia, Assistente Social, Ortopedista, Odontologia, Saúde da Mulher. Vale salientar que a instituição oferece toda a estrutura física, funcional, tecnológica, recursos humanos, modelos de gestão e assistência necessários para execução do projeto.

Cabe mencionar que os critérios de inclusão dos sujeitos foram: ser familiar ou acompanhante direto do idoso que esteja em condições mentais preservadas, ter disponibilidade para participar do estudo devidamente formalizado, e aceitem, de livre e espontânea vontade, participar desta pesquisa.

Em observância à legislação em pesquisa envolvendo seres humanos, os sujeitos da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A). Antes foram informados sobre os objetivos da pesquisa, a participação voluntária, o direito ao anonimato, e sigilo dos dados informados, além do direito de abandonar a pesquisa em qualquer etapa se assim desejarem.

A coleta de dados foi realizada através de uma entrevista semiestruturada, norteadas por um questionário (APÊNDICE B). Durante as entrevistas e análise de dados, foram respeitados os valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos, assim como os hábitos e costumes dos sujeitos da pesquisa em assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O número de participantes alcançados ao final da coleta de dados foi de 17 indivíduos. A abordagem aos possíveis sujeitos da pesquisa foi realizada durante a visita domiciliar de cadastrados na clínica da Família Cerâmica nos horários destinados para visita marcada pelos Agentes Comunitários de Saúde e pelo enfermeiro da unidade.

Foram previstos procedimentos que assegurassem a confidencialidade e privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização, garantindo a não

utilização das informações em prejuízo das pessoas, incluindo em termos de autoestima, de prestígio e/ou econômico financeiro. Para preservar a identidade dos sujeitos foram utilizados nomes comuns fictícios para a identificação das falas dos sujeitos.

Logo depois a coleta dos dados foi realizada a análise das entrevistas e a apresentação e descrição dos resultados. Foram transcritas as parcialidades gravadas das entrevistas e os entrevistados foram identificados com a letra “F”, seguida do número correspondente ao mesmo. As entrevistas foram também impressas para facilitar a leitura, organização e análise das informações. Assim, realizou-se inicialmente uma leitura visando o contato com o material coletado e a elaboração de uma primeira impressão, que proporcionou uma familiaridade com os dados.

Após a identificação dos temas emergentes de cada entrevista, foram identificados os temas similares que apareceram com maior frequência nos discursos dos sujeitos. Nessa etapa, os temas foram destacados por meio de recortes de frases dos discursos.

3 | ANÁLISE DE DADOS E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Nesta etapa do estudo, foram analisados os dados e discutidos os resultados obtidos na pesquisa de campo, tendo como escopo trazer respostas à questão norteadora: Qual a ótica da família frente a visita domiciliar ao idoso realizada pelo enfermeiro na atenção primária? E que o familiar por sua vez consiga compreender de forma satisfatória os cuidados implantados. Para tanto, buscou-se utilizar de forma sistemática a aplicação da técnica de análise de conteúdo alicerçada nas bases conceituais legitimadas na obra de Bardin (2016), utilizando o referencial teórico e as indicações trazidas pela pesquisa de campo.

Cabe mencionar que os participantes foram identificados pela letra “F” e números, seguindo a ordem de realização das entrevistas.

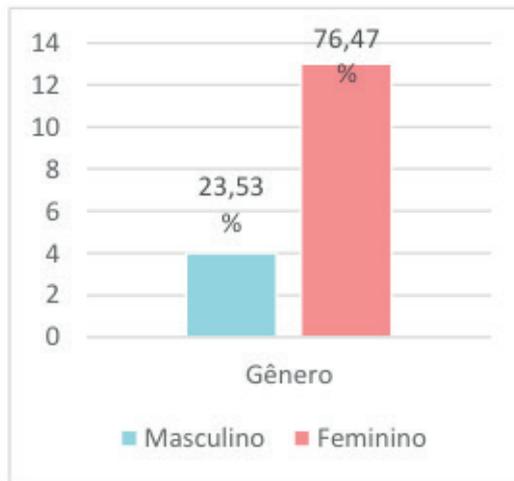


Tabela 1 - Classificação dos sujeitos do estudo em relação ao gênero

Para Tartuce (2013) as atividades de cuidar seja no âmbito familiar ou no âmbito institucional são desenvolvidas majoritariamente por mulheres, pois historicamente se lhes atribui certas qualidades inatas em oposição às qualificações aprendidas no espaço público.

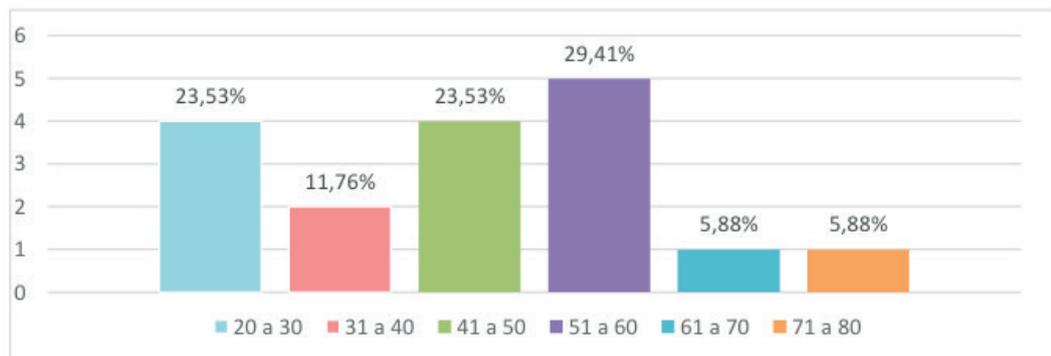


Tabela 2 - Classificação etária dos sujeitos do estudo

De acordo com o que se pode observar na tabela 2, fracionada em seis faixas etárias variáveis entre indivíduos maiores de 20 anos até indivíduos com mais de 70 anos, depreende-se que entre 51 e 60 anos correspondem à maioria dos familiares cuidadores.

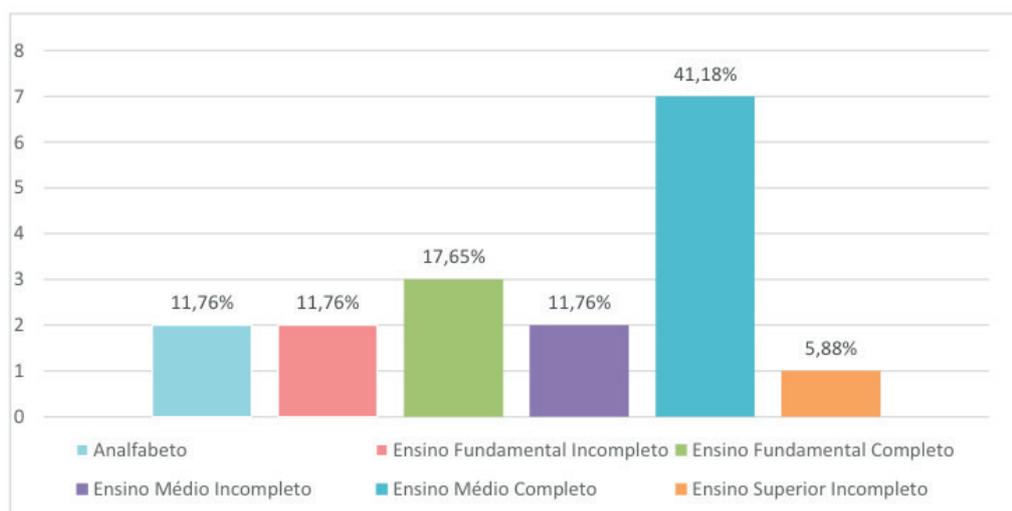


Tabela 3 - Classificação dos sujeitos do estudo segundo o grau de escolaridade

A mensuração do grau de escolaridade dos indivíduos entrevistados, conforme se pode observar na tabela 3 revelou que a maioria dos sujeitos representados possui nível médio completo. Em cinco polos opostos encontram-se aqueles com baixa escolaridade, ensino superior completo e um analfabeto.

Da leitura do material coletado surgiram três categorias: a primeira avalia o atendimento do enfermeiro, A segunda, refere-se à confiabilidade com os cuidados impostos pelo enfermeiro. As discussões finalizam com a terceira categoria: das possíveis dificuldades em entender as orientações que o enfermeiro repassa.

3.1 Categoria 1: Avaliação do familiar referente ao atendimento do enfermeiro

Silva (2018) salienta a necessidade de serviços de saúde abrangentes, não apenas curativos, mas também serviços que atendam às necessidades em termos de promoção da saúde, prevenção, reabilitação e tratamento de condições comuns. Um forte nível resolutivo de atenção primária de saúde é a base para o desenvolvimento de sistemas de saúde.

Azevedo e Costa (2010) pressupõe que no momento do encontro entre a família do usuário e enfermeiro consiga captar as necessidades singulares da saúde do idoso, tornando-se imprescindível uma abertura à escuta qualificada; implica acolher o outro, propiciar espaço para o diálogo, e estabelecer vínculo e laços de confiança.

O ato de acolher requer uma escuta sensível, o compartilhamento de saberes entre família e enfermeiro, A avaliação que o familiar prioriza é vínculo, a forma com que se é abordado e o zelo que os profissionais desenvolvem conforme as visitas onde ambos interagem. Essa avaliação tem como intuito promover a melhoria da qualidade dos serviços ofertados à comunidade no geral e garantir a maior efetivação dos direitos dos usuários (AZEVEDO; BARBOSA 2012).

Quando arguidos sobre a avaliação do familiar referente ao atendimento do enfermeiro, obteve-se as seguintes falas:

(F1): *“Quando o enfermeiro vem aqui eu acho ele bem paciente”.*

(F4): *“Das vezes que ele vem fazer a visita é ótimo, ele é atencioso minha filha”.*

(F8): *“Quando ele vem nem sempre estou em casa, mas já tive aqui quando visitou uma vez, e foi ótimo, bastante proveitoso”.*

(F7): *“O atendimento do enfermeiro aqui é tranquilo ele demora a vir mais quando vem, ele trata bem”.*

(F3): *“Boa, mas aí só posso dizer da vacina, só veio na vacina. Talvez se solicitar até venha né, mas é porque não solicito também né”.*

A estratégia da visita domiciliar tem como benefício a diminuição do número de atendimentos nas unidades de saúde, o que significa uma menor sobrecarga de atendimentos nas unidades, levando a menores necessidades de investimentos (COUTO, 2015).

3.2 Categoria 2: Confiabilidade com os cuidados orientados pelo enfermeiro durante a Visita Domiciliar ao idoso

Para Sade (2014), é necessário que os enfermeiros venham desenvolver conhecimentos técnicos especializados referentes ao envelhecimento e ao cuidado domiciliário, para compreender as necessidades apresentadas pelos pacientes e propor um cuidado condizente a estes e conhecer a família em todas as suas dimensões, mantendo fortalecido o vínculo de confiança e proximidade entre seus membros e ao processo de cuidado.

Acontece que a família tem se preocupado e se ocupado no cuidado de seus membros idosos. Por isso, é de suma importância que os profissionais enfermeiros estabeleçam e fortaleçam uma relação mais estreita de parceria com os familiares cuidadores, visualizando-os como colaboradores e clientes, uma vez que agregam hábitos de vida semelhantes aos dos idosos sob seus cuidados (MENDES, 2014).

De modo geral, com o seu saber teórico científico, o papel do enfermeiro é desenvolver atividades voltadas para o cuidado na visita domiciliar, este espaço favorece um cuidar que compreende mais que um momento tecnicista, mas uma atitude de envolvimento afetivo com o outro, fortalecendo o vínculo profissional-usuário, o enfermeiro tem a oportunidade de ouvir demandas, avaliar as condições de saúde físicas e psicoemocionais (ACIOLI; KEBIAN, 2011).

Para Andrade e Silva (2017) a relação com os cuidadores é de extrema importância, age como um facilitador, para a identificação de problemas e possibilidades de auxílio ao usuário em seus modos de levar a vida, incentivando

que expressem suas preocupações e experiências no cuidado ao paciente e buscando, ainda, o conhecer mais profundamente, assim como um “conselheiro”, por ouvir e acolher famílias em relação a preocupações e medos. A visita permite ao profissional e sua equipe uma maior aproximação à realidade em que vive o indivíduo.

Quando arguidos sobre os cuidados orientados pelo enfermeiro durante a Visita Domiciliar ao idoso, obteve-se as seguintes falas:

(F5): “Sim, em nenhum momento me senti desconfortável durante esses anos”.

(F6): “Sim, ele se preocupa tanto que as vezes parece que é da minha família. Acho que todos deveriam ser assim”.

(F7): “Sim, algumas vezes pergunto e fico bastante satisfeita com o que ele fala”.

(F9): “Sim, porque ele explica as coisas muito bem”.

(F12): “Sim, me sinto confortável ele é atencioso”.

A família é, geralmente, a primeira e a mais constante unidade de saúde para seus membros, sendo que a atenção prestada envolve ações de promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças, incluindo as de reabilitação. Geralmente a função de cuidador é assumida por uma única pessoa, denominada cuidador principal, seja por instinto, vontade, disponibilidade ou capacidade (SUS, 2018).

3.3 Categoria 3: Dificuldades de adesão as recomendações ofertadas pelo enfermeiro durante a visita domiciliar do idoso

As dificuldades enfrentadas não se fundamentam apenas pelo entendimento das orientações dadas pelo enfermeiro, mas pela dificuldade em que o enfermeiro se encontra em relação a sua área de visita. À presença da violência na comunidade atrapalha a assistência dos profissionais, que muitas vezes são informados sobre as situações de risco que acontecem em determinadas regiões pelos usuários assistidos por elas. Dessa maneira, devido à presença de diversos tipos de violência e de tráfico de drogas, entre outros fatores que são causadores das dificuldades da efetivação do processo de trabalho feitos pelo enfermeiro (POLERO et al., 2013).

De acordo com os estudos de Reichwald-klugger; Rosenkranz, revelam que as concepções do conceito de adesão são relativas, não há uma concordância firmada para este, nem uma estratégia validada para mensurar a adesão do familiar para o tratamento que envolve o idoso, podendo-se assim subestimar a taxa de incidência da não adesão.

Nesse sentido mesmo não havendo ainda uma padronização da avaliação da aderência ao familiar sobre os cuidados pontuados possíveis razões da má

adesão ao tratamento, sendo elas a não compreensão ou violação das instruções e orientações dadas durante os cuidados.

Em suma, sobre o processo de cuidado, que podem acarretar modificações nas instruções dadas e prejudicar ou colocar em risco o familiar estresse humano como pode se ver, o cansaço, excesso de atividades e responsabilidades para o cuidador, relação familiar alterada devido à doença do paciente ou outros problemas do dia-a-dia e resistência ao tratamento por parte dos familiares (questões religiosas) ou por parte dos pacientes.

Para Paz e Silva (2018) a visita domiciliar exige preparo profissional predisposição pessoal e disponibilidade de tempo na sua execução, por outro, é um serviço prestado dentro do próprio contexto, que parece agradar à maioria da população e pode diminuir a demanda pelas instituições de saúde, reduzindo custos para as famílias e o setor saúde.

A atuação do enfermeiro na atenção primária à saúde tem como propósito a realização das suas atividades baseado no conhecimento das ações a serem desenvolvidas, tendo que os profissionais carecem ter um olhar particular para todo cliente assistido. À vista disso, observa-se que é fundamental a aplicação de instrumentos que auxiliem o processo de assistencial no ambiente domiciliar, como a elaboração do vínculo por meio da boa dinâmica, buscando sempre aplicar a escuta e um bom acolhimento, visto isso realizando um atendimento e identificando os usuários com um todo e não focando exclusivamente sua patologia (KAWATA et al., 2013).

Quando arguidos sobre dificuldades de adesão as recomendações ofertadas pelo enfermeiro durante a visita domiciliar do idoso, obteve-se as seguintes falas:

(F2): *“Até que não, olha ele é bem objetivo. Ele explica as coisas e sempre dá vários exemplos, pergunta várias vezes se estou entendendo e as vezes, ainda me faz repetir o que ele acabou de explicar”.*

(F10): *“Não, ele se esforça bastante pra sair daqui e deixar a todos sem dúvidas”.*

(F3): *“Xiii... hoje que ele veio pela primeira vez, até que consegui entender. Só acho que deveriam vir aqui mais vezes. Sempre temos algumas dúvidas e o enfermeiro poderia ser mais presente.”.*

(F13): *“Minha filha é a primeira vez dele aqui hoje. Só conhecia ele de nome, porque os ACS dizem que ele virá mas, sempre que agenda nunca comparece”.*

(F15): *“Mais ou menos, porque ele não vem sempre, e quando vem a visita é muito rápida. Tenho a impressão que ele chega aqui já querendo ir embora”.*

Entende-se a importância do enfermeiro como educador na promoção da saúde, uma vez que é o profissional que possui conhecimentos técnicos e habilidades para realizar uma análise detalhada das condições do cliente idoso e do seu cuidador,

atentar para as fragilidades e especificidades destes indivíduos, a fim de antecipar-se e intervir em possíveis complicações, para evitar que o estado de saúde piore e, assim, assegurar a qualidade de vida dos cliente (SANTANA et al., 2018).

Para Nascimento (2013) É por intermédio da visita que este profissional será apto de analisar as condições social e familiar em que vive o indivíduo, bem como fazer a busca ativa e idealizar e realizar as medidas assistenciais adequadas, com base na promoção da saúde. O enfermeiro realiza suas visitas domiciliar voltado não só pelo cliente, mas também para a sua à família.

4 | CONCLUSÃO

Em síntese este estudo salientou a seus realizadores lançar um olhar mais humanizado não apenas sobre aquele que necessita dos cuidados de enfermagem, mas incluir neste rol, também os familiares cuidadores. Eles recebem uma responsabilidade que inclui todo o seu tempo e sua estrutura física e emocional para cuidar do seu ente querido.

É indispensável que diante de dados e argumentos apresentados na pesquisa, tenhamos conhecimento sobre os problemas expostos. Em virtude disso, conclui-se que a maioria dos usuários entrevistados estão satisfeitos com a visita domiciliar do enfermeiro, entretanto não se exclui a considerável questão sobre a frequência da realização de visitas domiciliares que, na opinião da maioria dos entrevistados, não acontece como deveria ser.

Notou-se que, segundo os resultados obtidos, as visitas do enfermeiro no domicílio não são frequentes, entretanto quando realizadas, o enfermeiro esclarece as dúvidas e nessa perspectiva os resultados em termo são positivos. A visita ocorre na média uma a duas vezes ao mês, algumas famílias afirmam que uma visita ao mês é o necessário para o cuidado domiciliar.

Em virtude da nossa observação durante a coleta de dados os agentes comunitários não são compromissados com o enfermeiro em questão das visitas marcadas obtendo um déficit na conduta das estratégias. O que mais enfatizamos foi a confiança que o familiar deposita em toda equipe de saúde, sobre o posicionamento do enfermeiro que é de extrema importância sendo assim profissional, compromissado e empático.

Primordialmente a construção desse trabalho possibilitou um olhar mais profundo na atenção primaria à saúde e argumentar as estratégias promovidas na atenção do idoso, além dos idosos, ter uma percepção focada também no familiar, pois o índice de idosos no nosso país aumentou nos últimos anos suponho que seja consequência das estratégias de saúde organizadas pelo SUS, sendo preciso

ter um visão direcionada a grande população idosa, e a visita é a continuidade do cuidado, é uma ponte entre a clínica e as famílias que são cadastradas englobando e dissipando a saúde nas famílias nas áreas territoriais necessitadas.

Logo é gratificante para o paciente poder tratar a sua patologia no conforto do seu lar, pois na grande maioria das vezes apresenta resultados positivos e satisfatórios, seguindo sua rotina diária e interagindo com seus familiares e amigos, esse é um ponto importante para uma recuperação mais rápida e eficaz do doente, onde o enfermeiro deverá atuar sempre de forma humanizada, fazendo com que a família também participe no que for possível.

Este artigo refere se o olhar do familiar nas visitas domiciliares é um olhar inverso, pois o costume é ter artigos que falam sobre a visão do próprio enfermeiro, e olhar para família é ter mais um meio de implementar os cuidados que visam favorecer toda a família. É preciso obter mais artigos sobre a ótica do familiar frente a qualquer estratégia na atenção básica sobre o familiar dos idosos, para que outros profissionais da saúde leiam e até escrevam outros artigos sobre essa temática para mudar o posicionamento, e evitar fatores estressores sobre os mesmos, por consequência ter um aumento no índice de um envelhecimento saudável

REFERÊNCIAS

- AZEVEDO JMR, BARBOSA MA. **Triagem em serviços de saúde: percepções dos usuários.** Rev enferm UERJ. 2012; 15:33-9.
- AZEVEDO ALM, COSTA AM. **A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na estratégia de saúde da família.** Interface – Comunic., Saúde, Educ. 2010; 14:797-810
- ALVEZ, Cândida; MELO, Michelle; MEDEIROS, Niedson; **A importância da visita domiciliar ao paciente idoso.** Anais CIEH (2015) – Vol. 2, N.1
- ANDRADE AM, Silva KL, Seixas CT, Braga PP. Nursing practice in home care: an integrative literature review. Rev Bras Enferm [Internet]. 2017;70(1):210-217.
- BARDIN, L. Análise de Conteúdo. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2016.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Orientações técnicas para a implementação de linha de cuidado para atenção integral à saúde da pessoa idosa no sistema único de saúde.** Brasília: março; 2018.
- COSTA, R. H. S.; COUTO, C. R. O.; SILVA, R. A. R. **Prática clínica do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família.** Rev. Enferm. Santa Maria, Vol. 41, n. 2, Jul./Dez, 2015.
- GAGO, A. E.; Lopes J. M. **Cuidados domiciliares: interação do enfermeiro com a pessoa idosa/família.** 2012

GOMES, M. F. P.; FRACOLLI, L. A.; MACHADO, B. C.; **Atenção domiciliar do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família**, 2015.

KAWATA LS, MISHIMA SM, CHIRELLI MQ et al. Os desempenhos da enfermeira na saúde da família- Construindo competência para o cuidado. *Texto Contexto Enf*, Florianópolis, 2013; 22(4): 961-70.

KEBIAN LVA, ACIOLI S. **A visita Domiciliar de Enfermeiros e Agentes Comunitários de Saúde da Estratégia da Família**. *Rev. Elet. Enf.*, 2014; 403-408.

KEBIAN LVA, ACIOLI S. **Visita Domiciliar: espaço de práticas de cuidado do enfermeiro e do agente comunitário de saúde**. 2012

MARTINS JJ, Schier J, Erdmann AL et al. **Políticas públicas de atenção à saúde do idoso: reflexão acerca da capacitação dos profissionais da saúde para o cuidado com o idoso**. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2007; 10(3).

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. In: **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 2014.

Ministério da Saúde. **Caderneta de saúde da pessoa idosa** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 4 edição. 2017.

NASCIMENTO JS, COSTA LMC, SANTOS RM et al. Visitas Domiciliares Como Estratégias de Promoção da Saúde pela Enfermagem. *Rev. Bras. Promoc. Saúde*, 2013; 26(4): 513-52

POLERO SHI, GONÇALVES LHT, ALVAREZ AM. **Enfermeiras desafiando a violência no âmbito de atuação da Estratégia de Saúde da Família**. *Text. Context. Enf.*, 2013; 22(4): 935-42

REICHWALD-KLUGGER, ROSENKRANZ J. **Psychosocial care and adherence to medical regimens**. In: Warady BA, Schaefer FS (eds.). *Pediatrics Dialysis*. Kluwer Academic Publishers: Printed in Great Britain, 2014, pp. 457-70.

SILVA, F. A. M. **Ampliação do papel dos enfermeiros na atenção primária a saúde**. 2018

SILVESTRE, Jorge Alexandre, COSTA NETO, Milton Menezes. **Abordagem do idoso em programas de saúde da família**. *Cad saúde pública*.2013 mai/jun;19(3):839-47.

SOSSAI; L. C. PINTO; I. C. **A visita domiciliária do enfermeiro: fragilidades x potencialidades**. 2014.

TARTUCE, Gisela Lobo B. P.. **Cuidado e cuidadoras: as várias faces do trabalho do care**. *Cad. Pesqui.*, São Paulo , v. 43, n. 148, p. 366-372, Apr. 2013.

ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: ACOLHIMENTO A PESSOAS PORTADORAS DE DOENÇAS CRÔNICAS

Data de aceite: 25/11/2019

Margarete Batista da Silva

Prof^a do Curso de Enfermagem da Faculdade
Estácio de Alagoas/FAL, Maceió - AL;

Linda Concita Nunes Araújo

Prof^a do Curso de Enfermagem da Faculdade
Estácio de Alagoas/FAL, Maceió - AL;

Rosa Caroline Mata Verçosa

Prof^a do Curso de Enfermagem da Faculdade
Estácio de Alagoas/FAL

Camila Correia Firmino

Prof^a do Curso de Enfermagem da Faculdade
Estácio de Alagoas/FAL, Maceió - AL;

Maely Nunes de Araújo

Secretaria Municipal de Saúde de Maceió, Maceió
– AL.

RESUMO: A presente pesquisa visa discutir a respeito do acolhimento há portadores de doenças crônicas na Estratégia Saúde da Família (ESF). Este artigo tem como objetivo geral analisar os métodos utilizados no Acolhimento a pessoas portadoras de doenças crônicas no âmbito da ESF. Tendo em vista os princípios do SUS a integralidade, universalidade e equidade, e especialmente por ser um projeto social único que se concretiza por meio de ações de promoção, prevenção

e assistência à saúde dos brasileiros, o acolhimento aos portadores de doenças crônicas, deve ser de modo humanizado, visualizando-o como ser único proporcionando ao indivíduo o melhor atendimento, para que ele possa sair rico em informações e colocando em prática o aprendizado adquirido durante o atendimento na ESF. Para tanto, a pesquisa ora empreendida é de cunho bibliográfico com a abordagem descritivo/analítico. A pesquisa foi realizada no período de dezembro a abril de 2017, por meio de buscas online das produções científicas nacionais. Contudo, é de suma importância para o sucesso do tratamento/acompanhamento, criar/manter um vínculo com esse indivíduo, proporcionando uma confiança entre paciente e profissional, facilitando a adaptação ao acompanhamento/tratamento, alcançando assim o objetivo proposto da ESF.

PALAVRAS-CHAVE: Estratégia Saúde da Família. Acolhimento. Doenças crônicas.

FAMILY HEALTH STRATEGY: WELCOME TO PEOPLE WITH CHRONIC DISEASES

ABSTRACT: This research aims to discuss about the reception there are patients with chronic diseases in the Family Health Strategy (FHS). This article aims to analyze the methods

used in the welcoming to people with chronic diseases within the scope of the FHS. In view of the principles of SUS, comprehensiveness, universality and equity, and especially because it is a unique social project that is realized through actions of promotion, prevention and health care of Brazilians, the welcoming of people with chronic diseases should be in a humanized way, viewing it as being unique, providing the individual with the best care, so that he can be rich in information and putting into practice the learning acquired during the service in the FHS. Therefore, the research now undertaken is bibliographic with the descriptive / analytical approach. The research was conducted from December to April 2017, through online searches of national scientific productions. However, it is extremely important for the success of treatment / follow-up, to create / maintain a bond with this individual, providing trust between patient and professional, facilitating the adaptation to follow-up / treatment, thus achieving the proposed goal of the FHS.

KEYWORDS: Family Health Strategy. Welcome. Chronic diseases.

1 | INTRODUÇÃO

As equipes de saúde da família precisam estar alerta para perceber as características de cada pessoa portadora de doença crônica se apresenta, procurando dispor dos recursos/tecnologias necessários sejam eles do tipo leves, leve-duras e duras, para que possam proporcionar ao indivíduo atendido: alívio do sofrimento, proporcionando melhora e aumento na qualidade de vida, evitando ou reduzindo danos para que assim esses indivíduos consigam (re)construir a autonomia, melhorando suas condições/qualidade de vida. Favorecendo a criação de laços positivos, reduzindo a sensação de isolamento e abandono (BRASIL, 2012).

Vale salientar que, tendo em vista que o Sistema Único de Saúde (SUS) que tem como princípios a integralidade, universalidade e equidade. E principalmente por ser um projeto social único que se concretiza por meio de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde dos brasileiros (BRASIL, 1990).

De acordo com Oliveira; Spiri, (2006), o surgimento do Programa Saúde da Família (PSF) foi no final de 1993, hoje conhecido como Estratégia Saúde da Família (ESF), com a finalidade de atender o núcleo familiar, como todo projeto em fase implantação, passou por alguns problemas por parte do Sistema Único de Saúde, no qual se utilizou de estratégias de descentralizando nos serviços de acordo com as legítimas necessidades da população em questão como prioridade. Para a implantação do PSF, o Ministério da Saúde (MS) determina que para implantação de PSF deve-se ter, no máximo, 4.500 pessoas e a equipe de profissionais deve ser composta de no mínimo um médico, um enfermeiro, auxiliares de enfermagem

e agentes comunitários de saúde.

Nesse contexto, os autores Silveira; Sena; Oliveira, (2011, p.198) afirmam que:

Essas equipes têm como foco a família em seu contexto social, histórico e cultural, buscando identificar e qualificar os problemas de saúde e, em um planejamento conjunto, estabelecer planos de intervenção e acompanhamento.

Todavia, de acordo com a ideia dos autores Garuzi *et al.*, (2014, p.145) “Trata-se de um modelo pautado no trabalho em equipe, priorização da família em seu território, acolhimento, vínculo, ações de prevenção e promoção da saúde, sem descuidar do tratamento e reabilitação”.

Ancorado que, na Estratégia Saúde da Família (ESF), consegue-se obter uma proximidade maior entre os profissionais da equipe de saúde e as famílias/pessoas que necessitam de cuidados e acompanhamento frequente, favorecendo ao melhor dinamismo/acompanhamento desses indivíduos, no qual propõe o objetivo do PSF que é uma nova dinâmica para estruturação dos serviços de saúde, favorecendo uma relação próxima com a comunidade bem como para os diversos níveis de assistência, sendo a ESF um projeto dinamizador do SUS, perpassado por uma evolução histórica e reorganização do sistema de saúde no Brasil (OLIVEIRA; SPIRI, 2006).

Deste modo, a pesquisa apresentada tem como objetivo geral analisar os métodos utilizados no Acolhimento a portadores de doenças crônicas no âmbito da ESF. E como os objetivos específicos: Fazer um levantamento de cunho teórico no que concerne as estratégias de abordagem de tratamento de doenças crônicas e; determinar os métodos de abordagem utilizados no acolhimento em relação aos portadores de doenças crônicas.

Espera-se que a pesquisa contribua para o meio profissional da área da saúde, especificamente no que diz respeito ao Acolhimento a pessoas portadoras de doenças crônicas. Assim, a problemática da pesquisa gira em torno do seguinte questionamento: Como se dá o acolhimento das pessoas portadoras de doenças crônicas na Estratégia Saúde da Família? Desse modo a pesquisa torna-se justificável por querer abarcar esse universo, colaborando para o preenchimento de lacunas dentro da área de estudo, no que diz respeito ao acolhimento de portadores de doenças crônicas.

A metodologia abordada parte de uma pesquisa bibliográfica, com a abordagem descritivo/analítico. Que tem como objetivo a análise e a sintetização de artigos, manuais de forma a encontrar informações e estudos relevantes acerca da temática (GERHARDT; SILVEIRA, 2009). A pesquisa foi realizada no período de dezembro a abril de 2017, por meio de buscas online das produções científicas nacionais.

A aquisição dessas produções efetuou-se por meio da Biblioteca Virtual em

Saúde (BVS), sendo manuseadas nas seguintes bases de dados: *Literatura Latino-Americana e do Caribe Ciências da Saúde* (LILACS), *Base de Dados de Enfermagem* (BDENF), e a *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), como também manuais do ministério da saúde.

Assim, os teóricos que fundamentam as ideias e concepções do texto final foram: Ayres et al (2006), Brasil (1999), (2010), (2012), Ducan et al, (2012), MALTA; MERHY (2010), Motta; Peruchi; Filgueiras (2014), Garauzi et al (2014), Gomes; Pinheiro (2005), Gerhardt; Silveira (2009), Silva, et al (2016), Reiners et al., (2008), Silveira, Sena e Oliveira (2011) e Oliveira; Spiri (2006).

2 | FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Define-se por doenças crônicas o conjunto de condições crônicas, normalmente estão ligadas a várias causas, são marcadas por início gradual, de prognóstico comumente difícil, podendo ser de longa ou incerta duração, o curso clínico desse tipo de doença muda ao longo do tempo, com prováveis períodos agudos, podendo causar até mesmo algumas incapacidades (DUCAN *et al.*, 2012).

O cuidado de usuários com doenças crônicas deve ser de forma integral/ holística. O modelo vigente, que utiliza propostas de cuidado formatadas a priori, muitas vezes não tem obtido sucesso em suas condutas por não conseguir chegar ao singular de cada indivíduo e por impor olhares e fazeres que nada tem a ver com o usuário real, que está necessitando de atenção e cuidado (MALTA; MERHY, 2010). Onde de acordo com os autores Reiners *et al*, (2008, p. 2301). “Por ser invariavelmente longo, um dos problemas que os profissionais de saúde encontram, com frequência, na atenção aos doentes é a dificuldade destes em seguir o tratamento de forma regular e sistemática”.

Assim, ESF, por meio de seus princípios e funções, deve conduzir o cuidado dos portadores de doenças crônicas através do trabalho em equipe, prestando uma atenção centrada no indivíduo portador e nas famílias. Deste modo, de acordo com os autores Silva, *et al.* (2016, p.91):

Dentre as morbidades crônicas não transmissíveis, destacam-se a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM), Doenças Cardiovasculares, Neoplasias, Doença de Alzheimer, Doença de Parkinson, dentre outras. Os índices de morbimortalidade por doenças crônicas no Brasil tendem a aumentar de modo significativo.

Assim sendo, os autores Motta; Perucchi e Filgueiras (2014, p.123), descrevem que:

O acolhimento, na Política Nacional de Humanização, não se resume a ações isoladas e pontuais, como por exemplo, uma recepção confortável, de boa dimensão espacial, uma triagem administrativa, ou um bom encaminhamento para serviços especializados. Ele deve ser atravessado por processos de

responsabilização, buscando a criação de vínculo a partir da escuta de problemas, troca de informações, mútuo reconhecimento de direitos e deveres, e decisões que possibilitem intervenções pertinentes e eficazes em torno das necessidades dos usuários do serviço de saúde.

Para tanto o trabalho interdisciplinar é uma das propriedades basais no processo de trabalho das equipes da ESF. As equipes da ESF possuem como desafio integrar diferentes áreas no seu dia-a-dia de trabalho. Tendo em vista, o atendimento à população baseado nos princípios do SUS de integralidade, universalização, descentralização e participação da comunidade propostos pelo SUS.

Onde, de acordo com Brasil, (2010, p.18):

O acolhimento no campo da saúde deve ser entendido, ao mesmo tempo, como diretriz ética/estética/política constitutiva dos modos de se produzir saúde e ferramenta tecnológica de intervenção na qualificação de escuta, construção de vínculo, garantia do acesso com responsabilização e resolutividade nos serviços.

Deste modo, o acolhimento na assistência ao usuário, é uma ferramenta de extrema importância na integração das práticas da saúde, a criação de um vínculo entre profissionais de saúde e a população, contribuindo também na valorização dos seus direitos de obter uma assistência que gere qualidade de vida. Partindo deste pressuposto, o acolhimento propõe inverter a lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, baseando-se em três princípios: atendimento a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal, a atenção da equipe multiprofissional, obtendo qualificar a relação profissional-usuário a partir de métodos humanitários de solidariedade e cidadania (GOMES; PINHEIRO, 2005).

E, conforme relatado por Brasil, (2010, p.13):

A ESF vem se revelando como elemento potencializador e oportuno rumo à construção de uma nova ética social, alicerçada nos princípios do acesso, territorialização, acolhimento, humanização e criação de vínculo com o usuário, inscrevendo a intersectorialidade como campo de saber e prática e possibilitando mudanças no modelo tecnoassistencial. A idéia de acolhimento nos serviços de saúde já acumula uma farta experiência em diversos serviços de saúde do SUS. Tal experiência é heterogênea como o próprio SUS e tem acúmulos positivos e negativos. Reconhecer essa longa trajetória, ao falar do acolhimento, significa por um lado reconhecer que grande parte do que sabemos hoje se deve a esse acúmulo prático, mas também, por outro lado, é preciso esclarecer a “qual” acolhimento estamos nos referindo, já que algumas dessas experiências inscreveram o acolhimento numa atitude voluntária de bondade e favor, por parte de alguns profissionais, e deram ao nome “acolhimento” alguns significados dos quais não compartilhamos.

O acolhimento é uma tarefa que precisa de dedicação por parte dos profissionais envolvidos, pois os portadores de doenças possuem necessidades que incluem desde condições de vida e acesso às tecnologias em saúde, até a constituição de vínculos, a autonomia dos sujeitos e o autocuidado. Assim os autores Ayres, *et al.* (2006, p. 307) explana de maneira a entender o verdadeiro sentido “No acolhimento

é humanização, não é uma atitude mecanicistas e fria nas ações de saúde. O acolhimento implica nas mudanças de cultura organizacional. É a determinação da concepção de ser humano”.

Nesta perspectiva, os autores Malta; Merhy, (2010, p. 594), relatam que:

Torna-se necessário ainda repensar o processo saúde doença, quanto aos seus determinantes e condicionantes, e a intervenção em toda a cadeia de produção de saúde, desde a promoção, prevenção, vigilância, assistência e reabilitação. Neste sentido, a linha do cuidado (LC) passa a ser desenhada também no campo da gestão, articulando intervenção nos determinantes sociais, em medidas de regulação e legislação, equacionando-se tecnologias, instrumentos, dentre outros, capazes de impactarem o processo saúde-doença, porém partindo do lugar do singular no ato do cuidado, que só o trabalho vivo pode dar conta. Desta forma, a atuação na macro e micropolítica deveria ocorrer de forma articulada, buscando os melhores resultados[...]

Diante dos pressupostos abordados na construção do texto os autores Reiners *et al.*, (2008, p. 2300) afirmam que “Os objetivos do tratamento dos problemas crônicos de saúde são reduzir a morbimortalidade e manter a qualidade de vida das pessoas enfermas”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, concluiu-se que a interação existente entre o portador de doenças de crônicas com a equipe multidisciplinar da ESF, é de suma importância para o sucesso do tratamento/acompanhamento, pois, percebe que consegue-se manter um vínculo com esse indivíduo, proporcionando uma confiança entre paciente e profissional, facilitando a adaptação ao acompanhamento/tratamento, alcançando assim o objetivo proposto da ESF.

Contudo, o acolhimento deve ser humanizado de maneira a observar cada pessoa em sua individualidade, independente de sua idade, no qual o indivíduo possa ter oportunidade de tomar decisões sobre questões relacionadas à sua saúde, ou seja, poder agir enquanto uma pessoa autônoma. Nesse ínterim, conclui-se que um acolhimento humanizado, no qual o indivíduo sente-se seguro, ouvido, independente, no qual pode tomar suas próprias decisões, é a melhor maneira de ter esse indivíduo sempre acompanhado e com excelente aceitação do tratamento proposto, desta forma obtendo melhores condições de saúde e qualidade de vida.

Por fim, a pesquisa mostrou que existe a necessidade de se desenvolver estudos que relatem e avaliem os métodos e estratégias de acolhimento a pessoas portadoras de doenças crônicas na ESF.

REFERÊNCIAS

- AYRES, R. C. V., et al. Acolhimento no PSF: Humanização e Solidariedade. **O mundo da saúde São Paulo**. 2006, abril/junho 30 (2) 306-311. Disponível em: www.saocamillo-sp.br/pdf/mundo_saude/35/acolhimento_psf.pdf. Acesso em: 28 abr. 2017.
- BRASIL. **Presidência da República. Casa Civil. LEI Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Subchefia para Assuntos Jurídicos.**
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.** Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p.: il. – (Série E. Legislação em Saúde) ISBN 978-85-334-1939-1
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização.** – 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 44 p.: il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)
- DUCAN, et al. Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. **Rev Saúde Pública**. 2012;46(Supl):126-34. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46s1/17.pdf>. Acesso em: 28 abr. 2017.
- GARUZI, M.; et al. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. **Rev Panam Salud Publica**. 2014; 35(2):144–9. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v35n2/a09v35n2.pdf>. Acesso em: 11abr.2017.
- GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, T. E. **Métodos de pesquisa**. 120 p.: il.; 17,5x25cm. SEAD/UFRGS. – Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009 (Série Educação a Distância). Disponível em: <http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf>. Acesso em: 06 abr. 2017
- GOMES, M. C. P. A.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: Acolhimento e vínculo: práticas de Acolhimento e vínculo: integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Comunic, Saúde, Educ**, v.9, n.17, p.287-301, mar/ago 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n17/v9n17a06>. Acesso em 06 abr.2017.
- MALTA, D.C.; MERHY, E.E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.14, n.34, p.593-605, jul./set. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n34/aop0510.pdf>. Acesso em: 27 abr.2017.
- MOTTA, B. F. B.; PERUCCHI, J.; FILGUEIRAS, M. S. T. O acolhimento em Saúde no Brasil: uma revisão sistemática de literatura sobre o tema. **Rev. SBPH** vol.17 no.1, Rio de Janeiro – Jan/Jul. – 2014. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v17n1/v17n1a08.pdf>. Acesso em: 10/01/2017.
- OLIVEIRA, E. M.; SPIRI, W. C. Programa Saúde da Família: a experiência de equipe de equipe multiprofissional. **Rev Saúde Pública**. 2006; 40 (4):727-33. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n4/25.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2017.
- REINERS, A. A. O. et al. Produção bibliográfica sobre adesão/não-adesão de pessoas ao tratamento de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 13(Sup 2):2299-2306, 2008. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Annelita_Reiners/publication/250027811_Producao_bibliografica_sobre_adesao-nao-adesao_de_pessoas_ao_tratamento_de_saude/links/0a85e539781977ed33000000/Producao-bibliografica-sobre-adesao-nao-adesao-de-pessoas-ao-tratamento-de-saude.pdf. Acesso em 28 abr. 2017.
- SILVA, et al. Visita Domiciliar: estratégia para a promoção da saúde de pacientes crônicos. **Revista de Enfermagem** | FW | v. 12 | n. 12 | p.88-99 | 2016. Disponível em: <http://revistas.fw.uri.br/index.php/revistadeenfermage/article/download/2422/2240>. Acesso em 27 abr. 2017.

SILVEIRA, M. R; SENA, R. R.; Oliveira, S. R. O processo de trabalho das equipes de saúde da família: implicações para a promoção da saúde. **Rev. Min. Enferm.**;15(2): 196-201, abr./jun., 2011.

NIVEIS DE ESTRESSE EM ESTUDANTES DE ENFERMAGEM

Data de aceite: 25/11/2019

Maria Angélica Melo e Oliveira

Universidade Federal de Uberlândia, Faculdade de Medicina, Curso de Graduação em Enfermagem, Uberlândia – MG

Patrícia Magnabosco

Universidade Federal de Uberlândia, Faculdade de Medicina, Curso de Graduação em Enfermagem, Uberlândia – MG

RESUMO: Introdução: Nos cenários de práticas clínicas os estudantes de enfermagem estão expostos a diferentes situações que podem provocar o estresse. **Objetivo:** Investigar os níveis de estresse em estudantes do último ano do Curso de Graduação em Enfermagem e identificar fatores de risco associados. **Método:** Os dados foram coletados por meio do instrumento validado para “Avaliação de Estresse em Estudantes de Enfermagem”. **Resultados:** Foram incluídos 51 estudantes com idade média (\pm DP) de $25\pm 6,21$ anos. Gerenciamento do tempo e atividades teóricas foram considerados fatores de baixo nível de estresse na maioria dos casos, ambos com 72,5%). Ambiente e realização de atividades práticas foram referidos como médio nível de estresse por 16 (31,4%) e 14 (27,5%)

estudantes, respectivamente. Formação profissional foi apontada como fator de alto a muito alto de estresse por 29 (56,9%), assim como Comunicação profissional para 20 (39,2%) participantes. Os estudantes casados, do gênero masculino, sedentários, cursando o último período apresentaram maior nível de estresse ($p < 0,05$, Teste T *Student*). **Conclusão:** o desconforto diante as incertezas do futuro profissional e a dificuldade de comunicação com a equipe foram os fatores de maior estresse entre os estudantes, especialmente ao final de sua formação. Deve-se considerar que componentes externos também contribuem para o estresse desse grupo, necessitando de apoio e intervenções por parte da instituição de ensino.

PALAVRAS-CHAVE: Estresse. Enfermagem. Estudante de Enfermagem.

STRESS LEVELS IN NURSING STUDENTS

ABSTRACT: Introduction: In clinical practice scenarios, nursing students are exposed to different situations that can cause stress. **Objective:** To investigate stress levels in undergraduate nursing students and to identify associated risk factors. **Method:** Data were collected through the validated instrument for

“Stress Assessment in Nursing Students”. Results: Fifty-one students with a mean age (\pm SD) of 25 ± 6.21 years were included. Time management and theoretical activities were considered low stress factors in most cases, both with 72.5%). Environment and practical activities were referred to as medium stress level by 16 (31.4%) and 14 (27.5%) students, respectively. Vocational training was identified as a high to very high stress factor by 29 (56.9%), as well as professional communication for 20 (39.2%) participants. Married, sedentary and male students attending the last period had a higher stress level ($p < 0.05$, Student’s T Test). **Conclusion:** the discomfort regarding the uncertainties of the future professional and the difficulty of communication with the team were the factors of greatest stress among the students, especially at the end of their education. It should be considered that external components also contribute to the stress of this group, requiring support and interventions by the educational institution. **KEYWORDS:** Stress. Nursing. Nursing student.

1 | INTRODUÇÃO

O termo estresse tem sido discutido e difundido em diversos meios de comunicação como qualquer acontecimento que aflige a vida, sendo o mesmo definido como qualquer estímulo que demande do ambiente externo ou interno e que exceda as fontes de adaptação dos seres humanos ou sistema social (LAZARUS; FOLKMAN, 1984).

Vários ambientes e situações podem contribuir para o desenvolvimento do estresse e a sua instalação depende da capacidade de enfrentamento diante de tais demandas (NODARI et al, 2014). Dentro do contexto universitário o acadêmico é exposto a situações diárias que geralmente demandam adaptações e pode-se atribuir esse cenário como um evento estressor, onde é preciso que se adapte a um ambiente novo, às vezes distante de familiares e do seu contexto de vida que também requer adaptação (COSTA; POLAK, 2009; HIRSCH et al, 2015).

Em especial os graduandos dos cursos da área de saúde, geralmente, possuem no currículo atividades práticas, diante das quais vivenciam tensões e limitações na implementação quanto ao conhecimento (OLIVEIRA et al, 2012). Dentre estes graduandos, destacam-se aqueles do curso de Enfermagem que experimentam, pela própria formação e atuação profissional, elevados níveis de estresse pela maior proximidade e permanência junto a pacientes e problemas de saúde destes (BENAVENTE; COSTA, 2011).

O estresse tem sido evidenciado de maneira significativa entre os estudantes de enfermagem. Sabe-se que todo processo em que o sujeito é exposto a novas situações e com necessidade de desenvolver ou adquirir habilidades implica submetê-lo à vivência de maior ou menor intensidade de estresse. O caráter

ameaçador ou desafiador do processo ensino-aprendizagem é particularmente importante aos estudantes de enfermagem, em especial quando o erro nesse processo implica prejuízo ou danos, às vezes irreversíveis, ao usuário dos serviços de saúde (BARROSO, 2009; BENAVENTE; COSTA, 2011).

As características ligadas ao curso, cuja ênfase de formação profissional está voltada ao apoio ao cliente, fazem com que, nesse período, a relação aluno enfermeiro-paciente seja voltada, muitas vezes, por impulsos emotivos excessivos: o contato intenso com a angústia e o sofrimento do outro; o atendimento a pacientes em fase terminal; a dificuldade em lidar com pacientes queixosos e desequilibrados emocionalmente; a intimidade corporal; e outras características que requerem do estudante um período de acomodação a essa condição específica de instrução profissional (COSTA, 2007) e toda esta demanda de situações contribuem para os elevados níveis de estresse (KESTENBERG et al, 2017).

Considerando a necessidade de adaptação do estudante às diferentes fases do curso de graduação, as experiências práticas voltadas mais para o período de conclusão do curso, ou seja, a fase de transição aluno-enfermeiro tem um significado especial de crise. Além das situações desencadeadoras do estresse presenciadas pelos estudantes de enfermagem nos cenários de prática de assistência ao paciente, em especial, os graduandos dos últimos períodos de enfermagem vivenciam também demandas que favorecem a elevação de estresse como o trabalho de conclusão do curso, aumento da responsabilidade pela aproximação da vida profissional e o desafio quanto ao mercado de trabalho (KESTENBERG et al, 2013).

O estresse vivido no decorrer da formação de enfermagem constitui uma área a explorar, pois o mesmo pode interferir na qualidade dos cuidados prestados e da relação estabelecida entre diversos intervenientes (RODRIGUES; VEIGA, 2006).

Neste contexto, estudos sobre o estresse presente na vida acadêmica dos graduandos tem mostrado um tópico de interesse crescente. Apesar de multifatorial, é de fundamental importância identificar os fatores desencadeantes desse estresse, além das consequências e os prejuízos que vem a ocasionar na saúde dos próprios estudantes, oferecendo assim subsídios para o planejamento de políticas e ações voltadas a atender as reais necessidades destes no enfrentamento dos estresses gerados durante a vida acadêmica.

As Instituições de Ensino Superior exercem papel central no planejamento, desenvolvimento e implementação de estratégias que possam apoiar os estudantes para uma vida acadêmica mais saudável. O desenvolvimento e implantação de programas e ações direcionadas à estruturação de melhores condições de enfrentamento ao estresse podem, sem dúvida, contribuir muito para prevenção e promoção da saúde e da qualidade de vida dos estudantes (CESTARI et al, 2017).

Diante as justificativas apresentadas, este estudo traz como objetivo geral

avaliar os níveis de estresse em estudantes do último ano do Curso de Graduação em Enfermagem e identificar os fatores de risco associados.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, descritivo e exploratório com abordagem quantitativa que foi realizado com estudantes do Curso de Graduação em Enfermagem de uma Universidade pública do estado de Minas Gerais. O Curso é desenvolvido ao longo de cinco anos, em período integral, na modalidade Bacharelado/Licenciatura, sendo ofertadas 40 novas vagas a cada semestre.

No estudo foram incluídos estudantes, de ambos os sexos, com idade maior ou igual a 18 anos, que estavam cursando o último ano (nono ou décimo período) de Enfermagem durante o segundo semestre letivo de 2016. Nestes períodos acadêmicos tem-se os componentes curriculares estágio curricular supervisionado, trabalho de conclusão de curso e redação de artigo científico que, em conjunto, totalizam quase 1000 horas - o equivalente a 22% da carga horária total do curso.

Partindo de uma população de 60 discentes matriculados no nono (n=32) e décimo (n=28) períodos no momento deste estudo, e considerando que nove não consentiram sua participação, uma amostra final de 51 estudantes foi obtida.

Os dados foram coletados por meio de dois instrumentos auto respondidos, sendo o primeiro elaborado pelas próprias autoras, para levantamento de dados sociodemográficos (idade, gênero, estado civil, trabalho remunerado), acadêmicos (período acadêmico) e hábitos de vida (tabagismo, consumo de álcool e drogas, e atividade física).

Para identificação do estresse foi utilizado instrumento construído por Costa e Polak (2009) para “Avaliação do Estresse em Estudantes de Enfermagem” (AEEE). O AEEE consiste num instrumento validado, composto por 30 itens distribuídos em seis domínios: Ambiente, Realização das Atividades Práticas, Comunicação Profissional, Gerenciamento do Tempo, Formação Profissional, e Atividade Teórica. Para cada item, o respondente opta por um dos quatro pontos de uma escala de zero a três que reflete a intensidade do estresse, tais como: zero (0), aplicada quando o estudante não vivencia estresse com a situação retratada no item; um (1), quando o estudante avalia que o nível de estresse é baixo com a situação; dois (2), quando sente nível de estresse moderado com a situação; e três (3), quando sente alto nível de estresse com a situação (COSTA; POLAK, 2009).

Os dados foram coletados e digitados em dupla planilha no programa Excel®, e posteriormente realizada a validação de ambas. Os resultados foram apresentados em tabelas a partir da distribuição de frequência e medidas descritivas como média

e desvio padrão (DP) para as variáveis quantitativas.

Para o cálculo dos escores do instrumento AEEE, foram somados os números correspondentes da intensidade de estresse dos itens presentes em cada domínio. O domínio com maior pontuação foi considerado predominante e com maior intensidade de estresse para o respondente, sendo classificados em: 0-9 baixo nível de estresse; 10-12 médio nível de estresse; 13-14 alto nível de estresse e 15-18 muito alto nível de estresse (COSTA; POLAK, 2009).

Comparações de médias das variáveis relacionadas ao estresse foram verificadas a partir da análise de variância paramétrica (teste T) selecionado a partir do teste de normalidade e homogeneidade das variâncias. O nível de significância considerado para os testes foi de $\alpha=0,05$. Utilizou-se o programa *Windows Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versão 17.0®.

O desenvolvimento do estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia (Parecer 2016-0070) e todos os participantes consentiram sua participação mediante assinatura do TCLE. A utilização do AEEE foi autorizada pelo grupo de autores para a execução da pesquisa.

3 | RESULTADOS

A idade média (\pm DP) dos participantes foi de 25 (\pm 6,21) anos, variando de 19 a 54, predominantemente do gênero feminino (82,4%), solteiros (90,2%) e trabalhadores (56,9%). A maioria nunca realizou estágio extracurricular ($n=33$, 64,7%) e metade não realizava atividades físicas regulares ($n=25$, 49,0%) (Tabela 1).

| Variáveis | Valores |
|--------------------------------|------------------|
| Idade, anos | |
| Média (\pm DP) | 25 (\pm 6,21) |
| Mínimo – máximo | 19 – 54 |
| Gênero, n (%) | |
| Feminino | 42 (82,4) |
| Masculino | 9 (17,6) |
| Estado civil, n (%) | |
| Solteiro | 46 (90,2) |
| Casado/união estável | 5 (9,8) |
| Trabalho remunerado, n (%) | |
| Sim | 29 (56,9) |
| Não | 22 (43,1) |
| Estágio extracurricular, n (%) | |
| Sim | 18 (35,3) |
| Não | 33 (64,7) |
| Tabagismo, n (%) | |

| | |
|-------------------------------------|-----------|
| Sim | 5 (9,8) |
| Não | 46 (90,2) |
| Uso de álcool, n (%) | |
| Sim | 20 (39,2) |
| Não | 31 (60,8) |
| Uso de drogas, n (%) | |
| Sim | 3 (5,9) |
| Não | 48 (94,1) |
| Atividades físicas regulares, n (%) | |
| Sim | 26 (51,0) |
| Não | 25 (49,0) |

Tabela 1. Caracterização dos participantes segundo variáveis sociodemográficas, acadêmicas e de hábitos de vida

Quanto ao nível de estresse entre os estudantes, observa-se na Tabela 2 que gerenciamento do tempo e atividades teóricas conferiu baixo nível de estresse na maioria dos casos, ambos 72,5%. Por outro lado, o ambiente favoreceu o maior nível médio de estresse dentre os domínios (31,4%), enquanto atividades práticas foram responsáveis por nível de estresse médio a muito alto em 39,3% casos; para a formação profissional e comunicação profissional verifica-se os maiores níveis estresse.

| Domínios | Nível de Estresse | Frequência (n) | Percentual (%) |
|---|-------------------|----------------|----------------|
| Realização das atividades práticas | Baixo | 31 | 60,8 |
| | Médio | 14 | 27,5 |
| | Alto | 5 | 9,8 |
| | Muito Alto | 1 | 2,0 |
| Gerenciamento do tempo | Baixo | 37 | 72,5 |
| | Médio | 4 | 7,8 |
| | Alto | 7 | 13,7 |
| | Muito Alto | 3 | 5,9 |
| Ambiente | Baixo | 33 | 64,7 |
| | Médio | 16 | 31,4 |
| | Alto | 1 | 2,0 |
| | Muito Alto | 1 | 2,0 |
| Formação profissional | Baixo | 19 | 37,3 |
| | Médio | 3 | 5,9 |
| | Alto | 13 | 25,5 |
| | Muito Alto | 16 | 31,4 |
| Atividades Teóricas | Baixo | 37 | 72,5 |
| | Médio | 9 | 17,6 |
| | Alto | 5 | 9,8 |
| | Muito Alto | 0 | 0 |

| | | | |
|---------------------------------|------------|----|-------|
| Comunicação Profissional | Baixo | 28 | 54,9% |
| | Médio | 3 | 5,9% |
| | Alto | 11 | 21,6% |
| | Muito Alto | 9 | 17,6% |

Tabela 2. Classificação da intensidade de estresse segundo os riscos em cada domínio, a frequência (n absoluto) e o percentual dos casos.

Na comparação entre as médias obtidas para os fatores de risco sociodemográficos, acadêmicos e de hábito de vida em cada domínio do AEEE, verificou-se maior ocorrência de estresse entre os homens em relação ao gerenciamento de tempo ($p=0,012$). Entre os casados e entre os sedentários houve maior estresse ($p<0,05$) relacionado ao ambiente e à comunicação profissional comparado, respectivamente, aos estudantes solteiros e que praticavam atividades físicas. Entre os estudantes do nono período observou-se maior estresse em relação às atividades teóricas comparado ao décimo período ($p=0,016$) (Tabela 3).

| Fatores de risco | Domínios | | | | | |
|--------------------------|-------------|-----------|-------------|-------------|-----------|-------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Gênero | | | | | | |
| Feminino | 1.6 | 2.02 | 1.61 | 1.31 | 2.36 | 1.38 |
| Masculino | 1.2 | 2.00 | 1.22 | 1.89 | 3.22 | 1.33 |
| | $p=0.169$ | $p=0.958$ | $p=0.273$ | $p=0.012^*$ | $p=0.067$ | $p=0.847$ |
| Estado Civil | | | | | | |
| Solteiro | 1.47 | 2.00 | 1.42 | 1.43 | 2.43 | 1.33 |
| Casado | 2.20 | 2.20 | 2.60 | 1.20 | 3.20 | 1.80 |
| | $p=0.040^*$ | $p=0.732$ | $p=0.007^*$ | $p=0.440$ | $p=0.210$ | $p=0.130$ |
| Trabalho | | | | | | |
| Sim | 1.46 | 1.86 | 1.57 | 1.38 | 2.41 | 1.34 |
| Não | 1.64 | 2.23 | 1.50 | 1.45 | 2.64 | 1.41 |
| | $p=0.433$ | $p=0.296$ | $p=0.795$ | $p=0.681$ | $p=0.546$ | $p=0.735$ |
| Tabagismo | | | | | | |
| Sim | 1.20 | 2.20 | 1.40 | 1.40 | 3.00 | 1.20 |
| Não | 1.58 | 2.00 | 1.56 | 1.41 | 2.46 | 1.39 |
| | $p=0.297$ | $p=0.297$ | $p=0.733$ | $p=0.966$ | $p=0.375$ | $p=0.534$ |
| Uso de drogas | | | | | | |
| Sim | 1.00 | 1.00 | 1.00 | 1.33 | 2.00 | 1.00 |
| Não | 1.57 | 2.08 | 1.57 | 1.42 | 2.54 | 1.40 |
| | $p=0.209$ | $p=0.139$ | $p=0.316$ | $p=0.829$ | $p=0.485$ | $p=0.320$ |
| Uso de álcool | | | | | | |
| Sim | 1.58 | 2.10 | 1.42 | 1.65 | 2.65 | 1.35 |
| Não | 1.52 | 1.97 | 1.61 | 1.26 | 2.42 | 1.39 |
| | $p=0.780$ | $p=0.711$ | $p=0.495$ | $p=0.31$ | $p=0.537$ | $p=0.847$ |
| Atividade física | | | | | | |
| Sim | 1.31 | 1.96 | 1.27 | 1.28 | 2.50 | 1.35 |
| Não | 1.79 | 2.08 | 1.83 | 1.54 | 2.52 | 1.40 |
| | $p=0.023^*$ | $p=0.734$ | $p=0.035^*$ | $p=0.150$ | $p=0.956$ | $p=0.775$ |
| Período acadêmico | | | | | | |
| Nono | 1.63 | 2.07 | 1.74 | 1.50 | 2.72 | 1.57 |
| Décimo | 1.43 | 1.96 | 1.30 | 1.30 | 2.26 | 1.13 |
| | $p=0.373$ | $p=0.742$ | $p=0.107$ | $p=0.280$ | $p=0.214$ | $p=0.016^*$ |

4 | DISCUSSÃO

O presente estudo buscou avaliar, em especial, se a prática clínica tem real contribuição para a ocorrência do estresse entre estudantes de enfermagem em sua etapa final de formação. O estudo levou em consideração o nível de estresse, autoreferido pelos participantes em acordo com os estressores apontados no instrumento de avaliação do estresse. Ainda foram consideradas as variáveis sociodemográficas, acadêmicas e de hábitos de vida na intenção de identificar outros fatores de risco.

O estresse, em princípio, não é uma doença, é apenas a preparação do organismo para lidar com as situações que se apresentam, sendo, então, uma resposta do mesmo a um determinado estímulo, a qual varia de pessoa para pessoa. O prolongamento ou a exacerbação de uma situação específica, de acordo com as características do indivíduo no momento, pode gerar alterações indesejáveis, pois o estresse atua como gatilho para o desenvolvimento de doenças (LIPP, 2002).

É amplamente demonstrado que a vida cotidiana atrelada à vulnerabilidade individual e às demandas e provocações externas podem ocasionar o desequilíbrio biológico e, assim, contribuir para o desenvolvimento do estresse (DANTAS, 2015) que, na dependência da capacidade de enfrentamento, pode ser mais predominante em uns que em outros.

Os resultados demonstraram que todos os estudantes vivenciavam algum grau de estresse, sendo a formação profissional e a comunicação profissional responsáveis pelos maiores níveis de estresse comparado aos demais domínios (Tabela 2).

Em acordo com Costa e Polak (2009) a formação profissional engloba fatores relacionados à preocupação do estudante quanto ao futuro profissional, à associação das vivências da prática clínica com a futura vida profissional, às responsabilidades do campo de estágio e à associação do conhecimento teórico e seu desempenho profissional. Reforçando nossos resultados, outros estudos apontam estes mesmos fatores como sendo os estressores mais predominantes, especialmente no último ano do curso de enfermagem (CESTARI et al, 2017; PRETO et, 2018). As relações interpessoais nos cenários de prática tem papel crucial na adaptação do estudante, no desempenho de suas atividades e conseqüentemente na sua formação profissional. Sendo assim, a comunicação com os demais profissionais e o convívio com a equipe multiprofissional representa um grande desafio e importante fator

estressor.

Na comparação das médias entre as variáveis sociodemográficas em cada domínio do estresse foi verificado que em todos os domínios o gênero feminino apresentou um nível de estresse maior que o masculino, com exceção dos fatores gerenciamento do tempo ($p < 0,05$) e formação profissional ($p = 0,067$) onde os homens tiveram maior média comparado as mulheres. Também os estudantes casados apresentaram níveis de estresse maiores que os solteiros, sendo os domínios ambiente e comunicação profissional estatisticamente significante (Tabela 3). Alta percepção de estresse entre estudantes de enfermagem casados e do gênero masculino também tem sido demonstrado na literatura (PRETO et al, 2018). Tem sido sugerido que o estresse entre os casados está, dentre outros, relacionado ao aumento da responsabilidade, à preocupação em conciliar estudo, gastos familiares e tempo para cuidar da casa e dos filhos (LASHLEY; CAMPBELL; EMMANUEL, 2015). Já os dados sobre o estresse entre os homens apontam para resultados contraditórios, sendo a presença de estresse maior entre as estudantes mulheres que entre os homens (DORON et al, 2015; CESTARI et al, 2017) corroborando em partes com nossos resultados.

Outro fator de risco sociodemográfico que esteve associado ao estresse em nossa amostra foi o sedentarismo (Tabela 3). A literatura é enfática em demonstrar os benefícios da atividade física regular ou até mesmo esporádica na redução dos níveis de estresse e na prevenção de precursores que desencadeiam diversas doenças de ordem emocional (DE BARROS, 2001).

De acordo com Dantas (2001), o exercício físico possui ação antidepressiva bem evidenciada em todos os tipos de atividades físicas e em qualquer intensidade e frequência. Do ponto de vista comparativo, a atividade física possui melhores resultados que o relaxamento e são iguais ao da psicoterapia. Juntos são muito mais eficazes do que cada um separadamente.

Lançar mão de estratégias de enfrentamento é de fundamental importância para a qualidade de vida global. Igualmente importante para uma formação acadêmica saudável frente às demandas colocadas pelo ambiente e pelas atividades inerentes à área de formação, as quais modificam ao longo do curso. Na Instituição onde este estudo foi realizado, durante o nono período, o estudante deve integralizar uma carga horária prática de 465 horas de estágio curricular obrigatório e teórica de 30 horas do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), sendo que esta última demanda maior carga horária extracurricular para o desenvolvimento da pesquisa.

Tanto a prática clínica quanto o desenvolvimento de TCC tem sido associados ao estresse entre os estudantes de enfermagem (KESTENBERG et al, 2013). Em nosso estudo foi verificado maior estresse entre os estudantes do nono período comparado ao décimo e, de modo significativo no quesito atividades teóricas

(Tabela 3). Este resultado pode ser justificado em partes pela realização do TCC neste período. No entanto, é importante considerar que em nosso curso, por motivo de retenção, não é raro estudantes estarem cursando outras diferentes disciplinas teóricas neste mesmo período. Isto acarreta maior sobrecarga de atividades e de tempo necessário para o cumprimento de todas as exigências acadêmicas que, associado ao trabalho remunerado que é realidade da maioria dos participantes deste estudo (Tabela 1), impacta em sua saúde física e mental na perspectiva de atender as diversas questões individuais, do trabalho, da universidade e da oferta de mercado que irá enfrentar em pouco tempo.

No decorrer do curso de enfermagem novas exigências vão surgindo, onde o desenvolvimento de habilidades e competências mais complexas é uma realidade e pode configurar em fator de estresse. Fatores acadêmicos, sociodemográficos e hábitos de vida estão normalmente associados entre si no desencadeamento do estresse dos estudantes. Apesar de ser um estado psíquico de aparente momentaneidade, o estresse carrega consigo a potencialidade para um comprometimento biológico arrastado. As instituições de ensino, juntamente com os profissionais de saúde e da educação, devem antecipar-se na identificação de possíveis fatores estressores a fim de minimizar as consequências negativas desse fenômeno.

5 | CONCLUSÃO

Estudantes de enfermagem vivenciaram estresse em diferentes níveis de intensidade. A maior parte dos domínios teve estudantes do gênero feminino como o grupo mais vulnerável. Entre estudantes casados, homens e sedentários a maior ocorrência de estresse foi em resposta ao ambiente, comunicação profissional e/ou gerenciamento do tempo.

A preocupação com o futuro profissional, as vivências no estágio, e as dinâmicas interpessoais foram responsáveis pelos mais altos níveis de estresse.

REFERÊNCIAS

BARROSO, I.M.A.C. **O Ensino Clínico no Curso de Licenciatura em Enfermagem Estudo sobre as experiências de aprendizagem, situações e factores geradores de stresse nos estudantes.** Dissertação de Mestrado. Universidade do Porto. Portugal.2009.

BENAVENTE, S.B; COSTA, A.L. **Physiological and emotional responses to stress in nursing students: an integrative review of scientific literature.** Acta Paul Enferm. 24(4):571-6, 2011;.

CESTARI, V.R.F; BARBOSA, I.V; FLORÊNCIO, R.S; PESSOA, V.L.M.P; MOREIRA, T.M.M. **Estresse em estudantes de enfermagem: estudo sobre vulnerabilidades sociodemográficas e acadêmicas.** Acta Paul Enferm. 30(2):190-6. 2017;

- COSTA, A. L. S.; POLAK, C. **Construção e Validação de Instrumento para a Avaliação do Estresse em Estudantes de Enfermagem**. Rev. Esc. Enferm. USP: 43(Esp): 1017-26, 2009.
- COSTA, L.A.S. **Estresse em estudantes de enfermagem: construção de fatores determinante**. Rev. Min. Enf.; 11 (4): 414-419, out./dez., 2007.
- DANTAS, E.H.M. **Psicofisiologia**. Rio de Janeiro: Shape, 2001
- DANTAS, G.A. **Medina dos Sintomas**. 1ed. Brasília: Editora Itacaiunas, 2015.
- DE BARROS, M.V.G; NAHAS, MV. **Comportamentos de risco, auto avaliação do nível de saúde e percepção de estresse entre trabalhadores da indústria**. Revista de saúde pública, v.35,n.6,p 554-563,2001.
- DORON, J; TROUILLET, R; MANEVEAU, A; NINOT, G; NEVEU, D. **Coping profiles, perceived stress and health-related behaviors: a cluster analysis approach**. Health Promot Int. Mar; 30(1):88-100 2015.
- LAZARUS, R.S; FOLKMAN, S. **Stress, Appraisal, and Coping**. New York: Springer Publishing Company; 1984.
- HIRSCH, C.D; BARLEM, E.L.D; ALMEIDA, L.K; TOMASCHEWSKI-BARLEM, J.G, FIGUEIRA, A.B; LUNARDI, V.L. **Coping strategies of nursing students for dealing with university stress**. Rev Bras Enferm. 68(5):501-8. 2015.
- KESTENBERG, C.C.F; SILVA, A.V; SILVA, N.A.B; ROSA, B.M.S. **Manifestações físicas e psicológicas do estresse em graduandos de enfermagem**. In: Anais do 17º SENPE 3 a 5 de junho; 2013. Natal (RN): ABEEn; 2013. p. 2181 – 4
- KESTENBERG, C.C.F; ROSA, B.M.S; SILVA, A.V; FABRIL, J.MG; REGAZI, I.C.R. **Estresse em graduandos de enfermagem**. Rev enferm UERJ, Rio de Janeiro, 25:e26716, 2017.
- LASHLEY, P.M; CAMPBELL, M; EMMANUEL, M.K. **Psychological stress and burnout among medical students at the university of the west indies**. West Indian Med J. Sept; 63(3):262-6, 2015.
- LIPP, M.E.N. **"Stress: evolução conceitual"**. In: **Mecanismos neuropsicofisiológicos do stress: teoria e aplicações clínicas**. São Paulo: Casa do Psicólogo. Pg. 17-21, 2002.
- NODARI, N.L; FLOR, S.R.A; RIBEIRO, A.S; CARVALHO, G.J; HAYASIDA, N.M.A. **Estresse, conceitos, manifestações e avaliação em saúde: revisão de literatura**. Revista Saúde e Desenvolvimento Humano. 2(1):61-74, 2014.
- OLIVEIRA, R; CAREGNATO, R.C; CÂMARA, S.G. **Burnout syndrome in senior undergraduate nursing**. Acta Paul Enferm. 25(2 Esp.):54-60, 2012.
- PRETO, V.A; GARCIA, V,P; ARAÚJO, L.G; FLAUZINO, M.M; TEIXEIRA, C.C; PARMEGIANE, R.S; CARDOSO, L. **Percepção de estresse nos acadêmicos de enfermagem**. J Nurs UFPE on line.,Recife, 12(3): 708-15, Mar., 2018.
- RODRIGUES. C; VEIGA, F. H. **Stresse em estagiários de enfermagem e sua influência na relação de ajuda ao doente**. In Tavares et al (Orgs), **Activação do desenvolvimento psicológico: Actas do Simpósio Internacional**, Universidade de Aveiro, Aveiro: 2006 (pp. 353-359).

O ESTRESSE NA EQUIPE DE ENFERMAGEM E SUA INTERFACE COM A QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA

Data de aceite: 25/11/2019

Yasmim Rathes dos Santos

Universidade Integrada do Alto Uruguai e das Missões, Departamento de Ciências da Saúde –
Rio Grande do Sul

Francisco Carlos Pinto Rodrigues

Universidade Integrada do Alto Uruguai e das Missões, Departamento de Ciências da Saúde –
Rio Grande do Sul

Aline Zuse de Freitas Borges

Universidade Integrada do Alto Uruguai e das Missões, Departamento de Ciências da Saúde –
Rio Grande do Sul

Katryn Corrêa da Silva

Universidade Integrada do Alto Uruguai e das Missões, Departamento de Ciências da Saúde –
Rio Grande do Sul

Vivian Lemes Lobo Bittencourt

Universidade Integrada do Alto Uruguai e das Missões, Departamento de Ciências da Saúde –
Rio Grande do Sul

Narciso Vieira Soares

Universidade Integrada do Alto Uruguai e das Missões, Departamento de Ciências da Saúde –
Rio Grande do Sul

Patrícia Grzeca

Universidade Integrada do Alto Uruguai e das Missões, Departamento de Ciências da Saúde –
Rio Grande do Sul

RESUMO: O presente estudo objetivou aplicar a escala de Bianchi de estresse. Trata-se de uma pesquisa transversal de abordagem quantitativa. A coleta de dados ocorreu entre os meses de junho a outubro de 2018, em um hospital da Região Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. Os enfermeiros participantes da pesquisa totalizaram-se em 21 profissionais gerentes e assistenciais, fragmentados em todas as unidades do hospital do estudo. A temática segurança do paciente é um tema cada vez discutido, pois afeta diretamente a vida das pessoas que utilizam os serviços de saúde. Sendo assim, a segurança do paciente ainda é um desafio para a assistência relacionada à saúde, pois possibilitar um cuidado seguro é uma questão de saúde pública, um compromisso de todos os trabalhadores e instituições que prestam assistência à saúde. O estudo possibilitou analisar os principais fatores que são desencadeantes do estresse profissional e que podem ocasionar falhas na assistência, nesse sentido as instituições de saúde devem encontrar formas de cuidar de seus enfermeiros, pois estes estão expostos a altos níveis de desgaste.

PALAVRAS-CHAVE: Estresse; Equipe de enfermagem; Segurança do paciente.

ABSTRACT: The present study aimed to apply the stress Bianchi scale. This is a cross-sectional research with quantitative approach. Data collection took place between June and October 2018, in a hospital in the Northwest Region of Rio Grande do Sul State. The nurses participating in the research totaled 21 management and care professionals, fragmented in all units of the State study hospital. Patient safety is a topic that is increasingly discussed, as it directly affects the lives of people who use health services. Thus, patient safety is still a challenge for health-related care, as enabling safe care is a matter of public health, a commitment of all workers and institutions providing health care. The study made it possible to analyze the main factors that trigger professional stress and that can lead to care failures. In this sense, health institutions must find ways to take care of their nurses, as they are exposed to high levels of attrition.

KEYWORDS: Stress; Nursing team; Patient safety.

1 | INTRODUÇÃO

A palavra estresse tem origem no latim, vem de “stringere,” que significa tencionar, apertar, comprimir (BOZZA, FONTANELA, 2008). Um pouco de estresse é necessário para o organismo, pois colabora para o bom desempenho das funções orgânicas e psíquicas, mas quando em excesso pode levar ao início de uma patologia colocando em risco o desempenho da equipe de enfermagem. (RIBEIRO, MARTINS, MARZIALE, ROBAZZI, 2012).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), define a segurança do paciente como a redução do risco de danos desnecessários associados à assistência em saúde até um mínimo aceitável (OMS, 2009). Este tema tem sido bastante estudado atualmente visando melhorar o conforto do paciente e da família, porém há fatores que muitas vezes são deixados de lado e que não deixam de ser importante como a saúde física e psíquica proveniente de quem está fornecendo o cuidado (LOTTENBERG, 2007). Os objetivos desse trabalho são identificar os fatores que causam estresse na equipe de enfermagem; verificar de que forma o estresse interfere na segurança do paciente; e, analisar os agentes estressores que compõem o processo de trabalho em saúde.

2 | METODOLOGIA

O estudo caracteriza-se por ser do tipo transversal, com abordagem quantitativa. Um estudo transversal possui sua coleta de dados em um único “momento”, não existindo, portanto, período de seguimento dos indivíduos (POLIT;

BECK, 2011, p. 268). A abordagem quantitativa consiste na coleta de dados sistemática de numerações, exige muito controle e procedimentos estatísticos para a realização de sua análise (POLIT; HUNGLER, 1995).

A sua coleta de dados realizou-se através da obtenção de respostas estruturadas. A coleta de dados ocorreu entre os meses de junho a outubro do ano de 2018. A população foi composta por Enfermeiros. A pesquisa realizou-se em um hospital localizado na área de abrangência da 12ª Coordenadoria Regional de Saúde, Região Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. A amostra foi composta por amostragem não probabilística intencional.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os enfermeiros participantes da pesquisa totalizaram-se em 21 profissionais gerentes e assistências, fragmentados em todas as unidades do hospital do estudo. De acordo com suas características sociodemográficas, predominantemente compuseram-se na faixa etária de 31 a 40 anos (66%), majoritariamente feminina (86%). No que se refere ao tempo de formação, 43% concluíram o nível superior de enfermagem em um período de 6 a 10 anos. Entre os participantes, 90% possuem pós-graduação

Com relação aos dados coletados constatou-se que há um predomínio do sexo feminino assemelhando-se com outros estudos (INOUE; VERSA; MURASSAKI; MELO, 2013. GUIDO; LINCH; PITTHAN; UMANN, 2011) que evidenciaram a maior frequência de mulheres no exercício da profissão de enfermagem.

No domínio Relacionamento com outras unidades e superiores constatou-se que os profissionais possuem baixo ou médio nível de desgaste nas seguintes categorias: Relacionamento com outras unidades (80,9%), relacionamento com o centro de materiais, relacionamento almoxarifado e relacionamento com admissão / alta de paciente (57,1%), relacionamento com a farmácia (66,6%), relacionamento com a manutenção (71,4%) e comunicação com a administração superior (57,1%). Segundo a escala Bianchi de Stress (EBS) dentro desse domínio há a predominância de um baixo nível de estresse, ressalta-se o quanto é importante o enfermeiro constituir um excelente relacionamento interpessoal com outras unidades e principalmente seus funcionários, procurando desenvolver uma comunicação eficiente, pois ela melhora o trabalho em equipe e torna a assistência mais segura (SANTOS; BERNARDES, 2010). Tanto o relacionamento interpessoal como a comunicação eficiente são métodos de prevenção do desenvolvimento de estresse em enfermeiros, visto que um profissional valorizado dentro da instituição realiza com qualidade suas funções levando a melhorias no cuidado.

Ao que se refere ao domínio Atividades relacionados ao funcionamento

adequado da unidade as categorias que apresentaram baixo e médio nível de desgaste foram: previsão e controle do material a ser usado (57,1%) e reposição de material (47,6%). As categorias controle de equipamentos (57,1%), solicitação de revisão e conserto de equipamentos e levantamento de qualidade de material existente na unidade (47,6%) apresentaram médio e alto níveis de desgaste. Um estudo mostra que a presença de recursos inadequados, tanto materiais quanto humanos, são fatores agravantes do estresse, pois prejudicam o desempenho das atribuições no turno (STACCIARINI; TRÓCCOLI, 2001).

É importante o enfermeiro ser líder a fim de gerenciar sua equipe com o intuito de evitar conflitos que implicarão na diminuição do rendimento e motivação pessoal (AMESTOY, 2014). O enfermeiro deve apresentar resolutividade ao enfrentar os conflitos, uma vez que eles são procurados pela equipe para solucionar um problema, propiciando momentos para os profissionais exporem seus sentimentos e conflitos (LIMA; RABENSCHLAG; TONINI; MENEZES; LAMPERT, 2014). Com relação a esse domínio é possível perceber que os estressores relacionados à organização dos materiais e equipamentos foram determinantes para os níveis elevados de desgaste.

Quanto ao domínio Atividades relacionadas à administração do pessoal, tem-se os seguintes dados definidos em médio e alto nível de desgaste: Controlar a equipe de enfermagem, supervisionar as atividades da equipe (33,3%), realizar a distribuição de funcionários (28,5%) e baixo e médio nível de desgaste para as categorias: Realizar treinamentos (52,3%), avaliar o desempenho do funcionário (47,6%) e elaborar a escala mensal de funcionários (57,1%). Nesse domínio há um destaque especial para o controle da equipe de enfermagem e supervisão das atividades da equipe.

Tais estressores relatados com maior frequência pelos entrevistados também foram os itens de maior desgaste entre os enfermeiros avaliados em outros estudos (INOUE; VERSA; MURASSAKI; MELO, 2013. MONTE; LIMA; NEVES; STUART; DANTAS, 2013). Sendo assim, torna-se extremamente evidente que as pressões ocasionadas pelo ambiente do trabalho, exigência de maior produtividade e complexidade das tarefas são alguns dos fatores que podem influenciar na administração de pessoal, levando ao surgimento do estresse.

Devido à grande responsabilidade de gerenciar uma equipe aliada com a prestação da assistência, a administração de pessoal pode ser definida como estressora, já que cada indivíduo é um ser único, com diferentes valores e personalidades e por esses motivos é essencial que o enfermeiro gerente conheça sua equipe para contar e colaborar com ela.

No domínio Assistência de enfermagem prestada ao paciente os participantes identificaram níveis altos e médios de desgaste nas categorias atender às

necessidades dos familiares (61,9%), supervisionar o cuidado de enfermagem prestado (57,1%), atender às emergências da unidade (85,7%), atender aos familiares de pacientes críticos (66,6%), enfrentar a morte do paciente (100%) e orientar familiares de paciente crítico (71,4%). O enfermeiro tem a responsabilidade de supervisionar o trabalho da sua equipe a fim de evitar que atividades sejam deixadas para outro turno, negligenciando o cuidado prestado e sobrecarregando o próximo turno de trabalho (AMESTOY et al, 2014).

Assim como outro estudo nesse domínio destacam-se como maiores estressantes o enfrentamento da morte do paciente seguido pelo atendimento das emergências da unidade. O ser humano tem dificuldade em aceitar perdas, e o estresse ao enfrentar o óbito é decorrente da proximidade do enfermeiro com o paciente preservado durante a internação, no que tange ao atendimento das emergências os níveis estressantes resultam da rápida tomada de decisão que poderá definir a vida ou a morte do paciente (INOUE; VERSA; MURASSAKI; MEL, 2013).

Para o domínio Condições de trabalho para o desempenho das atividades do enfermeiro percebeu-se médio e alto níveis de desgaste nas categorias: ambiente físico da unidade (80,9%), nível de barulho na unidade (52,3%), realizar atividades burocráticas (47,6%) e realizar atividades com tempo mínimo disponível (90,4%). Pode-se correlacionar o curto espaço de tempo que o enfermeiro usufrui para realização de suas funções com estressores do ambiente ocupacional já evidenciado, dentre eles a falta de profissionais de enfermagem, altas taxas de atribuições, a responsabilidade por várias unidades (VIEIRA; NOGUEIRA; TERRA, 2017).

Nos dias atuais a preocupação com a saúde do profissional de enfermagem é essencial, pois alterações na saúde deste afetarão diretamente o cuidado ofertado ao paciente (RODRIGUES; SANTOS; SOUSA, 2017). Segundo Aiken et al. (2012), quanto mais pacientes o profissional de enfermagem estiver responsável em seu turno mais deficiente será a qualidade do cuidado e isso inclui também a neutralização da enfermeira levando ao déficit na qualidade do atendimento hospitalar.

A temática segurança do paciente é um tema cada vez discutido pois afeta diretamente a vida das pessoas que utilizam os serviços de saúde. Sendo assim, é um dos mais importantes desafios para a assistência relacionada à saúde, pois possibilitar um cuidado seguro é uma questão de saúde pública, compromisso de todos os trabalhadores e instituições que prestam assistência à saúde. Os enfermeiros devem sempre levar em consideração as necessidades da população e os direitos ao cuidado de enfermagem, focado no paciente e em sua família, assumindo que os enfermeiros, juntos com toda a equipe defendam o cuidado à saúde, livre de riscos previsíveis e danos com acessibilidade a toda população (CÓDIGO DE ÉTICA DOS PROFISSIONAIS DA ENFERMAGEM, 2007).

4 | CONCLUSÃO

Esse estudo possibilitou analisar os principais fatores que são desencadeantes do estresse profissional e que podem ocasionar falhas na assistência, nesse sentido as instituições de saúde devem encontrar formas de cuidar de seus enfermeiros, pois estes estão expostos a altos níveis de desgaste.

Os resultados desse projeto serão apresentados à instituição em que foi realizada a pesquisa no sentido de demonstrar às áreas que necessitam de implementações de ações que minimizem a geração de estresse, tornando mais produtivo e satisfatório a função do enfermeiro, garantindo sua segurança e consequentemente a segurança de seus pacientes.

REFERÊNCIAS

AIKEN, L.H. et al. **Patient safety, satisfaction and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States.** *BMJ*, vol. 344, ed.1717, p. 1-14, 2012. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/bmj/344/bmj.e1717.full.pdf>. Acesso em 14 jul. 2019.

AMESTOY, S.C. et al. **Gerenciamento de conflitos: desafios vivenciados pelos enfermeiros-líderes no ambiente hospitalar.** *Revista Gaúcha Enfermagem*. vol. 35, ed. 2. Porto Alegre, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198314472014000200079&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 15 jul. 2016.

BOZZA, M.S.S; FONTANELA, G.A. **Os fatores desencadeantes do estresse no enfermeiro que atua no setor de emergência.** *Nursing*. São Paulo, 2008. Vol. 1, ed. 127, p. 553-8. São Paulo, 2008. Ilus. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=15639&indexSearch=ID>. Acesso em: 15 jul. 2016.

GUIDO, L.A.; LINCH, G.F.C; PITTHAN, L.O; UMANN, J. **Estresse, coping e estado de saúde entre enfermeiros hospitalares.** *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. vol. 45, ed. 6, p.1434-9. São Paulo, 2011. Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342011000600022. Acesso em: 15 jul. 2016.

INOUE, K.C; VERSA G.L.G.S; MURASSAKI, A.C.Y; MELO, W.A; MATSUDA, L.M. **Estresse ocupacional em enfermeiros intensivistas que prestam cuidados diretos ao paciente crítico.** *Revista Brasileira de Enfermagem*. vol. 66. ed.5. p. 722-9. São Paulo, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672013000500013. Acesso em: 15 jul. 2019.

LIMA, S.B.S; RABENSCHLAG, L.A; TONINI, T.F.F; MENEZES, F.L; LAMPERT A.N. **Conflitos gerenciais e estratégias de resolução pelos enfermeiros gerentes.** *Revista de Enfermagem da UFSM*. vol. 4 ed. 2 p. 419-428. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/11888>. Acesso em: 20 mai. 2019.

LOTTENBERG, C.L. **Compromisso com a segurança do paciente.** Editorial IV SIEN. *Revista Einstein*. Vol. 5, suplemento 1, p. VII-VIII. São Paulo, 2007. Disponível em: http://apps.einstein.br/revista/vol5_supl1_pt.asp. Acesso em: 20 mai. 2019.

MONTE, P.F; LIMA, F.E.T; NEVES, F.M.O; STUDART, R.M.B; DANTAS, R.T. **Estresse dos profissionais enfermeiros que atuam na unidade de terapia intensiva.** *Acta Paulista de Enfermagem*. São Paulo, 2013; vol. 26, ed.5,p.421-7. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010321002013000500004. Acesso em: 20 mai. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety** v1.1. Final Technical Report and Technical Annexes, 2009. Disponível em: https://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf. Acesso em: 15 jul. 2019.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

RIBEIRO, R.P; MARTINS, J.P; MARZIALE, M.H.P; ROBAZZI, M.L.C.C. **O adoecer pelo trabalho na Enfermagem: uma revisão integrativa**. **Revista da Escola de Enfermagem USP**. Vol.46, n. 2. São Paulo, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000200031. Acesso em: 20 mai. 2019.

RODRIGUES, C.C.F.M; SANTOS, V.E.P; SOUSA, P. **Segurança do paciente e enfermagem: interface com estresse e Síndrome de Burnout**. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, set/out de 2017. vol. 70, n. 5, p.114-17. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003471672017000501083&script=sci_arttext&lng=pt. Acesso em 18 jul. 2019.

SANTOS, M.C; BERNARDES, A. **Comunicação da equipe de enfermagem e a relação com a gerência nas instituições de saúde**. **Revista Gaúcha Enfermagem**. Porto Alegre, 2010. v. 31, ed. 2, p. 359-366. Disponível: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/11888>. Acesso em 25 jun. 2019.

STACCIARINI, J. TRÓCCOLI, B. **O Estresse na Atividade Ocupacional do Enfermeiro**. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. vol. 9, ed.2, p. 17-25. Ribeirão Preto, 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S010411692001000200003&lng=pt&nrm=iso&lng=pt. Acesso em: 18 jul. 2019.

VIEIRA, N.F; NOGUEIRA, F.S.T. **Avaliação do estresse entre os enfermeiros hospitalares**. **Revista de Enfermagem UERJ**. vol. 25, ed. 14053, p. 1-7. Rio de Janeiro 2017. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuernj/article/view/14053>. Acesso em: 18 jul. 2019.

SOBRE A ORGANIZADORA

ISABELLE CORDEIRO DE NOJOSA SOMBRA - Enfermeira pelas Faculdades Nordeste - FANOR (Bolsista pelo PROUNI). Doutoranda em Obstetrícia (DINTER UFC/UNIFESP). Mestre em Saúde Coletiva - PPSAC/UECE. Especialização em Enfermagem Obstétrica - (4 Saberes). Especialista em Saúde Pública - UECE. Atua como consultora materno-infantil. Enfermeira Obstetra na clínica Colo. Atuou como docente do curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário Estácio do Ceará e do Centro Universitário Pitágoras de Fortaleza. Atuou como professora do Grupo de Pesquisa em Avaliação da Saúde da Mulher - GPASM/ESTÁCIO. Atuou como docente do Curso Técnico em Cuidado de Idosos - PRONATEC/Unichristus. Atuou como supervisora pedagógica do Curso Técnico em Enfermagem da Diretoria de Educação Profissional em Saúde (DIEPS) da Escola de Saúde Pública do Ceará - ESP/CE. Atuou como enfermeira assistencial no Hospital Distrital Dr. Fernandes Távora (HFT). Atuou na preceptoria de estágio das Faculdades Nordeste - FANOR. Atuou como pesquisadora de campo da Universidade Federal do Ceará (UFC) - Faculdade de Medicina - no Projeto vinculado ao Departamento de Saúde Materno Infantil. Atuou no Projeto de Práticas Interdisciplinares no Contexto de Promoção da Saúde sendo integrante do grupo de pesquisa "Cuidando e Promovendo a Saúde da Criança e do Adolescente" - FANOR;. Atuou como Membro do Grupo de Pesquisa em Estudos Quantitativos da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Atua principalmente nos seguintes temas: saúde da mulher, saúde materno-infantil e saúde coletiva.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Absenteísmo 114, 119, 121, 122, 124, 167, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 192, 197
Adesão ao tratamento 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 264
Ambiente de trabalho 36, 55, 63, 64, 66, 102, 104, 108, 109, 115, 117, 121, 124, 161, 169, 178, 181, 186, 187, 200, 201, 213
Assistência centrada no paciente 50
Atenção primária à saúde 55
Autocuidado 6, 7, 9, 12, 152, 153, 154, 164, 256, 257, 272
Autoimagem 152
Avaliação em saúde 69, 286

B

Burnout 94, 95, 96, 97, 98, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 194, 196, 197, 198, 199, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 217, 218, 219, 220, 222, 223, 224, 225, 226, 229, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 286, 293

C

Carga de trabalho 64, 124, 160, 162, 181, 184, 204
Colar cervical 13, 15, 17, 18, 19
Conselheiros de saúde 126, 127, 130, 132, 133, 136
Conselho municipal de saúde 126
Controle social 126, 127, 128, 129, 133, 135, 137, 138
Cuidados críticos 112
Cuidados paliativos 240, 241, 242, 244, 247, 248, 249, 250, 251, 252

D

Discente 28
Discriminação 20, 21, 22, 24, 25, 26, 120, 121, 122, 186

E

Ensino 12, 19, 29, 30, 35, 84, 94, 95, 112, 123, 130, 131, 162, 165, 239, 241, 242, 243, 246, 249, 250, 253, 261, 276, 278, 285
Equidade 21, 23, 24, 25, 27, 145, 150, 258, 268, 269
Equipe de enfermagem 15, 19, 100, 101, 113, 114, 119, 123, 124, 166, 169, 170, 171, 175, 176, 177, 178, 181, 182, 183, 185, 186, 187, 190, 191, 194, 195, 197, 200, 201, 202, 251, 256, 287, 288, 290, 293
Equipe interdisciplinar 1, 2, 11, 203, 205, 206
Equipe multiprofissional 7, 8, 9, 50, 51, 54, 113, 201, 251, 272, 274, 283
Esgotamento profissional 177, 182, 183, 185, 191, 195, 204, 205

Esterilização 41, 42, 43, 48, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 65, 66, 67
Estilo de vida 5, 6, 100, 152, 154, 155, 156, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165
Estresse 27, 36, 94, 95, 109, 113, 114, 117, 118, 121, 122, 124, 140, 154, 156, 160, 161, 162, 165, 177, 178, 179, 181, 182, 183, 184, 185, 187, 188, 190, 191, 192, 193, 194, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 206, 208, 212, 213, 214, 218, 238, 239, 264, 276, 277, 278, 279, 280, 281, 282, 283, 284, 285, 286, 287, 288, 289, 290, 291, 292, 293
Estresse psicológico 177, 182, 183
Estudante de enfermagem 276
Estudantes 28, 30, 31, 33, 34, 36, 94, 95, 98, 156, 165, 237, 238, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 250, 251, 252, 276, 277, 278, 279, 281, 282, 283, 284, 285, 286
Estudantes de enfermagem 94, 95, 238, 240, 247, 249, 276, 277, 278, 279, 283, 284, 285, 286
Exposição a agentes biológicos 100

F

Família 1, 5, 7, 8, 9, 13, 33, 52, 54, 73, 79, 87, 91, 106, 123, 124, 125, 138, 145, 150, 154, 156, 161, 177, 217, 238, 242, 247, 250, 253, 254, 256, 257, 258, 259, 261, 262, 263, 265, 266, 267, 268, 269, 270, 274, 275, 288, 291

H

Hospitais 22, 54, 64, 66, 83, 88, 99, 101, 121, 122, 128, 169, 173, 174, 177, 180, 187, 189, 214, 239
Humanização 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 52, 83, 87, 91, 250, 271, 272, 273, 274

I

Idoso 19, 20, 51, 253, 254, 255, 256, 257, 258, 259, 261, 262, 263, 264, 265, 266, 267, 294
Infecção cruzada 38
Integralidade em saúde 50, 79

M

Movimentos sociais 81, 82, 83, 84, 89, 91, 92, 128

N

Notificação de acidentes de trabalho 100

P

Pessoas em situação de rua 139, 140, 142
Psiquiatria 81, 83, 87, 90, 203, 214, 258

R

Residência multiprofissional em saúde 51, 218, 237, 238, 239
Revisão 1, 3, 12, 13, 15, 16, 18, 19, 20, 23, 24, 66, 81, 84, 92, 111, 123, 138, 139, 141, 143,

144, 146, 148, 151, 165, 166, 175, 176, 177, 181, 182, 188, 190, 194, 196, 201, 202, 237, 274, 286, 290, 293

S

Saúde 1, 2, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 29, 34, 36, 39, 47, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 62, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 71, 73, 74, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 96, 98, 99, 101, 102, 103, 104, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 156, 157, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 187, 188, 189, 190, 192, 193, 197, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 212, 213, 214, 215, 218, 232, 237, 238, 239, 241, 242, 245, 248, 249, 250, 251, 252, 253, 254, 255, 256, 257, 258, 261, 262, 263, 264, 265, 266, 267, 268, 269, 270, 271, 272, 273, 274, 275, 277, 278, 285, 286, 287, 288, 289, 291, 292, 293, 294

Saúde do trabalhador 20, 99, 101, 102, 104, 108, 110, 112, 120, 123, 124, 161, 164, 166, 177, 178, 180, 181, 182, 183, 189, 199, 200

Saúde mental 81, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 96, 142, 174, 201, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 212, 213, 214, 215, 239

Saúde pública 2, 27, 79, 98, 104, 123, 129, 138, 139, 144, 146, 150, 166, 202, 203, 213, 237, 267, 274, 286, 287, 291, 294

Segurança do paciente 117, 122, 287, 288, 291, 292, 293

Serviços de saúde mental 204, 205, 206, 207, 212, 213, 214

Síndrome de burnout 94, 95, 96, 97, 98, 179, 182, 183, 186, 187, 188, 196, 197, 201, 202, 203, 204, 205, 213, 217, 218, 237, 239, 293

T

Tecidos 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48

Técnicas 33, 38, 57, 62, 66, 243, 254, 264, 266

Técnicos de enfermagem 99, 104, 109, 112, 113, 114, 115, 116, 118, 166, 170, 171, 173

Trabalhadores 20, 26, 54, 64, 66, 81, 83, 86, 88, 89, 90, 91, 101, 102, 106, 108, 109, 113, 114, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 126, 132, 156, 161, 162, 163, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 178, 179, 180, 181, 183, 184, 187, 188, 189, 192, 193, 196, 200, 201, 202, 204, 205, 213, 280, 286, 287, 291

Tratamento conservador 1, 2, 9, 12

Trauma; imobilização 3, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19

Tuberculose 68, 69, 70, 71, 72, 74, 75, 77, 78, 79, 80, 121

U

Unidades de terapia intensiva 112, 124, 191, 196, 197, 201, 202, 238

V

Vulnerabilidade em saúde 139

