



O Conhecimento na Competência da Teoria e da Prática em Enfermagem 3

Atena
Editora
Ano 2019

Isabelle Cordeiro de Nojosa Sombra
(Organizadora)

Isabelle Cordeiro de Nojosa Sombra

(Organizadora)

O Conhecimento na Competência da Teoria e da Prática em Enfermagem 3

Atena Editora
2019

2019 by Atena Editora

Copyright © da Atena Editora

Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Diagramação e Edição de Arte: Lorena Prestes e Karine de Lima

Revisão: Os autores

Conselho Editorial

- Prof. Dr. Alan Mario Zuffo – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Darllan Collins da Cunha e Silva – Universidade Estadual Paulista
Profª Drª Deusilene Souza Vieira Dall’Acqua – Universidade Federal de Rondônia
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Profª Drª Juliane Sant’Ana Bento – Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Prof. Dr. Jorge González Aguilera – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
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. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)

C749 O conhecimento na competência da teoria e da prática em enfermagem 3 [recurso eletrônico] / Organizadora Isabelle Cordeiro de Nojosa Sombra. – Ponta Grossa (PR): Atena Editora, 2019.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-85-7247-169-5

DOI 10.22533/at.ed.695191203

1. Enfermagem – Prática profissional. I. Sombra, Isabelle Cordeiro de Nojosa.

CDD 610.73

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores.

2019

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.

www.atenaeditora.com.br

APRESENTAÇÃO

A obra “*O Conhecimento na Competência da Teoria e da Prática em Enfermagem*” aborda uma série de estudos realizados na área da Enfermagem, sendo suas publicações realizadas pela Atena Editora. Em sua totalidade está composta por 3 volumes, sendo eles classificados de acordo com a área de abrangência e temáticas de estudo. Em seus 30 capítulos, o volume III aborda pesquisas relativas à atuação da Enfermagem na assistência, bem como na gestão e gerenciamento dos serviços de saúde, além de estudos abordando a saúde ocupacional dos trabalhadores dessa área.

Portanto, este volume III é dedicado ao público composto pelos profissionais de saúde formados e em formação, objetivando a gradativa melhora na prática de Enfermagem. Além disso, as publicações estão dedicadas também aos próprios usuários dos serviços de saúde, visto que são diretamente favorecidos pela qualidade e humanização na assistência.

Ademais, esperamos que este livro possa fortalecer e estimular práticas assistenciais qualificadas e humanizadas, através de publicações de extrema relevância na atualidade, fomentando meios para sua aplicação na prática do cuidado assistencial em Enfermagem. Além disso, ressaltasse a necessidade de uma melhor compreensão acerca da saúde ocupacional com foco nos profissionais de Enfermagem, sendo fundamental a preservação da saúde para cuidar de si e do próximo.

Isabelle C. de N. Sombra

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	1
DIFICULDADES ENFRENTADAS PELO ENFERMEIRO DURANTE A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NOS CUIDADOS PALIATIVOS	
Guilherme Carvalho da Silva Ana Paula de Souza Maretti Paula Cristina da Silva Cavalcanti Tatiana Vieira Tolentino Ana Paula de Andrade Silva Érica Torres Duarte	
DOI 10.22533/at.ed.6951912031	
CAPÍTULO 2	18
HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA: DESAFIOS E ESTRATÉGIAS NA ENFERMAGEM	
Maria Inês Pardo Calazans Kay Amparo Santos Luciano dos Santos	
DOI 10.22533/at.ed.6951912032	
CAPÍTULO 3	28
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À UMA PACIENTE COM PITIRÍASE VERSICOLOR FUNDAMENTADA NA TEORIA DE OREM	
Elisabeth Soares Pereira da Silva Maria Vilani Cavalcante Guedes Maria Célia de Freitas Lúcia de Fátima da Silva Juliana Vieira Figueiredo Raquel Silveira Mendes Ana Virginia de Melo Fialho	
DOI 10.22533/at.ed.6951912033	
CAPÍTULO 4	38
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE OSTOMIZADO - REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	
Gislaine Teixeira da Silva Danilo Moreira Pereira Flávia Rangel de Oliveira Andreia de Oliveira Pinheiro Ribeiro Gisélia Maria Cabral de Oliveira Douglas Jeremias Rebelo Sônia Maria Filipini	
DOI 10.22533/at.ed.6951912034	
CAPÍTULO 5	45
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PÓS OPERATÓRIO A PACIENTES SUBMETIDOS A ANGIOPLASTIA CORONARIANA - UMA REVISÃO DE LITERATURA	
Flávia Aparecida Rodrigues Chagas Jônatas De França Barros André Ribeiro Da Silva	
DOI 10.22533/at.ed.6951912035	

CAPÍTULO 6 63

EFEITOS OXI-HEMODINÂMICOS DE DIFERENTES TIPOS DE BANHO NO LEITO EM PACIENTES CRÍTICOS: REVISÃO SISTEMÁTICA

Luana Vieira Toledo
Barbara Xavier Santos
Patrícia de Oliveira Salgado
Cristiane Chaves de Souza
Lídia Miranda Brinati
Flávia Falci Ercole

DOI 10.22533/at.ed.6951912036

CAPÍTULO 7 77

CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL PARA RISCOS CARDIOVASCULARES E INFECCIOSOS EM GRUPOS VULNERÁVEIS DE RUA NA REGIÃO CENTRAL DE SÃO PAULO – INFLUÊNCIAS PSICOSSOCIAIS

Marcos da Silva Pontes
Claudia Cristina Soares Muniz

DOI 10.22533/at.ed.6951912037

CAPÍTULO 8 80

CATETER VENOSO CENTRAL: CONTRAINDICAÇÕES E INFECÇÕES RELACIONADAS

Karla Cristiane Oliveira Silva
Pâmela Pohlmann

DOI 10.22533/at.ed.6951912038

CAPÍTULO 9 93

CICATRIZAÇÃO DE FERIDAS DIABÉTICAS COM FATOR DE CRESCIMENTO EPIDÉRMICO

Beatriz Guitton Renaud Baptista de Oliveira
Bianca Campos de Oliveira
Gabriela Deutsch
Fernanda Pessanha de Oliveira
Selma Rodrigues de Castilho

DOI 10.22533/at.ed.6951912039

CAPÍTULO 10 106

CONTRIBUIÇÃO DA ENFERMAGEM NO PÓS-OPERATÓRIO EM CIRURGIA CARDÍACA: UMA REFLEXÃO DO CUIDADO

Emília Natália Santana de Queiroz
José Cláudio da Silva Junior
Aline Alves dos Santos
Letícia Laís Freitas Martins
Kalyne Ketely Oliveira Melo
Sidrailson José da Silva
Lenora Moraes Correia de Melo
Lucimar Maria da Silva
Roberto dos Santos Siqueira

DOI 10.22533/at.ed.69519120310

CAPÍTULO 11 113

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM NEURALGIA TRIGEMINAL

Yohana Pereira Vieira
Jonata de Mello
Indiara Sartori Dalmolin
Marcelo Machado Sassi
Sidnei Petroni

DOI 10.22533/at.ed.69519120311

CAPÍTULO 12 119

CONTROLE DE INFECÇÃO E SEGURANÇA DO PACIENTE: VIVÊNCIAS DE ACADÊMICAS DE ENFERMAGEM

Caroline de Lima
Karoline Ardenghi Marques
Daniela de Mattos da Silva
Franciele Teixeira da Rosa
Cíntia Cristina Oliveski
Luiz Anildo Anacleto da Silva

DOI 10.22533/at.ed.69519120312

CAPÍTULO 13 124

CUIDADO EM SAÚDE A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA PELA ATENÇÃO PRIMÁRIA: RESULTADOS PARCIAIS

Fabiana Ferreira Koopmans
Donizete Vago Daher
Magda Guimarães de Araújo Faria
Hermes Candido de Paula
Rayanne Leal Dias da Silva
Carine Silvestrini Sena Lima da Silva

DOI 10.22533/at.ed.69519120313

CAPÍTULO 14 137

INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS MAIS PREVALENTES EM PERNAMBUCO

Jaqueline Maria da Silva
Ariane Leite Pereira
Marina Cordeiro da Silva
Nayara Kelly Felix Ferreira
Carolina Vasconcelos de Almeida Neves

DOI 10.22533/at.ed.69519120314

CAPÍTULO 15 142

LEVANTAMENTO DE CASOS NOTIFICADOS DE HEPATITES VIRAIS EM UMA CIDADE DO LESTE MARANHENSE

Joseneide Teixeira Câmara
Beatriz Mourão Pereira
Tatyanne Maria Pereira De Oliveira
Núbia E Silva Ribeiro
Tharlíane Silva Chaves
Cleidiane Maria Sales De Brito

DOI 10.22533/at.ed.69519120315

CAPÍTULO 16 151

O PROCESSO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM AO PACIENTE ONCOLÓGICO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA E COMPLEMENTAR

Kelly Mikaelly de Souza Gomes Lima
José Pereira
Amanda Sueli Santos Souza
Juliana Cibebe dos Santos
Graziella Synara Alves da Silva Oliveira
Maria Carolini Araújo de Matos Cabral Sandre
Jennyfa Suelly Costa Torres
Poliana Regina da Silva
Girleene Ana da Silva
Suely Maria de Melo dos Santos
Mirla Almeida Macedo de Sousa
Gisele Karine da Silva

DOI 10.22533/at.ed.69519120316

CAPÍTULO 17 163

MODELOS DE GESTÃO E ESTILOS DE LIDERANÇA EM ENFERMAGEM NO SERVIÇO HOSPITALAR E NA ATENÇÃO BÁSICA

Fabiéli Vargas Muniz Schneider
Luiz Anildo Anacleto da Silva
Rafael Marcelo Soder
Sandra Kinalski da Silva
Cíntia Cristina Oliveski

DOI 10.22533/at.ed.69519120317

CAPÍTULO 18 177

AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS EM SAÚDE: AVALIAÇÃO ECONÔMICA COMO SUPORTE À TOMADA DE DECISÃO

Beatriz Guitton Renaud Baptista de Oliveira
Andrea Pinto Leite Ribeiro

DOI 10.22533/at.ed.69519120318

CAPÍTULO 19 189

O USO DA ELETROCONVULSOTERAPIA EM PACIENTES COM DEPRESSÃO: UMA REVISÃO DA LITERATURA

Daniele Sales de Carvalho
Waldiane Bezessa Soares da Silva
Gustavo Luis Alves de Sá
Thaís Mayara de Alves
Maria Yasmim Morais
Carolina Vasconcelos de Almeida Neves

DOI 10.22533/at.ed.69519120319

CAPÍTULO 20 193

OS DESAFIOS DA UTILIZAÇÃO DO PRONTUÁRIO HÍBRIDO NA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE

Danilo Moreira Pereira
Flávia Rangel de Oliveira
Gislaine Teixeira da Silva
Andreia de Oliveira Pinheiro Ribeiro
Gisélia Maria Cabral de Oliveira
Douglas Jeremias Rebelo
Raimundo Nonato Silva Gomes

Sônia Maria Filipini

DOI 10.22533/at.ed.69519120320

CAPÍTULO 21 201

PÉ DIABÉTICO: AMPUTAÇÃO, CUIDADOS E GASTOS COM SEU TRATAMENTO NO BRASIL:
REVISÃO DA LITERATURA

Daniel Balduino Alves
Yara Lúcia Marques Maia
Claudia Cristina Sousa de Paiva
Lorayne Everlyn Alves Luz kleinschmitt
Matheus Henrique Bastos Martins
Abner Henrique Fleury

DOI 10.22533/at.ed.69519120321

CAPÍTULO 22 210

PERFIL DOS ACIDENTES DE TRABALHO DOS MUNICÍPIOS DE ABRANGÊNCIA DO CEREST DE
SOBRAL - CEARÁ, 2009 A 2013

Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto
Maria Liana Rodrigues Cavalcante

DOI 10.22533/at.ed.69519120322

CAPÍTULO 23 222

PREDISPOSIÇÃO AO ESTRESSE EM TRABALHADORES DE INSTITUIÇÕES PRISIONAIS

Camila Carla Dantas Soares
Jeferson Barbosa Silva
Priscila Raquel Dantas Soares
Eronyce Rayka de Oliveira Carvalho
Maria Djair Dias

DOI 10.22533/at.ed.69519120323

CAPÍTULO 24 232

PROCESSO DE TRABALHO NA CLÍNICA DA FAMÍLIA NA PERSPECTIVA DA CLÍNICA AMPLIADA

Valéria de Carvalho Araújo Siqueira
Daniele Merisio Raimundi
Francieli Furtado Ferreira
Fernanda Cristina Aguiar Lima

DOI 10.22533/at.ed.69519120324

CAPÍTULO 25 242

ÚLCERA POR PRESSÃO EM PACIENTE CRÍTICO: O PAPEL DO ENFERMEIRO NA SUA PREVENÇÃO

Roberta Kellyn de Azevedo Aroucha
Joelmara Furtado dos Santos Pereira
Rayssa Alessandra Godinho de Sousa
Josiedna Abreu Pinheiro
Ana Mônica Abreu dos Santos de Oliveira
Ana Patrícia Fonseca Coelho Galvão
Franco Celso da Silva Gomes
Maria do Socorro Marques Soares
Lívia Cristina Sousa
Francisca Bruna Arruda Aragão

DOI 10.22533/at.ed.69519120325

CAPÍTULO 26	255
USO DO PRESERVATIVO EM CORTADORES DE CANA DE AÇÚCAR	
Juliana Pontes Soares	
Adriana de Melo Correia	
Wilton José de Carvalho Silva	
Sérgio Vital da Silva Júnior	
Orlando Felipe Lima Oliveira	
Ana Cristina de Oliveira e Silva	
DOI 10.22533/at.ed.69519120326	
CAPÍTULO 27	263
ASSÉDIO MORAL NO TRABALHO EM ENFERMAGEM	
Ellen Maria Hagopian	
Genival Fernandes Freitas	
Patrícia Campos Pavan Baptista	
DOI 10.22533/at.ed.69519120327	
CAPÍTULO 28	273
ESTRESSE ADQUIRIDO NO AMBIENTE DE TRABALHO: TRATAMENTO COM A SOMATIC EXPERIENCING®	
Wandecleide Lucena Fernandes	
Luciana de Medeiros Lima	
Liane Santos Pereira Pinto	
Soraya Maria de Medeiros	
DOI 10.22533/at.ed.69519120328	
CAPÍTULO 29	285
FATORES SOCIOPROFISSIONAIS E SAÚDE DOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM NO CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO	
Marize Barbosa silva	
Lucas Silva Maia	
Regina Célia Gollner Zeitoune	
DOI 10.22533/at.ed.69519120329	
CAPÍTULO 30	295
INTERVENÇÃO ERGONÔMICA E RESPONSABILIDADE SOCIAL NO TRINÔMIO, HOSPITALAR: GESTÃO, ENFERMAGEM E PACIENTES	
Franklin José Pereira	
Nathalia Rodrigues de Oliveira Habib Pereira	
Sílvia Teresa Carvalho de Araújo	
DOI 10.22533/at.ed.69519120330	
SOBRE A ORGANIZADORA	311

DIFICULDADES ENFRENTADAS PELO ENFERMEIRO DURANTE A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NOS CUIDADOS PALIATIVOS

Guilherme Carvalho da Silva

Enfermeiro. Universidade Estácio de Sá (UNESA).
Resende, Rio de Janeiro-RJ.

Ana Paula de Souza Maretti

Enfermeira. Universidade Estácio de Sá (UNESA).
Resende, Rio de Janeiro-RJ.

Paula Cristina da Silva Cavalcanti

Doutora em Enfermagem. Docente da
Universidade Estácio de Sá (UNESA). Resende,
Rio de Janeiro-RJ.

Tatiana Vieira Tolentino

Mestre em Ensino de Ciências em Saúde e Meio
Ambiente. Docente da Universidade Estácio de
Sá (UNESA). Resende, Rio de Janeiro-RJ.

Ana Paula de Andrade Silva

Mestre em Ciências do Cuidado em Saúde.
Docente da Universidade Estácio de Sá (UNESA).
Resende, Rio de Janeiro-RJ.

Érica Torres Duarte

Mestre em Ciências do Cuidado em Saúde.
Docente da Universidade Estácio de Sá (UNESA).
Resende, Rio de Janeiro-RJ.

RESUMO: Trata-se de um artigo sobre os Cuidados Paliativos. Aborda um tema de grande relevância nos cuidados gerais aos pacientes com doença crônica ou terminal. **Objetivos:** Conhecer a relação enfermeiro-paciente nos cuidados paliativos; identificar a produção nacional da enfermagem acerca da temática proposta; descrever as principais dificuldades

enfrentadas pelos enfermeiros durante a relação com os pacientes na prestação do cuidado paliativo; caracterizar a relação existente entre o enfermeiro e paciente durante a assistência prestada. **Método:** Qualitativo, descritivo e exploratório do tipo revisão integrativa da literatura. Buscou-se na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e retornou 1641 artigos. Aplicou-se os filtros e leitura prévia dos resumos restando 11 artigos para o estudo. **Resultados:** emergiu-se duas categorias empíricas denominadas: 1) dificuldades intrínsecas ao profissional que cuida; 2) dificuldades relativas às instituições acadêmicas e assistenciais. **Considerações Finais:** Evidenciou-se o sofrimento do profissional ao presenciar a morte do paciente devido à sensação de incapacidade de lutar contra a doença. A exposição da dificuldade em discernir o processo de finitude que o leva a um estado depressivo, e a dificuldade em desenvolver a empatia para prestar o CP. A escassez de uma equipe completa, que influencia diretamente na qualidade do cuidado prestado, causando sobrecarga de trabalho, levando-o a um desgaste físico e psíquico. A limitação quanto à assistência devido à precariedade das infraestruturas disponíveis nos hospitais, a insuficiência de recurso material, a falta de leito específico para o CP e a deficiência nas rotinas de trabalho, através de normas, protocolos e conduta padronizada sem

fundamentação teórica.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermeiro. Cuidado Paliativo. Assistência.

ABSTRACT: This is an article on Palliative Care (CP). It addresses a topic of great relevance in the general care of patients with chronic or terminal disease. Objectives: To know the nurse-patient relationship in palliative care; Identify the national nursing production about the proposed theme; To describe the main difficulties faced by nurses during the relationship with patients in the provision of palliative care; To characterize the relationship between nurse and patient during the care provided. Method: Qualitative, descriptive and exploratory type integrative literature review. It was searched in the Virtual Health Library (VHL) and returned 1641 articles. The filters and previous reading of the abstracts were applied, leaving 11 articles for the study. Results: two empirical categories emerged: 1) difficulties intrinsic to the professional that cares; 2) difficulties related to academic and care institutions. Final Considerations: The professional's suffering was evidenced when witnessing the death of the patient due to the feeling of inability to fight the disease. The exposure of the difficulty in discerning the process of finitude that leads to a depressive state, and the difficulty in developing the empathy to provide the CP. The shortage of a complete team, which directly influences the quality of care provided, causing work overload, leading to physical and psychological wear. The limitation of care due to the precariousness of the infrastructures available in hospitals, the lack of material resources, the lack of a specific bed for the CP and the deficiency in work routines, through norms, protocols and standardized behavior without theoretical foundation.

KEYWORDS: Nurse. Palliative Care. Assistance.

1 | INTRODUÇÃO

O presente estudo inseriu-se na Linha de Pesquisa da Universidade Estácio de Sá: “O Cuidar no Processo Saúde-doença”, tendo como área predominante “Relacionamento e Comunicação em Enfermagem”. Foi baseado na vivência prática dos estágios supervisionados, o que nos motivou a descrever sobre o tema Cuidado Paliativo. Percebeu-se que em muitas situações o paciente tinha o diagnóstico de doença incurável, levando-o a permanecer em estados progressivos e terminais. Na contramão da assistência atual, observou-se a necessidade de cuidar desse paciente de forma humanizada, considerando não só a doença, mas também o contexto geral que o paciente está inserido.

Seguindo o conceito histórico de Chaves (2011), o cuidado paliativo foi descrito na década de 1960, pelos pioneiros do hospital *Saint Christopher Hospice* de Londres, que referiram como seu principal objetivo “melhorar o final de vida dos pacientes vítimas de câncer”. Contudo, essa finalidade foi estendida gradativamente aos pacientes portadores de outras patologias em fase terminal.

A palavra “paliativo” deriva do vocábulo latino *pallium*, que significa manta ou

coberta. Enquanto que o conceito de cuidados paliativos teve origem no movimento *hospice*, essa palavra tem origem no latim *hospes*, significando estranho e depois anfitrião; o termo *hospitalis* por sua vez, significa amigável, ou seja, bem vindo ao estranho, e evolui para o significado de hospitalidade. (CHAVES, 2011)

De acordo com a Organização Mundial de Saúde – OMS (2002), os Cuidados Paliativos consistem em uma maneira integral de atender o paciente que permanece em uma situação de doença avançada, terminal, incurável, com o objetivo de controlar a dor e demais sintomas que causam sofrimento, além de prestar o apoio psicológico, tão necessário em alguns casos, aos familiares envolvidos no contexto.

A Portaria nº 2.809 de 07 de Dezembro de 2012, que estabelece a organização dos cuidados prolongados para a retaguarda à rede de atenção às emergências e às demais redes temáticas de atenção à saúde, em seu artigo 5º, aponta:

Os cuidados prolongados têm como objetivo geral a recuperação clínica e funcional, a avaliação e a reabilitação integral e intensiva da pessoa com perda transitória ou permanente de autonomia potencialmente recuperável, de forma parcial ou total, e que não necessite de cuidados hospitalares em estágio agudo.

O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem – CEPE afirma, nos artigos 18 e 19, que estes devem respeitar, além de reconhecer e realizar ações que garantam o direito da pessoa ou de seu representante de tomar decisões sobre sua saúde, tratamento, conforto e bem-estar, respeitando seu pudor, privacidade e intimidade em todo seu estado vital, incluindo também sua situação de morte e pós-morte (COFEN, 2007).

De acordo com Braga (2010), durante a fase de terminalidade, o doente parece passar por sofrimento físico e espiritual e a família seria importante no processo de adaptação e acolhimento ao doente. Assim, a família poderia ser considerada parceira pela equipe de saúde, somando esforços com a equipe, visando à melhoria da qualidade de vida do enfermo.

Sem dúvidas, a morte é uma condição inevitável. Portanto, não deveria ser considerada banal pelos profissionais da saúde. O ideal é que estes profissionais capacitem-se para melhorar sua atividade laboral durante a assistência prestada. (BRAGA, 2010).

Neste ínterim, Braga (2010), afirma ainda que os Cuidados Paliativos são capazes de auxiliar neste momento de sofrimento, trazendo facilidades para o relacionamento entre as partes envolvidas, através da visão holística ao paciente enfermo e um cuidado humanizado. O enfermeiro atuante em Cuidado Paliativo deve estabelecer uma relação íntima com o paciente a fim de alcançar além do cuidado físico, o objetivo de uma assistência humanizada (DUTRA, 2012).

No contexto da humanização, Lemos (2011), diz que a atuação do enfermeiro deve se basear no contexto holístico, pois o cuidado a este paciente não deve ocorrer apenas fisicamente. A prática de enfermagem deve evidenciar a comunicação como

uma ferramenta de estratégia essencial nessa assistência, pois assim, esse paciente inicia um processo de vínculo pessoal, passando a confiar um no outro através da empatia do cuidador ao que é cuidado (ANDRADE; COSTA; LOPES, 2013).

Portanto, Cuidado Paliativo passa a ser um cuidado especializado dentro da área da assistência de enfermagem, porém pouco disseminado entre os profissionais de saúde. Silva (2008) indica que esse cuidado deve ser pautado na valorização da vida, compreendendo a morte como uma situação humanística, devendo estar centrada no paciente e sua família.

Todos esses questionamentos os levaram a formular a proposta dessa pesquisa. Assim, foi definido como objeto de estudo as dificuldades enfrentadas por enfermeiros quando o mesmo presta Cuidados Paliativos.

Para dar conta da proposta do estudo, foram elaborados os seguintes objetivos: 1) Conhecer a relação enfermeiro-paciente nos cuidados paliativos; 2) Identificar a produção nacional da enfermagem acerca da temática proposta; 3) Descrever as principais dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros durante a relação com os pacientes na prestação do Cuidado Paliativo; 4) Caracterizar a relação existente entre o enfermeiro e paciente durante a assistência prestada.

Considerando as dificuldades apresentadas no decorrer da pesquisa o intuito é apresentar os laços existentes na relação entre enfermeiro-paciente e da comunicação utilizada para com eles, além das dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros quando os mesmos se relacionam com seus pacientes e familiares.

Dessa forma, o estudo teve as seguintes pretensões: contribuir na ampliação dos conhecimentos a respeito do Cuidado Paliativo; fornecer ao meio acadêmico e profissional atualização sobre o tema descrito, melhorando a qualidade da assistência prestada ao paciente sob este cuidado; fortalecer a Universidade Estácio de Sá através do ensino e pesquisa, estimulando aos demais profissionais de saúde a descrever, buscar, averiguar, explorar e atualizarem-se sobre o assunto, propiciando uma valorização e aperfeiçoamento dos profissionais da área.

Ainda sob o mesmo ponto de vista, almeja-se demonstrar a necessidade de uma assistência prestada aos pacientes que estão em uma situação de doença avançada, terminal, incurável de modo a garantir uma qualidade de vida eficiente até o último momento de sua vida, levando-se em consideração a humanização da assistência de enfermagem.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica qualitativa, descritiva e exploratória, do tipo revisão integrativa da literatura, sobre a temática da relação existente entre o enfermeiro e paciente nos Cuidados Paliativos sob a perspectiva da humanização, baseado em publicações que abordam este tema.

Iniciou-se então a busca dos artigos entre o período de 2012 a 2016, considerando

o ultimo, onde foi cursada a disciplina final para elaboração do Trabalho de Conclusão de Curso no objetivo de obter o título de Bacharel em Enfermagem. O levantamento teve como base de dados a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), bem como materiais do Ministério da Saúde e o Manual dos Cuidados Paliativos.

Realizou-se uma busca na BVS, para identificar e coletar o máximo de pesquisas primárias relevantes, através das palavras-chaves: “Enfermeiro”, e “Cuidados Paliativos”, com utilização do operador booleano “AND” entre elas. Esta busca retornou 1641 publicações, que foram filtradas com os parâmetros de inclusão: Artigos disponíveis, em português, publicados entre 2012 a 2016, tendo como assuntos principais: “Cuidados paliativos”, “Papel do profissional de enfermagem” e “Relações enfermeiro-paciente”. Após aplicação dos filtros, restaram 27 artigos.

Realizou-se, então, uma pré-leitura dos resumos de todos estes artigos, sendo excluídos 16 artigos que se apresentaram assuntos repetidos e/ou incoerentes ao tema abordado, sendo selecionados apenas aqueles que apresentavam aderência ao objetivo do estudo, restando, ao final, o total de 11 artigos.

Posteriormente definiram-se as informações que seriam extraídas dos estudos selecionados, tais como título, autores, ano de publicação, período de publicação, objetivos dos estudos, cenários, tamanho da amostra, características da amostra, desenho da pesquisa e instrumentos, principais achados e conclusão. Com isso foi possível iniciar uma leitura completa, de forma criteriosa e de caráter mais reflexivo, de todos os artigos selecionados, permitindo a avaliação dos estudos incluídos na revisão.

Para a análise dos dados, utilizou-se a análise de conteúdo, que, segundo Bardin (2008, p.33) trata-se das “técnicas utilizadas para análise das comunicações através de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens”, também denominada Análise Categorial.

No objetivo de descrever melhor a categorização utilizada Minayo (2007), descreve que consiste em reduzir o texto em palavras que possuem expressões necessárias e em seguida foi realizada uma escolha através da retirada de trechos do material selecionado, constituído por palavras, frases, entre outros, que foram relevantes para a pré-análise. Utilizando essa técnica, as principais dificuldades enfrentadas por enfermeiros quando presta cuidados paliativos, foram agrupadas em um quadro de categorização, permitindo identificar os pontos relevantes, conforme apresentado na tabela 1:

CATEGORIAS	DIFICULDADES ENFRENTADAS	ARTIGOS	AUTORES
DIFICULDADES INTRÍNSECAS AO PROFISSIONAL QUE CUIDA.	Dificuldades em compreender o sofrimento do paciente e lidar com o processo de morrer.	6	ANDRADE; COSTA e LOPES, 2013. SILVA et al., 2015 LIMA et al., 2014 FERNANDES et al., 2013 PIRES et al. 2013 GERMANO e MENEGUIM, 2013.
	Dificuldades relacionadas ao desenvolvimento de empatia e prestação de cuidados holísticos e humanizados.	6	MONTEIRO et al., 2014 LIMA et al., 2014 FERNANDES et al., 2013 SALES et al. 2010 SILVA et al., 2015 FREITAS e PEREIRA, 2013.
	Dificuldade em se comunicar com os pacientes/família e de compreender ou decodificar as mensagens transmitidas pelo paciente.	3	SALES et al., 2010 GERMANO e MENEGUIM, 2013. FERNANDES et al., 2013
DIFICULDADES RELATIVAS ÀS INSTITUIÇÕES ACADÊMICAS E ASSISTENCIAIS.	Deficiência de apoio das redes de saúde.	1	RIBEIRO et al., 2014
	Deficiência nas condições de infraestrutura e materiais do ambiente hospitalar para paciente e família.	2	SALES et al., 2010 SILVA et al., 2015
	Dimensionamento inadequado dos profissionais , gerando sobrecarga aos atuantes.	3	SALES et al., 2010 SILVA et al. 2015 FREITAS e PEREIRA, 2013.
	Falta de suporte e atendimento psicológico ao profissional atuante em Cuidado Paliativo.	2	SILVA et al., 2015 LIMA et al., 2014
	Dificuldades relacionadas a formação profissional quanto à terminalidade.	4	SILVA et al., 2015 FREITAS e PEREIRA, 2013. PIRES et al., 2013 GERMANO e MENEGUIM, 2013.
	Limitação quanto ao consenso das condutas e prescrições aos pacientes sob cuidados paliativos e autonomia do enfermeiro, bem como falta de protocolos e rotinas quanto à assistência prestada.	1	FREITAS e PEREIRA, 2013.

Tabela 01: Categorização dos dados relativos às dificuldades enfrentadas.

Fonte: MARETTI; SILVA, 2016.

Os dados extraídos da tabela descrita anteriormente foram selecionados de

acordo com os núcleos de sentido para que posteriormente fossem analisados. A tabela de categorização que foi construída descreveu as dificuldades enfrentadas pelo enfermeiro quando presta um cuidado paliativo. Através da análise do quadro foi possível identificar a ligação entre os núcleos de sentido e desta análise emergiram duas categorias: **1) dificuldades intrínsecas ao profissional que cuida; 2) dificuldades relativas às instituições acadêmicas e assistenciais.**

3 | RESULTADOS E ANÁLISE DOS DADOS

Dos artigos selecionados para a amostra do estudo em conformidade com os critérios da temática apresentada, totalizaram 11 estudos ao final. Considerando o ano de publicação dos mesmos, um foi publicado no ano de 2012 (9%), seis no ano de 2013 (55%), três em 2014 (27%) e um no ano de 2015 (9%), não houve publicações no ano de 2016, conforme gráfico 1.

Diante do exposto, evidencia-se a discrepância das publicações entre os demais anos com relação ao ano de 2013, o que corrobora o fato do Manual de Cuidados Paliativos ser atualizado em Agosto de 2012 e, por conseguinte, há um movimento das classes envolvidas em realizar pesquisas sobre o assunto justamente pela atualização das práticas sobre Cuidado Paliativo.



Gráfico 1: Caracterização dos estudos selecionados quanto ao ano de publicação, entre 2012 e 2016.

Fonte: MARETTI; SILVA, 2016.

Para dar ênfase e garantir a qualidade deste estudo, os artigos selecionados foram avaliados na Plataforma Sucupira da Comissão de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior (CAPES). A Qualis pode ser definida como o conjunto de procedimentos utilizados pela CAPES para estratificação da qualidade da produção intelectual dos programas de pós-graduação. Ele verifica a qualidade dos artigos e de outras produções, a partir da análise da qualidade dos veículos de divulgação. Os estratos indicativos da qualidade podem ser classificados em A1, sendo o mais elevado; seguido de A2; B1; B2; B3; B4; B5; C – com peso zero.

Dentre os periódicos publicados utilizados no estudo e seus respectivos Qualis, dos 11 artigos selecionados, dois foram publicados no periódico Ciência & Saúde Coletiva (Qualis B1), dois na Revista Enfermagem UERJ (Qualis B1), um na Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste (Qualis B2), dois na Revista Acta Paulista de

Enfermagem (UNIFESP) com (Qualis A2), dois na Revista Escola Anna Nery (Qualis B1), um na Revista O Mundo da Saúde (Qualis B2), um na Revista Enfermagem em Foco (Qualis B2).

Os dados estão ilustrados na tabela 2, ilustrando que dois artigos foram publicados em periódico com Qualis A2 (18%), três foram publicados em periódicos com Qualis B2 (27%), seis artigos foram publicados em periódicos com Qualis B1 (55%). Tal resultado denota que os dados obtidos nessa revisão apresentam bons graus de confiabilidade.

QUANTIDADE DE ARTIGOS SELECIONADOS	PERIÓDICO	QUALIS DO PERIÓDICO
2	Ciência & Saúde Coletiva	(Qualis B1)
2	Revista Enfermagem UERJ	(Qualis B1)
1	Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste	(Qualis B2)
2	Revista Acta Paulista de Enfermagem (UNIFESP)	(Qualis A2)
2	Revista Escola Anna Nery	(Qualis B1)
1	Revista O Mundo da Saúde	(Qualis B2)
1	Revista Enfermagem em Foco	(Qualis B2)

Tabela 2: Caracterização dos estudos selecionados quanto ao periódico de publicação e seu respectivo Qualis.

Fonte: MARETTI; SILVA, 2016.

Primeira Categoria: Dificuldades intrínsecas ao profissional que cuida

Descreveu-se a princípio sobre a 1ª Categoria: **Dificuldades intrínsecas ao profissional que cuida** que, por sua vez, visou analisar quais as dificuldades que este profissional apresenta durante a assistência paliativa no ambiente laboral.

Foram identificados três núcleos de sentido nesta categoria, a saber: 1) Dificuldades em compreender o sofrimento do paciente e lidar com o processo de morrer; 2) Dificuldades relacionadas ao desenvolvimento de empatia e prestação de cuidados holísticos e humanizados; 3) Dificuldade em se comunicar com os pacientes/família e de compreender ou decodificar as mensagens transmitidas pelo paciente.

O primeiro núcleo de sentido, dificuldades em compreender o sofrimento do paciente e lidar com o processo de morrer, foi composto por 6 estudos dos seguintes autores: Andrade; Costa e Lopes, 2013; Silva et al., 2015; Lima et al., 2014; Fernandes et al., 2013; Pires et al., 2013; Germano e Meneguim, 2013.

Destacou-se muitas vezes, que o paciente em estado terminal, coloca o profissional em situações em que se torna difícil a compreensão de suas condições devido à dor e sofrimento, no qual se encontra, gerando uma angústia e até um estado depressivo. (ANDRADE; COSTA e LOPES, 2013).

Para Lima et al., (2014), “O enfermeiro sofre ao presenciar a piora do quadro do paciente oncológico e se solidariza com ele, porém a grande dificuldade reside no

permanente contato com a terminalidade da vida”.

Neste contexto, é perceptível a sensação de impotência e incapacidade do profissional enquanto ser cuidador, frente a uma doença que leva o paciente à fase terminal, já que para a manutenção da vida, o paciente necessita tanto de um cuidado, quanto e de um cuidador especial (LIMA et al., 2014).

Para Germano e Meneguim (2013), a grande dificuldade é ter a consciência de que este paciente que está sob Cuidado Paliativo, falecerá. Ter que lidar com a morte, torna-se uma situação incompreensível pelo sentimento de incapacidade e impotência frente à doença, além de ver a necessidade de se conformar com a morte, pois ele demandou um atendimento por longos períodos criando, assim, um vínculo pessoal e profissional.

O segundo núcleo de sentido, dificuldades relacionadas ao desenvolvimento de empatia e prestação de cuidados holísticos e humanizados; foi composto por 6 estudos dos seguintes autores Monteiro et al., 2014; Lima et al., 2014; Fernandes et al., 2013; Sales et al., 2010; Silva et al., 2015; Freitas e Pereira, 2013.

Considerando as dificuldades apresentadas Monteiro et al., (2014), destaca a complexidade da subjetividade em compartilhar o sentir com o outro, pois colocar-se no lugar deste paciente é uma tarefa árdua, sabendo ainda que nunca saberá exatamente o que realmente ele está sentindo, seja na questão fisiológica quanto na questão psicológica.

Lima et al., (2014) descreve em sua pesquisa que:

Para que a interação com o doente se torne terapêutica, o enfermeiro tem de tentar perceber a experiência do outro, como este a vivencia, estando sempre atento para não perder o seu papel de profissional ou mesmo a sua identidade. Quando esta compreensão do mundo, do outro se estabelece, pode-se dizer que está presente a empatia, fundamental para que o enfermeiro compreenda o mundo do outro.

Para que um atendimento seja considerado humanizado, empático e digno, faz-se necessário melhorar as condições para o paciente, família e profissional que o assiste, minimizando os sofrimentos, desconfortos, ressaltando-se que, qualquer ato ou assistência a esse cliente não é meramente paliativistas, mas sim humanizada. (SALES et al., 2010).

Para Monteiro et al., (2014), a família é o elo fundamental no decorrer do Cuidado Paliativo, onde se adquire vínculo e confiança entre eles, ou seja, torna-se primordial a boa relação entre os envolvidos. Dessa forma, esse laço de confiança torna a assistência humanizada e holística, podendo-se, assim, ofertar uma assistência com mais qualidade.

Considera-se por Silva et al., (2015), que a assistência humanizada é o início de qualquer cuidado, devendo ser transmitido entre os profissionais, sendo refletido em ações de consideração e respeito, constituído através da comunicação e da relação de ajuda. Ressalta ainda, que a demanda familiar necessita de um cuidado especial,

levando em consideração que estes também adoecem juntamente com o paciente, devido às experiências vivenciadas no decorrer do tratamento.

Portanto, o relacionamento interpessoal entre o enfermeiro, paciente e família no decorrer do Cuidado Paliativo é imprescindível para tornar a assistência de enfermagem humanizada e holística, minimizando, assim, o sofrimento deste paciente no decorrer de todo processo de prestação de uma assistência paliativa (MONTEIRO et al., 2014).

O terceiro núcleo de sentido, dificuldade em se comunicar com os pacientes/família e de compreender ou decodificar as mensagens transmitidas pelo paciente, foi composto por 3 estudos dos seguintes autores Sales et al., 2010; Germano e Meneguim, 2013; Fernandes et al., 2013.

Ao interagir diretamente com estes pacientes, a enfermagem precisa estar atenta para conseguir decodificar e decifrar as mensagens por eles enviadas, para só então estabelecer um plano adequado e coerente de cuidados, de acordo com as necessidades biopsicossociais, espirituais, emocionais, práticas e de informação de cada um (SALES et al., 2010).

O enfermeiro que se comunica adequadamente com este paciente que está sob Cuidado Paliativo consegue fortalecer o vínculo profissional e pessoal, adquire a confiança necessária para tentar diminuir o seu sofrimento, ansiedade e aflição, além de ter uma maior facilidade em decifrar as mensagens transmitidas por ele (ANDRADE; COSTA; LOPES, 2013).

Fernandes et al., (2013), afirma que a maioria dos profissionais desconhecem as técnicas de comunicação terapêutica, evitando assim o contato com este paciente, o que tem influência direta na assistência prestada. Esse aspecto, por sua vez, salienta a necessidade da capacitação deste profissional envolvido na prática da assistência paliativa, com relação à comunicação em Cuidado Paliativo.

No contexto dos Cuidados Paliativos, a comunicação adequada é observada como pilar na implementação de tal prática. Esta passa a ser um suporte direto onde o paciente pode expressar suas dificuldades e anseios, contudo compreende-se que essa dinâmica possui alguns bloqueios devido a habilidade de cada profissional. Sendo assim, estabelecer uma relação efetiva a este paciente através das habilidades em comunicar-se, faz com que este cuidado adquira uma relação positiva e um cuidado integral visando a humanização da assistência (ANDRADE; COSTA; LOPES, 2013).

Fernandes et al., (2013), considera a comunicação não verbal como fato precípua no cuidado a este paciente que está em fase terminal. A valorização e a percepção dos sentimentos expressados por ele seja desconfiança, aflição, medo, angústia, podem ser apresentados através de gestos, olhares ou qualquer outra forma simbólica do que está vivenciando o seu fim.

França et al., (2013), relatam em seu estudo que na comunicação e o relacionamento interpessoal do enfermeiro com o paciente em fase terminal, os enfermeiros elucidam a importância da comunicação autêntica, uma maneira eficaz de se cuidar dos mesmos fora de possibilidades terapêuticas.

A atenção dada aos sinais não verbais pelo profissional proporciona o estabelecimento de um vínculo de confiança afetuosa e valorização da comunicação verbal alegre, que privilegia o otimismo e o bom humor estas são importantes atributos dos cuidados paliativos (FERNANDES et al., 2013).

Segunda Categoria: Dificuldades relativas às instituições acadêmicas e assistenciais

Nesse momento, descreveu-se sobre a 2ª Categoria: **dificuldades relativas às instituições acadêmicas e assistenciais**, que visaram analisar as dificuldades inerentes às instituições formadoras de profissionais de enfermagem e unidades de trabalho, durante a assistência prestada.

Foram identificados 6 núcleos de sentido, a saber: 1) Deficiência de apoio das redes de saúde; 2) Deficiência nas condições de infraestrutura e materiais do ambiente hospitalar para paciente e família; 3) Dimensionamento inadequado dos profissionais, gerando sobrecarga aos atuantes; 4) Falta de suporte e atendimento psicológico ao profissional atuante em Cuidado Paliativo; 5) Dificuldades relacionadas à formação profissional quanto à terminalidade; 6) Limitação quanto ao consenso das condutas e prescrições aos pacientes sob Cuidado Paliativo e autonomia do enfermeiro, bem como falta de protocolos e rotinas quanto a assistência prestada.

O primeiro núcleo de sentido, Deficiência de apoio das redes de saúde, foi constituído pelo estudo de Ribeiro et al., (2014). Fica descrito nesta pesquisa que há ocasiões nas quais não existe o conhecimento da população sobre o conteúdo dos apoios sociais disponíveis aos pacientes sob Cuidado Paliativo. Geralmente, os profissionais que ali prestam esse cuidado, fornecem essa informação quanto ao acesso, cadastro e acompanhamento dos benefícios. A família encontra várias dificuldades devido às questões burocráticas referente ao fluxo do processo de cadastramento, o que causa perda de tempo e, muitas vezes, este paciente sequer consegue receber algum benefício, por estar em fase terminal, falecendo antes de o benefício ser autorizado.

O segundo núcleo de sentido, Deficiência nas condições de infraestrutura e materiais do ambiente hospitalar para paciente e família, foi composto por 2 estudos dos seguintes autores Sales et al., 2010; Silva et al., 2015.

Compreende-se que há necessidade de uma adequação das condições de infraestrutura do ambiente onde ocorre a prestação da assistência paliativa. Por consequência, essas inadequações proporcionam aos familiares que apoiam estes pacientes, condições insuficientes para o conforto e privacidade durante o período de estadia na unidade. (SALES et al., 2010).

Relatos dos próprios familiares, durante a pesquisa de Sales et al., (2010), afirmam que há uma rigidez com relação à sua permanência como acompanhante, não existindo, assim, uma flexibilidade das normas da instituição, visto que este paciente

se sente confortado com a presença deste cuidador.

A todo instante, vê-se a necessidade da criação de leitos específicos nos hospitais gerais, uma vez que, com locais e profissionais especializados para esse tipo de atendimento, há uma reformulação na conduta à beira do leito, dando ênfase ao paciente que necessita do atendimento, tornando a assistência humanizada (SILVA et al., 2015).

Seguindo o contexto, com relação à família estar próxima a este paciente sob Cuidado Paliativo, Sales et al., (2010) afirma que a internação domiciliar é uma alternativa válida, pois aproxima a família e estabelece um vínculo de confiança, respeito e solidariedade. Sob este ponto de vista, apesar de saber das dificuldades apresentadas no ambiente hospitalar, deve-se considerar que a internação domiciliar passa ser um instrumento de grande valia para este paciente, tornando a assistência menos traumática e mais humanizada.

O terceiro núcleo de sentido, Dimensionamento inadequado dos profissionais, gerando sobrecarga aos atuantes, foi composto por 3 estudos dos seguintes autores Sales et al., 2010; Silva et al., 2015; Freitas e Pereira, 2013.

Silva et al., (2015) considera que a deficiência de recursos materiais e a ausência de equipe multiprofissional para atender as necessidades desses pacientes, limitam a prática do Cuidado Paliativo. Essas carências, geram sobrecarga de trabalho e possuem uma enorme influência na assistência a ser prestada.

A assistência a ser dispensada pela equipe de enfermagem tem relação direta com uma gestão de pessoas adequada em seu contexto, pois o correto dimensionamento de pessoal, além da qualidade da sua formação, constituem-se fatores primordiais na qualidade da mesma. Contudo, adequar a real necessidade deste paciente de acordo com a quantidade ideal de profissionais, em específico de enfermagem, representa um enorme gasto para as instituições, apresentando assim uma dificuldade aos gestores (SILVA et al., 2015).

O quarto núcleo de sentido, Falta de suporte e atendimento psicológico ao profissional atuante em Cuidado Paliativo, foi composto por 2 estudos dos seguintes autores, Silva et al., 2015; Lima et al., 2014.

Os enfermeiros avaliados citaram a carência no atendimento de suas próprias necessidades, pois em determinadas situações eram submetidos a atuar em um alto nível de estresse, causando, assim, um cansaço mental, necessitando de um apoio psicológico (SILVA et al., 2015).

Evidencia-se também, diante da rotina existente na assistência paliativa, a constante incerteza da morte, o que faz com que este profissional demonstre comportamentos e atitudes, bem como desenvolva técnicas de proteção individual e do grupo, frente ao sentimento de vulnerabilidade. Sendo assim, o suporte psicológico constitui uma importante ferramenta para melhoria da qualidade da assistência prestada e da saúde desse profissional que a oferece (SILVA et al., 2015).

É perceptível a necessidade imediata do enfermeiro envolvido no Cuidado

Paliativo, preparar-se emocionalmente para enfrentar a morte. Ressalta-se que a morte é um processo natural da vida, porém o profissional pode não estar psicologicamente preparado para lidar com os próprios sentimentos, causando um sofrimento mental (LIMA et al., 2014).

O quinto núcleo de sentido, Dificuldades relacionadas formação profissional quanto à terminalidade, foi composto por 4 estudos dos seguintes autores Silva et al., 2015; Freitas e Pereira, 2013; Pires et al., 2013; Germano e Meneguim, 2013.

Para Silva et al., (2015), os profissionais apresentam uma dificuldade em lidar com o processo de finitude, devido à formação profissional, bem como a carência dos recursos materiais e escassez de profissionais para atuar em Cuidado Paliativo.

Freitas e Pereira (2013), destaca por sua vez que os aspectos da desvalorização da humanização decorrem da priorização da qualidade técnico-científica relacionada a terminalidade, ou seja, faz-se necessário um ensino que vai além das questões técnicas desenvolvidas no decorrer da graduação, obtendo, assim, profissionais que ultrapassam a condição de prestar uma assistência não apenas técnica mais também humanizada.

De acordo com Pires et al., (2013), durante a formação profissional é necessário que seja aplicado, já no período de graduação, estudos direcionados ao tema morte e processo de morrer, pois esses profissionais não possuem conhecimento ou habilidades para cuidar do paciente em fase terminal, devido ao despreparo dos poucos na universidade.

Diante deste contexto, as diretrizes da educação nacional para os cursos de graduação em enfermagem, trazem a necessidade de formação de profissionais preparados para enfrentar a morte e qualificados para prestar essa assistência (GERMANO E MENEGUIM, 2013).

O sexto núcleo de sentido, Limitação quanto ao consenso das condutas e prescrições aos pacientes sob Cuidado Paliativo e autonomia do enfermeiro, bem como falta de protocolos e rotinas quanto a assistência prestada, foi composto por 1 estudo do seguinte autor, Freitas e Pereira, 2013.

Freitas e Pereira, (2013) descreve em seu artigo a deficiência na relação das condutas frente ao Cuidado Paliativo prestado ao paciente sob regime de internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Conforme relato dos enfermeiros participantes:

As dificuldades são essas: É todo mundo entrar num consenso que a partir daquele momento é um cuidado paliativo, porque às vezes a gente percebe que um médico entra com uma droga e o outro vem e suspende depois, o outro vem e entra de novo. (E4).

(...) tem muitos médicos; cada um tem um modo de agir diferente, então cada um dá um tipo de orientação (E2).

Evidencia-se também na pesquisa de Freitas e Pereira, (2013), no decorrer dos

relatos apresentados, a ausência de condutas e protocolos que objetivem padronizar a assistência, levando a considerar apenas a autonomia médica, esquecendo-se dos demais profissionais que ali estão presentes durante o Cuidado Paliativo.

O questionamento dos enfermeiros que participaram da pesquisa, diz respeito exatamente a esta ausência de autonomia dos demais profissionais. Eles alegam que isto é explícito, uma vez que se eleva apenas o saber médico, desconsiderando a equipe multiprofissional.

A critério do médico, a gente às vezes questiona, mas às vezes não quer medicar, a gente fica meio que limitado à prescrição médica (E6).

Sobretudo faz-se necessário salientar a necessidade de um Cuidado Paliativo sob responsabilidade de uma equipe multiprofissional, sem dar ênfase a apenas um profissional, pois as técnicas executadas frente a assistência paliativa, refletem diretamente na melhora deste paciente (FREITAS; PEREIRA, 2013).

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, evidenciou-se que o profissional envolvido na prestação de uma assistência paliativa, sofre ao presenciar a morte deste paciente devido à sensação de incapacidade de lutar contra a doença. As circunstâncias podem levar este cuidador a um sofrimento psíquico, gerando sentimentos de angústia, sensação de incapacidade e dificuldade de discernir o processo de finitude ocasionando até um estado depressivo.

No conteúdo da comunicação com o paciente, esta transforma a assistência tornando-a mais dinâmica e objetiva, porém, as técnicas utilizadas durante a prestação de um Cuidado Paliativo, devem ser diferenciadas. O que ocorre com este profissional, é que por não ter o domínio adequado destas técnicas, o resultado é a influência direta nesta assistência e até mesmo em sua própria rotina de trabalho. Objetivando chegar ao ápice da qualidade de um Cuidado Paliativo, as técnicas de comunicação verbal são necessárias, entretanto as técnicas não-verbais são primordiais.

Demonstrou-se ainda, que os profissionais envolvidos nos Cuidado Paliativo, além das dificuldades apresentadas, corroboram a necessidade de uma equipe completa para execução das tarefas, pois a escassez de funcionários atinge diretamente a qualidade da assistência prestada, uma vez que, com a sobrecarga de trabalho, o profissional fica submetido a um quadro recorrente de desgastes, não só no campo físico, como também no psíquico.

Tais circunstâncias levam este enfermeiro a permanecer limitado quanto às condições da sua assistência, devido à precariedade das infraestruturas disponíveis em hospitais, pois há uma falta de leitos específicos para tal atividade. Considerando também, que a escassez de recursos materiais, geralmente impede o profissional

de prestar uma assistência digna, levando-o, nesse caso, a dispensar uma atenção limitada ou insuficiente a esse paciente.

Salientou-se que o Cuidado Paliativo para ser prestado com qualidade, deve seguir uma rotina de trabalho com normas e protocolos. Dessa forma, os profissionais envolvidos, seguirão um padrão de assistência aprimorada, minimizando os desgastes individuais além dos gastos desnecessários. Observou-se no estudo que não há condutas padronizadas, fazendo com que o profissional realize um Cuidado Paliativo de forma empírica, através dos conhecimentos adquiridos no cotidiano, sem dispor de conhecimentos técnicos-científicos.

Considerando as questões relacionadas ao conhecimento profissional, o estudo deixou claro ser imprescindível que este esteja preparado para prestar uma assistência ao paciente em risco iminente de morte, e que a assistência, por sua vez, deve ocorrer através do ensino de técnicas específicas no processo de morrer, durante o período da graduação.

Após todas as dificuldades apresentadas, reforçaram-se os objetivos da temática apresentada no estudo, que o enfermeiro durante a prestação de um Cuidado Paliativo, deve fortalecer o vínculo com este paciente. Portanto, para que o fortalecimento ocorra, necessita-se veemente do familiar envolvido na assistência, pois este está diretamente inserido no relacionamento com a equipe de enfermagem, tornando-se o elo fundamental neste cenário.

Evidenciou-se que para uma prestação com qualidade dos cuidados paliativos, faz-se necessário melhorar as condições de infraestrutura tanto para o paciente, quanto para a família e profissional que o atendem. Só assim, essas limitações da prática do cuidar seriam dirimidas ou eliminadas: Através da criação de leitos especializados em todos os ambientes onde se ofereçam assistência à saúde.

A Comunicação verbal e não-verbal, de fato, apresentara-se como sendo um elemento primordial durante a prestação de um Cuidado Paliativo, pois alguns gestos ou atitudes deste paciente dizem muito sobre os seus sentimentos e anseios no momento.

O estudo deixou claro que a partir do momento em que se realize uma assistência paliativa baseada em protocolos, normas e rotinas, além de considerar-se a empatia da equipe multidisciplinar e a inserção da família no processo de cuidar, sobretudo garantindo-se que as condições de infraestrutura e gestão de pessoal sejam exatamente coerentes com a necessidade deste paciente, será possível atingir o padrão no cuidado humanizado, efetuando-se, assim, uma assistência com qualidade.

Durante as buscas na BVS, revelou-se que produções acadêmicas sobre o tema Cuidado Paliativo existem em grandes quantidades, todavia, as vertentes sobre a temática acabaram levando ao atendimento a pacientes portadores de doenças oncológicas, contradizendo a ideia central do estudo, que foi a de apresentar os Cuidados Paliativos de uma maneira geral, considerando haver pacientes portadores de outras patologias que também necessitam de um cuidado especial.

A busca inicial retornou 1641 artigos, no entanto, o montante foi reduzido a apenas 11 artigos, devidamente selecionados para a discussão, já que só estes apresentaram um eixo relacional satisfatório entre o assunto e as questões norteadoras e objetivos do trabalho. Sob o ponto de vista da temática apresentada, viu-se a necessidade de novas publicações a fim de discutir sobre dificuldade na assistência prestada e na relação do enfermeiro paciente durante essa assistência paliativa.

Os estudos analisados inferiram que através da capacitação desses profissionais, será possível modificar o cuidado prestado ao paciente sob o cuidado paliativo. Os autores do trabalho corroboraram com esta afirmação e acreditam que através da capacitação profissional, o paciente em questão terá uma assistência de qualidade, que resultaria na melhora da sua condição de sobrevivência. Apontamentos garantiram que por meio desta educação continuada, o profissional será capaz de desenvolver técnicas baseadas em fundamentos científicos, durante a prestação da assistência paliativa, dessa forma, o estabelecimento do vínculo afetivo e profissional o levará a um bom relacionamento com o paciente, tornando essa assistência mais humanizada.

Considerou-se que durante a realização das capacitações, deveriam ser incluídos momentos de estímulos motivacionais, para que este profissional tenha a percepção do seu papel enquanto prestador de assistência paliativa, por ser impossível a capacitação de sentimento, de vínculo e afeto, trazendo assim satisfação pessoal, o que interferiria positivamente na assistência prestada.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Cristiani Garrido; COSTA, Solange Fátima Geraldo; LOPES, Maria Emília Limeira. **Cuidados paliativos: a comunicação como estratégia de cuidado para o paciente em fase terminal**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, Vol. 18, nº. 9, 2013.

Bardin, L. (2008). **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70.

BRAGA, Estefânia Maria et al. **Cuidados paliativos: a enfermagem e o doente terminal**. Revista Investigação, Vol. 10, nº 1, 2010.

BRASIL. Resolução 311 de 08 de Fevereiro de 2007. **Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem Conselho federal de enfermagem**. Conselho Federal de Enfermagem - COFEN, 2007.

BRASIL. Portaria nº 2.809, de 07 de Dezembro de 2012. **Estabelece a organização dos Cuidados Prolongados para retaguarda à Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e às demais Redes Temáticas de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012.

CHAVES, José Humberto Belmino et al. **Cuidados paliativos na prática médica: contexto bioético. Artigo de revisão**. Rev. Dor. São Paulo, 2011.

DUTRA, Bianca Santana; SANTANA, Júlio César Batista; BARBOSA, Nelma Suely. **Representatividade dos cuidados paliativos aos pacientes terminais para o**

enfermeiro. Artigo original. Revista de Enfermagem – UERJ, 2012.

FERNANDES, Maria Andréa et al. **Percepção dos enfermeiros sobre o significado dos cuidados paliativos em pacientes com câncer terminal.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, Vol.18, nº 9, 2013.

FRANÇA, Jael Rúbia Figueiredo de Sá et al. **Cuidados paliativos à criança com câncer.** Revista Enfermagem UERJ, Rio de Janeiro, 2013.

FREITAS, Noéle de Oliveira, PEREIRA, Mirana Volpi Goudinho. **Percepção dos enfermeiros sobre cuidados paliativos e o manejo da dor na UTI.** O mundo da saúde, São Paulo, 2013.

GERMANO, Karoline dos Santos; MENEGUIN, Silmara. **Significados atribuídos por graduandos de enfermagem aos cuidados paliativos.** Acta Paul. Enferm., São Paulo, Vol. 26, nº. 6, 2013.

LE MOS, Aline Moura. **Cuidados paliativos: o olhar de uma graduanda de enfermagem.** Rev. Enfermagem, UNISA, 2011.

LIMA, Patrícia Costa et al. **O ser enfermeiro de uma central de quimioterapia frente à morte do paciente oncológico.** Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, Vol. 18, nº 3, 2014.

MARETTI, Ana Paula de Souza; SILVA, Guilherme Carvalho. **Dificuldades enfrentadas pelo enfermeiro durante a assistência de enfermagem nos cuidados paliativos.** Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) – Universidade Estácio de Sá, Resende, 2016. 70 páginas.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Organizadora). Pesquisa Social. **Teoria, método e criatividade.** Pág. 21-22, 18ª ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MONTEIRO. Ana Claudia Moreira et al. **A atuação do enfermeiro junto à criança com câncer: cuidados paliativos.** Revista Enfermagem UERJ, Rio de Janeiro, 2014.

PIRES, Larissa Cinara Brunnquell et al. **Relação entre equipe de enfermagem e família de pessoas em cuidados paliativos.** Revista Enfermagem em foco, 2013.

RIBEIRO. Aline Lima, et al. **A enfermagem no cuidado paliativo domiciliar: o olhar do familiar do doente com câncer.** Revista Rene, 2014.

SALES, Catarina Aparecida et al. **Cuidado de enfermagem oncológico na ótica do cuidador familiar no contexto hospitalar.** Acta Paul. Enferm., São Paulo, Vol. 25, nº 5, 2010.

SILVA, Ednamare Pereira; SUDIGURSKY, Dora. **Concepções sobre cuidados paliativos: revisão bibliográfica.** Acta Paul. Enferm., 2008.

SILVA, Marcelle Miranda da et al. **Cuidados paliativos na assistência de alta complexidade em oncologia: percepção de enfermeiros.** Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, Vol. 19, nº 3, 2015.

SOUZA, Marcela Tavares et al. **Revisão integrativa: o que é e como fazer.** Einstein, 2009.

HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA: DESAFIOS E ESTRATÉGIAS NA ENFERMAGEM

Maria Inês Pardo Calazans

Fisioterapeuta

Mestranda em Ciências da Saúde pela Pós
Graduação em Enfermagem e Saúde da
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
(UESB)
Jequié-BA

Kay Amparo Santos

Enfermeira

Mestranda em Ciências da Saúde pela Pós
Graduação em Enfermagem e Saúde da
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
(UESB)
Jequié-BA

Luciano dos Santos

Psicólogo

Mestrando em Ciências da Saúde pela Pós
Graduação em Enfermagem e Saúde da
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
(UESB)
Jequié-BA

RESUMO: O escopo desta revisão é verificar os estudos existentes na literatura científica nacional acerca da humanização da assistência, praticadas nas unidades de emergência e de terapia intensiva do país. Trata-se de um estudo de revisão integrativa, sendo identificada a questão norteadora, uma busca nos bancos de dados LILACS e BDEF com os descritores

localizados através do Descritores em Ciências da Saúde, definidos os critérios para inclusão e exclusão do estudo e posteriormente feita a avaliação e interpretação dos estudos. Foram dez artigos selecionados com a temática, publicados entre 2010-2016, de natureza exploratória, descritivos, com abordagem qualitativa. Este estudo nos permitiu verificar através da revisão dos textos encontrados, que nas unidades de emergência e de terapia intensiva, é de suma importância que todos os profissionais de enfermagem, tenham à sua disposição além de todos os recursos tecnológicos, a capacitação e atualização constante para ambientar-se aos recursos tecnológicos, mas que também saibam aliar esses recursos com o acolhimento aos pacientes, familiares destes e também para aumentar mais a interação entre os colegas da equipe, trazendo assim, melhorias para a prática humanizada.

PALAVRAS-CHAVE: Emergências. Enfermagem. Humanização da assistência. Unidade de Terapia Intensiva.

ABSTRACT: The scope of this review is to verify the existing studies in the national scientific literature on the humanization of care, practiced in the emergency and intensive care units of the country. It is an integrative review study, identifying the guiding question, a search in the LILACS and BDEF databases with the

descriptors located through the Descriptors in Health Sciences, defined the criteria for inclusion and exclusion of the study and later made the evaluation and interpretation of the studies. Ten articles were selected with the theme, published between 2010-2016, of an exploratory nature, descriptive, with a qualitative approach. This study allowed us to verify through the review of the texts found that in the emergency and intensive care units, it is of the utmost importance that all nursing professionals have at their disposal, besides all the technological resources, the training and constant updating for be environmentally friendly, but also know how to combine these resources with the reception of patients, their families, and also to increase the interaction between the team's colleagues, thus improving the humanized practice.

KEYWORDS: Emergencies. Nursing. Humanization of care. Intensive care unit.

1 | INTRODUÇÃO

Sendo as Unidades de emergência, locais que promovem serviços de alta complexidade e diversidade a pessoas em risco de vida, é exigido dos profissionais de enfermagem a agilidade e competência em seu processo de trabalho e isso interfere, muitas vezes, na qualidade da assistência prestada de forma mais humanizada, face aos diversos tipos de demandas exigidas, com poucas horas para descanso e pouco tempo hábil na solução de problemas (MARQUES; SOUZA, 2010).

A humanização nos serviços de emergência promove maior integração entre a equipe de enfermagem, bem como entre outros profissionais, priorizando uma melhor qualidade nos serviços oferecidos aos pacientes (CAMPONOGARA et al., 2011). Humanizar na saúde significa que o atendimento a cada paciente deve ser realizado em sua singularidade, de acordo com suas necessidades, levando em consideração seus valores, crenças, evitando qualquer forma de discriminação (FRANÇA et al., 2012). Há um fator que se encontra envolvido nesse processo que é o cuidado, que compreende a ocupação e preocupação com outro ser, não se distanciando do saber técnico-científico (SANTANA et al., 2012, CHERNICHARO; SILVA; FERREIRA, 2014).

Deve-se ressaltar que o cuidado humanizado necessita de capacitação técnica do profissional no exercício de suas funções, assim como também a capacidade de compreender o paciente, com atenção para suas necessidades intrínsecas e preservando sua autonomia (BRITO et al., 2014).

Em 2003 foi criado o Programa Nacional de Humanização onde são discutidas questões sobre a humanização na saúde sob a perspectiva do usuário do Sistema Único de Saúde, no entanto pouco tem-se mencionado sobre a vulnerabilidade e necessidades do profissional de saúde envolvidos nesse processo (BRASIL, 2003; FONTANA, 2010)

Assim, humanizar define uma gama de propostas visando à promoção e produção dos cuidados em saúde, conciliando com a melhor tecnologia disponível, devendo,

para tanto, respeitar o paciente, no seu sentido mais amplo, no exercício de suas funções, mantendo assim a satisfação dos usuários (MARQUES; SOUZA, 2010).

Desta forma, este estudo traz a necessidade de refletir sobre a humanização que atualmente vem sendo praticada nas unidades de emergências pelos profissionais de enfermagem, identificando assim, as dificuldades vivenciadas pelos mesmos e traçar estratégias e sugestões que possibilitem um atendimento específico às necessidades de cada paciente crítico e compreensão por parte das famílias dos pacientes. Sob esta perspectiva o objetiva-se verificar os estudos existentes na literatura científica nacional acerca da humanização da assistência, praticadas nas unidades de emergências do país.

2 | DESENVOLVIMENTO

Trata-se de um estudo de revisão integrativa, sendo definida como um método de pesquisa utilizado na prática baseada em evidências, proporcionando aos profissionais de saúde o rápido acesso de estudos e resultados de pesquisas, possibilitando assim que suas condutas e tomadas de decisão sejam fundamentadas (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A revisão ocorreu através da análise de artigos publicados e indexados em banco de dados eletrônicos da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e da Base de Dados de Enfermagem (BDENF), publicados na língua portuguesa entre o ano de 2010 a 2016. Foram utilizados os seguintes Descritores em Saúde (DeCS): “enfermagem”, “emergências”, “humanização da assistência e unidades de terapia intensiva”.

Foram encontrados 431 estudos, contendo os descritores de interesse. Inicialmente foi feita uma leitura e selecionados 59 artigos que atendiam aos critérios de inclusão: artigos com texto completo, idioma português, entre os anos de 2010 e 2016. Após a leitura, 49 foram excluídos, pois o foco não se limitava a estudar a humanização da assistência em profissionais de enfermagem nas emergências e unidades de terapia intensiva (UTI). Assim, foram estudados 10 artigos (figura 1).

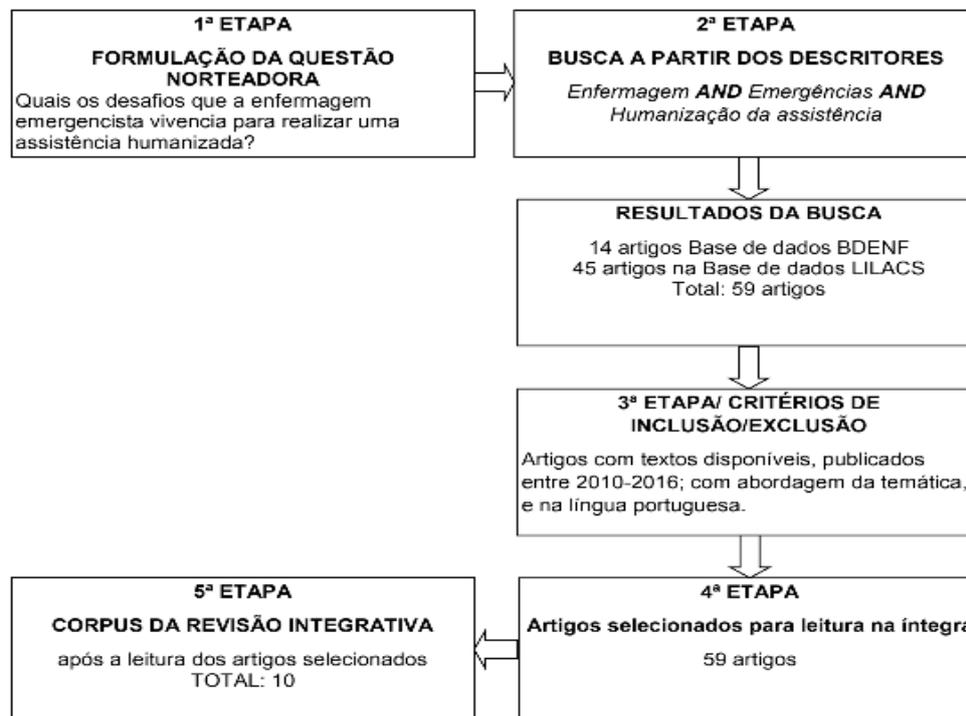


Figura 1. Representação das etapas de construção da revisão integrativa.

As informações relevantes aos artigos selecionados encontram-se no quadro abaixo:

Autor / Periódico/ Ano	Título	Métodos	Principais resultados
DUARTE, M. de L. C.; NORO, A./ Revista Gaúcha de Enfermagem/ 2010	Humanização: uma leitura a partir da compreensão dos profissionais da enfermagem	Exploratório, descritivo, qualitativo	O profissional de enfermagem é quem determina a sua maneira de realizar as práticas profissionais de forma humanizada, necessitando, para tanto de discussões para aperfeiçoamento das práticas.
BACKES, M. T. S. et al./ Revista Escola Anna Nery/2012	O cuidado intensivo oferecido ao paciente no ambiente de unidade de terapia intensiva	Descritivo, exploratório, qualitativo	Os enfermeiros relatam que para que seja realizado um atendimento focalizado na assistência humanizada é necessário, além dos cuidados técnicos, a abordagem de outras dimensões, como a emocional, espiritual e social do ser humano.
FARIAS, F. B. B. de et al./ Revista Fundamental care online/ 2013	Cuidado humanizado em UTI: desafios na visão dos profissionais de saúde	Descritivo, exploratório, qualitativo.	Foram apontadas muitas dificuldades encontradas por profissionais de saúde, mais especificamente enfermeiros no atendimento humanizado, como a sobrecarga de trabalho, baixa remuneração, falta de recursos.

REIS, L. S. dos et al./ Revista Gaúcha de Enfermagem/ 2013	Percepção da equipe de enfermagem sobre humanização em unidade de tratamento intensivo neonatal e pediátrica	Descritivo, exploratório, qualitativo.	A assistência humanizada depende não somente na PNH ou em mudanças no serviço, mas envolve um olhar holístico, acolhimento e uma relação de vínculo e comunicação.
CHERNICHARO, I. de M.; SILVA, F. D. da; FERREIRA, M. de A./ Revista Escola Anna Nery/2014	Caracterização do termo humanização na assistência por profissionais de enfermagem	Descritivo, exploratório, quantitativo e qualitativo	Os profissionais entrevistados vêm a humanização na assistência como algo que deve fazer parte do cotidiano, mas que existem entraves à prática, como a falta de diálogo, problemas institucionais, falta de recursos. em família a decisão tomada.
POTT, F. S. et al./ Revista Brasileira de Enfermagem/ 2013	Medidas de conforto e comunicação nas ações de cuidado de enfermagem ao paciente crítico	Descritivo, quantitativo	As ações de humanização na assistência ainda não são trabalhadas e vivenciadas em sua totalidade.
SOUZA, K. M. O. ; FERREIRA, S. D./ Revista Ciência & Saúde Coletiva/ 2010	Assistência humanizada em UTI neonatal:os sentidos e as limitações identificadas pelos profissionais de saúde	Exploratório, qualitativo	Existem muitos impedimentos para uma assistência humanizada, como a falta de recursos materiais e humanos, influenciando assim na sobrecarga de trabalho, conflitos de relacionamento e a falta de infraestrutura, tanto para os trabalhadores como para conduzir as iniciativas de humanização.
COTTA, R. M. M. et al./ Revista Ciência & Saúde Coletiva/2013	Debates atuais em humanização e saúde: Quem somos nós?	Método ensino- aprendizagem, qualitativo	O curso de capacitação realizado com os profissionais de enfermagem estimulou a grupalidade, colocando em pauta na agenda, a discussão sobre a humanização das ações em saúde.
ANDRADE, M. A. C.; ARTMANN, E.; TRINDADE, Z./ Revista Ciência & Saúde Coletiva/2011	Humanização da saúde em um serviço de emergência de um hospital público: comparação sobre representações sociais dos profissionais antes e após a capacitação	Estudo exploratório, qualitativo	Há mudanças na tradução da humanização na saúde como acolhimento e progressão da compreensão do acolhimento, do foco humanístico para a qualificação dos processos de atendimento da demanda dos usuários nas urgências e emergências.

Quadro 1: Descrição dos artigos selecionados segundo autor, ano e periódico, métodos e principais resultados. 2016.

A análise dos artigos foi realizada em duas etapas. Na primeira, foram identificados

os dados de localização do artigo, ano e periódico de publicação, autoria, objetivo, metodologia, resultados principais, utilizando uma planilha elaborada especificamente para este estudo com base nas questões da pesquisa. O instrumento permitiu a identificação título, periódico, ano, nome do autor, metodologia e os resultados, permitindo o delineamento do presente estudo. Na segunda etapa ocorreu a análise dos artigos, cujos resultados foram sintetizados e discutidos nas categorias a seguir. Inicialmente realizou a leitura exploratória, seguida da seletiva para determinarmos o material que realmente seria utilizado, para então processar a leitura analítica e por fim, a interpretativa. As ideias principais e os dados importantes em relação aos objetivos da pesquisa foram anotados no quadro de forma resumida.

A Humanização nos serviços de emergências e UTI ainda é um tema pouco discutido no meio acadêmico, visto que dos cinquenta e nove artigos selecionados, apenas dez destes contemplavam a temática com excelência. Quanto ao ano de publicação, dois artigos publicados em 2010, um em 2011, dois em 2012, quatro em 2013 e um em 2014. Foram estudos com delineamento exploratório, descritivos, com abordagem qualitativa, sendo um estudo quali quantitativo e outro de natureza quantitativa, descritiva.

Os resultados encontrados da interpretação dos artigos foram organizados e apresentados para discussão em duas categorias temáticas: os desafios que o profissional de enfermagem enfrenta em realizar uma assistência humanizada e ações e estratégias que facilitem e contribuam para a prática humanizada nas unidades de emergência.

2.1 Os desafios que o profissional de enfermagem enfrenta em realizar uma assistência humanizada

Os artigos analisados mostraram as dificuldades enfrentadas pelos profissionais de enfermagem na implementação e realização da prática humanizada, ressaltando a sobrecarga de trabalho, baixos recursos materiais e humanos, baixa remuneração e falta de interação com a equipe. Foram citados em alguns estudos o relacionamento dificultoso no relacionamento com os familiares dos pacientes, o que também prejudica uma melhor qualidade no atendimento (CHERNICHARO; SILVA; FERREIRA, 2014, SANTANA et al., 2012, FRANÇA et al., 2012, ROSEIRO; PAULA, 2015).

Fatores como a sobrecarga de trabalho trazem muitas repercussões sobre a saúde mental dos profissionais, pois há o aumento do estresse, prejudica o sono, o que é comprovadamente nocivo à saúde destes (FRANÇA et al., 2012) e que podem ainda prejudicar no cuidado aos pacientes, uma vez estes profissionais não têm muita disposição para atender o cliente de forma integral, focando na sua individualidade e o trabalho torna-se mecânico. A baixa remuneração gera desestímulo no atuar da profissão, pois que esta deve ser valorizada e a falta de interação com os colegas desta classe pode ocasionar conflitos constantes e tomadas de decisão erradas (FARIAS et

al., 2013).

Os profissionais ressaltam ainda que, para que haja um cuidado humanizado, além de procederem com atitudes e tomadas de decisão corretas, a instituição na qual trabalham deve dispor a esses profissionais meios decentes para suas ações no ambiente de trabalho (ROSA; FONTANA, 2011, DUARTE; NORO, 2010).

Assim, quando os hospitais não dispõem de um ambiente adequado, com recursos humanos e materiais disponíveis e apropriados, com profissionais bem remunerados, capacitados e motivados para o exercício de suas funções de maneira digna, a atuação destes dentro do universo da humanização torna-se prejudicado.

Portanto, é imprescindível que estes profissionais sejam reconhecidos e valorizados em sua profissão e ocupações atuais, pois estes fatores também auxiliam numa melhor assistência de qualidade, tornando possível uma prática mais humanizada (SILVA et al., 2012, POTT et al., 2013).

2.2 Ações e estratégias que facilitam e contribuem para a prática humanizada nas unidades de emergência e UTI

Foi observado em diversos estudos que um dos fatores contribuintes para uma prática humanizada é o estabelecimento do vínculo, tanto entre os profissionais, colegas no ambiente ocupacional, como os pacientes e seus familiares. O estudo de Andrade et al. (2011) e Cotta et al. (2013) ressaltam a importância da realização de capacitação com os profissionais de unidades de emergência, onde é visto que o acolhimento é a parte da prática que tem uma grande importância, não extinguindo, o saber-praticar técnico dos enfermeiros.

Ainda se mostram como muito importantes a comunicação e o planejamento de ações para uma prática humanizada mais eficaz. O diálogo entre componentes de uma equipe em enfermagem, ainda mais sendo em um ambiente de atendimento de emergência, mesmo ocorrendo situações diversas, deve haver organização e planejamento tanto nos atendimentos corriqueiros, como também o preparo adequado para o enfermeiro enfrentar situações que são diferentes do habitual (REIS et al., 2013).

Backes et al. (2013) e Reis et al. (2013) afirmam que é de suma importância que todos os profissionais de enfermagem, tenham à sua disposição, além de todos os recursos tecnológicos, a capacitação e atualização constante para ambientar-se à tecnologia e às situações adversas, mas que também saibam aliar esses recursos com o acolhimento aos pacientes, familiares destes e também para aumentar mais a interação entre os colegas da equipe.

3 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os profissionais de enfermagem passam por muitas dificuldades para atuar com a prática assistencial da humanização. Diversos estudos demonstraram essas dificuldades através dos relatos desses profissionais nos estudos encontrados, mostrando desta forma, o que esses trabalhadores necessitam para a prática de uma assistência com mais cuidado e acolhimento.

Este estudo permitiu verificar através da revisão dos textos encontrados, tanto as dificuldades enfrentadas no cotidiano ocupacional, bem como dos aspectos positivos que facilitam a realização de uma assistência mais humanizada.

Além disso, observa-se ainda que é importante o desenvolvimento de mais estudos acerca desta temática, com mais pesquisas dentro das políticas públicas, abordando o Programa Nacional de Humanização e também de práticas em saúde, pois muitos profissionais enfermeiros se vêem distantes dessas práticas, o que nos mostra o quão significativo é os estudos de revisão integrativa, pois são um método valioso para a área da enfermagem, pois nem sempre esses profissionais dispõem de tempo para realizar a leitura de todo o conhecimento científico disponível, bem como de realizar a análise crítica dos estudos. Além disso, estudos de revisão contribuem também para se estudarem outras formas de gerir os processos de trabalho em saúde para o alcance de melhorias individuais e coletivas nas instituições de saúde.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, M. A.C.; ARTMANN, E.; TRINDADE, Z. A. Humanização da saúde em um serviço de emergência de um hospital público: comparação sobre representações sociais dos profissionais antes e após a capacitação. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. Supl I, p. 1115-24, 2011.

BACKES, M. T. S. et al. O cuidado intensivo oferecido ao paciente no ambiente de Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Esc Anna Nery*, v. 16, n. 4, p. 689-96, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. *HumanizaSUS: Política nacional de humanização*. Ed. MS. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRITO, F. M. de et al. Comunicação na iminência da morte: percepções e estratégia adotada para humanizar o cuidar em enfermagem. *Revista Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 317-322, 2014.

CAMPOS, A. C. V. et al. O cuidado humanizado sob a percepção dos enfermeiros. *Enfermagem Revista*, v. 15, n. 1, p. 47-57, 2012.

CAMPONOGARA, S. et al. O cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: uma revisão bibliográfica. *Revista de Enfermagem da UFSM*, v. 1, n. 1, p. 124-132, 2011.

CHERNICHARO, I. de M.; SILVA, F. D. da; FERREIRA, M. de A. Caracterização do termo humanização na assistência por profissionais de enfermagem. *Revista Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 156-162, 2014.

COTTA, R. M. M. et al. Debates atuais em humanização e saúde: quem somos nós. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, n. 1, p. 171-9, 2013.

DUARTE, M. de L. C.; NORO, A. Humanização: uma leitura a partir da compreensão dos profissionais da enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 31, n. 4, p. 685, 2010.

FARIAS, F. B. B. de et al. Cuidado humanizado em UTI: Desafios na visão dos profissionais de saúde. *Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental online*, v. 5, n. 4, p. 635-642, 2013.

FONTANA, R. T. Humanização no processo de trabalho em enfermagem: uma reflexão. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-Rev Rene*, v. 11, n. 1, 2012.

FRANÇA, J. R. et al. Humanização nos serviços de saúde: uma visão holística da equipe de enfermagem frente ao paciente em fase terminal em uma unidade de terapia intensiva. *Ensaios e Ciência*, v. 16, n. 3, p. 71-90, 2012.

MARQUES, I. R.; SOUZA, A. R. de. Tecnologia e humanização em ambientes intensivos ecnologia e humanização em ambientes intensivos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 63, n. 1, p. 141-144, 2010.

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. *Revista Texto and Contexto Enfermagem*, v. 17, n. 4, p. 758, 2008.

OLIVEIRA, N. E. S. et al. Humanização na teoria e na prática: a construção do agir de uma equipe de enfermeiros. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 15, n. 2, p. 334-43, 2013.

PEREIRA, M. M. da S. Fatores que interferem na humanização da assistência de enfermagem em unidades de terapia intensiva. *Revista CuidArte Enferm*, v. 6, n. 2, p. 101-108, 2012.

PESSALACIA, J. D. R. et al. Atuação da equipe de enfermagem em UTI pediátrica: um enfoque na humanização. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, 2013.

POTT, F. S. et al. Medidas de conforto e comunicação nas ações de cuidado de enfermagem ao paciente crítico. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 66, n. 2, p. 174, 2013.

REIS, L. S. dos et al. Percepção da equipe de enfermagem sobre humanização em unidade de tratamento intensivo neonatal e pediátrica. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 34, n. 2, p. 118-124, 2013.

RIBEIRO, Y. C. *As dimensões do cuidado da enfermeira na unidade de terapia intensiva*. 2013. 83 fl. Dissertação de mestrado (Pós graduação em Ciências da Saúde) – Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2013.

RODRIGUES, A. P. L. M. et al. O papel do enfermeiro na humanização da assistência ao paciente da Unidade de Terapia Intensiva. *Enfermagem Brasil*, v. 12, 2013.

ROSEIRO, C. P.; PAULA, K. M. P. de. Concepções de humanização de profissionais em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, v. 32, n. 1, p. 109-119, 2015.

ROSA, C. M. R.; FONTANA, R. T. A percepção de técnicos em enfermagem de uma unidade de terapia intensiva sobre a humanização no seu trabalho. *Ciência, Cuidado e Saúde*, v. 9, n. 4, p. 752-759, 2011.

SANTOS, F. C.; CAMELO, S. H. O enfermeiro que atua em Unidades de Terapia Intensiva: Perfil e Capacitação Profissional. *Revistas Cultura de los Cuidados*, v. 19, n. 43, 2015.

SILVA, F. D. da et al. Discursos de enfermeiros sobre humanização na unidade de terapia intensiva.

Esc Anna Nery Rev Enferm, v. 16, n. 4, p. 719-727, 2012.

SILVA, R. S.; CAMPOS, A. E. R.; PEREIRA, Á. Cuidando do paciente no processo de morte na Unidade de Terapia Intensiva. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 45, n. 3, p. 738-744, 2011.

SOUZA, K. M. O. de et al. Assistência humanizada em UTI neonatal: os sentidos e as limitações identificadas pelos profissionais de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, n. 2, p. 471-80, 2010.

VERSIANI, C de C. et al. Humanização da assistência de enfermagem nos serviços de urgência e emergência hospitalar: um desafio. *EFDeportes.com, Revista Digital*. Buenos Aires, n. 170, 2012.

VIEIRA, C. A.; DOS SANTOS MAIA, Luiz Faustino. Assistência de enfermagem humanizada ao paciente em UTI. *Recien-Revista Científica de Enfermagem*, n. 9, p. 17-22, 2013.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À UMA PACIENTE COM PITIRÍASE VERSICOLOR FUNDAMENTADA NA TEORIA DE OREM

Elisabeth Soares Pereira da Silva

Enfermeira. Mestre pela Universidade Estadual do Ceará, docente Uniateneu –CE Brasil

Maria Vilani Cavalcante Guedes

Enfermeira. Doutora. Professora Adjunta. Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, CE Brasil

Maria Célia de Freitas

Enfermeira. Doutora. Professora Adjunta. Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, CE Brasil

Lúcia de Fátima da Silva

Enfermeira. Doutora. Professora Adjunta. Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, CE Brasil

Juliana Vieira Figueiredo

Enfermeira. Doutora. Professora do Centro Universitário Estácio do Ceará. Fortaleza, CE Brasil

Raquel Silveira Mendes

Enfermeira. Especialista. Mestre. Universidade Estadual do Ceará CE – Brasil

Ana Virginia de Melo Fialho

Enfermeira. Doutora. Professora Adjunta. Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, CE Brasil

RESUMO: A pitiríase versicolor é uma infecção causada por fungo, neste caso por leveduras do gênero *Malassezia* spp. Comumente encontradas na pele humana e de animais como

macacos, cachorros, gatos e outros, podem ser transmissíveis ao homem causando em determinadas situações dermatoses sistêmicas, lesões na pele e otite externa, normalmente assintomática. A presente pesquisa se destaca em enfatizar que a assistência de enfermagem oferecida baseada na teoria de Orem ofertada ao paciente com pitiríase versicolor é de grande contribuição para próximos estudos como para uma melhor assistência ofertada aos pacientes, além de empoderar os profissionais envolvidos nos cuidados clínicos de enfermagem. O objetivo deste estudo é sistematizar a assistência de enfermagem ofertada ao paciente acometido por Pitiríase versicolor embasada na teoria de Orem, utilizando modelo teóricos e metodológicos nas fases do processo de enfermagem, pois estes dão norte a assistência clínica do profissional de enfermagem. Tendo como foco capacitar o indivíduo para o autocuidado. Estudo de caso realizado com funcionária de uma Universidade de Fortaleza, desenvolvido em ambiente acadêmico de uma universidade do Ceará. O estudo atendeu a Resolução 466/2012 (BRASIL, 2012) do Conselho Nacional de Saúde que rege as pesquisas desenvolvidas com seres humanos, que foi apreciado pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual do Ceará pelo Parecer nº 446.753 e CAAE 22739713.7.0000.5534. Como critério de inclusão, a paciente escolhida

deveria ser maior de idade e possuir algum vínculo formal com a universidade que foi o local da pesquisa e demonstrar algum déficit de autocuidado.

PALAVRAS-CHAVE: AUTOCUIDADO; TERMINOLOGIA PADRONIZADA EM ENFERMAGEM; CONSULTA DE ENFERMAGEM

ABSTRACT: Pityriasis versicolor is an infection caused by fungi, in this case by yeasts of the genus *Malassezia* spp. Commonly found on human skin and animals such as monkeys, dogs, cats and others, they may be transmissible to humans causing in certain situations systemic dermatoses, skin lesions and otitis externa, usually asymptomatic. The present research emphasizes in emphasizing that the nursing care offered based on the theory of Orem offered to the patient with pitiríase versicolor is of great contribution to future studies as for a better assistance offered to the patients, besides empowering the professionals involved in the clinical care of nursing. The objective of this study is to systematize the nursing care offered to the patient affected by Pitiríase versicolor based on Orem's theory, using theoretical and methodological models in the phases of the nursing process, since these give north the clinical assistance of the nursing professional. Focusing on empowering the individual for self-care. Case study conducted with an employee of a University of Fortaleza, developed in an academic environment of a university in Ceará. The study complied with Resolution 466/2012 (BRASIL, 2012) of the National Health Council that governs the research developed with human beings, which was appreciated by the Ethics Committee of the State University of Ceará by Opinion No. 446,753 and CAAE 22739713.7.0000.5534. As inclusion criterion, the chosen patient should be of legal age and have some formal bond with the university that was the research site and demonstrate some self-care deficit.

KEYWORDS: AUTOCUIDADO; STANDARDIZED TERMINOLOGY IN NURSING; NURSING CONSULTATION

INTRODUÇÃO

A pitiríase versicolor é uma infecção causada por fungo, neste caso por leveduras do gênero *Malassezia* spp. Comumente encontradas na pele humana e de animais como macacos, cachorros, gatos e outros, podem ser transmissíveis ao homem causando em determinadas situações dermatoses sistêmicas, lesões na pele e otite externa, tanto em animais domésticos quanto selvagens é normalmente assintomática, porém, não são raras as recidivas. (MORAIS, FROTA e CUNHA, 2010).

Nesse sentido, o envolvimento da mulher nas diversas atividades do cotidiano pode representar uma importante vulnerabilidade em relação ao autocuidado apropriado. Segundo Leopardi (1999, p.76), autocuidado, na concepção de Dorothea Orem, é definido como “prática de atividades que os indivíduos iniciam e desempenham por seus próprios meios para a manutenção da vida, saúde e bem estar.” Conforme o autor, a teoria dos déficits de autocuidado de Orem consiste em abordar uma intervenção

necessária quando o ser humano não tem condições suficientes para executar tal atividade.

Acredita-se que a aplicação processo de enfermagem baseada nas Classificações NANDA Internacional, Resultados de enfermagem (NOC) e Intervenções de enfermagem (NIC), é indispensável para a organização do serviço dando suporte assim a assistência para que o profissional não negligencie nenhuma das etapas do processo. Ao utilizar a SAE, o enfermeiro assegura autonomia profissional, desenvolve competências e habilidades para raciocinar criticamente e garante o cuidado baseado em conhecimento científico e encaminhando para a satisfação das necessidades da mulher (BARBOSA et al., 2014).

O presente estudo se destaca em enfatizar que a assistência de enfermagem oferecida baseada na teoria de Orem ofertada ao paciente com pitiríase versicolor, é de grande contribuição para próximos estudos como para uma melhor assistência ofertada aos pacientes, além de empoderar os profissionais envolvidos nos cuidados clínicos de enfermagem.

Diante do exposto, objetivou-se implementar a sistematização da assistência em enfermagem (SAE) em paciente portador de a pitiríase versicolor ,embasada na teoria de Orem, utilizando modelo teóricos e metodológicos nas fases do processo de enfermagem, pois estes dão norte a assistência clínica do profissional de enfermagem. Tendo como foco capacitar o indivíduo para o autocuidado.

METODOLOGIA

Trata-se um estudo descritivo, com abordagem qualitativa onde a pesquisa se concentra no estudo de um caso particular. O caso escolhido para esta pesquisa é significativo e representativo, de modo que se torna apto a fundamentar uma generalização para situações equivalentes, permitindo dedução (SEVERINO, 2007).

A amostra foi constituída por uma paciente, e foi escolhido pela permissividade e o interesse do pesquisador por se tratar de sujeito com pitiríase versicolor, permitindo que e as ações de cuidado que pudessem ser desenvolvidas no intuito de proporcionar o bem-estar do mesmo.

Como critério de inclusão, a paciente escolhida deveria ser maior de idade e possuir algum vínculo formal com a universidade que foi o local da pesquisa e demonstrar algum déficit de autocuidado, conforme a teoria escolhida para dar suporte ao estudo. Escolheu-se esse caso porque a funcionária encaixou-se nas necessidades de cuidados fornecidos pela teoria proposta, o que motivou as pesquisadoras a buscarem satisfazer suas necessidades de cuidados relativos ao autocuidado.

A coleta de dados foi realizada durante a consulta de enfermagem, utilizando um instrumento segundo OREM nos meses de Outubro e Novembro de 2015 por meio de entrevista semi estruturada. O projeto foi submetido ao comitê de ética em pesquisa da Universidade Estadual do Ceará – UECE com aprovação sobre o número

do parecer 446.753.

Consulta de enfermagem ao paciente com pitiríase versicolor fundamentado na Teoria do Auto-cuidado

A denominação consulta de enfermagem foi criada em 1968, durante o II curso de Planejamento de Saúde da Fundação de Ensino Especializado de Saúde Pública. A consulta de enfermagem foi legitimada como atividade privativa do enfermeiro a partir de 1986 com aprovação da nova legislação do exercício profissional (ZAGONEL, 2001).

Para Castro (1975) a consulta de enfermagem é caracterizada como atividade deliberativa, baseada em metodologia própria. Inclui exame físico do cliente, estabelece relações de confiança, tem objetivos complexos, imediatos e mediatos, com ênfase na prevenção. Constitui-se em uma atividade final, isto é, dispensada diretamente ao cliente (ZAGONEL, 2001).

A Enfermagem enquanto prática é tão antiga como a existência humana. Historicamente, a referência à enfermagem como profissão associa-se a Florence Nightingale em meados do século XIX. Seguiram-se várias eras de desenvolvimento da Enfermagem cuja ênfase eram os conhecimentos necessários à prática de Enfermagem. Desenvolveram-se metaparadigmas, filosofias, modelos conceituais, grandes teorias, teorias e teorias de médio alcance (TOMEY e ALLIGOODA, 2002).

Para que houvesse um desenvolvimento da Enfermagem como ciência e profissão faz-se necessário que o tripé pesquisa, teoria e prática caminhassem juntas. Compreende-se, desta forma, que as teorias de enfermagem “têm contribuído para a formação de uma base relativamente sólida de conhecimento, que organiza o mundo fenomenal da Enfermagem” (GARCIA e NÓBREGA, 2004).

Em 1973, Orem apresenta uma teoria geral de enfermagem. O postulado principal da Teoria do Déficit de Autocuidado (TDAC) é expressa em três categorias: a teoria dos sistemas de enfermagem, a teoria do déficit de autocuidado e a teoria do autocuidado. O interesse de Dorothea Orem surgiu quando ela e colega foram encarregadas de produzir um currículo para a enfermagem prática do Department of Health, Education and Welfare, em Washington, DC. Orem expressou interesse em várias teorias embora se refira Pearson com a estrutura de ação social e Von Bertalanfy com a teoria dos sistemas, mas o foco principal de Orem está no indivíduo (TOMEY e ALLIGOODA, 2002).

A teoria do déficit do autocuidado na enfermagem como teoria geral é composta de três teorias relacionadas: a Teoria do autocuidado, que descreve como e porque as pessoas cuidam de si próprias; a Teoria do Déficit de autocuidado, que descreve e explica porque razão as pessoas podem ser ajudadas através da enfermagem, e a Teoria dos sistemas de enfermagem, que descreve e explica as relações que têm de ser criadas e mantidas para que se produza enfermagem (OREM, 1985).

Comumente, a teoria dos sistemas de enfermagem engloba a teoria do déficit de autocuidado e esta, por sua vez, contém a teoria do autocuidado. Quando há uma exigência por cuidado de enfermagem é ativada, um sistema de enfermagem é produzido. Por isso, sistema de enfermagem é o conjunto de ações e interações dos enfermeiros e dos pacientes, que é classificado em totalmente compensatório, parcialmente compensatório e de apoio educativo (OREM, 1993).

Portanto, a teoria do autocuidado de Orem segundo Luce et. al, 1991, tem como premissa básica, a crença de que o ser humano tem habilidades próprias para promover o cuidado de si mesmo, e que pode se beneficiar com o cuidado da equipe de enfermagem quando apresentar incapacidade de autocuidado ocasionado pela falta de saúde.

Conforme Orem, o processo de Enfermagem deve ser realizado em três momentos:

Primeiro momento - definição dos diagnósticos e prescrição, que determina as necessidades ou não de cuidados de enfermagem. Segundo momento - é a fase do planejamento dos sistemas de enfermagem, bem como do planejamento da execução das ações de enfermagem. O enfermeiro cria um sistema que seja totalmente compensatório, parcialmente compensatório ou de apoio-educação. Com a utilização do modelo de Orem, as metas são compatíveis com o diagnóstico de enfermagem, capacitando o paciente a tornar-se um verdadeiro agente de autocuidados. Terceiro momento - inclui a produção e execução do sistema de enfermagem, onde o enfermeiro pode prestar auxílio ao indivíduo (ou família) no que se refere ao autocuidado, de modo a alcançar resultados identificados e descritos de saúde e evolução de enfermagem. A evolução de enfermagem é análise e o acompanhamento do cliente e conseqüentemente, de seu estado de saúde. A evolução é um processo contínuo, fundamental que o enfermeiro e o paciente avaliem quaisquer modificações nos dados que afetariam o déficit de autocuidado, o agente de autocuidado e o sistema de enfermagem (FOSTER et.al, 1993).

Embutido no conceito apresentado, o autocuidado surge como o cuidado pessoal requerido pelos indivíduos cotidianamente para regular o próprio funcionamento e desenvolvimento (FOSTER et.al, 1993).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Apresentação do caso

Neste contexto, foi desenvolvido um estudo durante a consulta de enfermagem, aplicando o processo de Enfermagem com base na Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem. A.L.A.A, gênero feminino, 23 anos, solteira, nascida em Fortaleza, autodeclarou-se de cor parda, batizada na igreja católica porém não praticante, ensino superior incompleto (Gestão em tecnologia da Informação), atualmente secretária de uma

instituição de ensino superior, carga horária de 8 horas diárias totalizando 40 horas semanais, natural de Fortaleza Ceará. Renda mensal em torno de R\$ 992, 00. Reside em casa própria com 6 cômodos na zona urbana de Fortaleza- Ceará com filho de 1 ano e 3 meses, e sua mãe de 60 anos de idade.

Refere que sua tia materna teve câncer de laringe a mais ou menos um ano e a tia materna possui problema cardíaco e episódios depressivos a mais ou menos dois anos. Ela percebeu seu estado de saúde regular e ao compara-lo com as últimas quatro semanas e com pessoas da mesma idade, classificou-se como regular. Desconhece hipertensão e diabetes. Refere alcoolismo ativo em pequenas quantidades desde os 15 anos, mais ou menos duas vezes por semana, não tabagista. Na infância e adolescência praticava atividades como: correr, futebol e le parkour (arte de deslocar-se de um ponto para outro rapidamente), porém, atualmente não exerce atividade física regularmente tendo como justificativa pouco tempo relacionado as diversas atividade que são exercidas pela mesma consumindo grande parte de seu tempo diário.

Na primeira consulta referiu tosse persistente produtiva a dois dias com expectoração de secreção “esverdeada”, nega febre, dispneia e contato com pacientes com tuberculose. Quando questionada da queixa principal referiu “alergia por fungos “por todo o corpo com manchas castâneas escamosas e estar fazendo uso da medicação “Itraconazol” via oral 100 mg. Sabendo informar pouco sobre seu estado atual de saúde e cuidados relacionados ao autocuidado necessário. Nega criar animal de estimação.

Ao utilizar a medicação percebeu unhas quebradiças e tontura eventualmente relacionando este fato a falta de regularidade entre uma refeição e outra. Referiu ainda menstruação regular, ardência ao urinar, e secreção vaginal diferente, com aspecto de “nata”, coloração branca e presença de” cheiro diferente “.Ao exame físico: Ao exame: pressão arterial: 120 x 80 mmHg; temperatura: 36, 0 °C; frequência respiratória: 16 respirações/min; pulso: 70 batimentos/min. Peso: 57.200; altura: 1m 56 cm; IMC 23,50 sendo considerado normal relativo ao peso e altura atual.

A glicemia foi feita por meio de glicosímetro digital e sangue coletado por picada na ponta de um dedo da mão, a contagem de pulso foi feita em artéria superficial de fácil acesso, a mensuração da pressão arterial seguiu o padrão ouro estabelecido pelas Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, a circunferência abdominal e dos quadris foi medidas usando fita métrica flexível, porém não extensível, o peso foi mensurado em balança com graduação de 100g com o indivíduo de pé com braços ao longo do corpo e altura com a régua da própria balança. A paciente foi acompanhada por três semanas.

Com o intuito de atender ao objetivo proposto abstraídos dos dados analisados, os resultados foram expostos na tabela a seguir:

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	PLANO	INTERVENÇÃO	EVOLUÇÃO
<p>Déficit no autocuidado para alimentação caracterizada pela capacidade de alimentar-se de forma aceitável relacionada a barreira ambiental</p>	<p>META: Melhora no estado nutricional</p> <p>OBJETIVO: Melhorar hábitos e frequência alimentar</p> <p>SISTEMA DE ENFERMAGEM: Apoio/ educação</p> <p>MÉTODO: Orientação e ensino</p>	<p>Aconselhamento nutricional;</p> <p>Ensino: Indivíduo</p> <p>Assistência no autocuidado: Alimentação</p> <p>Monitoração nutricional</p>	<p>Houve melhora na frequência alimentar porém a melhora dos hábitos alimentares é um processo gradativo e lento necessitando maior reforço</p>
<p>Estilo de vida sedentário caracterizado por atividade física diária recomendada para o gênero e a idade relacionado pela falta de tempo por realizar várias atividades diariamente</p>	<p>META: Estilo de vida mais ativo</p> <p>OBJETIVO: Estimular a prática de exercício físico</p> <p>SISTEMA DE ENFERMAGEM: Apoio/ educação</p> <p>MÉTODO: Educação em saúde</p>	<p>Assistência na automodificação</p> <p>Educação em saúde</p> <p>Facilitação da autorresponsabilidade</p>	<p>Mesmo após educação em saúde voltada para estilo de vida saudável a funcionária não iniciou atividade física, porém demonstrou interesse em conhecer atividades que se adeque ao seu cotidiano</p>
<p>CONHECIMENTO DEFICIENTE caracterizado por conhecimento insuficiente relacionado a informação insuficiente sobre seu estado de saúde atual</p>	<p>META: Compreensão do estado de saúde</p> <p>OBJETIVO: Alcançar a compreensão transmitida sobre informações relacionadas com a doença, necessárias para alcançar e manter uma saúde excelente</p> <p>SISTEMA DE ENFERMAGEM: Apoio/ educação</p> <p>MÉTODO: Orientação e ensino</p>	<p>Ensino: Processo da doença</p> <p>Ensino: Procedimento/ tratamento</p> <p>Ensino Medicamentos prescritos</p>	<p>A funcionária ouviu atentamente as informações sobre a patologia tirando dúvidas e trazendo conhecimentos prévios e adquirindo novos. Melhorando assim seus conhecimentos sobre seu estado de saúde</p>

<p>INTEGRIDADE DA PELE PEJUDICADA caracterizada por alteração na integridade da pele relacionada alteração na pigmentação e descamação da pele</p>	<p>META: Promover higienização, proteção solar e hidratação</p> <p>OBJETIVO: Propiciar condições a fim de melhorar a pele</p> <p>SISTEMA DE ENFERMAGEM: Apoio/educação</p> <p>Método: Orientação e ensino</p>	<p>Controle do ambiente</p> <p>Avaliar coloração da pele</p> <p>Avaliar aumento de pigmentação</p> <p>Ensino: Relativo a cuidados necessários para proporcionar melhora da pele</p>	<p>Não houve melhora significativa</p>
--	---	---	--

A consulta de enfermagem viabiliza o trabalho do enfermeiro durante o atendimento ao cliente, facilitando a identificação dos problemas e as decisões a serem tomadas. Para tanto, a consulta de enfermagem deve ser norteada pela sistematização da assistência de enfermagem, por ser um método científico com aplicação específica, de modo que o cuidado de enfermagem seja adequado e efetivo (ZAGONEL, 2001).

Ayres (2001) traz que o encontro terapêutico deve abrir possibilidades de colocar o sentido instrumental das técnicas (êxito técnico) a serviço dos projetos de felicidade daqueles que buscam a atenção, assim tal encontro resultará em sucesso prático. O importante no cuidado é a permeabilidade da racionalidade técnica da atenção aos aspectos não técnicos, que imprimem significado prático à sua aplicação. A possibilidade da ligação entre sucesso prático e êxito técnico, produzido pela sabedoria prática, num encontro terapêutico, se dá na dimensão dialógica, ou seja, pela abertura de um autêntico interesse em ouvir aquele a quem queremos destinar nossas boas práticas, e ser por ele ouvido (Luce et. al,1991).

Assim o autocuidado é considerado indispensável e necessário a manutenção e promoção da saúde, quando o indivíduo não consegue realizar este autocuidado acontecem os déficits caracterizados por limitações que podem resultar em doenças.

Utilizando o processo de raciocínio diagnóstico apresentado por LeFevre 2014, emergiram vários diagnósticos porém como fizemos uso do raciocínio clínico reflexivo utilizado neste estudo foi o desenvolvido por Pesut e Herman de raciocínio clínico reflexivo nos detemos nos principais diagnósticos pois estes exercem influência nos demais diagnósticos secundários.

Assim foram trabalhados quatro diagnósticos: Déficit no autocuidado para alimentação; Estilo de vida sedentário; Conhecimento deficiente e integridade da pele prejudicada.

Os diagnósticos de enfermagem, intervenções e resultados estabelecidos

embasados na Teoria déficit do autocuidado de Orem objetivaram uma abordagem global do indivíduo, contribuindo para os conhecimentos adquiridos relativos a própria condição de saúde e possíveis agravos.

Quanto a teoria utilizada mostrou-se adequada ao processo de enfermagem a pacientes acometido por pitíriase versicolor sabendo que esta tem relação direta com o autocuidado ineficaz.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesse panorama, devemos considerar que as estratégias para autocuidado desses indivíduos para Enfermagem é um desafio, entretanto as teorias auxiliam neste processo de cuidar trazendo conceitos e instrumentos guiando o processo de enfermagem bem como o empoderamento deste processo.

Ao utilizarmos a teoria do déficit do autocuidado de Dorothea Orem foi perceptível a organização que os dados eram coletados assim como a percepção global do indivíduo sem enfoque apenas na doença, mas em um processo muito além necessitando da participação do paciente/cliente durante todo o processo. Esperamos que este estudo possa contribuir com o ensino e direcionamento dos enfermeiros para relacionar a sistematização do cuidado e as teorias de enfermagem nas ações de cuidado.

REFERÊNCIAS

.ALFARO-LÈFEVRE, R. **Aplicação do processo de enfermagem: fundamentos para o raciocínio clínico**. 8 ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

AYRES, J. R. D. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**. V 6 n. 1,pg 63-72,2001.

BARBOSA, E. M. G. et al. Cuidados de enfermagem a uma puérpera fundamentados na teoria do conforto. **Rev Min Enferm**, v. 18, n. 4, p. 845-849, 2014.

FOSTER, P.C.; JANSSENS, N.P. D.E.O.;GEORGE, J.B. **Teorias de Enfermagem**.Porto Alegre: Artes Médicas, p.90-107,1993.

GARCIA T.R; NÓBREGA ,M.M.L. **Contribuição das teorias de enfermagem para a construção do conhecimento da área**. Rev Bras Enferm .v 57 n.2, 228-32 ,2004 .

LEOPARDI, M. T. **Teorias em Enfermagem: Instrumentos para a prática**. Florianópolis: Papa-Livros, 1999.

LUCE, M et.al. **O preparo para o autocuidado do cliente diabético e família**. Rev Esc Enferm USP. São Paulo ,v 25,n.2,Ago. 1991.

MORAIS, P. M.; FROTA, M. Z. M.; CUNHA, M. G. G. **Aspectos clínicos de pacientes com pitíriase versicolor atendidos em um centro de referência em Dermatologia Tropical na cidade de Manaus (AM), Brasil**. Anais Brasileiro de Dermatologia, v. 85, n. 6, p. 797-803, 2010.

OREM DE. **Nursing: concepts of practice**. New York: McGraw-Hill; 1985.

OREM DE. **Modelo de Orem: conceptos de enfermería en la practica**.Barcelona: Masson-Salvat; 1993.

SEVERINO A J. **Metodologia do Trabalho Científico** .São Paulo: Cortez, 2007.

TOMEY, A. M.; ALLIGOODA, M. R. **Teóricas de enfermagem e sua obra**. 5 ed. Loures: Lusociência,2002.

ZAGONEL I.P.S. **Consulta de enfermagem: um modelo de metodologia para o cuidado**. In: **Metodologia para assistência de enfermagem: teorização, modelos e subsídios para a prática**. Organizadoras: Telma Elisa Carraro, Mary E.A.Westphalen. Goiânia: AB, 2001.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE OSTOMIZADO - REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Gislaine Teixeira da Silva

Faculdade Anhanguera Educacional, Faculdade de Enfermagem, Mestre em Psicogerontologia, São José dos Campos, São Paulo.

Danilo Moreira Pereira

Faculdade Anhanguera Educacional, Faculdade de Enfermagem, Mestre em Psicogerontologia, São José dos Campos, São Paulo.

Flávia Rangel de Oliveira

Faculdade Anhanguera Educacional, Faculdade de Farmácia, São José dos Campos, São Paulo.

Andreia de Oliveira Pinheiro Ribeiro

Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, Doutoranda em Saúde Pública, São Paulo – São Paulo.

Gisélia Maria Cabral de Oliveira

Faculdade Anhanguera Educacional, Faculdade de Enfermagem, Mestre em São José dos Campos – São Paulo.

Douglas Jeremias Rebelo

Faculdade Anhanguera Educacional, Faculdade de Enfermagem, Mestrando em Educação, São José dos Campos – São Paulo.

Sônia Maria Filipini

Faculdade Anhanguera Educacional, Faculdade de Enfermagem, Mestre em Ciências Biológicas, São José dos Campos – São Paulo.

RESUMO: As intervenções cirúrgicas que resultam em estomas intestinais são e por vezes acompanhadas de complicações que,

por vezes em falta de cuidados orientados e até mesmo por falta de conhecimento, por parte do próprio profissional resultam em complicações. Este trabalho visa pontuar a necessidade a importância da assistência de enfermagem na figura do enfermeiro aos pacientes portadores de ostomias. Trata-se de uma revisão bibliográfica de artigos e periódicos publicados nos sites do Portal BVS e SCIELO, totalizando 14 estudos, publicados no período de 2009 a 2015. Observa-se o despreparo dos pacientes ao enfrentarem os cuidados no pós-operatório e a importância do profissional de enfermagem na figura do enfermeiro para realizar as devidas orientações e cuidados aos pacientes ostomizados, principalmente referente às orientações e cuidados para promoção da saúde e qualidade de vida. Conclui-se que para realizar as orientações quanto aos cuidados com ostomias é necessário investir na capacitação dos profissionais enfermeiros, objetivando uma melhor qualidade da sistematização do cuidado, minimizando os riscos das afecções e promovendo a reabilitação do ostomizados.

PALAVRAS-CHAVE: Ostomias, Cuidados de Enfermagem, Qualidade de Vida

ABSTRACT: Urgical interventions that result in intestinal stomas are sometimes accompanied by complications that, sometimes in the absence of guided care and even lack of knowledge, on

the part of the professional itself result in complications. This work aims to point out the importance of the nursing care in the figure of the nurse to patients with ostomies. This is a bibliographical review of articles and periodicals published on the websites of the VHL and SCIELO Portal, totaling 14 studies, published in the period from 2009 to 2015. The patients' unpreparedness in facing the postoperative care and the importance of the nursing professional in the figure of the nurse to perform the proper guidelines and care for ostomized patients, mainly referring to the guidelines and care for health promotion and quality of life. It is concluded that in order to carry out the guidelines for ostomy care, it is necessary to invest in the training of nursing professionals, aiming at a better quality of care systematization, minimizing the risks of the affections and promoting the rehabilitation of the ostomy.

KEYWORDS: Ostomy, Nursing Care, Quality of Life

1 | INTRODUÇÃO

O câncer é considerado uma das maiores causas de óbito no mundo, uma das formas de restabelecer as funções fisiológicas a confecção das ostomias em pacientes acometidos por neoplasia maligna no colón e reto como uma constante, uma vez que são realizadas com a finalidade de desviar o trânsito normal da alimentação e/ou eliminação, sendo no caso específico dos casos intestinais realizadas colostomias (AGUIAR e SANTOS, 2011).

A colostomia trata-se de um procedimento cirúrgico em que se faz uma cavidade artificial na altura do abdômen para a eliminação fecal. Tal procedimento implica em consequências que envolvem aspectos múltiplos no cotidiano do paciente. (ABREU et al, 2009, p.695)

As ostomias intestinais podem ser temporárias ou definitivas. As temporárias objetivam a proteção de uma anastomose e podem ser revertidas após algum tempo. As definitivas, indicadas geralmente em casos de câncer, e não possibilitam reversão do trânsito intestinal.

Ressalta-se ainda, a necessidade de observar que os pacientes ostomizados sofrem modificações que se estendem a aspectos da sua vida cotidiana, dentro de um contexto biológico, psicológico e social (MIRANDA, 2013).

As complicações de ostomias estão relacionadas ao mal estado do doente, reação alérgica aos materiais, má adaptação ou manipulação do estoma e inadequada higiene, bem como afetar o contexto biopsicossocial do paciente implicando em consequências que modificam o cotidiano do mesmo.

Estas complicações do ponto de vista da enfermagem, estão relacionadas ao aparecimento de dermatite periestoma que consiste em lesões cutâneas como vermelhidão ou irritação, erosão e até ulcerações ou outros tipos de lesão da pele.

As intervenções cirúrgicas que resultam em ostomias, ou seja, exteriorização de

um órgão para desvio do trânsito para eliminações vesicantes ou intestinais, são muito comuns em oncologia, trauma e cirurgia abdominais, a constatação da inquietude dos pacientes ostomizados demonstrada durante seguimento pós-operatório.

Os pacientes ostomizados necessitam de cuidados e acompanhamentos realizados pelo profissional de enfermagem, que determinam a promoção da saúde e qualidade de vida, agregando orientações que enfatizam a totalidade do indivíduo, considerando-se os aspectos biopsicossociais.

A etapa pré-operatória compreende a parte que além de anteceder e preparar o paciente para o procedimento, se faz de extrema importância, pois para o paciente que se vê abalado pela aceitação da doença, todas as informações que precisa receber, a intervenção cirúrgica e da construção de um estoma. Faz ainda parte da assistência pré-operatória ao candidato a consulta multiprofissional onde as orientações iniciais à confecção de estoma serão planejadas, sistematizada de uma forma individualizada (SCHWARTZ, 2012).

Aprender a conviver com a implantação deste dispositivo, compreende uma série de cuidados e autocuidados que devem ser orientados na alta pelo enfermeiro, tanto para manutenção quanto para evitar complicações. Algumas destas complicações estão relacionadas ao aparecimento de dermatites periestoma que consiste em lesões cutâneas na pele do periestoma, causando dor e desconforto.

Diante do exposto o objetivo primordial deste trabalho consiste em elencar ações preventivas e de tratamento para as dermatites periestomais, tendo em vista o caráter educativo do profissional enfermeiro para a promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida nos pós alta do paciente assistido por ele.

A realização do presente trabalho justifica-se pela necessidade de expandir estudos sobre o cuidado de enfermagem a pacientes ostomizados, devido à frequência e aumento de pacientes anualmente vitimados pelas patologias culminam no desvio do trânsito, além do medo e ansiedade. A orientação deste profissional é de extrema importância para uma melhor aceitação e enfrentamento do processo pelo qual passará.

Neste contexto citado, o cuidado de enfermagem a pacientes ostomizados, investir na capacitação aos profissionais, para sim dar a devida orientação ao paciente vitimado pela afecção, e todas as outras comorbidades decorrentes do estado reflete em um melhor resultado da sistematização onde todos ganham.

2 | MATERIAL E MÉTODOS

Consiste em um estudo bibliográfico descritivo, de abordagem qualitativa, os dados foram coletados nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e SCIELO, manuais e monografias relacionados ao tema, foram respeitados os direitos autorais das literaturas utilizados neste estudo, os critérios de inclusão foram, artigos

publicados entre os anos de 2009 a 2015, contendo pelo menos dois dos seguintes descritores: ostomias, cuidados de enfermagem, qualidade de vida e serem publicados em português, além de serem realizados por profissionais da área da saúde .

Neste contexto, 03 estudos são oriundos da base de dados do SCIELO, 09 são provenientes de revistas e periódicos técnicos da área, e ainda, 02 referem-se a teses de universidades, totalizando 14 estudos selecionados.

Quanto à metodologia, a pesquisa deverá ser definida de acordo com sua natureza, sendo a pesquisa aplicada indicada, uma vez que contemplará uma situação específica, buscando discutir e refletir sobre a importância e postura do profissional de enfermagem referente ao paciente portador de ostomia, como afirma Silva & Menezes (2001).

Quanto à abordagem do problema, a pesquisa caracteriza-se como qualitativa, pois, busca-se interpretar as reais situações, realizando uma relação entre o mundo objetivo e subjetivo, não podendo ser interpretado por valores numéricos, em virtude do objeto da enfermagem se tratar do ser humano. (SILVA & MENEZES, 2001)

3 | RESULTADOS

Da análise dos artigos lidos, observou-se uma dificuldade no manejo das ostomias pelos pacientes e profissionais de saúde. Tal barreira, está relacionada à aceitação do paciente de sua atual situação de vida e da premissa de que o profissional de saúde não está preparado para os cuidados relacionados às ostomias.

O estudo mostrou que as complicações relacionadas às ostomias são inerentes as ações inequívocas de cuidados a serem observadas pelo profissional de enfermagem e paciente. Tais fatores estão relacionados na maioria dos dados levantados à “troca da bolsa coletora constantemente, fricção exagerada com gaze para retirada de cola sobre a pele, má adaptação às determinadas marcas e/ou tipos de equipamentos, recorte da placa da bolsa feita de maneira inadequada, entre outras”.

Deve-se considerar também que algumas complicações podem surgir com a idade, uma vez que a maioria das pessoas acometidas são idosas, pode-se afirmar que tal fato representou um dos fatores que podem ter colaborado para o desenvolvimento de importantes complicações como as dermatites para estomais.

Aguiar e Santos (2011) em estudos realizados observaram que uma das complicações mais comuns registradas em pacientes ostomizados refere-se à dermatite periestoma, decorrente de lesões cutâneas ocorridas na pele periestoma.

Ressalta-se que, quanto maior a complicação associada a pele periestoma, proporcionalmente maior que deverá demonstrar conhecimento para favorecer o processo de cicatrização sob embasamento teórico-científico que demanda da qualificação constante do enfermeiro (DINIZ et al., 2013).

4 | DISCUSSÃO

A assistência ao paciente ostomizados exige uma reflexão sobre os aspectos de reabilitação, significando um grande desafio para o profissional de saúde na figura do enfermeiro, por isso é indispensável o conhecimento das necessidades desses pacientes através de suas buscas por conhecimento que, além de serem diversas, mudam constantemente.

Para tanto, Martins, (2010) algumas causas para o desenvolvimento de dermatites, dentre as quais: “troca da bolsa coletora constantemente, fricção exagerada com gaze para retirada de cola sobre a pele, má adaptação às determinadas marcas ou tipos de equipamentos, recorte da placa da bolsa feita de maneira inadequada, entre outras”.

A dermatite periestoma, que deverá ser evitada, se elencada um rol de ações propostas pelo profissional de enfermagem, contudo, quando ocorrer a implicação mediante a irritação do local pela presença de resíduos fecais, cuidados especializados devem ser realizados para sanar o problema, que causa dor e desconforto (MARTINS e ALVIM, 2012).



Figura 1 – Pele periestoma acometida pela Dermatite

Fonte: DINIZ et al. (2013, p. 373).

Na figura 1 está representada a ileostomia de um paciente de 57 anos do sexo feminino, que desenvolveu a dermatite periestoma irritativa, causada pela retração e deslocamento muco-cutâneo, apresentando parte da derme prejudicada, assim, como a epiderme, além de externar exsudato seroso, de acordo com depoimento da paciente a dor é intensa, com prevalência de ardor (DINIZ et al., 2013).

O procedimento de enfermagem nesta fase consiste em higienizar o local com jatos de água, e posteriormente enxugar com um chumaço de algodão, que também é utilizado para retirar o resíduo (DINIZ et al., 2013).

Neste primeiro momento na foto a esquerda da figura1, o estoma apresenta um alto nível de exsudato, com forte dor durante o tratamento, e moderada na retirada

do produto, com boa adesão da bolsa coletora e a necessidade da utilização de adjuvantes (DINIZ et al., 2013).

Por conseguinte, na figura a direita na figura 01, o tratamento já havia iniciado, observando que o nível de exsudato já se pode considerar moderado, a dor para a realização do tratamento é leve, não há mais sensação de dor na remoção do produto, assim como, não há necessidade do uso de adjuvantes (DINIZ et al., 2013).

5 | CONCLUSÃO

A ação educativa do enfermeiro deve proporcionar ao paciente a aceitação de que mesmo diante das adversidades encontradas para conviver com os estomas é possível retornar as atividades normais sem qualquer prejuízo na qualidade de vida, atentando-se apenas aos cuidados específicos do manejo da ostomia.

A formação específica do enfermeiro com conhecimento, treinamento e habilidade para prestar cuidados aos ostomizados (colon, ileo eurostomizado), portadores de fístulas, feridas crônicas e agudas e incontinência urinária e fecal.

Portanto, torná-lo independente e seguro será o primeiro passo da enfermagem para sua reinserção na sociedade, aprendendo a viver com suas limitações, mas sem deixar de fazer nada que lhe traga benefícios e qualidade de vida.

Desta forma, o cuidado orientado de forma correta e o autocuidado para pacientes ostomizados se tornam de suma importância, uma vez que, as complicações decorrentes podem favorecer o aparecimento de lesões cutâneas, que caracterizam as dermatites periestomais, causando dores e incômodos.

Observa-se que as dermatites estão relacionadas a ações inequívocas de cuidado, que deverão ser observadas pelo profissional de enfermagem, observando sempre a pele, a coloração e qualquer indício de manifestação de irritações. Assim, as medidas de tratamento poderão ser colocadas em práticas de forma precoce, possibilitando a cicatrização da lesão.

No autocuidado deverá ocorrer uma parceria entre paciente e enfermeiro, na qual os problemas serão identificados e para assim aplicar a sistematização dos cuidados com as devidas orientações. A participação do paciente no plano de cuidados é importante para o desenvolvimento do sucesso do próprio plano, sobretudo por incentivar uma diminuição na dependência do paciente.

Convém salientar que a qualificação do profissional no tratamento da pele periestoma compreende um benefício ao paciente, uma vez que, o enfermeiro apresenta conhecimentos técnico-científicos que agregados à prática, determinam a eficácia do tratamento.

Sistematizar o cuidado, dentro dos conhecimentos teórico-científico, traduz um cuidado especializado e individualizado para o cliente que está frente a esta mudança biopsicossocial, não esquecendo da sua individualidade com os fatores idade, grau de

compreensão e até mesmo situação sócio-econômica.

REFERÊNCIAS

- ABREU A. M. et al. (2009). **Diagnósticos de enfermagem aos clientes submetidos à ostomia intestinal definitiva: uma reflexão existencial em merleau-ponty.** Revista de Enfermagem, UFPE.
- AGUIAR. E. S. S. SANTOS, A. A. R. (2011) **Complicações do estoma e pele periestoma em pacientes com estomas intestinais.** Revista Estima, vol.09, p. 22-31.
- ARAÚJO, M. T. G. G. (2009) “**Assistência de enfermagem a paciente com colostomia: aplicação da teoria de Orem.**” Acta paul enferm21.1: 94-100.
- DINIZ, I. V. et al. (2013) **Problema de pele em paciente ostomizada: relato de caso.** Revista Brasileira de Ciências da Saúde, vol. 17, nº 04, p.371-376.
- FERNANDES, R. M. et al. (2010) **Perfil da clientela estomizada residente no município de Ponte Nova, Minas Gerais, Brasil.** Revista Brasileira de Proctologia, vol. 30, ano 04, out-dez.
- GONÇALVES, F. R. R. MELO, M. C. (2009) Assistência de Enfermagem ao cliente colostomizado. CBen, 2009.
- MARTINS, P. A. F. ALVIM, N. A. T. (2012) **Saberes e práticas de clientes estomizados sobre a manutenção da ostomia de eliminação intestinal e urinária e sua pertinência no cuidado.** Perspectivas on line – Ciências Biológicas da Saúde, p.54-69.
- MIRANDA, L. S. G. (2013) **A importância da consulta de enfermagem de estomaterapia na qualidade de vida de pessoa ostomizada na comunidade.** (Tese) Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Portugal.
- NASCIMENTO, CONCEIÇÃO DE MARIA DE SÁ, et al. (2011) “**Vivência do paciente estomizado: uma contribuição para a assistência de enfermagem.**” Texto & Contexto Enfermagem 20.3.
- OLIVEIRA, G. et al. (2010) **Impacto da ostomia: sentimentos e habilidades desenvolvidos frente à nova condição de vida.** Revista Estima, vol. 08, jan-mar.
- SANTOS CHM, BEZERRA et al. (2009) **Perfil do paciente ostomizado e complicações relacionadas ao estoma.** Rev. Bras. Coloproct.27(1):16-19.
- SANTOS, K. C. L. SOUZA, V. (2012) **Sistematização da Assistência de Enfermagem para pacientes colostomizados.** (TESE) FAG.
- SCHWARTZ, M. P. SÁ, S. P. C. (2012) **Ação educativa do enfermeiro no pré- operatório da confecção do estoma intestinal: revisão integrativa.** Revista UFPE.
- SILVA, E. L. MENEZES, E. M. (2011) **Metodologia de Pesquisa e Elaboração de Dissertação.** Florianópolis, 2011.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PÓS OPERATÓRIO A PACIENTES SUBMETIDOS A ANGIOPLASTIA CORONARIANA - UMA REVISÃO DE LITERATURA

Flávia Aparecida Rodrigues Chagas

Instituto de Cardiologia do Distrito Federal

Jônatas De França Barros

Universidade de Brasília e Universidade Federal do Rio Grande do Norte

André Ribeiro Da Silva

Instituto de Cardiologia do Distrito Federal e Universidade de Brasília

RESUMO: As cardiopatias são classificadas como doenças crônicas degenerativas. As principais causas de morbidades e mortalidade da população mundial estão relacionadas com as complicações cardíacas. Com o intuito de minimizar os danos consequentes da obstrução coronariana, entre as principais intervenções nos quadros de complicações cardiovasculares isquêmicas, a angioplastia é a terapêutica indicada, com o objetivo da melhora reperfusão coronariana. O objetivo é descrever sobre Angioplastia Coronária Transluminal Percutânea (PTCA) e falar dos cuidados de enfermagem ao paciente submetido ao procedimento de Angioplastia. Consistiu de uma revisão de literatura computadorizada, realizada no período de agosto a outubro de 2018, utilizando as palavras-chave: angioplastia, nursing care; assistência de enfermagem, angioplasty. Optou-se por acessar a fonte de dados Scielo (Scientific Electronic Library Online), Literatura

Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). O estudo foi realizado com dados de artigos de 2006 a 2018 analisados segundo o tema. Existe uma lacuna no que refere aos cuidados da angioplastia. Existem dados limitados para informar os cuidados de enfermagem para pessoas submetidas a angioplastia. Necessitando o desenvolvimento de pesquisas relacionadas aos cuidados de enfermagem no pós-operatório imediato com o objetivo de direcionar estes profissionais à análise e resolução de problemas dos pacientes que demandam tomadas de decisões específicas para o quadro clínico. Contudo espera-se que o enfermeiro amplie o conhecimento para realizar o cuidado do paciente pós angioplastia, através de capacitação, cursos, uso de protocolos a fim de melhorar não só o autoconhecimento, sobretudo, a recuperação e conforto do paciente.

PALAVRAS-CHAVE: Angioplastia, Assistência de Enfermagem, Procedimentos Cardiovasculares, Cardiopatia Coronariana.

ABSTRACT: Heart diseases are classified as chronic degenerative diseases. The main causes of morbidity and mortality in the world population are related to cardiac complications. In order to minimize the consequent damages of the coronary obstruction, among the main interventions in the ischemic cardiovascular

complications, angioplasty is the indicated therapy, aiming at the improvement of coronary reperfusion. The objective is to describe Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty (PTCA) and talk about nursing care to the patient submitted to the Angioplasty procedure. It consisted of a review of the computerized literature, carried out from August to October 2018, using the following keywords: angioplasty, nursing care; nursing care, angioplasty. We chose to access the Scielo (Scientific Electronic Library Online), Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS) data source. The study was conducted with data from articles from 2006 to 2018 analyzed according to the theme. There is a gap in angioplasty care. There are limited data to inform nursing care for people undergoing angioplasty. Needing the development of research related to nursing care in the immediate postoperative period with the objective of directing these professionals to the analysis and resolution of patients' problems that require specific decision making for the clinical picture. However, it is expected that the nurse will increase the knowledge to perform the care of the patient after angioplasty, through training, courses, use of protocols in order to improve not only self-knowledge, but also patient recovery and comfort.

KEYWORDS: Angioplasty, Nursing Care, Cardiovascular Procedures, Coronary Heart Disease.

1 | INTRODUÇÃO

As cardiopatias são classificadas como crônicas degenerativas. As principais causas de morbidades e mortalidade da população mundial estão relacionadas com as complicações cardíacas (SILVEIRA, ALMEIDA E SANTOS, 2010).

Pesquisas realizadas no Brasil apontam que mais de 32% dos óbitos estão relacionados com as doenças cardiovasculares que vem crescendo, sendo realizadas mais de 400.000 cirurgias por ano. No século XX as doenças cardiovasculares tiveram destaques, pois, era a principal causa de morte (AMESTOY; THOFEHRN, 2007).

O estilo de vida adotado interfere na vida do ser humano, podendo trazer comprometimento à saúde. Dentre os principais problemas estão as dislipidemias, diabetes mellitus, hipertensão arterial, tabagismo, alcoolismo, sedentarismo, são fatores que aumentam o risco de doenças cardiovasculares (AMESTOY; THOFEHRN, 2007).

Para Sardinha, Gomes e Nascimento (2011), os fatores de risco podem ser classificados em duas partes: os modificáveis e os não modificáveis. Sendo os modificáveis relacionados com a escolha do hábito de vida, são eles: tabagismo, etilismo, sedentarismo, diabetes mellitus, estresse, obesidade, hipertensão arterial e dislipidemias. Os não modificáveis são os: Raça, cor, sexo, idade, hereditariedade.

Uma das principais doenças cardiovasculares é a Doença Aterosclerótica Coronariana (DAC), caracterizada pelo espessamento e enrijecimento das paredes

dos vasos, causadas pelo acúmulo de tecido adiposo na camada interna de artérias musculares de médio e grande calibre. Uma das principais consequências da doença aterosclerótica coronariana é o quadro de infarto agudo do miocárdico (SARDINHA; GOMES; NASCIMENTO; 2011).

O infarto agudo do miocárdico (IAM) se caracteriza pela obstrução da artéria coronária interrompendo o fluxo sanguíneo, dando origem a isquemia e necrose do tecido miocárdico (LIMA; PEREIRA; CHIANCA, 2006).

Com o intuito de minimizar os danos consequentes da obstrução coronariana, entre as principais intervenções nos quadros de complicações cardiovasculares isquêmicas, a angioplastia é a terapêutica indicada, com o objetivo da melhora da perfusão coronariana. O uso de trombolíticos são considerados como opção nos casos de infarto agudo do miocárdico. Porém cada quadro precisa ser avaliado de forma criteriosa (LIMA; PEREIRA; CHIANCA, 2006).

Intervenção Coronária Percutânea (ICP), tradicionalmente conhecida como Angioplastia Coronária Transluminal Percutânea (PTCA), foi introduzida no Brasil em 1978 por Andreas Gruntzing, procedimento que obteve aceitação em todo o mundo e tem como objetivo a restauração do fluxo sanguíneo, melhorar a perfusão e diminuir os riscos da isquemia no miocárdio (TAETS, 2016).

A angioplastia coronária transluminal percutânea (PTCA) se caracteriza pela introdução de um cateter com um balão, revestido por uma malha metálica denominado de Stent. No procedimento, o cateter com ponta de balão é introduzido dentro da artéria obstruída a fim de expandir, e logo em seguida é inflado, havendo expansão da artéria e a desobstrução da mesma (GAMA et al., 2010).

Tem indicação de angioplastia nos casos de angina estável, angina instável, infarto agudo do miocárdio. A angina se caracteriza pela presença de algia na região precordial, mandíbula, tórax, com irradiação para membros superiores há mais de 12 horas seguidas, podendo ser agravada nos casos de esforço físico, estresse emocional (TAETS, 2016).

A enfermagem é percussora do ato de cuidar, não apenas do físico, mas do social, mental, espiritual, o que chamamos de cuidado holístico, olhar o paciente como um todo. Através do cuidado, o enfermeiro consegue traçar diagnósticos de enfermagem e as devidas intervenções. A aplicação do processo de enfermagem (PE) aos pacientes submetidos a angioplastia coronária transluminal percutânea permite a melhoria e qualidade na assistência, tendo o enfermeiro embasamento teórico para colocar em prática os cuidados prestados em pacientes cardiopatas (GAMA et al., 2010).

O pós-operatório é o período em que acontece a recuperação. A assistência de enfermagem nesse momento é muito importante para a recuperação e estabilidade do paciente, a fim de prevenir ou tratar qualquer complicação decorrente da PTCA (MORAES; ANTONIETA; RITTER 2008).

As complicações mais decorrentes após PTCA são: instabilidade hemodinâmica,

insuficiência cardíaca, infarto agudo do miocárdico, insuficiência renal, arritmias, hipotensão, tamponamento cardíaco, risco de infecção e parada cardiorrespiratória (SOUZA; ALITI; FERNANDES; 2009).

Dentre os cuidados a serem prestados pela enfermagem está a monitorização contínua com ECG, oximetria de pulso para avaliar a saturação do paciente, verificar a temperatura corporal, garantir assistência ventilatória, verificação dos sinais vitais a cada duas horas, avaliar estado neurológico e exame físico geral, manter o paciente aquecido, realizar controle glicêmico, realizar medicações de horário conforme prescrição médica, avaliar, perfusão tecidual, avaliar dor e desconforto do paciente, registro de balanço hídrico (BUZZATO; ZANEI ; 2010).

É papel do enfermeiro promover a recuperação do paciente e sua estabilidade até o momento da alta hospitalar para que a recuperação seja completa no âmbito domiciliar. Através das orientações, visto que o paciente submetido a angioplastia será restrito a alguns esforços e atividades até que seja liberado por completo a voltar para a rotina (LIMA; PEREIRA; CHIANCA, 2006).

Tendo em vista a complexidade deste procedimento, quais são as tendências atuais sobre os diagnósticos e intervenção de enfermagem indicados para o paciente submetido a PTCA?

2 | OBJETIVOS

2.1 OBJETIVOS GERAL

- Relatar as tendências atuais sobre os principais cuidados, diagnósticos e intervenção de enfermagem aos pacientes submetidos a angioplastia coronariana.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Apresentar a atuação do enfermeiro em pós-operatório de angioplastia.
- Apontar os conhecimentos do enfermeiro sobre os cuidados ao paciente submetido a angioplastia coronariana.
- Mostrar os principais diagnósticos e intervenções de enfermagem após o procedimento da angioplastia coronariana.

3 | JUSTIFICATIVA

O estudo se justifica diante da necessidade de aumentar a discussão sobre os cuidados básicos de enfermagem ao paciente submetido a angioplastia transluminal.

Silva, Boaventura, Carvalho et al (2011) relatam que poucos estudos abordam os cuidados básicos aplicados ao paciente submetido a angioplastia coronariana.

Neste estudo também ficou evidenciado que os profissionais de enfermagem necessitam de aprimoramento e educação contínua, pois apresentaram conhecimentos insuficientes para desenvolver o cuidado específicos e com qualidade.

4 | METODOLOGIA

Trata-se de um artigo de revisão integrativa com abordagem qualitativa dos dados e análise de conteúdo segundo Bardin (2011). Optou-se por elencar as etapas das técnicas que se organiza em três fases:

- 1) Pré-análise,
- 2) Exploração do material,
- 3) Tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

A pré-análise é a fase em que se organiza o material a ser analisado com o objetivo de torná-lo operacional, sistematizando as ideias iniciais. Trata-se da organização propriamente dita por meio de quatro etapas: a) leitura do texto, b) escolha dos documentos que consiste na demarcação do que será analisado, c) formulação das hipóteses e dos objetivos, d) referenciação dos índices elaborados de indicadores, que envolve a determinação de indicadores por meio de recortes de texto nos documentos de análise.

A exploração do material constitui a segunda fase que tem como objetivo possibilitar ou não as riquezas das interpretações e inferências. Esta é a fase da descrição analítica. Submetido a um estudo aprofundado, orientados pelas hipóteses e referenciais teóricos.

A terceira fase diz respeito ao tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Esta é a etapa destinada ao tratamento dos resultados. Ocorre nela a condensação e o destaque das informações para análise, culminando nas interpretações inferenciais, é o momento da análise reflexiva e crítica.

Para a seleção dos artigos utilizou-se como critério de escolha artigos originais e de revisão. Foram excluídos livros, dissertações, monografias, teses e outras fontes que não fossem artigos científicos. As bases de dados utilizadas foram o Scientific Electronic Library Online on line (SCIELO) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Foram utilizados para a busca dos artigos os descritores e sua combinação na língua portuguesa: Angioplastia, Assistência de Enfermagem, Procedimentos Cardiovasculares, Cardiopatia Coronariana. Os critérios de inclusão definidos foram estudos realizados no período de 2006 a 2018, nos idiomas

inglês e português, que respondessem à pergunta da pesquisa. Foram pesquisados trinta artigos referentes ao tema, após análise e leitura dos títulos e resumos, onze responderam aos critérios de inclusão, compondo a amostra. A análise dos onze artigos pautou-se em observar, contar, descrever, e classificar os dados, com o objetivo de reunir o conhecimento produzido pelo tema explorado.

5 | RESULTADOS

Após a leitura de onze artigos, os quais foram escolhidos por meio de levantamento bibliográfico e baseado nas experiências vivenciadas pelos autores através da revisão integrativa para realizar a análise da discussão, ficou evidenciado que a revascularização do miocárdio tem sofrido modificações nos últimos tempos, na qual tem como opção realizar uma abordagem clínica, farmacológica e também invasiva por cateter. O acesso mais utilizado para se realizar a angioplastia é o acesso femoral, por ser de fácil localização e grande calibre, porém esse acesso mantém o paciente restrito ao leito por um período maior (MARQUES; FELICIANO; 2007).

A principal indicação para a realização da angioplastia é a doença aterosclerótica coronariana (DAC), que possui uma oclusão mínima de 70% da luz da coronária. Outra indicação é o infarto agudo do miocárdio e nos casos de angina para aliviar a dor no peito (ALEXANDRE; ROGÉRIO; CARLOS ANTONIO; 2007).

As principais complicações mencionadas por Gottschall, Leite, Quadros, et al: foram: reestenose, sangramento no lugar da inserção, hemorragia retroperineal, hematoma, pseudoaneurisma, fístula arteriovenosa, trombose arterial, embolização distal, coágulos sanguíneos, tamponamento cardíaco, infecção, alteração do ritmo cardíaco e ataque cardíaco.

Um estudo feito em Minas Gerais avaliou clientes submetidos à PTCA e o índice de complicações. Dos pacientes avaliados, 62,2% apresentaram complicações, dos quais, 49,4% apresentaram complicações locais (sangramento, hematoma, equimose) e 31,7% complicações sistêmicas. O número médio de complicações por cliente foi de 1,1. Isso nos remete ao fato de que boa parte dos clientes submetidos a PTCA estão sujeitos a desenvolver alguma complicação (LIMA, 2018).

Quanto a assistência de enfermagem, todos os artigos analisados mostraram que o enfermeiro possui uma variedade de responsabilidade dentro de uma unidade hospitalar, em atividades como: orientar ao paciente e familiares o que está acontecendo, proporcionar conforto, atuar como um canal de informação entre diferentes membros das equipes de cuidado em saúde. Precisa desenvolver maneiras seguras e eficazes de cuidar. O cuidado sistematizado melhora a qualidade da assistência.

Existe uma lacuna no que refere aos cuidados da angioplastia. Silva, Boaventura, Carvalho, et al (2011), alega que, apesar da frequência do procedimento, existem dados limitados para informar os cuidados de enfermagem para pessoas submetidas

a angioplastia. Necessitando o desenvolvimento de pesquisas relacionadas aos cuidados de enfermagem no pós-operatório imediato com o objetivo de direcionar estes profissionais à análise e resolução de problemas dos pacientes que demandam tomadas de decisões específicas para o quadro clínico.

Nesse contexto, foi possível observar que os enfermeiros estão preocupados com as complicações e não especialmente com os cuidados básicos de enfermagem.

Outra evidencia importante após a análise dos artigos foi a ausência de protocolos de cuidados após procedimentos cardíacos, pois, cada procedimento exige do profissional de saúde um cuidado específico, dessa maneira a unidade hospitalar necessita elaborar um protocolo de cuidados básicos de enfermagem para promoção do conforto do cliente pós PTCA e validar o protocolo através da avaliação de especialistas (LIMA, 2018).

Vários cuidados identificados nesta pesquisa são coerentes com a assistência de enfermagem. Os cuidados mais presentes estão relacionados à manutenção do débito cardíaco, da integridade tecidual, do equilíbrio hidroeletrólítico e da oxigenação, tais como: monitorização cardíaca, balanço hídrico, mudança de decúbito, uso de curativos protetores, avaliar as condições da pele, observar necessidade de reposição hídrica, oferta de oxigênio, entre outros. Além disso, o controle de infecção também foi um dos pontos bastante citados pelos autores (STUMM; GOMES; BENETTI; ET AL; 2015).

Outra abordagem importante após a análise dos artigos é que os diagnósticos e intervenções de enfermagem a maior parte são realizados pelo North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). O diagnóstico de enfermagem é uma etapa complexa, pois gera desafios ao enfermeiro, por requerer dele um pensamento crítico e conhecimento técnico científico para a interpretação dos dados fornecidos dos pacientes durante a entrevista (SALUM; MATOS; 2015).

Após a leitura dos artigos, os que mais déficit no autocuidado, mobilidade física prejudicada, deambulação prejudicada, risco de infecção e integridade da pele prejudicada, risco para glicemia instável, risco de desequilíbrio no volume de líquidos (STUMM; GOMES; BENETTI; ET AL; 2015).

Os diagnósticos de enfermagem servem para nortear e fundamentar a prática assistencial. O conhecimento dos diagnósticos e intervenções auxiliará as prescrições de enfermagem aos pacientes submetidos a procedimentos cardíacos e a enfermagem poderá elaborar planos de cuidados e proporcionar ao paciente e enfermeiro mais segurança e qualidade no atendimento.

Artigos	Ano	Autor	Objetivo	Resultados
1. Implante de stent coronário e assistência de enfermagem	2007	Feliciano EC, Marques IR.	O objetivo dessa pesquisa bibliográfica foi realizar uma atualização sobre o implante dos stents coronarianos e suas principais complicações após implante e compor um corpo de conhecimento para apoiar a assistência de enfermagem	Realizar uma avaliação abrangente da dor; Investigar fatores de que aliviam e pioram a dor; Redução de ansiedade; Observar sinais e sintomas de débito cardíaco diminuído; Monitorar sinais vitais com frequência; Monitorar estado cardiovascular; Orientar o paciente sobre a importância de relatar imediatamente qualquer desconforto no peito; Administração de medicamentos; Monitorização respiratória; Monitorização hídrica; Precauções contra sangramento; Controle de Eletrólitos.
2. Análise das complicações hospitalares relacionada ao cateterismo cardíaco	2007	Gottschall, M.A.C; Leite, S.R; Quadros, S.A; Rossato, G.	Avaliar a incidência de complicações imediatas do cateterismo cardíaco diagnóstico em adultos, conforme um modelo de categorização das complicações em tipo e gravidade.	Lesão de tronco da artéria coronária esquerda e diagnóstico de cardiopatia isquêmica; Hipertensão arterial; complicações neurológicas, embólicas, vascular; Arritmias;
3. O impacto da visita pré-operatória de enfermagem no nível de ansiedade de pacientes cirúrgicos	2010	Sampaio, P.E.C; Costa, A.M.C; Frias, P.F.T.	Identificar o perfil dos pacientes submetidos à visita pré-operatória de enfermagem; identificar a forma como a visita pré-operatória de enfermagem interfere no escore de ansiedade estado do paciente.	Constatou que, quando o paciente realiza a primeira cirurgia de sua vida, o escore de ansiedade estado são maiores que os pacientes com experiências prévias de cirurgia. Nesta pesquisa, a variação entre os grupos foi mínima, alterando 3% no grupo com alta ansiedade e 4% no grupo com moderada ansiedade. Outro fator que interfere na ansiedade de pacientes com níveis baixos de ansiedade refere-se às sucessivas suspensões das cirurgias

<p>4. Diagnósticos de enfermagem de pacientes submetidos à angioplastia coronária transluminal percutânea à luz dos pressupostos de horta</p>	<p>2008</p>	<p>Lima LR, Stival MM, Lima LR.</p>	<p>Objetivou-se com este estudo identificar e analisar os diagnósticos de enfermagem de pacientes pós-angioplastia coronária transluminal percutânea, com base na Taxonomia II da North American Nursing Diagnosis Association International e no Modelo Conceitual de Horta.</p>	<p>Manter o membro permanece imobilizado para que o coágulo possa se formar em torno da inserção; o movimento pode aumentar a pressão sobre o sistema arterial ou causar o deslocamento do coágulo. - Cuidados de Enfermagem, com o local da punção, como a observação de hemorragias, perfusão do membro periférico e necessidade de troca de curativos. - Após a ACTP, o local da punção deve ser observado quanto a temperatura, a presença de hematoma e, os pulsos devem ser palpados para avaliar a perfusão periférica.</p>
<p>5. Protocolo de cuidados básicos de enfermagem para clientes pós-angioplastia transluminal coronariana.</p>	<p>2018</p>	<p>Lima, V. C. G. S</p>	<p>Objetivos são: 1 - Elaborar um protocolo de cuidados básicos de enfermagem para promoção do conforto do cliente pós-ATC; e 2 - Validar o protocolo através da avaliação de especialistas.</p>	<p>Foi evidenciado na análise dos resultados das respostas dos especialistas que os enfermeiros preferem discutir as complicações do procedimento ao invés dos cuidados básicos de enfermagem</p>
<p>6. Conhecimentos dos profissionais de enfermagem sobre os Cuidados a pacientes submetidos à angioplastia</p>	<p>2011</p>	<p>Silva A.C; Boaventura A.P; Carvalho C.P; Almeida J.L; Gonçalves J.C</p>	<p>O presente estudo busca identificar qual o conhecimento do enfermeiro sobre os principais cuidados aos pacientes submetidos à angioplastia</p>	<p>Foi possível concluir, que estes profissionais necessitam de aprimoramento e educação contínua, pois apresentaram conhecimentos insuficientes para desenvolver o cuidado com qualidade.</p>
<p>7. Diagnósticos de enfermagem em pacientes submetidos a cateterismo cardíaco em uma unidade de cardiologia</p>	<p>2014</p>	<p>Méier J.M; Roehrs H. Aquino M.E</p>	<p>Identificar os diagnósticos de enfermagem de pacientes submetidos a cateterismo cardíaco em uma unidade de cardiologia.</p>	<p>A partir das discussões surgiram nove diagnósticos de enfermagem específicos para pacientes submetidos a cateterismo cardíaco.</p>
<p>8. Cuidados de enfermagem no pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca</p>	<p>2016</p>	<p>Silva R.R; Santana P.H.C; Silva C.L.A.</p>	<p>Avaliar as principais complicações ocorridas no pós-operatório de cirurgia cardíaca.</p>	<p>Observou-se que a maioria delas são preveníveis e estão diretamente relacionadas com a assistência de saúde que é prestada ao paciente.</p>

9. Diagnósticos de enfermagem em infartados submetidos a angioplastia coronariana com Stent.	2007	Paiva S.G	Analisar os diagnósticos de enfermagem em pacientes com infarto agudo do miocárdio submetido a angioplastia transluminal percutânea primária com uso de stents coronarianos.	A identificação dos diagnósticos de enfermagem dos infartados submetidos a angioplastia coronariana com stent, possibilitou traçar um perfil das necessidades de cuidado destes pacientes no qual é possível organizar o conhecimento científico na área da enfermagem cardiológica.
10. Diagnóstico de enfermagem em pacientes no pós-operatório de cirurgia cardíaca	2015	Stumm F.M.E; Gomes S.J; Benetti R;R;E Silveira O;C Ribeiro P;C.	Identificar os diagnósticos de enfermagem de pacientes em pós-operatório mediato de cirurgia cardíaca	Foram identificados 15 diagnósticos de enfermagem de risco e 34 diagnósticos reais, sendo os mais frequentes relacionados ao domínio segurança e proteção
11. Diagnósticos, prognósticos e intervenções de enfermagem na sala de recuperação pós-anestésica	2012	Moreira C; Paldino R; Carvalho M;T.	Identificar os Diagnósticos de Enfermagem no período pós-operatório imediato de pacientes submetidos à cirurgia geral, internados na sala de recuperação pós-anestésica	Foram identificados 11 Diagnósticos de Risco Durante a permanência dos pacientes na SRPA. Destes, cinco apresentaram frequência igual a 100,0% e estavam, portanto, presentes nos 65 pacientes: Risco de queda, Risco de aspiração, Risco de infecção, Risco de desequilíbrio da temperatura corporal e Risco de desequilíbrio do volume de líquidos

Quadro 1. Artigos pesquisados sobre cuidados de enfermagem ao paciente pós-procedimento de angioplastia transluminal percutânea.

Fonte: A autora (2018).

6 | DISCUSSÃO

As doenças vasculares são as principais causas de morte atualmente, tem se tornado um problema na saúde pública, pois, tem tomado uma proporção expressiva entre as causas de morbidade e mortalidade. As doenças cardíacas apresentam uma característica de cronicidade, atualmente existem métodos cirúrgicos e não cirúrgicos para realizar o tratamento a fim de diminuir o risco de morte e restabelecer ao paciente o retorno de suas atividades normais.

Um dos procedimentos mais realizado é a técnica da angioplastia coronariana, um tratamento intervencionista que tem como finalidade a restauração do fluxo sanguíneo, reperfusão arterial. A técnica consiste na inserção de um cateter balão dentro da artéria, o mesmo é revestido por uma malha intra-arterial denominada de Stent que será inflado a fim de desobstruir a artéria.

A angioplastia coronariana transluminal percutânea (ACTP) vem sendo

aprimorada desde a sua descrição inicial em 1977 por Andreas Gruentzig, que foi o médico responsável pelo feito. A ACTP é considerada um procedimento seguro, porém, pode ocorrer complicações, seja estas ligadas ao quadro clínico do paciente ou relacionada ao procedimento e material utilizado. Os fatores mais frequentes são: hipertensão, uso de coagulantes, idade, sexo, diabetes mellitus e sedentarismo, e as complicações são: calcificação na artéria puncionada, hemorragias, fistulas, pseudoaneurismas.

Outras complicações podem acontecer como: vaso vagais que desencadeiam devido a excessiva ansiedade do paciente, alérgicas, arrítmicas, embólicas, neurológicas. Diante desse contexto de inúmeras complicações após a ACTP os cuidados de enfermagem se tornam fundamentais no período pós-operatório.

Gottschall, Leite, Quadros et al (2007), relatam que o uso de contraste para o procedimento de PTCA pode gerar complicações renais, conhecida como nefropatia induzida por contraste. Diante disso o enfermeiro necessita manter a hidratação venosa e oral, observar se o paciente possui restrição hídrica, principalmente nos casos de insuficiência cardíaca. Sendo necessário realizar o acompanhamento de níveis séricos de creatinina após 48 a 72h, tendo como base de comparação os valores antes do procedimento

De acordo com, Silva, Santana e Silva (2016), o papel do enfermeiro abrange aspectos técnicos-científicos, relacionado ao procedimento e possíveis complicações. O enfermeiro precisa ter uma visão holística, o que significa olhar o paciente como um todo. Exige do profissional de saúde um conhecimento específico sobre o tema, pois é uma técnica crescente. Segundo Taets (2016), essa técnica foi realizada pela primeira vez em 1979 no Brasil, e que vem sofrendo mudanças e inovações tecnológicas, como uso de balões, fios guias, introdução de stents, exigindo maior experiência e conhecimento para prestar os devidos cuidados.

Lima (2018), apresenta que os cuidados de enfermagem aos pacientes submetidos a PTCA mais evidenciados foram esses: Manter o paciente em repouso absoluto no leito por pelo menos 6 horas sem poder se movimentar, apoiar ou dobrar a perna, manter cabeceira a ângulo de 45 graus para evitar quadros de bronco aspiração, avaliar local da punção e possível sangramento, temperatura corporal a cada quinze minutos na primeira hora após procedimento, sinais vitais, cor da pele, orientar o paciente sobre todos os cuidados. Ao retirar os introdutores utilizar técnica asséptica e comprimir a região por pelo menos vinte minutos.

O cuidado com a alimentação se torna um ponto de preocupação, pois a comida é liberada após uma hora após o término do procedimento, a ingestão de alimentos após procedimentos pode gerar quadros de sangramentos e como consequência o deslocamento do tampão, visto que o tempo de hemostasia é de duas horas após (LIMA, 2018).

É de grande relevância que o enfermeiro se atente para outros aspectos, incluindo o nível de ansiedade, pois muitos pacientes apresentam nervosismo,

tremores, sudoreses, fobias antes do procedimento. Pacientes que receberam a visita da enfermagem, a ansiedade foi reduzida de 33% para 7%, pois é nesse momento da visita que o enfermeiro poderá compreender as angustias, dúvidas, medo e poderá intervir para que tranquilize o cliente. (SAMPAIO, COSTAS E FRIAS, 2010).

Outro papel importante do enfermeiro é estimular a deambulação do paciente pós angioplastado após a liberação médica, dessa maneira contribui para a melhora do retorno venoso melhorando as suas condições cardiovasculares. O cuidado deve estar voltado para eventos adversos como reações vaso vagais, hipotensão postural, e observar o curativo, caso a abordagem tenha sido feito na região femoral para evitar riscos de sangramentos (SAMPAIO, COSTAS E FRIAS, 2010).

É necessário que o enfermeiro mantenha uma comunicação direta com o paciente e familiares a fim de conhecer medos, ansiedades. Surgem muitas dúvidas e insegurança acerca dos cuidados que serão realizados. A comunicação estabelece um vínculo afetivo entre paciente e enfermeiro, e as informações oferecidas resultem em bem-estar e apoio não só para o paciente, mas para a família também.

Outro aspecto a ser abordado é sobre o conforto do paciente na unidade hospitalar, pois o mesmo pode vir a se sentir desconfortável não apenas pela incapacidade física, uso de curativo em membros inferiores, mas sim pelo todo contexto da situação problema. A fim de proporcionar bem-estar e qualidade no atendimento, o enfermeiro deve estar também avaliando o meio psicoespiritual social e ambiental e não somente físico.

Lima (2010), relata a importância da implementação de um protocolo, pois por meio desde é possível nortear a padronização das ações no cenário da saúde garantindo maior eficácia e eficiência da atuação do enfermeiro aos cuidados pós procedimentos cardíacos, pois uma precisa de um cuidado individualizado.

Silva, Boaventura e Carvalho (2011), evidencia o conhecimento do enfermeiro sobre os cuidados após a PTCA. Apesar da frequência do procedimento, existem dados limitados para informar os cuidados de enfermagem. Afirma, ainda, que não há diretrizes para a prática de enfermagem amplamente acessíveis, com foco na gestão desse cuidado específico e nos seus resultados.

Além dos cuidados prestados após PTCA é fundamental que o enfermeiro realize a identificação dos diagnósticos de enfermagem, pois é através dos diagnósticos será possível direcionar as ações e intervenções específicas. Um dos recursos utilizados pela enfermagem para criação dos diagnósticos é o North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), este facilita a implementação da assistência de enfermagem (NANDA, 2014)

A resolução do (Cofen nº 358/2009), estabelece as etapas do processo de enfermagem. O processo de enfermagem é dividido em cinco fases interdependentes: 1) Coleta de dados de enfermagem ou histórico de enfermagem, 2) Diagnóstico de enfermagem, 3) Planejamento de enfermagem, 4) Implementação e 5) Avaliação de enfermagem.

A incorporação dos diagnósticos de enfermagem propicia a elaboração de plano de cuidados, contemplando as necessidades biológicas, físicas e emocionais mais afetadas de modo que o cuidado se torna individualizado e sistemático. Os diagnósticos de enfermagem possibilitam a associação entre os dados clínicos e o cuidado de enfermagem. Méier, Roehrs e Aquino (2014), evidencia os principais diagnósticos e intervenções de enfermagem aos pacientes submetidos a PTCA. Entre eles se destacam:

Risco de infecção: O paciente fica exposto a risco de infecção devido ao procedimento da angioplastia, embora seja realizado com técnica asséptica, a exposição ambiental em unidade hospitalar aumenta o risco. Silva, Santana e Silva (2016), relatam que esse diagnóstico é o mais presente no âmbito de cirurgias cardíacas. A principal medida para diminuir as chances de o paciente contrair infecção hospitalar é a lavagem das mãos antes e após ao tocar o paciente.

Integridade da pele prejudicada: A imobilização do paciente e restrição do paciente pode vir a comprometer a integridade da pele, pois o paciente não consegue se movimentar no leito por estar monitorizado, com uso de drenos, cateteres, sondas, devido a vulnerabilidade hemodinâmica, o tempo prolongado pode causar lesões por posicionamento.

Mobilidade física prejudicada: O paciente que se encontra debilitado pode apresentar um consumo maior de oxigênio pelos esforços. Essa associação reflete na relação de oferta de oxigênio e consumo estarão comprometidas devido ao episódio isquêmico do infarto do miocárdio e o comprometimento das câmaras cardíacas. Quando esse tipo de diagnóstico está presente, a enfermagem mantém o paciente restrito ao leito para diminuir a sobrecarga cardíaca, porém afeta o paciente nas funções do autocuidado, locomoção e mobilidade.

Déficit no autocuidado: Se caracteriza pela capacidade prejudicada para realizar atividades de vestir-se e arrumar-se a si mesmo. Pacientes infartados ficam restrito ao leito para diminuir o consumo de oxigênio pelo miocárdio e também pela retirada do introdutor na região femoral cateterizado. Em razão a isso o paciente fica limitado.

Padrão do sono perturbado: O ambiente hospitalar traz prejuízo ao sono, excesso de iluminação, ocorrências com outros pacientes, nível de ansiedade por querer receber alta hospitalar, barulhos de equipamentos e outros fatores faz com que haja dificuldade para tranquilizar-se. Tudo isso traz como consequência o aumento da tensão muscular, aumentando o estado de alerta do paciente e dificuldade para conseguir dormir. Paiva (2007), relata que esses achados contradizem a teoria ambientalista de Florence Nightingale, na qual o ambiente deve ser reparador, local que deve proporcionar à paciente tranquilidade e ajuda-lo na recuperação dos aspectos clínicos, emocionais e psicológico.

Risco de desequilíbrio do volume de líquidos: Pacientes submetidos a procedimentos cirúrgico e invasivos pode ocorrer o risco de diminuição ou aumento

rápido de mudança de uma localização para outra do líquido intravascular, intersticial ou intracelular. Podem gerar eventos como uma sobrecarga hídrica por conta do aumento do hormônio diurético que é causado pelo uso da anestesia.

Risco de glicemia instável: O nível de glicose pode variar após o procedimento, principalmente em pacientes que já possuem o diagnóstico de diabetes mellitus devido ao longo período de jejum. Em alguns casos, segundo Moreira, Paldino e Carvalho (2012), necessita do uso de hipoglicemiantes para normalizar o nível sérico da glicose.

Dor aguda: A dor se caracteriza por uma experiência sensorial e emocional desagradável, podendo ser de início súbito ou lento, com intensidade de leve a grave. A dor pode ser relatada de forma verbal ou não verbal, inquietação, choro, alteração nos sinais vitais, entre outros comportamentos. Após um procedimento cardíaco o enfermeiro precisa observar as queixas do paciente, mesmo que a angioplastia sendo um procedimento para melhorar a reperfusão do miocárdio, o paciente pode vir a apresentar um quadro de angina.

Risco de sangramento: É comum após a função femoral apresentar risco de sangramento aumento o evento isquêmico e está associado ao uso de farmacológicos e técnicas intervencionistas, idade avançada e obesos.

Risco queda: Os efeitos cenestésicos do pós-operatório diminuem a capacidade dos reflexos motores, aumentando o risco de queda e danos físicos.

Diagnóstico	Intervenções de enfermagem
Risco de desequilíbrio do volume de líquidos	Medir a circunferência abdominal diariamente em jejum; Avaliar o paciente diariamente (edema, ascite); Monitorar os sinais vitais; Controlar, rigorosamente, a terapia com líquidos e eletrólitos; Restringir líquidos; Pesar diariamente; Proporcionar a ingestão de líquidos; Medir débito urinário; Verificar o turgor da pele.
Risco de sangramento	Observar e registrar presença de sangue; Orientar o paciente para manter repouso; Observar presença de manchas no corpo do paciente.
Risco de glicemia instável	Realizar glicemia capilar com objetivo de manter a glicemia capila; Realizar medicação conforme prescrição médica;
Dor aguda	Avaliar características, intensidade e local da dor; Aplicar escala numérica de dor ou outra escala pertinente; Considerar escore de dor relatado pelo paciente; Avaliar alterações de sinais vitais (pressão arterial, temperatura, frequências cardíaca e respiratória); Administrar analgésicos conforme prescrição médica; Reavaliar dor após administração da medicação;

Risco queda	<p>Auxiliar na deambulação; Acompanhar durante a deambulação; Oferecer cadeiras de rodas; Orientar paciente/família; Certificar que o paciente ou família compreendeu as orientações; Manter o piso seco;</p>
Integridade da pele prejudicada	<p>Avaliar condições da incisão cirúrgica - Avaliar condições do curativo; Avaliar presença de sinais flogísticos (dor, calor, rubor, edema) em incisões cirúrgicas e em locais de inserção de sondas, drenos e cateteres; Monitorar temperatura da pele do paciente;</p>
Risco de infecção	<p>Avaliar o estado nutricional; Avaliar locais de inserção de cateteres quanto à presença de hipertermia; Monitorar temperatura e frequência respiratória; Monitorar sinais e sintomas de infecção da ferida; Supervisionar a pele; Verificar o local da incisão cirúrgica após cada curativo; Utilizar técnicas assépticas apropriadas após cada curativo.</p>
Mobilidade no leito prejudicada	<p>Proporcionar alinhamento do corpo do paciente; Manter a roupa de cama limpa, seca e sem rugas ou dobras; Avaliar condições da pele do paciente; Realizar massagem de conforto, quando pertinente; Manter profilaxia para tromboembolismo venoso (meias elásticas e compressor intermitente); Realizar mudança de decúbito a cada duas horas;</p>
Déficit no autocuidado	<p>Estimular o paciente na participação das atividades da vida diária conforme o nível de capacidade; Estimular a participação nas atividades de autocuidado independente; Manter o ambiente sem obstáculos; Oferecer a assistência até que o paciente esteja totalmente capacitado a assumir o autocuidado; Orientar a família/cuidador da importância de estimular o autocuidado.</p>
Padrão do sono perturbado	<p>Auxiliar o paciente no controle do sono diurno; Discutir com o paciente, família as medidas de conforto, técnicas de monitoramento do sono e as mudanças no estilo de vida; Ensinar ao paciente técnica de relaxamento; Observar as circunstâncias físicas (apneia do sono, via aérea obstruída, dor, desconforto); Monitorar o padrão do sono e quantidade de horas dormidas; Proporcionar um ambiente calmo e seguro.</p>

Quadro 2. Diagnósticos e intervenção de enfermagem baseado no North American Nursing Diagnosis Association (NANDA, 2014).

Fonte: NANDA 2014.

Os diagnósticos são elaborados de acordo com o perfil de cada paciente, pois ajuda a realizar as intervenções e ações específicas de enfermagem. O uso da taxionomia North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), na elaboração dos diagnósticos facilita o planejamento e a implementação de enfermagem, através do NANDA é possível avaliar a necessidade de recursos e a qualidade da assistência da enfermagem (ROSSI et al., 2000).

Ao prestar uma assistência de enfermagem com qualidade, é necessário identificar critérios: escolha da linha teórica, estabelecer as etapas do processo de enfermagem de acordo com a resolução COREN nº 358/2009 (ZAPPELLINI, 2013).

7 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao fim desta pesquisa ficou evidente que o enfermeiro como líder da equipe de enfermagem precisa desenvolver ações eficazes ao paciente submetido a angioplastia. Dessa maneira poderá ofertar qualidade nos cuidados em todos níveis de assistência à saúde.

Outro ponto relevante foi a busca que o enfermeiro necessita de ter e buscar para ampliar os conhecimentos acerca do tema e desenvolver o conhecimento na prática, pois, cada paciente tem a sua particularidade, necessitando de um atendimento de eficiência e qualidade para a recuperação e promoção da saúde. Ficou evidenciado que existem muitas literaturas que abordam a teoria sobre o que é a angioplastia, os avanços tecnológicos, mas existe uma lacuna no que se refere aos cuidados de enfermagem após o procedimento de angioplastia transluminal.

Entre os artigos pesquisados e lidos, os diagnósticos que mais foram abordados e repetidos foram: risco de infecção, integridade da pele prejudicada, déficit no autocuidado, mobilidade no leito prejudicada, risco de sangramento e dor aguda. Através do diagnóstico o enfermeiro é capaz de traçar metas para o cuidado do paciente, desenvolver ações resolutivas, humanizado que melhore o prognóstico de saúde e como consequência, podendo atenuar os dias de internação.

A sistematização da assistência, a anamnese, os exames físicos são necessários para elaboração do diagnóstico e cuidados de enfermagem. Com esses meios é possível observar sinais e sintomas de complicações.

Contudo espera-se que o enfermeiro amplie o conhecimento para realizar o cuidado do paciente pós angioplastia, através de capacitação, cursos, uso de protocolos a fim de melhorar não só o autoconhecimento, sobretudo, a recuperação e conforto do paciente.

REFERÊNCIAS

Bardin, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70. 2011.

Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN-358 de 15 de outubro 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem.** Brasília; 2009 [acesso em 20 jul 2018]. Disponível: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-3582009_4384.html.

FELICIANO EC; MARQUES IR. **Implante de stents coronários e assistência de enfermagem.** Rev Enferm UNISA. 2007;8:27-33.

FERNANDES, M. V; ALITI, G; SOUZA, E. N. **Perfil de pacientes submetidos à cirurgia de revascularização miocárdica: implicações para o cuidado de enfermagem.** Revista Eletronica Enfermagem, 2009.

GAMA, S. A. S. et al. **Conhecimentos dos profissionais de enfermagem sobre os cuidados a pacientes submetidos à angioplastia.** Universidade do Vale do Paraíba/Faculdade de Ciências da Saúde, jan. 2010.

GOTTSCHALL, M.A.C; LEITE, S.R; QUADROS, S.A; ROSSATO, G. **Análise das complicações hospitalares relacionadas ao cateterismo cardíaco.** Rev. Bras. Cardiol. Invasiva vol.15 no.1 São Paulo Jan./mar. 2007.

LIMA LR, STIVAL MM, LIMA LR. **Diagnósticos de Enfermagem de pacientes submetidos à angioplastia coronária transluminal percutânea à luz dos pressupostos de horta.** Rev Enferm UFPE. 2008;2(3):205-12.

LIMA S.G.C.V. **Protocolo de cuidados básicos de enfermagem para clientes pós-angioplastia transluminal coronariana.** Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa/Universidade Federal Fluminense. Niterói. Fev. 2018

LIMA, L. R.; PEREIRA, S. V. M.; CHIANCA, T. C. M. **Diagnósticos de enfermagem em pacientes pós-cateterismo cardíaco: contribuição de Orem.** Rev. Bras. Enferm. v. 59, n. 3, p. 285-290, maio/jun. 2006.

LIMA, V. C. G. S. **Protocolo de cuidados básicos de enfermagem para clientes pós-angioplastia transluminal coronariana.** Relatório Final de Dissertação de Mestrado – Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa – Universidade Federal Fluminense, 2018.

MORAES P; ANTONIETA M; RITTER G.S. **Incidência de complicações vasculares em pacientes submetidos a angioplastia coronariana transluminal percutanea por via arterial transradial e transfemoral.** Acta Paul Enferm 2008;21(1):107-11.

MOREIRA. C; PALDINO R; CARVALHO M.T. **Diagnósticos, prognósticos e intervenções de enfermagem na sala de recuperação pósanestésica.** Rev. SOBECC, São Paulo. out./dez 2012; 17(4): 33-47.

NANDA. International. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2012 – 2014.** Porto Alegre: Artmed; 2013. 606 p.

ROSSI. L; A. **Diagnósticos de Enfermagem do paciente no período pós-operatório imediato.** Rev. Esc. Enf. USP, v.34, n.2, p.154-64, jun. 2000. Disponível em: Acesso em: 15 fev. 2015.

SALLUM, C.N; MATOS, E; UBALDO, I. **Diagnósticos de enfermagem da nanda-i com base nos problemas segundo teoria de wanda horta.** Cogitare enferm. 2015 out/dez; 20(4): 687-694.

SAMPAIO, P.E.C; COSTA, A.M.C; FRIAS, P.F.T. **O impacto da visita pré-operatória de enfermagem no nível de ansiedade de pacientes cirúrgicos.** Revista Mineira de enfermagem. Volume: 14.3.

Ago.2010.

SANTOS, S. F. A. et al. **Assistência de enfermagem a pacientes submetidos à angioplastia coronária: uma revisão de literatura.** Ciências Biológicas e de Saúde Unit., Alagoas. v. 4. n. 1. p. 191-201, maio 2017.

SARDINHA, L. H. A.; GOMES, B.; NASCIMENTO, S. J. **Fatores de risco modificáveis para as doenças cardiovasculares em mulheres com hipertensão arterial.** Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, Fortaleza, v. 12, n. 4, p. 709-715, out./dez. 2011.

SILVA A.C; BOAVENTURA A.P; CARVALHO C.P; ALMEIDA J.L; GONÇALVES J.C. **Conhecimentos dos profissionais de enfermagem sobre os cuidados a pacientes submetidos à angioplastia.** Universidade do Vale do Paraíba/Faculdade de Ciências da Saúde. Mar.2011.

SILVEIRA, S. R.; ALMEIDA, A. M.; SANTOS, C. S. S; **Diagnósticos de enfermagem em pacientes no período pós-operatório de cirurgias cardíacas.** Acta Paul Enferm., v. 23, n. 5, p. 665-670, 2010.

TAETS, C. G. G. **Cuidados de enfermagem e diagnósticos para pacientes submetido à angioplastia coronária transluminal percutânea.** São Paulo: Revista Recien., v. 6, n. 16, p. 3-10, 2016.

THOFEHRN, B. M.; AMESTOY, C. S. **A enfermagem contribuindo para o restabelecimento de pacientes submetidos a angioplastia.** In: Vittalle, Rio Grande, v. 19, N. 2, p. 65-72, 2007.

ZANEI, V. S. S.; BUZATTO, L. L. **Ansiedade em pacientes no período pré-cateterismo cardíaco.** Einstein, v. 8, n. 4, pt. 1, p. 483-487, 2010.

ZAPELINI, Maria Cristina. **Rede de cuidado a pessoas submetidas a angioplastia transluminal coronária.** 2013. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Repositório Institucional da UFSC. Florianópolis, 2013. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/122610>> Acesso: 13\09\2018.

EFEITOS OXI-HEMODINÂMICOS DE DIFERENTES TIPOS DE BANHO NO LEITO EM PACIENTES CRÍTICOS: REVISÃO SISTEMÁTICA

Luana Vieira Toledo

Enfermeira. Enfermeira. Mestra em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Juiz de Fora. Doutoranda em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Professor Assistente II do Departamento de Medicina e Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa. Viçosa. Minas Gerais. Brasil.
Endereço para correspondência: Av. Peter Henry Rolfs, S/Nº, Departamento de Medicina e Enfermagem, Campus Universitário, Viçosa. Minas Gerais. CEP: 36.570-900. E-mail: luana.toledo@ufv.br. Tel.: (32)98431-4470.

Barbara Xavier Santos

Acadêmica do curso de graduação em Enfermagem pelo Departamento de Medicina e Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa. Viçosa. Minas Gerais. Brasil.

Patrícia de Oliveira Salgado

Enfermeira. Mestra e Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais. Professor Adjunto do Departamento de Medicina e Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa. Viçosa. Minas Gerais. Brasil.

Cristiane Chaves de Souza

Enfermeira. Mestra e Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais. Professor Adjunto do Departamento de Medicina e Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa. Viçosa. Minas Gerais. Brasil.

Lídia Miranda Brinati

Enfermeira. Mestre em Ciências da Saúde pelo Departamento de Medicina e Enfermagem da

Universidade Federal de Viçosa. Viçosa. Minas Gerais. Brasil.

Flávia Falci Ercole

Enfermeira. Doutora em Ciências – área específica de Epidemiologia pela Universidade Federal de Minas. Professor Associado II da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

RESUMO: Trata-se de uma revisão sistemática que objetivou identificar na literatura as evidências dos efeitos de diferentes tipos de banho no leito sobre as alterações oxihemodinâmicas em pacientes críticos. Foram seguidas as etapas de identificação, seleção, elegibilidade e inclusão das publicações. A busca bibliográfica ocorreu no período de 15 a 30 de março de 2018, nas bases de dados: LILACS, BDENF, Coleciona SUS, Pubmed, Web os Science, SCOPUS, EMBASE, CINAHL. O protocolo de busca foi registrado na plataforma PROSPERO. O *corpus* de análise baseou-se em sete artigos, cinco estudos (71,4%) foram do tipo quase experimental e dois Ensaios Clínicos Randomizados (28,6%). Predominaram as publicações direcionadas aos pacientes críticos neonatais (5 – 71,4%), nos quais os efeitos oxihemodinâmicos e comportamentais de diferentes tipos de banho foram avaliados. Para

esta população foram estudados os efeitos das intervenções de banho de esponja, banho de imersão e banho de fralda. Na população de pacientes críticos adultos, os estudos analisaram o efeito do banho no leito tradicional e do banho no leito a seco. Nos neonatos, os métodos alternativos de banho, como o banho de fralda e de imersão, promoveram uma menor alteração nas variáveis oxi-hemodinâmicas. Para a população adulta, menores alterações foram percebidas quando o tradicional banho no leito foi realizado mantendo-se constante a temperatura da água, ou quando se realizou o banho a seco. Reafirma-se a importância do desenvolvimento de estudos com altos níveis de evidência sobre a técnica mais segura e eficaz de banho no leito para prevenir variações oxi-hemodinâmicas.

PALAVRAS-CHAVE: Banhos; Enfermagem; Unidades de Terapia Intensiva; Cuidados críticos; Hemodinâmicos.

INTRODUÇÃO

Os pacientes que possuem comprometimento de um ou mais sistemas fisiológicos tidos como principais para a manutenção de sua homeostase são considerados em cuidados críticos⁽¹⁾. Esses pacientes, devido a sua complexidade, requerem uma assistência contínua, especializada e de alta densidade tecnológica, a qual pode ser encontrada nos ambientes das Unidades de Terapia Intensiva (UTIs)⁽¹⁾.

Devido ao quadro clínico apresentado pelos pacientes internados em UTIs, estes muitas vezes se tornam dependentes do cuidado da equipe de enfermagem para realizações de atividades de vida diária básicas, como por exemplo, a higiene corporal⁽²⁾. Em geral, a prática de banhar desenvolvida pela equipe de enfermagem é executada como uma atividade mecanizada, seguindo-se um protocolo, sem que se desperte atenção para as possíveis alterações decorrentes de sua realização, e para o efeito desta intervenção no quadro clínico dos pacientes⁽³⁾.

Durante o momento do banho, nos ambientes climatizados das UTIs, não se deve ignorar as influências das diversas condições às quais o paciente fica exposto, sendo muitas vezes necessária a realização de intervenções para a manutenção da regulação térmica e do equilíbrio oxi-hemodinâmico⁽⁴⁾. As variáveis oxi-hemodinâmicas não invasivas como a Frequência Cardíaca (FC), Frequência Respiratória (FR) e a Saturação parcial de oxigênio arterial (SpO₂) podem ser facilmente mensuradas nos pacientes críticos e representam informações diretas sobre a sua condição de saúde⁽⁴⁾.

Nesse sentido, compreende-se que o banho no leito, apesar de ser considerada uma prática realizada frequentemente pela equipe de enfermagem, pode exercer alterações nos parâmetros fisiológicos dos pacientes, que se não detectadas e tratadas, podem contribuir para uma pior evolução do quadro clínico dos pacientes submetidos a esta intervenção⁽⁵⁾.

As alterações fisiológicas dos pacientes que ocorrem devido à assistência de enfermagem em razão da execução de cuidados inadequados e/ou desqualificados,

sem rigor técnico e científico, vêm sendo discutidas no meio científico⁽⁶⁾. Tal fato se deve uma vez que a ocorrência de eventos iatrogênicos na assistência coloca em risco a vida de pacientes, e tem merecido atenção dos enfermeiros na busca por cuidados que assegurem um mínimo de riscos⁽⁷⁻⁸⁾.

Assim, investigar cientificamente as evidências sobre a realização do banho no leito configura-se como uma importante ferramenta orientadora da prática profissional do enfermeiro, o qual contará com um subsídio teórico para o desenvolvimento de uma prática efetiva e segura direcionada aos pacientes críticos.

Embora as ações para a manutenção da higiene corporal estejam inseridas nas atividades do cotidiano da equipe de enfermagem direcionada aos pacientes críticos, sabe-se que o banho no leito não é uma prática isenta de riscos e, portanto questiona-se: quais os efeitos de diferentes tipos de banho no leito sobre as alterações oxihemodinâmicas em pacientes críticos?

Diante do exposto, delineou-se este estudo com objetivo de identificar na literatura as evidências dos efeitos de diferentes tipos de banho no leito sobre as alterações oxihemodinâmicas em pacientes críticos.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão sistemática que analisou os efeitos de diferentes tipos de banho no leito sobre as alterações oxihemodinâmicas em pacientes críticos.

Os estudos com delineamento de revisões sistemáticas são apontados como ferramentas úteis na identificação das melhores evidências científicas, a fim de incorporá-las à prática clínica⁽⁹⁾.

Esta revisão buscou responder à seguinte questão norteadora: Quais os efeitos de diferentes tipos de banho no leito sobre as alterações oxihemodinâmicas em pacientes críticos? O estudo foi conduzido seguindo a diretriz de redação científica *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA Checklist)*⁽¹⁰⁾ e o protocolo da revisão sistemática foi registrado no *International Prospective Register of Systematic Reviews (PROSPERO)*, sob o número CRD42018100165⁽¹¹⁾.

Foram incluídas no estudo as publicações que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: estudos nos quais o procedimento de banho era considerado como intervenção e o desfecho era o comportamento das variáveis hemodinâmicas dos pacientes; estudos com delineamento do tipo Ensaio Clínico Randomizado (ECRs) ou quase experimental, disponíveis na íntegra para leitura dos pesquisadores, publicados nos idiomas português, inglês e espanhol, em qualquer ano.

Foram excluídos os estudos duplicados nas diferentes bases de dados, com delineamento do tipo revisões, cartas, resumos de congressos, opiniões pessoais, capítulo de livros, estudo retrospectivo, estudo descritivo, relatórios de casos ou séries de casos. Além disso, também foram excluídos os estudos que apesar de considerarem o banho como intervenção, mensurou como desfecho outras variáveis,

como a colonização da pele, o controle da ansiedade e a melhoria do padrão do sono.

Dois autores estabeleceram, independentemente, a elegibilidade dos estudos. Qualquer diferença de opinião sobre a elegibilidade foi resolvida com base no diálogo entre eles, ou consultando uma terceira opinião de pesquisador com expertise no método de estudo. Os estudos foram identificados por meio de estratégia de busca elaborada com a ajuda de um bibliotecário da área de ciências da saúde e adaptada para cada base eletrônica de dados. As bases de dados selecionadas foram: LILACS, BDNF, Coleciona SUS, Pubmed, Web os Science, SCOPUS, EMBASE, CINAHL.

A estratégia utilizada no PubMed foi posteriormente adaptada para as demais bases de dados, sendo empregados os seguintes termos: (((("Intensive Care Units" [Mesh] OR "Critical Care" [Mesh]) OR ("Intensive Care Units" [Title/Abstract] OR "Critical Care" [Title/Abstract] OR "intensive care unit" [Title/Abstract] OR "ICU" [Title/Abstract] OR "Intensive Care" [Title/Abstract] OR "Critical Illness" [Title/Abstract] OR "critical patients" [Title/Abstract] OR "critical patient" [Title/Abstract])) AND ("Baths" [Mesh] OR (Baths [Title/Abstract] OR bath [Title/Abstract] OR bathing [Title/Abstract] OR "Bed bath" [Title/Abstract] OR "disposable bath" [Title/Abstract] OR "bag bath" [Title/Abstract]))) AND (((((((("Oximetry" [Mesh] OR "Blood Gas Monitoring, Transcutaneous" [Mesh]) OR "Hemodynamics" [Mesh]) OR "Heart Rate" [Mesh:noexp]) OR "Pulse" [Mesh]) OR "Respiratory Rate" [Mesh]) OR "Vital Signs" [Mesh]) OR "Body Temperature" [Mesh]) OR "Skin Temperature" [Mesh]) OR (Oximetry [Title/Abstract] OR Hemodynamics [Title/Abstract] OR "Heart Rate" [Title/Abstract] OR "Pulse" [Title/Abstract] OR "Respiratory Rate" [Title/Abstract] OR "Vital Signs" [Title/Abstract] OR "Body Temperature" [Title/Abstract] OR "Skin Temperature" [Title/Abstract] OR "Skin Temperatures" [Title/Abstract] OR "Body Temperatures"[Title/Abstract] OR "Vital Sign"[Title/Abstract] OR "Respiration Rates" [Title/Abstract] OR "Respiratory Rates" [Title/Abstract] OR "Respiration Rate" [Title/Abstract] OR Pulses [Title/Abstract] OR "Heart Rates" [Title/Abstract] OR Hemodynamic [Title/Abstract] OR "Pulse Oximetries" [Title/Abstract] OR "Pulse Oximetry" [Title/Abstract] OR Oximetries [Title/Abstract] OR saturation [Title/Abstract]))).

Após a obtenção de todas as referências, foram excluídos os artigos duplicados e aplicados os critérios de elegibilidade para a seleção dos estudos. As buscas nas diferentes bases de dados foram realizadas no período de 15 a 30 de março de 2018.

Após a busca dos artigos procedeu-se a seleção dos estudos, a qual foi realizada em três etapas. Na primeira etapa, dois pesquisadores avaliaram, de forma independente, os títulos e resumos dos artigos, a fim de identificar se estes atendiam aos critérios de inclusão estabelecidos neste estudo.

Na segunda etapa, os mesmos investigadores realizaram, de forma independente, a leitura do texto completo dos artigos selecionados na etapa anterior, e excluíram os estudos que não atenderam aos critérios de inclusão.

Em seguida, foi realizado um encontro com os dois avaliadores, a fim de identificar a presença de qualquer discordância entre os artigos selecionados por

eles. As discordâncias identificadas foram resolvidas em uma discussão entre os investigadores e, nos casos em que não se obteve um consenso, um terceiro autor foi consultado para tomar uma decisão final. Os estudos que foram excluídos depois da avaliação do texto completo e os motivos da exclusão estão listados na [Figura 1](#).

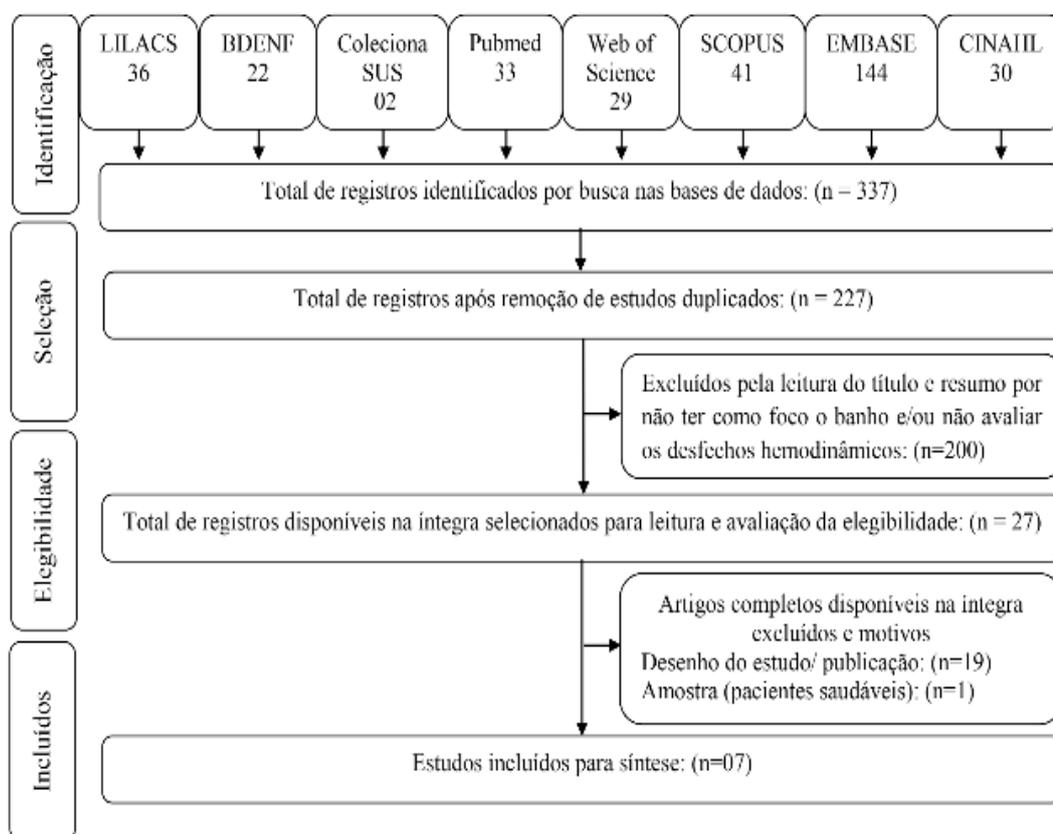


Figura 1: Fluxograma da busca na literatura e processo de seleção. Belo Horizonte, MG, Brasil. 2018.

Durante a coleta de dados foram elencadas as informações que seriam extraídas dos artigos publicados, pelos pesquisadores. Para tanto, foi elaborado um instrumento para reunir e sintetizar as informações chave do estudo, contendo as seguintes variáveis: título, país e ano de publicação, objetivo, delineamento do estudo, população e amostra, análise estatística, respeito a critérios éticos na realização da pesquisa, tipo de intervenção (tipos de banho), características dos principais desfechos clínicos avaliados e conclusões.

O resultado primário de interesse deste estudo foi alteração das variáveis oxihemodinâmicas em pacientes críticos durante o procedimento de banho no leito. Foi apresentada a síntese do conhecimento extraído acerca do efeito do banho no leito sobre essas variáveis em quadros sinópticos, de acordo com a população estudada e o objeto central dos artigos que compuseram a amostra do estudo.

O risco de viés dos Ensaio Clínicos Randomizados foi avaliado por dois pesquisadores, de forma independente, utilizando-se a ferramenta *Cochrane Collaboration Risk of Bias Tool*⁽¹²⁾. Com o uso desta ferramenta analisou-se os riscos relacionados aos sete domínios: geração da sequência, ocultação da atribuição,

cegamento dos participantes, composição da equipe e avaliadores dos resultados, completude dos dados dos resultados, desfecho seletivo e outras fontes de viés. Após a avaliação de cada item, o risco de viés dos estudos foi classificado como baixo, alto ou incerto.

Para a avaliação da qualidade dos estudos com delineamento quase experimental utilizou-se a Escala *Newcastle-Ottawa*⁽¹³⁾, contendo três perspectivas amplas: a seleção dos grupos de estudo; a comparabilidade dos grupos; e a averiguação da exposição ou desfecho de interesse. A qualidade de um determinado estudo foi avaliada com base num “sistema estrelar”, no qual a alta qualidade do estudo foi alcançada quando estes recebiam uma estrela em todos os domínios avaliados. Em ambas as avaliações, as discordâncias entre a classificação dos pesquisadores foram resolvidas por um terceiro investigador.

Os estudos foram classificados quanto aos níveis de evidência que variam de I a VII sendo: nível I – metanálise ou revisões sistemáticas; nível II – Ensaio Clínico Randomizado Controlado; nível III – Ensaio Clínico sem Randomização/ Quase Experimental; nível IV – Estudos de coorte e de caso controle; nível V – Revisões sistemáticas de estudos descritivos; nível VI – estudos descritivos; nível VII – opinião de especialistas⁽¹⁴⁾. Cabe ressaltar que a descrição do delineamento do estudo seguiu à classificação definida pelos autores.

RESULTADOS

O *corpus* de análise baseou-se em sete artigos dos quais cinco (71,4%) foram publicados nos últimos 10 anos, entre 2008 e 2018. Em relação ao delineamento, cinco estudos (71,4%) foram do tipo quase experimental e dois ECRs (28,6%). Vale destacar que três estudos (E1, E2, E4) do tipo quase experimental, não foram delineados com outro grupo comparativo, sendo conduzidos baseados na metodologia comparativa antes e depois, onde foi realizada a análise dos resultados antes e depois da realização da intervenção.

No que tange à população do estudo, predominaram as publicações direcionadas aos pacientes críticos neonatais (5 – 71,4%), nos quais os efeitos oxi-hemodinâmicos e comportamentais de diferentes tipos de banho foram avaliados. Para esta população foram estudados os efeitos das intervenções de banho de esponja, banho de imersão e banho de fralda. Na população de pacientes críticos adultos, foram analisados o efeito do banho no leito tradicional, utilizando-se bacias com água e sabão, e do banho no leito a seco, utilizando compressas umedecidas com substância emoliente.

Para fins de análise, os artigos foram agrupados em dois quadros sinópticos baseados na população estudada. O quadro 1 apresenta a síntese do conhecimento sobre os efeitos dos diferentes tipos de banho sobre as alterações oxi-hemodinâmicas de pacientes críticos neonatos. Por sua vez, o quadro 2 exhibe os dados referentes aos artigos que tem como população pacientes críticos adultos.

Autor/ ano	Objetivo	Delineamento do estudo/ Amostra/ Nível de Evidência	Intervenção	Desfechos	Principais Resultados/ Conclusão
E1) Peters, KL / 1998 ⁽¹⁵⁾	Avaliar efeitos fisiológicos e comportamentais que o banho de esponja tem em recém-nascidos prematuros	Estudo quase experimental/ n=14 prematuros / Nível de Evidência: III	Banho de esponja	Variáveis fisiológicas (Frequência Cardíaca (FC); Saturação de Oxigênio (SpO ₂), Consumo e Fração Inalada de Oxigênio) e comportamentais (atividade motora e mudança comportamental)	O banho de esponja causa estímulos estressantes para prematuros. Nesse tipo de banho, todos os bebês apresentaram valores de FC e SpO ₂ alterados (p<0,05).
E2) Lima, DVM; Lima, GOP; Francisco, MTR; Figueiredo, NMA; Clos, AC / 2007 ⁽¹⁶⁾	Demonstrar a utilização da SpO ₂ transcutânea como medida oximétrica durante o banho do recém-nascido (RN) pneumopata; Discutir a importância da temperatura da água utilizada no banho e seus efeitos no consumo de oxigênio	Estudo quase experimental/ n=10 neonatos/ Nível de Evidência: III	Banho no leito	Variáveis fisiológicas (FC e SpO ₂)	Não houve diferença estatisticamente significativa na variação da FC (variação de até 31%) e SpO ₂ (variação média de 3%) entre os neonatos. O banho não foi considerado um fator de risco para alterações fisiológicas do RN.
E3) Loring, C et al. / 2012 ⁽¹⁷⁾	Comparar a temperatura corporal dos recém-nascidos pré-maturos tardios depois de 24 horas de vida em três momentos: antes e depois da imersão na banheira ou do banho de esponja	Ensaio Clínico Randomizado/ n=100 prematuros/ Nível de Evidência: II	Banho de imersão	Temperatura axilar (10 minutos antes do banho, 10 e 30 minutos após o banho)	Não houve diferença da temperatura dos bebês antes dos diferentes tipos de banho. Após o banho de imersão o valor da temperatura sofreu menor variação do que quando comparado com os bebês que receberam o banho de esponja (p<0,001)

<p>E4) Tapia-Rombo, CA; Mendonza-Cortés, U; Uscanga-Carrasco, H; Sánches-García, L; Tena-Reyes, D.; López-Casillas, EC./ 2012⁽¹⁸⁾</p>	<p>Determinar a variação dos sinais vitais (Temperatura retal, FC, Frequência Respiratória [FR]), coloração da pele e SpO₂ em recém-nascidos pré-maturos críticos antes, durante e após o banho de esponja. Determinar as possíveis complicações secundárias ao procedimento</p>	<p>Estudo quase-experimental/ n=48 prematuros/ Nível de Evidência: III</p>	<p>Banho de esponja</p>	<p>Variáveis fisiológicas (Temperatura retal, FC, FR, SpO₂) e coloração da pele</p>	<p>Ao se comparar as variáveis antes e depois do banho observou-se alteração da temperatura (p<0,001) e FR(p=0,03). Já na comparação entre os valores das variáveis antes e durante o banho, observou-se que todos foram alterados (p<0,05). Em relação aos valores obtidos durante o banho e após a sua realização, observou-se que apenas o valor de FR não foi significativo (p=0,67).</p>
<p>E5) Edraki, M; Paran, M; Montaseri, S; Nejad, MR; Montaseri, Z. / 2014⁽¹⁹⁾</p>	<p>Comparar os efeitos do banho de fralda e tradicional na temperatura corporal e na duração do choro do recém-nascido pré-maturo</p>	<p>Ensaio Clínico Randomizado/ n=50 recém-nascidos/ Nível de Evidência: II</p>	<p>Banho de fralda</p>	<p>Temperatura e tempo de duração do choro</p>	<p>Nos dois grupos houve diferença entre a temperatura corporal antes e após a conclusão do banho (p<0,001), sendo menor a variação nos bebês submetidos ao banho de fralda. Da mesma forma os RNs que receberam o banho de fralda tiveram um menor tempo de choro</p>

Quadro 1: Síntese dos artigos que apresentam o efeito dos diferentes tipos de banho sobre as alterações oxi-hemodinâmicas de pacientes críticos neonatos. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. 2018.

Autor/ ano	Objetivo	Delineamento do estudo/ Amostra/ Nível de Evidência	Intervenção	Desfechos	Principais Resultados/ Conclusão
E6) Oliveira, AP; Lima, DVM/ 2010 ⁽²⁰⁾	Comparar a SpO ₂ em vários estágios do banho, com e sem controle da temperatura da água	Estudo quase-experimental/ n=30/ Nível de Evidência: III	Banho no leito tradicional	SpO ₂ e Temperatura da água do banho	Ao se comparar os valores de SpO ₂ antes e durante o banho, houve uma menor variação nos pacientes submetidos ao banho no leito com controle da temperatura da água (p<0,001). A manutenção constante da temperatura da água aquecida é capaz de minimizar a queda da SpO ₂ .
E7) Ramos, JMF; Consuegra, RVG; Urrego, KAG/ 2016 ⁽²¹⁾	Avaliar os efeitos de dois tipos de banho de leito: secos e tradicionais, em relação à resposta adaptativa em modo fisiológico em paciente crítico cardiovascular	Estudo quase-experimental/ n=36 pacientes/Nível de Evidência: III	Banho no leito a seco	Duração do banho, complicações e variáveis fisiológicas (FC, FR, SpO ₂ , Pressão Arterial [PA], Pressão Venosa Central [PVC])	O banho a seco foi considerado mais rápido que o banho tradicional. Houve uma relação entre a elevação dos valores da PA e o banho tradicional (p=0,001).

Quadro 2: Síntese dos artigos que apresentam o efeito dos diferentes tipos de banho sobre as alterações oxi-hemodinâmicas de pacientes críticos adultos. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. 2018.

Avaliação do risco de viés dos estudos com delineamento de Ensaio Clínico Randomizado

Após a avaliação individual dos ECRs pela ferramenta *Cochrane Collaboration Risk of Bias Tool*⁽¹⁰⁾ pôde-se perceber que nos dois artigos incluídos no estudo não existe uma clara definição sobre a forma como é gerada a sequencia aleatória e a existência ou não de qualquer tipo de cegamento. Destaca-se, ainda, que os itens referentes à completude dos desfechos e a presença de desfechos seletivos apresentou um baixo risco de viés, demonstrando que os resultados esperados foram alcançados. Vale ressaltar que um dos ECR (E5) apresentou um alto risco de viés em relação a outras possíveis fontes de viés, sendo estas relacionadas à provável influência dos pesquisadores sobre um dos desfechos avaliados (variáveis comportamentais do neonato – agitação/choro) (Quadro 3).

Itens Avaliados	Estudos Avaliados	
	E3	E5
Geração da Sequência Aleatória	Risco Incerto	Risco Incerto
Ocultamento de atribuição	Baixo Risco	Risco Incerto
Cegamento de participantes e equipe	Risco Incerto	Risco Incerto
Cegamento de avaliação do desfecho	Risco Incerto	Risco Incerto
Desfechos incompletos	Baixo Risco	Baixo Risco
Relato de desfecho seletivo	Baixo Risco	Baixo Risco
Outro viés	Baixo Risco	Alto Risco de Viés

Quadro 3: Avaliação do risco de viés individual dos estudos com delineamento Ensaio Clínico Randomizado a partir da utilização da ferramenta *Cochrane Collaboration Risk of Bias Tool*⁽¹⁰⁾. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. 2018.

Avaliação dos estudos com delineamento quase experimental

A partir da utilização da Escala *Newcastle-Ottawa*⁽¹¹⁾ foi possível verificar que todos os estudos com delineamento quase experimental (5 - 100,0%) apresentaram uma avaliação indicativa de alta qualidade, os quais obtiveram no mínimo uma pontuação estrela em todas as três categorias avaliadas: seleção dos grupos de estudo, comparabilidade dos grupos e na determinação dos resultados. Ressalta-se que três publicações avaliadas (E1, E2, e E4) não apresentaram um grupo controle específico, mas foram realizadas as análises comparativas dos desfechos antes e depois da realização da intervenção, o que pode ser justificado pelo seu delineamento do tipo antes e depois (Quadro 4).

Estudos Publicados/ Itens Avaliados	E1	E2	E4	E6	E7
Seleção	☆☆☆	☆☆	☆☆	☆☆☆	☆☆☆
Comparabilidade	☆☆*	☆☆*	☆☆*	☆☆	☆☆
Resultados	☆☆☆	☆☆☆	☆☆☆	☆☆☆	☆☆☆

Quadro 4: Avaliação da qualidade dos estudos com delineamento quase experimental a partir da utilização da Escala *Newcastle-Ottawa*⁽¹¹⁾. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. 2018.

*o estudo foi desenhado com base na metodologia comparativa antes e depois, sendo realizada a análise dos desfechos antes e depois da realização da intervenção.

DISCUSSÃO

Essa revisão incluiu sete estudos que avaliaram os efeitos dos diferentes tipos de banho no leito sobre as alterações oxi-hemodinâmicas em pacientes críticos. As principais alterações avaliadas foram: Temperatura Corporal, FC, SpO₂, e FR. A maioria dos estudos (5 – 71,4%) teve como população os pacientes neonatais, submetidos ao banho de esponja, imersão e de fralda⁽¹⁵⁻¹⁹⁾. No que tange à população de pacientes críticos em idade adulta, foram incluídos dois estudos (28, 6%), tendo como intervenções analisadas o banho no leito tradicional com controle da temperatura da água do banho, e o banho no leito a seco (*bag bath*)⁽²⁰⁻²¹⁾.

Em relação às alterações ocorridas com os neonatos, os dois ECR (E3, E5), considerados com maior nível de evidência (II), identificaram que o banho de fralda e o banho de imersão proporcionaram uma menor variação dos valores da temperatura corporal dos bebês quando comparados com o tradicional banho de esponja^(17,19). No banho convencional, os RNs ficam mais expostos ao fluxo de ar, já no método de cobrir e imergir o RN reduz a perda de calor através da radiação, condução e evaporação⁽¹⁹⁾. Vale ressaltar que a redução da temperatura corporal dos RN pode levar a alterações graves de sinais vitais e aumento do consumo de energia⁽²²⁻²³⁾.

Nessa revisão, três estudos quase experimentais (E1, E2, E4) avaliaram o efeito do banho de esponja sobre as demais alterações oxi-hemodinâmicas (FC, FR e SpO₂) dos neonatos, sendo identificada uma divergência entre os principais achados. Em um dos estudos (E2) o banho não foi considerado um fator de risco para alterações fisiológicas do recém-nascido⁽¹⁶⁾. Por outro lado, outros dois estudos (E1, E4) identificaram alterações significativas nas variáveis FC, SpO₂ e FR^(15,18). Estar atento a essas alterações hemodinâmicas desencadeadas pelos diferentes tipos de banho é um importante cuidado da equipe de enfermagem, a fim de identificar precocemente e agir prontamente na manutenção da estabilidade dos parâmetros vitais dos neonatos em cuidados críticos.

O banho no leito dos pacientes em cuidados críticos pode ser entendido como um procedimento de responsabilidade da enfermagem devido às condições físicas desses pacientes, que impossibilitam a sua auto realização⁽⁵⁾. O banho pode promover alterações fisiológicas importantes não apenas para os neonatos. Nesta revisão observou-se que os adultos criticamente doentes se beneficiam do banho no leito quando é mantido constante o valor da temperatura da água (E6), ou quando se utiliza de métodos alternativos ao banho no leito, como banho a seco (E7)⁽²⁰⁻²¹⁾.

No estudo quase experimental (E6) percebeu-se que a variação da saturação

de oxigênio arterial nos pacientes submetidos ao banho no leito é menor quando a temperatura da água permanece em 40°C⁽²⁰⁾. Entretanto, não se pode ignorar que outros fatores podem interferir na variação na oxigenação tecidual, tais como a mobilização do paciente, a exposição a baixas temperaturas ambientais da UTI, a massagem da pele, a sedação, o estado de alerta ou uso de medicamentos⁽²⁰⁾.

O banho a seco tem sido considerado como um método alternativo de banho no leito cuja efetividade, em termos de remoção de microbiota da pele, não é considerada inferior à do método tradicional⁽²⁴⁻²⁵⁾. Além disso, apresenta como vantagem o seu tempo de realização, sendo mais rápido que o banho tradicional fazendo com que o paciente fique exposto aos riscos por um menor tempo (E7)⁽²¹⁾.

Destaca-se que mesmo havendo poucos estudos clínicos direcionados à análise dos efeitos dos diferentes tipos de banho no leito sobre as alterações ocorridas com os pacientes em cuidados críticos, os estudos existentes destacam a necessidade do desenvolvimento de uma prática segura, minimizando-se os seus riscos⁽⁵⁾.

A principal limitação deste estudo relaciona-se à escolha dos tipos de estudos selecionados, pois ao se restringir a amostra de estudos clínicos randomizados ou do tipo quase experimental acaba por restringir o número de publicações. No entanto, por ser uma revisão que busca avaliar o efeito de uma determinada intervenção, entende-se que os estudos clínicos são aqueles capazes de responder aos objetivos dessa proposta.

Dessa forma, percebe-se a necessidade de novos estudos direcionados à avaliação dos efeitos dos diferentes tipos de banho no leito sobre as variáveis oxihemodinâmicas dos pacientes adultos e neonatais considerados em cuidados críticos.

CONCLUSÃO

Os artigos analisados nesta revisão sistemática, em sua maioria, destinaram-se a avaliar o efeito do banho no leito sobre as variáveis oxihemodinâmicas em pacientes neonatais, sendo poucos os estudos dedicados à população de pacientes críticos adultos. Os resultados ressaltam as lacunas existentes na literatura, sobretudo em relação à definição da técnica de banho no leito mais segura no que se refere à manutenção da estabilidade oxihemodinâmica.

Os estudos direcionados à avaliação das alterações oxihemodinâmicas em neonatos apontam para um benefício maior das práticas alternativas de banho, como o banho de fralda e o banho de imersão, em relação à prática convencional do banho de esponja.

Para a população adulta em cuidados críticos, menores alterações podem ser percebidas quando o tradicional banho no leito ocorre com a manutenção constante da temperatura da água ou quando este método é substituído pelo banho a seco, considerado mais rápido e com a mesma eficácia.

Considerando que o banho no leito é uma prática desempenhada diariamente

pela equipe de enfermagem nas UTIs e que os pacientes críticos respondem de forma distinta a esse procedimento, reafirma-se a importância do desenvolvimento de estudos com altos níveis de evidência sobre a melhor técnica de banho no leito, considerada a mais segura e eficaz, tanto em neonatos quanto em adultos criticamente enfermos, para prevenir variações nos parâmetros oxi-hemodinâmicos destes pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução nº 7, de 24 de fevereiro de 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências
2. Penaforte MHO, Martins MMFPS. The visibility of hygiene self-care in nurse-to-nurse shift change reports. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2011 [cited 2016 Apr 20];19(1):131-39. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/18.pdf>
3. Prado ARA, Ramos RL, Ribeiro OMPL, Figueiredo NMA, Martins MM, Machado WCA. Banho no cliente dependente: aspectos teorizantes do cuidado de Enfermagem em reabilitação. *Rev. Bras. Enferm.* 2017;70(6):1337-42
4. Lima DVM, Lacerda RA. Hemodynamic oxygenation effects during the bathing of hospitalized adult patients critically ill: systematic review. *Acta Paul de Enferm* [Internet]. 2010 [cited 2016 Mar 28]; 23(2): 278-85. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n2/en_20.pdf
5. Costa GS, Souza CC, Diaz FBBS, Toledo LV. Banho no leito em cuidados críticos: uma revisão integrativa. *Rev baiana enferm*, 2018;32(1):e20483.
6. Pereira PSL, Costa Neto AL, Moreira WC, Carvalho ARB, Frota BC, Lago EC. Repercussões fisiológicas a partir dos cuidados de enfermagem ao paciente em unidade de terapia intensiva. *Rev Prev Infec Saúde.* 2015;1(3):55-66.
7. Pessalacia JD, Silva LM, Jesus LF, Silveira RC, Otoni A. Atuação da equipe de enfermagem em UTI pediátrica: um enfoque na humanização. *Rev Enferm Cent O Min.* 2012; 2(3):410-8.
8. Vila VS, Rossi LA. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: “muito falado pouco vivido”. *Rev Latinoam Enferm.* 2009;10(2):137-44.
9. De-La-Torre-Ugarte-Guanilo MC; Takahashi RF, Bertolozzi, MR. Systematic review: general notions. *Rev. esc. enferm. USP* [online]. 2011;45(5):1260-66.
10. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. Disponível em: www.prisma-statement.org.
11. PROSPERO. International Prospective Register of Systematic Reviews. [cited 2018 Sep 10]. Available from: <http://www.crd.york.ac.uk/PROSPERO/>.
12. Carvalho APV, Silva V, Grande AJ. Avaliação do risco de viés de ensaios clínicos randomizados pela ferramenta da colaboração Cochrane. *Diagn Tratamento.* 2013;18(1):38-44.
13. Wells GA, Shea B, O’Connell D, Peterson J, Welch V, Losos M, et al. The Newcastle-Ottawa Scale (NOS) for assessing the quality of non randomised studies in meta-analyses. [cited 2018 Oct 25]. Available from: http://www.ohri.ca/programs/clinical_epidemiology/oxford.asp.
14. Galvão CM. Níveis de evidências [editorial]. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2006 [Acesso 30 nov

2016] 19(2). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n2/a01v19n2.pdf>.

15. Peters KL. Bathing premature infants: physiological and behavioral consequences. *Am J Crit Care*. 1998;7(2):90–100.
16. Lima DVM, Lima GOP, Francisco MTR, Figueiredo NMA, Clos AC. O banho do neonato portador de pneumopatia em UTI: implicações oximétricas para a enfermagem. *R Enferm UERJ*, Rio de Janeiro, 2007 jul/set; 15(3):437-43.
17. Loring C, Gregory K, Gargan B, et al. Tub Bathing Improves Thermoregulation of the Late Preterm Infant. *JOGNN*. 2012; 41:171-79.
18. Tapia-Rombo CA, Mendoza-Cortés U, Uscanga-Carrasco H, Sánchez-García L, Tena-Reyes D, López-Casillas EC. Variations of vital signs and peripheral oxygen saturation in critically ill preterm newborn, after sponge bath. *Rev Invest Clin*. 2012; 64(4):344-53.
19. Edraki M, Paran M, Montaseri S, Razavi Nejad M, Montaseri Z. Comparing the Effects of Swaddled and Conventional Bathing Methods on Body Temperature and Crying Duration in Premature Infants: A Randomized Clinical Trial. *Journal of Caring Sciences*, 2014; 3(2):83-9.
20. Oliveira AP, Lima DVM. Evaluation of bedbath in critically ill patients: impact of water temperature on the pulse oximetry variation. *Rev Esc Enferm USP*. 2010; 44(4): 1034-40.
21. Ramos JMF, Consuegra RVG, Urrego KAG. Modelo de adaptación de Roy em el baño en cama. *Av Enferm*. 2016;34(3):215-25.
22. Rolim KMC, Araújo AFPC, CAMPOS NMM, Lopes SMB, Gurgel EPP, Campos, ACS. Cuidado quanto à termorregulação do recém-nascido prematuro: O olhar da Enfermeira. *Rev. Rene*. 2010; 11(2): 44-52.
23. Freitas P, Marques SR, Alves TB, Takahashi J, Kimura AF. Changes in physiological and behavioral parameters of preterm infants undergoing body hygiene: a systematic review. *Rev Esc Enferm USP*. 2014 Aug;48 (Spec):178-83.
24. Paulela DC, Bocchi SC, Mondelli AL, Martin LC, Sobrinho AR. Effectiveness of bag bath on microbial load: clinical trial. *Acta Paul Enferm*. 2018;31(1):7-16.
25. Groven FM, Zwakhalen SM, Odekerken-Schroder G, Joosten EJ, Hamers JP. How does washing without water perform compared to the traditional bed bath: a systematic review. *BMC Geriatrics*. 2017;17:31.

CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL PARA RISCOS CARDIOVASCULARES E INFECCIOSOS EM GRUPOS VULNERÁVEIS DE RUA NA REGIÃO CENTRAL DE SÃO PAULO – INFLUÊNCIAS PSICOSSOCIAIS

Marcos da Silva Pontes

(enfmarcospontes@outlook.com)

Claudia Cristina Soares Muniz

(claudiasoares@uninove.br)

INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial (HA) é uma condição onde as artérias oferecem uma resistência para a passagem do sangue. Esta condição pode ocasionar danos como: infartos, insuficiência cardíaca, insuficiência renal ou paralisção dos rins e alterações na visão, podendo levar à cegueira, e quando não diagnosticada podendo levar ao óbito. Considerando assim os níveis máximo de 140 mm Hg, e mínimo de 100 mm Hg, tendo uma instabilidade superior à esses valores, poderá ser diagnosticado a HA; torna-se mais frequente em pessoas em situação de rua, pois elas não possuem alimentação saudável, consultas médicas regulares com especialistas, realização de atividade física adequada e com suporte necessário, e ainda passam por situações de estresse, nervoso, ansiedade afetando seu sistema nervoso de tal forma da qual pode ser acometido um pico de tensão causando assim, crises de HA agudas¹.

OBJETIVO

Caracterizar os riscos psicossociais para a manifestação e controle da HA.

METODOLOGIA

O trabalho consiste em estudo de campo exploratório, transversal e quantitativo com coleta de dados por meio de pesquisas nas regiões do Centro de São Paulo, com amostragem aleatória por conglomerado em 96 homens com idade de 20 a 60 anos ou mais, realizada nos anos de 2013 a 2017, tendo definida com hipertensão valores pressóricos superiores a 140x90 mm Hg. O projeto foi apresentado e aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Nove de Julho (UNINOVE) sob o protocolo: 022503. Esta etapa é fundamental por se tratar de uma pesquisa envolvendo seres humanos, respeitando a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Os voluntários envolvidos assinaram previamente o formulário de autorização para utilização dos dados coletados e responderam as entrevistas semiestruturadas com questões abertas e fechadas sobre seu perfil. Durante a entrevista foram realizadas aferições de pressão arterial e circunferência abdominal segundo técnicas preconizadas pela 7ª Diretriz Brasileira de

Hipertensão Arterial e demais variáveis como: raça, cor, sexo, escolaridade, tabagismo, doenças infecciosas e doenças cardíacas, assim como etilismo e alterações psicossociais: ansiedade, estresse, depressão, temperamento impulsivo, isolamento social, raiva ou hostilidade.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

As alterações encontradas nos diversos voluntários têm como principal achado o estresse, levando-nos a compreender o aparecimento da HA aguda nesses indivíduos. O mecanismo fisiopatológico dos fatores psicossociais na doença cardiovascular (DCV) permanece incerto. Pesquisas mostram a importância da inflamação na precipitação de eventos cardiovasculares. Fatores psicossociais podem estar associados a comportamentos predisponentes à inflamação, como tabagismo, sedentarismo e ingestão alcoólica. Em adição, fatores psicossociais estão relacionados com obesidade e aumento de açúcar no sangue. Todos esses fatores citados acima podem estar ligados a uma predisposição hipertensiva, de tal forma, que assegura ao indivíduo desenvolver uma HA aguda, podendo desencadear uma Insuficiência Renal Aguda (IRA), está sendo a perda súbita da capacidade de seus rins filtrarem resíduos, eletrólitos, afetando diretamente a depuração sanguínea, acarretando na perda homeostática do indivíduo². Podendo ser tratada com o uso de medicamentos de forma contínua e regular. Do ponto de vista emocional e psicológico, a forma de tratamento medicamentosa, tem também a forma terapêutica de passar num psicólogo, afim de tentar entender qual o real motivo para tamanha influência do fator psicológico interferindo no aumento da PA. Sabemos que moradores em situação de rua não tem quase nenhum recurso para aderir tal tipo de tratamento, e por isso muitas vezes nem se dão conta do perigo em que se encontram. As Unidades Básicas de Saúde (UBS), têm por finalidade o atendimento às pessoas de baixa qualidade de vida, e sem muitos recursos, uma vez que qualquer tipo de tratamento se dá de forma gratuita. Basta apenas que o indivíduo queira dar sequência ao tratamento iniciado de acordo com a decisão médica³. Durante as nossas pesquisas realizadas com os voluntários, foi perguntado como e de que forma eles conseguem minimizar esses fatores psicológicos que podem interferir indiretamente com o aumento da PA, e a resposta mais usada por eles, foi que para “fugir” da realidade, usavam drogas ilícitas, ingeriam bebida alcoólica ou se isolavam de todos os que estavam a sua volta. Foi realizado um estudo com 70 voluntários em situação de rua, onde eram 64 homens e 6 mulheres, com idades entre 18 e 65 anos, sendo sua maioria da faixa etária de 30 à 65 anos; e relacionado à raças obtemos uma média de Pressão Arterial Sistólica (PAS) de aproximadamente 117 mmHg em brancos, aproximadamente 166 em negros, e 143 em pardos. Em relação a Pressão Arterial Diastólica (PAD) foi de aproximadamente 77 mmHg em brancos, 104 em negros, e 92 em pardos. Ou seja, as associações desses elementos podem resultar no aumento da Pressão Arterial (PA), deixando incerto o

real motivo para tal acontecimento, uma vez que alterado um fator psicológico seja conseqüentemente ativado, uma nova alteração possivelmente metabólica, e assim se tornando uma associação ao motivo do aumento da PA, sendo vista essa como uma forma “secundária” do motivo de alteração da PA, já que a causa “primária” foi a alteração psicológica.

CONCLUSÃO

Por meio de nossos dados obtidos durante toda a realização das entrevistas, não é possível dar a certeza de que os fatores psicossociais interferem de modo ativo no aumento da PA, e sim de forma secundária. Sugere-se então a realização de estudos que possam investigar a fundo tais alterações que esses fatores psicológicos causam nos indivíduos, de forma a desencadear um pico hipertensivo de forma gradativa. A Enfermagem tem como uma de suas principais atribuições, a Atenção Primária e a Educação em Saúde, tornando-se coparticipante nas orientações para esta população, visando à promoção e prevenção de agravos a saúde. A Educação em Saúde é um instrumento valioso, transferindo informações e saberes existentes procurando desencadear mudanças de comportamento no indivíduo, sendo fundamental na promoção e prevenção de DCV, possuindo uma grande relevância mundial nos últimos anos. A Sistematização e dinâmica entre esses dois níveis de Atenção evidencia a melhora da saúde e recuperação do paciente, reduzindo as comorbidades nesta população vulnerável. A Atenção Primária em interface com a Atenção secundária trabalha comumente em virtude da prevenção, promoção e recuperação do paciente, reduzindo as incidências de DCV por meio de um controle efetivo dos FR.

PALAVRAS-CHAVE: Pressão Arterial; Estresse; Ansiedade; Vulnerabilidade, Hipertensão.

REFERÊNCIAS

1-Almeida F.C. (2009). A influência de fatores emocionais sobre a hipertensão arterial. J Bras Psiquiatr; 58(2): 128-134.

2-Suka M. & Yoshida K. H. (2003). Sugimori insônia persistente é um preditor de hipertensão arterial em japonês do sexo masculino. J Occup Saúde 45-350:344, PubMed.

3-Brasil . Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Saúde Brasil 2004 – uma análise da situação de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

4-ROZANSKI et al., 1999; SANZ et al., 2010; EWART et al., 2011; XUE et al., 2012; STEPTOE& KIVIMÄKI, 2013; EORY et al., 2014

CATETER VENOSO CENTRAL: CONTRAINDICAÇÕES E INFECÇÕES RELACIONADAS

Karla Cristiane Oliveira Silva

Hospital Universitário de Santa Maria – HUSM/
EBSERH/Universidade Federal de Santa Maria
Santa Maria – RS

Pâmela Pohlmann

Hospital Universitário de Santa Maria – HUSM/
EBSERH/Universidade de Santa Cruz do Sul
Santa Maria – RS

RESUMO: Objetivou-se identificar resultados de ensaios clínicos do Portal de Enfermagem Baseada em Evidências sobre infecções relacionadas a cateteres venosos centrais. Revisão narrativa, com busca na Biblioteca Virtual em Saúde, seção *Enfermería Internacional*, utilizando-se “infecção”, “cateter venoso central”. Os resultados foram discutidos e comparados a estudos preexistentes. Cateter venoso central: Indicado para infundir drogas, hemodiálise, nutrição parenteral, quimioterapia e necessidade de alto fluxo ou volume. Fornece linha eficaz às veias calibrosas centrais, com meio prático para coletar amostras sanguíneas, possibilita aferir pressão venosa central, minimiza punções periféricas, diminui riscos de danos venosos ou teciduais por substâncias irritantes ou vesicantes. Contra-indicações do cateter venoso central: O médico deve considerar contra-indicações e complicações, como punção acidental de carótida, formação de hematoma,

punção traqueal acidental, lesão de nervo laríngeo, embolia aérea, pneumotórax, flebite, sepse, lesão cardíaca. Infecção relacionada ao uso de cateter venoso central: Devido às altas taxas e mortalidade elevada, o enfermeiro deve atentar para sinais e sintomas de infecções locais: febre, pústulas, pus, inflamação. Nas infecções sistêmicas, ocorrem leucocitose, mal estar, náuseas, vômitos. São exemplos de germes presentes nas hemoculturas: *Staphilococcus*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Klebsiella pneumoniae*, *Acinetobacter baumannii*, *Candida albicans*, *Proteus mirabilis*, *Escherichia coli*. **CONCLUSÃO:** As intervenções de enfermagem são essenciais para monitorar sinais vitais; providenciar hemoculturas, administrar antibioticoterapia ou antifúngicos e, igualmente, pesquisar outras fontes de infecção, no intuito de preveni-la e realizar o cuidado efetivo ao paciente com infecção relacionada ao cateter venoso central. **PALAVRAS-CHAVE:** Cateter Venoso Central; Infecção; Prevenção de Infecção; Cuidados de Enfermagem; Enfermagem Baseada Em Evidências.

ABSTRACT: The objective of this study was to identify the results of clinical trials of the Evidence Based Nursing Portal on infections related to central venous catheters. Narrative review, with search in the Virtual Health Library,

section *Enfermería Internacional*, using “infection”, “central venous catheter”. The results were discussed and compared to preexisting studies. Central venous catheter: Indicated to infuse drugs, hemodialysis, parenteral nutrition, chemotherapy and high flow or volume requirement. Provides effective line to the central caliber veins, with practical means to collect blood samples, allows to check central venous pressure, minimizes peripheral punctures, reduces risks of venous or tissue damage by irritant or vesicant substances. Contraindications of the central venous catheter: The physician should consider contraindications and complications, such as accidental carotid puncture, hematoma formation, accidental tracheal puncture, laryngeal nerve injury, air embolism, pneumothorax, phlebitis, sepsis, cardiac injury. Central venous catheter-related infection: Because of the high rates and high mortality, the nurse should look for signs and symptoms of local infections: fever, pustules, pus, inflammation. In systemic infections, leukocytosis, malaise, nausea, vomiting occur. Examples of germs present in blood cultures are: *Staphilococcus*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Klebsiella pneumoniae*, *Acinetobacter baumannii*, *Candida albicans*, *Proteus mirabilis*, *Escherichia coli*. CONCLUSION: Nursing interventions are essential to monitor vital signs; Provide blood cultures, administer antibiotics or antifungals, and also investigate other sources of infection in order to prevent it and effectively care for the patient with infection related to central venous catheter.

KEYWORDS: Central Venous Catheter; Infection; Infection Prevention; Nursing care; Evidence-Based Nursing.

1 | INTRODUÇÃO

A assistência à saúde é essencial para a manutenção da qualidade de vida do ser humano, entretanto, há diversos tipos de tratamentos ou terapias que, apesar de almejar a cura, podem provocar agravos à condição de saúde, tais como as infecções, as quais são complicações importantes e repetitivas nos pacientes internados em ambiente hospitalar. Nesse contexto, O’Grady, Alexander, Burns, Dellinger, Garland, Heard et al. (2011) consideram que as infecções da corrente sanguínea têm, como principal causa, o uso contínuo do Cateter Venoso Central (CVC), especialmente nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs).

Em ambientes altamente complexos como este, onde imperam múltiplos procedimentos invasivos, a ocorrência e prevalência das infecções podem ser significativas, uma vez que o CVC é de uso constante, podendo, inclusive, permanecer por longa data. Por este e outros motivos, o paciente sofre maior risco de colonização do sítio de inserção do cateter, e, ao mesmo tempo, a sua manipulação acontece diversas vezes do dia, seja para a administração de medicamentos, soluções, Nutrição Parenteral Total (NPT) ou hemoterapia.

Segundo Marcondes, Biojone, Cherri, Moryia e Piccinato (2000), nas últimas décadas, os acessos venosos centrais estão, cada vez mais, sendo indicados para

salvar e prolongar a vida de muitos pacientes, portadores de inúmeras enfermidades. A título de exemplo de utilização, o Setor de Dispensação de Materiais da Farmácia de um hospital universitário, no Rio Grande do Sul, entrega, em média, mensalmente, às suas unidades, 135 CVCs, somente mencionando os dispositivos dos tipos mono e duplo lúmens (HUSM, 2015), demonstrando que é significativa a cateterização de linha venosa central no âmbito hospitalar.

Todavia, esta terapia pode acarretar sérios riscos ao paciente, devido às possíveis complicações originadas por embolia gasosa, perfuração de vasos calibrosos ou de órgãos contíguos ao sítio de punção, pneumotórax, sepse ou trombogênese (BANTON, BRADY, O'KELLEY, 2005), dentre outras complicações menos comuns e de menor gravidade. Assim sendo, é de vital importância que sejam estudados os para-efeitos da cateterização venosa central e as formas de prevenir as complicações oriundas desta terapia, sobretudo a sua relação com as infecções no contexto hospitalar. Mas, a despeito disso, ainda existem lacunas importantes na literatura que precisam ser esclarecidas.

Leal, Girardon-Perlini e Guido (2013) constataram que é escassa produção científica na área da Enfermagem acerca deste tema, ainda que seja uma tecnologia importante, de demanda considerável na prática clínica hospitalar. Considera-se este fato preocupante, uma vez que o conhecimento teórico-prático e a conscientização da equipe de enfermagem (e de saúde, como um todo) para o cuidado com o paciente em uso de CVC (e para o cuidado com o próprio cateter, em si) são essenciais para minimizar a ocorrência de infecções e complicações relacionadas ao seu uso, as quais podem, inclusive, ser fatais. Por conseguinte, buscam-se elementos coadjuvantes e norteadores para as tomadas de decisão na prática clínica da enfermagem e da medicina, em se tratando desse tema.

Nesse sentido, no intuito de auxiliar no aprimoramento da prática clínica relacionada ao cuidado ao paciente que utiliza o CVC, propôs-se esta revisão, por meio da reunião e organização de trabalhos divulgados na literatura científica, cujo objetivo tratou de identificar os resultados dos ensaios clínicos divulgados no Portal de Enfermagem Baseada em Evidências, na Biblioteca Virtual em Saúde, sobre infecções relacionadas a cateteres venosos centrais. Com isso, almeja-se, oferecer subsídios concretos para a prática clínica da enfermagem ao se discutir os resultados dos estudos com vistas a auxiliar as tomadas de decisão durante os processos de trabalho dos enfermeiros no seu cotidiano, no que se refere à prevenção de infecções relacionadas ao uso do cateter venoso central.

2 | MÉTODO

Os enfermeiros mantêm, de forma constante, a (re)construção do conhecimento científico no intuito de otimizar o cuidado ao paciente. Atualmente, uma estratégia

amplamente utilizada por estes profissionais é a Prática Baseada em Evidências (PBE), a qual surgiu da necessidade de minimizar a lacuna existente entre os avanços científicos e a prática clínica cotidiana. As etapas que envolvem a PBE são: delimitação do problema, busca e avaliação crítica das evidências disponíveis, implantação das evidências na prática clínica e avaliação dos resultados obtidos (POMPEO, ROSSI, GALVÃO, 2009).

Segundo estas autoras, a partir da PBE foram desenvolvidos diversos métodos de revisão da literatura, que têm como finalidade procurar, avaliar criticamente e sintetizar as evidências disponíveis acerca do tema investigado com o desígnio de embasar, teoricamente, a prática clínica. Para tanto, além da revisão sistemática e da revisão integrativa, por exemplo, ainda existe a revisão narrativa, a qual, ao contrário das outras, tem caráter investigativo amplo, cujo objetivo é desenvolver estudos teóricos ou conceituais a respeito de um determinado tema (ROTHER, 2007).

A revisão narrativa não lança mão, obrigatoriamente, de critérios sistemáticos rigorosos para o delineamento da busca dos artigos com a aplicação de estratégias de busca sofisticadas e exaustivas. Ao mesmo tempo, não tem o objetivo de esgotar todas as fontes de informações disponíveis sobre o tema. A análise crítica dos trabalhos utilizados permite ser mais ampla, uma vez que a seleção dos estudos e a interpretação das informações podem estar sujeitas à subjetividade dos autores, entretanto é considerada muito adequada para a fundamentação teórica de artigos, dissertações, teses e trabalhos de conclusão de cursos (INSTITUTO DE PSICOLOGIA DA USP, [s.d]).

A primeira etapa deste estudo consistiu na identificação do tema e na elaboração da questão de pesquisa. Em seguida, foi realizada a busca das produções científicas acerca do tema proposto, na Biblioteca Virtual em Saúde, seção *Enfermería Internacional*, utilizando-se o sistema de busca próprio do portal, empregando-se: os termos “infecção”, “cateter venoso central”, com o uso, tão somente, do operador bolleano “and”.

Na intenção de melhor organizar a busca das publicações, e sua análise, os critérios de inclusão para a seleção das mesmas foram: ser trabalho no formato de artigo completo; oriundo de pesquisa do tipo ensaio clínico; divulgado na íntegra; disponível *online*; de acesso gratuito; apresentado nos idiomas Português, Inglês ou Espanhol; estar divulgado entre os Ensaio Clínicos e as Diretrizes e Protocolos do Portal de Enfermagem Baseada em Evidências; constar nas Coleções “Bases de dados especializadas”; apresentar como “Assunto principal” os filtros “Cateterismo Venoso Central” and “Infecções Relacionadas a Cateter”. Não foi utilizado recorte temporal para a seleção dos artigos, uma vez que não foi encontrado nenhum marco específico sobre o assunto que pudesse ser claro o suficiente para tal delimitação.

Como critérios de exclusão foram utilizados: produções no formato de teses, dissertações, monografias e informes; artigos publicados apenas no formato de resumos; trabalhos que não atendem à temática proposta; artigos que abordam a

temática, mas apresentam outros vieses que não a infecção relacionada a CVC; artigos que discorrem sobre cateter central de inserção periférica; revisões bibliográficas e reflexões teóricas; trabalhos cujo acesso é pago; e artigos indisponíveis *online*.

O desenvolvimento deste estudo ocorreu de fevereiro a outubro de 2016, e sua revisão, em outubro de 2018.

Os dados extraídos dos artigos encontrados foram avaliados à luz da análise crítica e descritiva, a qual tem por objetivo descrever os fatos e fenômenos de determinada realidade (TRIVIÑOS, 2010). Assim, os dados foram analisados com enfoque qualitativo, devido à possibilidade de melhor organizá-los, além de apresentar e sintetizar os dados coletados. Esta natureza qualitativa permitiu uma análise mais individualizada dos conhecimentos para a conseqüente associação descritiva (MEDRI, 2011).

A análise dos dados se refere à discussão dos resultados evidenciados nos artigos incluídos nesta revisão narrativa, os quais foram discutidos e comparados com outros estudos preexistentes na literatura com enfoque nas infecções relacionadas ao CVC. Inicialmente, discute-se sobre as indicações e tipos de CVC, em seguida, as suas contraindicações e, por fim, aborda-se a respeito das infecções referentes à sua utilização.

3 | CATETER VENOSO CENTRAL

As indicações para o emprego de CVCs são múltiplas, variando desde a necessidade de infusão comum de drogas, em vasos calibrosos, e hemodiálise, para o tratamento agudo da insuficiência renal, até a terapia mais prolongada com administração de NPT e de quimioterápicos, além de terapias endovenosas com necessidade de fluxo de infusão rápido ou urgência de administração de grandes volumes de fluidos. Também podem ser necessários para o transplante de medula óssea (TMO).

De acordo com Noval, Fernández, Fernández, García, Gonzáles e Lalín et al. (2011), define-se como CVC o dispositivo endovenoso que está situado, em seu extremo distal, em uma veia, normalmente a cava superior ou a inferior, exatamente antes da sua entrada no átrio direito, podendo, assim, ser implantado para permanecer por um curto ou, se necessário, por um longo período de tempo, dependendo do tipo de terapia a ser utilizada. Teoricamente, estes tipos de cateteres apresentam menores incidências de complicações e lesões do endotélio vascular em relação a outros tipos de cateteres.

Muitos desses tratamentos são de pequena duração, para terapias agudas, utilizando-se os cateteres de curta permanência, mas o seu uso é, em grande parte, também indicado para tratamentos duradouros ou esporádicos. Para tanto, são necessários CVCs de longa duração, inseridos cirurgicamente. De acordo com a terapia

indicada, os tipos principais de implantação de cateteres centrais são: de inserção percutânea local, de inserção periférica, inseridos por cirurgia e inseridos sem cirurgia, cada um com suas características e especificidades clínico-terapêuticas, cateteres de curta permanência e único lúmen (mono lúmen), cateteres de curta permanência e vários lumens (duplo ou triplo lumens, mormente), dentre outras.

No Hospital Universitário Ramón y Cajal (2005), situado na Espanha, assim como em outros hospitais do mundo, os cateteres de curta duração são inseridos nas veias subclávia ou jugular, apresentando dois, três ou quatro lúmens (vias). Também utilizam cateteres de Swan-Ganz para a verificação das pressões pulmonares e débito cardíaco quando a monitorização hemodinâmica é estritamente necessária. Por sua vez, os cateteres de longa permanência são dispositivos com reservatório, do tipo Hickman. O cateter com reservatório vascular possui um cateter interno inserido com técnica de tuneilização, normalmente constituído de silicone, contendo uma ou duas luzes, e se situa embaixo do tecido subcutâneo (port-o-cath e permcath). O tipo Hickman é um cateter central externo, inserido igualmente com técnica de tuneilização, constituído de silicone, sendo apresentado com uma ou duas vias, e se situa abaixo do tecido subcutâneo. As zonas de implantação desses cateteres, normalmente, são o tórax, e, nos casos de cateteres com reservatório, estes são implantados sobre uma superfície óssea. O acesso à veia cava ocorre pelas veias jugulares, subclávias ou tronco cefálico.

Na área da Hemato-Oncologia e serviços correlatos, há várias alternativas para tratar ou controlar o câncer, sendo essencial a implantação do CVC de longa permanência. Uma das suas finalidades é diminuir ou eliminar possíveis traumas ocasionados pela punção venosa, sendo tanto traumas psicológicos quanto físicos, os quais podem ser desencadeados por substâncias irritantes e/ou vesicantes, decorrentes dos múltiplos medicamentos antineoplásicos. Salienta-se que as drogas irritantes são as que provocam reação inflamatória local quando transpassam as paredes dos vasos sanguíneos. Por sua vez, as drogas vesicantes ocasionam necrose grave nos tecidos circunjacentes ao local da veia puncionada, se houver extravasamento (BONASSA, 1998).

Assim sendo, as vantagens da utilização do CVC são inúmeras: além de fornecer uma linha direta e eficaz às veias calibrosas centrais, tais como as jugulares internas e as subclávias, e além de permitir a infusão rápida de grandes volumes de fluidos e medicamentos, também oferece um meio prático e rápido de coleta de amostras de sangue, possibilita a aferição da Pressão Venosa Central (PVC), minimiza consideravelmente o número de punções venosas periféricas, preservando ou permitindo a recuperação fisiológica dos vasos, e diminui o risco de dano venoso e tecidual decorrente da administração de substâncias irritantes ou vesicantes. No entanto, a cateterização venosa de linha central também oferece desvantagens, por se tratar de um processo mais demorado de técnica de inserção do cateter, pela exigência de maior habilidade técnica, se comparada à punção periférica, e pelo maior custo

para a sua manutenção (BANTON, BRADY, O’KELLEY, 2005), além de ser necessária uma maior quantidade de materiais para a realização do procedimento.

4 | CONTRAINDICAÇÕES DO CATETER VENOSO CENTRAL

Apesar de largamente utilizado na prática clínica hospitalar, existem algumas contraindicações que impedem a implantação do CVC. Podem ocorrer infecções das áreas adjacentes ao sítio de inserção e trombose da veia puncionada. As coagulopatias também representam uma importante contraindicação, mas de maneira relativa, na dependência de cada caso, de modos específicos. Outro fator que pode acarretar contraindicação é o trauma da veia, que, se consecutivo, pode distorcer a anatomia desta e dificultar a implantação do CVC no local (GRAHAM, OZMENT, TEGTMEYER, LAI, BRANER, 2007).

Ao cogitar a possibilidade de realizar a canulação venosa central local, o médico deve levar em conta, além das indicações, também as contraindicações e possíveis complicações que podem decorrer do procedimento, as quais, por si só, já podem ser consideradas fatores de contraindicação. Araújo (2003) afirma que este procedimento pode acarretar punção acidental de carótida, formação de hematomas, punção traqueal acidental, lesão de nervo recorrente laríngeo, embolia aérea, pneumotórax, trombose, flebite, sepse, implantação do CVC em má posição, perda e embolia do cateter ou lesão cardíaca ocasionada pelo próprio cateter.

De acordo com o referido autor, o CVC também não deve ser utilizado nos casos de discrasias sanguíneas graves, para a administração de anticoagulação terapêutica, nas endarterectomias de carótida ipsilateral, em pacientes que apresentam tumores cervicais ou tumores com extensão intravascular para o átrio direito. E, para Carlotti (2012), as contraindicações gerais da colocação deste tipo de cateter igualmente incluem infecção da área subjacente ao local de inserção e trombose da veia puncionada, mas a coagulopatia constitui contraindicação relativa, na dependência de cada caso.

A própria manutenção do CVC também pode se tornar um fator complicador. No Instituto Nacional do Câncer (INCA), por exemplo, durante a terapia antineoplásica, o CVC é um dispositivo contraindicado quando os pacientes não podem comparecer ao serviço de saúde para possibilitar a manutenção do cateter em um prazo máximo de sete dias, no intuito de impedir sua obstrução. Para o paciente que apresenta condições de higiene precárias, o risco de desenvolver uma infecção relacionada ao cateter é notadamente maior, uma vez que a porção exteriorizada do mesmo precisa de cuidados higiênicos rigorosos e de troca periódica de curativos de maneira asséptica. Da mesma forma, nos casos de metástases cutâneas, é grande o potencial para a ocorrência de infecções e, por isso, o CVC também não é a primeira escolha (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Considerando todos esses fatores, além de outros específicos a cada caso, diversos hospitais no mundo possuem protocolos de procedimentos operacionais padronizados para buscar a uniformização e otimização das rotinas dos serviços. Estes documentos apresentam informações detalhadas sobre temas específicos, dependendo de cada área da assistência, tais como o protocolo geral de CVCs do Hospital Universitário Ramón y Cajal (2005). Este protocolo apresenta medidas semelhantes às preconizadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), no Brasil, pois, para a manutenção destes dispositivos, alguns cuidados são essenciais.

Para mantê-los permeáveis e livres de contaminação durante dias, semanas ou, até mesmo anos, algumas medidas são importantes, e devem ser tomadas rigorosamente como rotina, tais como: não realizar coletas de amostras de sangue através do cateter para exames laboratoriais; não desobstruir o cateter por meio da aspiração de quaisquer coágulos; proteger o cateter durante todo o tempo que o paciente for submetido à higiene corporal para não molhar; promover a higienização das mãos antes e após a inserção e qualquer tipo de manipulação dos cateteres; lavar a(s) via(s) com solução fisiológica após a infusão de medicamentos ou hemoderivados, nos casos de cateteres semi-implantáveis, ou, em alguns casos específicos, pode-se utilizar a heparinização da luz do cateter; evitar a infusão ou coleta de sangue através dos cateteres implantáveis, pois tais procedimentos provocam danos ao dispositivo; utilizar luvas estéreis e realizar antisepsia da pele antes de inserir a agulha no cateter, trocando a agulha de Huber a cada dois dias e, nos casos de agulhas especiais, semelhantes ao escalpe, a troca deve ocorrer a cada sete dias (ANVISA, 2007).

A técnica de inserção e manipulação deve ser rigorosamente estéril; quando da administração de medicamentos, não utilizar seringas inferiores a 10 ml; utilizar, nos cateteres com reservatórios, somente agulhas específicas para tal, dos tipos Gripper ou Huber; e sempre utilizar técnica de pressão positiva. A utilização de conectores valvulados é muito útil nesses casos (NOVAL, FERNÁNDEZ, FERNÁNDEZ, GARCÍA, GONZÁLEZ, LALÍN et al., 2011).

Portanto, apesar de todas as vantagens que a cateterização de linha venosa central oferece, é preciso levar em consideração as complicações causadas pelo uso dos CVCs e, igualmente, deve-se atentar para as contraindicações, no intuito de oferecer um dispositivo e uma técnica realmente seguros para o tratamento do paciente, desde a sua indicação até a sua remoção.

5 | INFECÇÕES RELACIONADAS AO CATETER VENOSO CENTRAL

Compreende-se que a utilização e manutenção dos CVCs, sobretudo os de curta permanência, podem trazer diversos e sérios riscos à saúde do paciente e, nesse contexto, a infecção se destaca, pois pode ocorrer desde o local de inserção do dispositivo até em nível sistêmico. Esta última condição, se não tratada devidamente,

pode desencadear, inclusive, choque séptico e morte.

De acordo com Salomao, Rosenthal, Grimberg, Nouer, Blecher, Buchner-Ferreira et al. (2008), nas UTIs do Brasil, as taxas de Infecção de Corrente Sanguínea (ICS) relacionada aos CVCs possuem prevalência de 8,1 a 25,8 casos a cada 1000 cateteres/dia, mantendo uma taxa média de 9,1 infecções por 1000 cateteres/dia, uma taxa maior do que os 2,4 casos identificados em outros estudos. Esses pacientes possuem uma taxa de mortalidade de 47,1%, a qual aumenta na medida em que os dias de internação aumentam na UTI, podendo chegar a um aumento da referida taxa para mais 27,8%.

Dentre as várias complicações observadas no dia a dia do cuidado, referentes ao sítio de inserção do CVC, como, por exemplo, no cateter para hemodiálise, pode ser observada a presença de eritema e exsudatos, obstrução das vias do cateter ou a sua colonização por bactérias, além do risco, também, de bacteremia (PIRES, ALBUQUERQUE, 2005).

Por consequência, é importante que o enfermeiro atente para os sinais e sintomas que o paciente pode apresentar enquanto permanecer com o CVC. Quando se trata de uma infecção local, o paciente pode apresentar febre, calafrios, mal estar generalizado, erupção ou presença de pústulas no local, presença de exsudato purulento e/ou os sinais típicos de inflamação: rubor, calor, edema, sensibilidade aumentada no sítio de inserção do cateter. As possíveis causas podem ser: falha no processo asséptico durante a técnica de cateterização venosa central ou durante a manutenção do dispositivo, não trocar o curativo de acordo com as normas e protocolos (segundo o que preconiza a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH), permitir que o curativo permaneça úmido ou com sujidades, permitir situações que possibilitem contaminações no local de inserção do CVC, possibilidade de imunossupressão do paciente e irritação nos pontos de contato com os fios de sutura (BANTON, BRADY, O’KELLEY, 2005), dentre outras condições.

Por outro lado, as autoras supracitadas também referem que as infecções sistêmicas acarretam, como sinais e sintomas, febre e calafrios, leucocitose, mal estar generalizado, náuseas e vômitos, causados por contaminação do cateter e/ou da solução de infusão e/ou do equipo, falha nos procedimentos assépticos durante a conexão do frasco de solução de infusão ao equipo, abertura frequente do sistema, uso prolongado de um único cateter ou um único acesso venoso, além da probabilidade de imunossupressão do paciente, de acordo com seu quadro clínico e doença de base.

Em uma pesquisa desenvolvida por Marcondes, Biojone, Cherri, Moryia, Piccinato (2000), sobre complicações precoces e tardias relacionadas ao CVC, foram identificados 44% (29 casos) de infecções, dentre os 66 casos de cateteres investigados. Dos cateteres envolvidos em processos infecciosos, 56,75% ocorreram naqueles parcialmente implantados e 27,6%, em cateteres totalmente implantados. O germe mais comumente encontrado foi o *Staphilococcus*, em 18 casos, e, em outros três, a infecção foi causada por *Pseudomonas aeuroginosa*. Houve, ainda, três

infecções da ferida cirúrgica.

Outro estudo, acerca da análise microbiológica de pontas de CVCs de pacientes internados em um hospital universitário, das infecções diagnosticadas, foram identificados, na maioria dos casos, os seguintes germes: *Staphylococcus coagulase-negativa*, *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa* e *Acinetobacter baumannii*, seguidos, em menor número, por *Candida albicans*, *Corynebacterium* sp, *Enterobacter cloacae*, *Proteus mirabilis*, *Escherichia coli*, *Citrobacter freundii* e *Candida* sp (ROSS, QUESADA, GIRARDELLO, ROGERI, CALIXTO, PELAYO, 2006).

Para a prevenção dessas infecções, as intervenções de enfermagem são essenciais no sentido de monitorar rigorosamente a temperatura do paciente e seus sinais vitais; providenciar culturais de sangue de CVC e/ou de cateter periférico, dependendo do sítio infeccioso ou da investigação a ser realizada, especialmente se for visível externamente algum tipo de exsudato; administrar o esquema apropriado de antibioticoterapia ou medicamentos antifúngicos locais ou sistêmicos, de acordo com os resultados dos culturais, conforme a prescrição médica; e, igualmente, pesquisar outras fontes de infecção. Nos casos de suspeita de infecção causada pelo CVC, se necessário, remove-se o cateter e, idealmente, realiza-se a cultura imediata de sua ponta (BANTON, BRADY, O'KELLEY, 2005) para obter maiores detalhes quanto ao tipo de germe causador da infecção, e, por meio do antibiograma, identificar possíveis resistências bacterianas aos antibióticos a fim de selecionar o esquema de tratamento correto. Tal procedimento evita o surgimento de bactérias multirresistentes ou pan-resistentes, como se observa, com frequência, nos hospitais de médio e grande porte e nas UTIs.

No entanto, conforme O'Grady, Alexander, Burns, Dellinger, Garland, Heard et al. (2011), as medidas para prevenção e controle das ICSs associadas aos CVCs são conhecidas, mundialmente, sobretudo porque há diretrizes e recomendações internacionais para tal. Mas a maior interrogação, de forma recorrente, é identificar se essas medidas são realmente seguidas, de fato.

Levando em consideração a segurança do paciente, dentre as medidas preventivas para evitar as infecções decorrentes do uso de CVCs, podem ser citadas as seguintes: manter rigorosamente a técnica asséptica durante realização e trocas de curativos, as trocas de soluções, a administração de medicamentos em *push* e o manuseio do cateter e das áreas adjacentes; trocar os curativos conforme os protocolos vigentes da instituição; trocar imediatamente os curativos úmidos ou contaminados (quantas vezes forem necessárias); trocar mais frequentemente o curativo se o sítio de inserção do cateter for próximo ou permanecer na região de traqueostomia ou região femoral; verificar as condições dos líquidos administrados, tais como turvação, por exemplo, antes de iniciar a infusão dos mesmos; verificar se existem vazamentos no frasco de infusão; trocar o CVC com maior frequência. Nos casos de infecções sistêmicas, além das medidas profiláticas anteriores, é importante monitorar a presença de glicosúria

(maior que 2+), pois pode indicar um sinal de sepse inicial (BANTON, BRADY, O’KELLEY, 2005).

O que se nota é um consenso mundial de que as indicações de *bundles*, ou medidas baseadas em evidências, se utilizadas de maneira rigorosa no ambiente de trabalho, são efetivas contra as infecções, prevenindo-as. Entretanto, sabe-se que, na realidade, há diferentes falhas nesse processo, o que acaba ocasionando e perpetuando as infecções hospitalares, cada vez mais difíceis de controlar devido ao aumento da resistência bacteriana.

Nesse sentido, O’Grady, Alexander, Burns, Dellinger, Garland, Heard et al. (2011) consideram que há múltiplas intervenções que podem ser utilizadas para a prevenção e controle de infecção de corrente sanguínea provocada por CVC, dentre outros dispositivos. Estas incluem: implantação de CVC de curta permanência, por meio de inserção cutânea, paramentação cirúrgica e assepsia rigorosas, campos estéreis amplos, uso de antissépticos alcoólicos para o preparo da pele do paciente; uso de curativo oclusivo após a inserção do cateter; registros diários de indicação e controle do tempo de permanência do cateter; adesão aos cuidados efetivos e manutenção adequada do curativo do sítio de punção, com registro e troca conforme a periodicidade recomendada pela CCIH da instituição; desinfecção dos *hubs* de todas as vias e conectores (valvulados – de preferência – ou não valvulados) com clorexidina alcoólica 0,5% antes da sua manipulação; troca de equipos e transdutores conforme as rotinas preconizadas pela CCIH da instituição; higienização rigorosa das mãos sempre antes da manipulação das linhas venosas centrais, da troca dos sistemas de infusão, da administração de medicamentos, da troca e realização de curativos e da coleta de sangue pelo cateter, de forma efetiva e rotineira.

Por fim, o que se espera, ao implementar as medidas acima, é minimizar o risco de ocorrência e prevalência de infecção hospitalar desencadeada pela inserção e manutenção não seguras do CVC, independentemente do seu tipo ou da técnica de inserção.

6 | CONCLUSÃO

Esta revisão narrativa investigou o que a enfermagem, por meio de pesquisas clínicas, tem pesquisado sobre as infecções relacionadas ao uso do CVC, uma vez que é relevante a sua utilização no contexto hospitalar. No entanto, observou-se que é escassa a publicação de trabalhos sobre o tema, tanto no que tange à enfermagem enquanto profissão, quanto aos cuidados clínicos ofertados aos pacientes que fazem uso desse tipo de dispositivo invasivo.

A utilização e manutenção dos CVCs podem trazer sérios riscos à saúde do paciente e, nesse contexto, pode ocorrer infecção no local de inserção do cateter ou em nível sistêmico, desencadeando, inclusive, a morte. Por isso, é importante que o

enfermeiro atente para os sinais e sintomas que o paciente pode apresentar enquanto permanecer com o dispositivo. Assim sendo, suas intervenções são essenciais no sentido de monitorar os sinais vitais; providenciar culturais de sangue, administrar o esquema apropriado de antibioticoterapia ou medicamentos antifúngicos locais ou sistêmicos, de acordo com os resultados dos culturais, conforme a prescrição médica; e, igualmente, pesquisar outras fontes de infecção, além de gerenciar o cuidado sistêmico, humano e resolutivo ao paciente em uso de CVC.

Destaca-se a importância e orienta-se a utilização de medidas baseadas em evidências, ou *bundles*, as quais são efetivas na prevenção de diversos tipos de infecções. Entretanto, ainda há falhas nesse processo, ocasionando e perpetuando tais infecções, especialmente em unidades que exigem um cuidado complexo como as UTIs. O que se espera, para a prática do cuidado de enfermagem, é minimizar a ocorrência e a prevalência de infecção hospitalar desencadeada pela implantação e manutenção não seguras do CVC, independentemente do seu tipo ou da técnica de inserção, fundamentadas na segurança do paciente e nas boas práticas multiprofissionais.

REFERÊNCIAS

ANVISA – AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Prevenção das infecções relacionadas à assistência à saúde por patógenos multirresistentes – Infecção da corrente sanguínea relacionada a cateter. Brasília, 2007. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/controlere/rede_rm/cursos/rm_controlere/opas_web/modulo5/pre_corrente4.htm>. **Acesso: 04 fev. 2016.**

ARAÚJO, S. Acessos venosos centrais e arteriais periféricos – Aspectos Técnicos e Práticos. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 15, n. 2, abr/jun. 2003. Disponível em: <http://www.amib.com.br/rbti/download/artigo_2010629165427.pdf>. Acesso em: 21 set 2016.

BANTON, J.; BRADY, C.; O’KELLEY, S. D. Terapia Venosa Central. In: _____. **Terapia Intravenosa**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005, p. 53-63.

BONASSA, E. M. A. Quimioterapia via endovenosa (EV). In: _____. **Enfermagem em quimioterapia**. Rio de Janeiro: Atheneu; 1998. p. 45-58.

CARLOTTI, A. P. de C. P. Acesso vascular. **Revista Medicina**, Ribeirão Preto, 2012, v. 45, n. 2, p. 208-214. Disponível em: <http://revista.fmrp.usp.br/2012/vol45n2/Simp5_Acesso%20Vascular.pdf>. Acesso em: 14 fev 2016.

GRAHAM, A. S.; OZMENT, C.; TEGTMEYER, K.; LAI, S.; BRANER, D. A. V. Central venous catheterization. **New England Journal of Medicine**, London, 2007, v. 356, v. 2. Disponível em: <<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMvcm055053>>. Acesso: 04 fev 2016.

HUSM – HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA. **Relatório de dispensação de cateteres centrais** – setor de Farmácia: almoxarifado. Relatório anual. Santa Maria, abr. 2016.

HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMÓN Y CAJAL. Dirección Enfermera. **Protocolo general:** catéteres venosos centrales de inserción central. PRT/CVCC/005. Comunidad de Madrid, 2005. 6 p. Disponível em: <<http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1202756185623&ssbinary=true>>. Acesso: 19 fev 2016.

LEAL, K.P.; GIRARDON-PERLINI, N. M.O.; GUIDO, L. A. Análise da produção científica acerca do uso de cateter venoso central em adultos hospitalizados. **Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental** [online], 2013, v. 5, n. 5, p. 95-101. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/1640/pdf_1026>. Acesso: 24 ago 2016.

MARCONDES, C. R. R.; BIOJONE, C. R.; CHERRI, J.; MORYIA, T.; PICCINATO, C. E. Complicações precoces e tardias em acesso venoso central. análise de 66 implantes. **Acta Cirúrgica Brasileira**, São Paulo, 2000, v. 15, suppl. 2. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-8650200000600023&lng=en&nrm=iso&tling=pt>. Acesso: 21 fev. 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Procedimentos e cuidados especiais. In: _____. **Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço**. 3 ed. Rio de Janeiro, 2008. p. 559-601. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/enfermagem/docs/cap8.pdf>>. Acesso em: 30 ago 2016.

NOVAL, A. M. A.; FERNÁNDEZ, E. F.; FERNÁNDEZ, A. G.; GARCÍA, E. G.; GONZÁLEZ, T. V.; LALÍN, A. M. L. et al. **Cateteres venosos centrais – Guia para enfermeira**. Servicio de Salud del Principado de Asturias. Asturias, 2011. 32 p. Disponível em: <https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Calidad%20y%20Sistemas/AS_Calidad/SEGURIDAD%20DEL%20PACIENTE/guia%20cateteres%2028%20marzo%202011.pdf>. Acesso 19 fev 2016.

O'GRADY, N. P.; ALEXANDER, M.; BURNS, L. A.; DELLINGER, E. P.; GARLAND, J.; HEARD, S. O. et al. Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections. **American Journal Infection Control**, New York, 2011, n. 39, v. 4, Suppl 1: p. 01-34. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/guidelines/bsi-guidelines-2011.pdf>>. Acesso: 21 fev. 2016.

PIRES, E.; ALBUQUERQUE, M. Cirurgia dos cateteres de longa permanência (CLP) nos centros de Transplante de medula óssea. **Revista Medicina**, Ribeirão Preto, 2005, n. 38, v. 2, p. 125-142. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/511/511>>. Acesso: 19 abr. 2016.

POMPEO, D. A.; ROSSI, L. A.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. **Revista Acta Paulista Enfermagem**, São Paulo, 2009, n. 22, v. 4, p. 434-438. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n4/a14v22n4.pdf>>. Acesso: 22 abr. 2016.

ROSS, C.; QUESADA, R. M. B.; GIRARDELLO, R.; ROGERI, L. M. S.; CALIXTO, L. A.; PELAYO, J. S. Análise microbiológica de pontas de cateteres venosos centrais provenientes de pacientes internados no Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina. **Revista Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, jul./dez. 2006, v. 27, n. 2, p. 117-123. Disponível em: <http://www.uel.br/proppg/portal/pages/arquivos/pesquisa/semina/pdf/semina_27_2_20_29.pdf>. Acesso: 14 abr. 2016.

ROTHER, E. T. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Revista Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 2, abr-jun, 2007, p. 5-6. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n2/a01v20n2.pdf>>. Acesso: 24 jul. 2016.

SALOMAO, R.; ROSENTHAL, V. D.; GRIMBERG, G.; NOUER, S.; BLECHER, S.; BUCHNER-FERREIRA, S. et al. Device-associated infection rates in intensive care units of Brazilian hospitals: findings of the International Nosocomial Infection Control Consortium. **Revista Panameña de Salud Pública/Panama American Journal Public Health**, v. 24, n. 3, 2008. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v24n3/a06v24n3.pdf>>. Acesso: 04 abr. 2016.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 2010.

USP – UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Instituto de Psicologia – Biblioteca Dante Moreira Leite. **O que é revisão da literatura?** Folder explicativo. 1 p. da web. São Paulo, [s.d]. Disponível em: <<http://www.ip.usp.br/portal/images/biblioteca/revisao.pdf>>. Acesso em: 24 jul 2016.

CICATRIZAÇÃO DE FERIDAS DIABÉTICAS COM FATOR DE CRESCIMENTO EPIDÉRMICO

Beatriz Guitton Renaud Baptista de Oliveira

CPF: 990.711.007-82. Enfermeira. Professora titular da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa (EEAAC), da Universidade Federal Fluminense (UFF). E-mail: beatrizguitton@globo.com

Bianca Campos de Oliveira

CPF: 107.093.596-40. Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências do Cuidado em Saúde da Universidade Federal Fluminense (UFF).

Gabriela Deutsch

CPF: 111.386.807-45. Farmacêutica. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências Aplicadas a Produtos para Saúde da Universidade Federal Fluminense (UFF).

Fernanda Pessanha de Oliveira

CPF: 118.289.467-45. Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências do Cuidado em Saúde da Universidade Federal Fluminense (UFF).

Selma Rodrigues de Castilho

CPF: 836.187.407-00. Farmacêutica. Professora titular da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal Fluminense (UFF).

RESUMO: O presente capítulo aborda o tratamento clínico das úlceras diabéticas com fatores de crescimento. Destaca-se o uso tópico do fator de crescimento epidérmico recombinante humano (rhEGF) em úlceras diabéticas, a fim de acelerar a cicatrização, sendo uma tecnologia clinicamente relevante.

PALAVRAS-CHAVE: Pé diabético; Fator de

crescimento epidérmico; Enfermagem.

ABSTRACT: The present chapter addresses the clinical treatment of diabetic ulcers with growth factors. The topical use of recombinant human epidermal growth factor (rhEGF) in diabetic ulcers is aimed at accelerating healing and is a clinically relevant technology.

KEYWORDS: Diabetic foot; Epidermal growth factor; Nursing.

1 | INTRODUÇÃO

Atualmente as feridas crônicas e complexas são consideradas um grande problema de saúde pública, acometendo cerca de 4% da população de idosos no mundo (QUEIROZ, MENIS e ROSA., 2015; BANERJEE e SEN., 2015). No Brasil, têm forte impacto na qualidade de vida do paciente e nos custos de saúde (PINTO et al., 2014). A ferida crônica de maior incidência é a úlcera de membros inferiores, geralmente vascular ou diabética, responsável por até 98% de todas as lesões de membros inferior (ROBSON e BARBUL., 2006).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a International Diabetes Federation, em 2002, havia cerca de 160 milhões de indivíduos com diabetes mellitus em todo o mundo. As

projeções para 2025 são de 300 milhões de pessoas com essa doença (ALMEIDA et al., 2013).

Considerada um problema de saúde mundial, a úlcera diabética, é uma complicação comum da diabetes, sendo a causa mais frequente de internação destes pacientes (SINGH, ARMSTRONG e LIPSKY., 2005; NAIN et al., 2011). Conforme apontam Turan e colaboradores (2015), 12% a 25% dos pacientes diabéticos terão necessidade de recorrer a um ambulatório devido a este transtorno. Apesar dos tratamentos médicos e cirúrgicos disponíveis, a úlcera diabética, ainda é a causa mais comum de internação e de 85% dos casos de amputações de extremidades inferiores relacionadas à diabetes (TURAN et al., 2015).

Recentemente, graças ao aumento notável no conhecimento da etiologia das úlceras diabéticas e ao reforço das orientações disponíveis sobre sua prevenção e tratamento, novas alternativas de tratamento vêm sendo desenvolvidas, buscando incrementar a terapia local das feridas crônicas. Tais orientações podem ser exemplificadas como os cuidados com as úlceras diabéticas, tanto por parte dos profissionais de saúde, como o autocuidado dos pacientes, as principais formas de prevenção, como orientações relacionadas a hábitos alimentares saudáveis, prática de atividade física e controle das doenças de base (MELONI et al, 2015).

Tratamentos adjuvantes também foram desenvolvidos na tentativa de melhorar os resultados como a redução global de amputações (NAIN et al, 2011; TURAN et al, 2015). Vale ressaltar que as úlceras diabéticas exigem regimes terapêuticos dirigidos a vários elementos causadores incluindo a neuropatia, controle de glicose no sangue, revascularização, bem como estratégias de prevenção (MUSTOE, O'SHAUGHNESSY e KLOETERS, 2006).

Sabe-se que a gestão eficaz da ferida envolve uma avaliação completa do paciente e da lesão para determinar o plano ideal de tratamento (GUPTA et al., 2015). Cada vez é mais necessário favorecer as condições locais por meio de terapia tópica adequada para viabilizar o processo fisiológico do reparo tecidual (GUPTA et al., 2015).

Como resposta fundamental à lesão de tecidos, a cicatrização de feridas é um processo complexo que ocorre de forma regulada dando sequência a hemostasia (formação de coágulo), inflamação, proliferação e produção da matriz extracelular, e remodelação (GOSAIN e DIPIETRO, 2004; MATHIEU, LINKE e WATTEL, 2006). O coágulo é um tecido circundante da ferida e secreta uma variedade de citocinas e fatores de crescimento que simulam o processo de reparação de feridas (STADELMANN, DIGENIS e TOBIN, 1998; BROUGHTON, JANIS e ATTINGER, 2006).

Estudo de Vendramin, Franco e Franco (2010) demonstrou que há redução dos fatores de crescimento (FC) em feridas crônicas, tanto por diminuição na produção, quanto por redução na liberação, sequestro, excesso de degradação ou por combinação destes mecanismos (VENDRAMIN, FRANCO E FRANCO., 2010). Além disso, diversos estudos verificaram que a utilização tópica de fatores de crescimento como EGF sobre a ferida pode acelerar a taxa de regeneração epidérmica e reepitelização (BROWN

et al., 1989; NANNEY, 1990; CHOI et al., 2012; KHANBANHA et al., 2014; WU et al., 2015). Assim, a possibilidade de uma maior efetividade na cicatrização de feridas com aplicação tópica de EGF torna-se clinicamente relevante.

Diversos fatores vão interferir de forma direta e indireta no processo de cicatrização da lesão, dentre eles, destacam-se: o tempo de lesão, o tamanho da lesão, o tipo de tecido no leito da lesão, o fluxo de sangue no local da lesão, a presença ou não de infecção, as doenças de base, além da idade, e o estado de saúde do paciente (HASHEMI, 2015).

Assim, a escolha da cobertura adequada para a etiologia da lesão e para o estágio que a mesma se encontra é fundamental no processo de cicatrização da lesão. Neste sentido, buscou-se traçar o panorama atual do conhecimento acerca do papel do fator de crescimento epidérmico na cicatrização de feridas de pé diabético em adultos e idosos

2 | FERIDAS CRÔNICAS

Uma ferida pode ser definida como uma área com comprometimento da barreira epidérmica funcional (MARTIN e NUNAN, 2015). As feridas crônicas são caracterizadas por um déficit no processo de cicatrização, ocasionando assim uma lesão duradoura e com grande número de reincidências, podendo assim durar meses ou anos (MARTÍ-CARVAJAL et al, 2015).

Podemos classificar as feridas de acordo com a sua etiologia, podendo ser agudas ou crônicas. Dentre as feridas agudas temos as feridas cirúrgicas e as feridas traumáticas. Uma ferida é considerada crônica quando seu reparo tecidual leva mais de três meses para ser concluído (MARTIN e NUNAN, 2015). Elas podem ser classificadas de acordo com a etiologia em: úlceras venosas, úlceras arteriais, úlceras diabéticas e lesões por pressão, como se observa na figura 1.

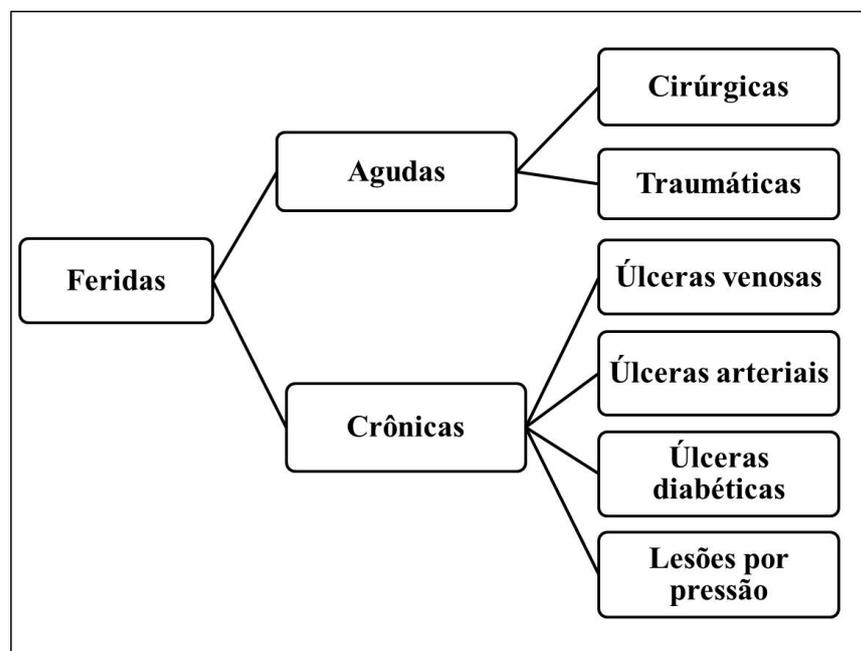


Figura 1: Tipos de feridas.

Fonte: Elaboração própria.

Desta forma, a seguir serão descritos os aspectos epidemiológicos e clínicos das feridas diabéticas, com destaque para o tratamento com o uso de fator de crescimento epidérmico recombinante humano (rhEGF).

3 | FERIDAS DIABÉTICAS

O termo “Diabetes Mellitus” refere-se a um transtorno metabólico de etiologias heterogêneas, caracterizado por hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, resultantes de defeitos da secreção e/ou da ação da insulina (BRASIL, 2013).

Em 2011, havia cerca de 366 milhões de pessoas com diabetes, número esse que pode chegar a 552 milhões até 2030 (ANDREWS, HOUDEK e KIEMELE, 2015). Essa epidemia de diabetes mellitus (MILECH et al, 2016) já tem determinado um aumento no número de indivíduos afetados pelas complicações agudas e crônicas da doença.

Dentre as complicações crônicas, podem ser descritas as doenças macrovasculares (doença coronariana, doença cerebrovascular e doença vascular periférica) e microvasculares (retinopatia diabética, nefropatia diabética e neuropatias diabéticas) (BRASIL, 2013).

As feridas diabéticas desenvolvem-se em decorrência de doenças vasculares periféricas e neuropatias diabéticas, sendo, portanto, uma das complicações mais comuns do Diabetes Mellitus. Estas afecções podem ser consideradas um crescente e alarmante problema de saúde pública no Brasil e nos demais países desenvolvidos e em desenvolvimento. O agravamento destas lesões, em geral, está associado a

um prognóstico caracterizado pelo desenvolvimento de infecções e amputações dos membros inferiores (TUYET et al, 2009).

As feridas diabéticas são responsáveis por 85% das amputações das extremidades inferiores, sendo quinze vezes maior a taxa de amputações dos membros inferiores em pacientes diabéticos, comparado com não diabéticos. Cerca de 90.000 amputações são feitas anualmente como resultado de complicações do pé diabético (NOOR, ZUBAIR e AHMAD et al, 2015). Dados recentes indicam que até 2025, mais de 125 milhões de pessoas desenvolverão úlceras diabéticas e mais de 20 milhões serão submetidos a uma amputação (OJALVO et al, 2016).

Um estudo aponta que a prevalência de feridas diabéticas é de cerca de 4% a 10% em indivíduos portadores de diabetes mellitus. Cerca de 40% a 60% das amputações não traumáticas de membros inferiores ocorrem nesses pacientes (SANTOS et al, 2013).

A ferida diabética é caracterizada por uma lesão que ocorre nos pés dos portadores de diabetes mellitus, resultante da combinação de diversos fatores intrínsecos e extrínsecos como neuropatia sensitivo-motora e autonômica periférica crônica, doença vascular periférica, alterações biomecânicas, que, comumente, levam a pressão plantar anormal e infecções (ALMEIDA et al, 2013).

A alta incidência de infecções em feridas crônicas, especialmente as lesões de etiologia diabética, conduz a um prolongamento da fase inflamatória do processo de cicatrização. Assim, a diminuição da carga microbiana a níveis inferiores aos característicos de infecção facilita o controle dos mediadores inflamatórios (DHALL et al, 2014).

O papel dos microrganismos nas feridas ainda é pouco entendido. Sabe-se que cerca de 80% a 100% das feridas crônicas podem estar colonizadas por bactérias e o permite afirma que a presença de infecção é um fator de risco para o retardo na cicatrização (O'MEARA et al, 2014).

A definição clínica de infecção geralmente aceita, de acordo com a Sociedade Americana de Doenças Infecciosas (LIPSKY et al, 2012), é a presença de secreções purulentas ou pelo menos dois sinais ou sintomas de inflamação (eritema, calor, sensibilidade, dor e induração).

Infecções de feridas diabéticas, denominadas internacionalmente como “diabetic foot infections” (DFI), são definidas como uma síndrome clínica caracterizada por achados locais de inflamação ou purulência (às vezes acompanhada de manifestações sistêmicas de sepse) ocorrendo em um local abaixo do maléolo em uma pessoa com diabetes (UÇKAY et al, 2014).

A fisiopatologia das infecções de feridas diabéticas é bastante complexa, mas sua prevalência e gravidade são em grande parte consequência de distúrbios relacionados ao hospedeiro (imunopatia, neuropatia e arteriopatia) e secundariamente a fatores relacionados ao patógeno (virulência, resistência a antibióticos e carga microbiana) (SPICHLER et al, 2015).

Dentre as bactérias mais comumente encontradas nas feridas crônicas destacam-se *Staphylococcus aureus* e *Pseudomonas aeruginosa* (MIHAI et al, 2014; DE OLIVEIRA et al, 2017; PIRES et al, 2018).

P. aeruginosa é um bacilo gram-negativo (O'MEARA et al, 2014) e *S. aureus* é um coco gram-positivo (SPICHLER et al, 2015). Ambos podem ser encontrados em estirpes multirresistentes a antibióticos, característica essa que compromete o tratamento. Além disso, podem também expressar diversos fatores de virulência que colaboram para o estabelecimento de infecções (FOSTER et al, 2014; TURNER et al, 2014).

Dentre estes, destaca-se a formação de biofilmes, que são definidos como comunidades polimicrobianas complexas associadas a uma matriz extracelular exopolissacarídea secretada pelas bactérias.

Os biofilmes proporcionam um ambiente único ao facilitar a sinalização entre as células bacterianas em virtude da produção e detecção de moléculas que promovem o comportamento coletivo das bactérias do biofilme (HAN et al, 2011). Quando presentes em lesões, os biofilmes inibem a cicatrização de feridas, diminuem a imunidade localizada e permitem que outros microrganismos colonizem e infectem o ferimento (SPICHLER et al, 2015).

As úlceras diabéticas e as amputações relacionadas ao diabetes estão diretamente relacionadas às altas taxas de mortalidade (OJALVO et al, 2016). Em 2001, a incidência de amputações no Brasil foi de 13,9 por 100 mil habitantes/ano e ocorreram 80.900 amputações devido ao diabetes mellitus, das quais 21.700 evoluíram para o óbito (SANTOS et al, 2018).

Além dos comprometimentos orgânicos, cabe destacar o alto impacto que essas lesões podem determinar na qualidade de vida do paciente, tais como déficit na mobilidade, distúrbio da autoimagem, risco de isolamento social e perda de acesso aos meios de subsistência pela dificuldade de manutenção da vida laborativa.

Em uma escala mais ampla, tem-se um alto custo para os serviços de saúde, considerando a incidência de recidivas, o prolongamento tempo de tratamento e a adesão incompleta ao tratamento pelo déficit no autocuidado, comumente observado. Sabe-se que o tratamento desses pacientes apenas é passível de sucesso na medida em que ocorram mudanças nos hábitos de vida, aspecto esse comum às doenças crônicas não transmissíveis. Tais mudanças implicam em mais do que a realização de coberturas primárias nas lesões, incluindo adesão a hábitos alimentares saudáveis, cessação do tabagismo e abandono do sedentarismo, além de acompanhamento clínico frequente para avaliação do estado de saúde no que tange ao controle do Diabetes Mellitus.

Nas feridas diabéticas, é comum a diminuição dos fatores de crescimento e secreção de citocinas, com conseqüente atraso na divisão celular. Há relatos também sobre a diminuição da contração da ferida, ocasionada pela diminuição da produção de miofibroblastos, que desempenham um papel importante na cicatrização (PYUN et

al, 2015).

Portanto, uma abordagem terapêutica para feridas diabéticas deve enfatizar a estimulação do processo de cicatrização. Atualmente, diversas pesquisas estão sendo desenvolvidas para o tratamento das úlceras de pé diabético, empregando principalmente os fatores de crescimento, tais como o fator de crescimento endotelial vascular (VEGF), fator de crescimento derivado de plaquetas (PDGF) e o fator de crescimento epidérmico recombinante humano (rhEGF) (PYUN et al, 2015).

4 | FATORES DE CRESCIMENTO

Os fatores de crescimento são peptídeos sinalizadores que regulam o metabolismo da célula através de interação com uma cadeia de receptores de superfície celular. Esta interação determina a ativação das vias de sinalização intracelular que culmina no aumento da transcrição de fatores e produção de proteínas que estimulam a proliferação e a diferenciação celular e o aumento da produção da matriz extracelular (MAIA e DE SOUZA, 2009).

Os principais fatores de crescimento que atuam para favorecer o processo de cicatrização são: fator de crescimento derivado de plaquetas (PDGF), fator de crescimento transformador- β (TGF- β), fator de crescimento de fibroblastos (FGF), fator de crescimento vascular endotelial (VEGF) e fator de crescimento epidérmico (EGF).

4.1 Fator de Crescimento Derivado de Plaquetas (PDGF)

O fator de crescimento derivado de plaquetas (PDGF) é sintetizado por plaquetas e macrófagos, é considerado um mitogênico potente para fibroblasto, células do músculo liso, condrócitos, células endoteliais e epiteliais, portanto, exerce um papel importante na reepitelização e angiogênese (CARVALHO, 2016). Tem como função de recrutar neutrófilos e monócitos no início da cicatrização e promover a síntese de colágeno e proteoglicanos (SZWED; SANTOS, 2017).

4.2 Fator de Crescimento Transformador- β (TGF- β)

O TGF- β é responsável pela ativação dos fibroblastos a produzirem colágeno e a transformarem-se em miofibroblastos que promovem a contração da ferida (SZWED; SANTOS, 2017). Assim sua principal função é estimular a síntese da matriz extracelular por meio do aumento de colágeno, elastina e glicosaminoglicanos. Também está envolvido no processo inflamatório, angiogênese, reepitelização durante processo de cicatrização (CARVALHO, 2016).

4.3 Fator de Crescimento de Fibroblastos (FGF)

O fator de crescimento fibroblástico (FGF) secretado pelos macrófagos, fibroblastos mastócitos e células endoteliais e os principais fatores de crescimento fibroblástico são os FGF-a (ácido) e FGF-b (básico) (SZWED; SANTOS, 2017). Sua função é estimular a síntese da matriz extracelular por meio do aumento de colágeno, elastina e glicosaminoglicanos. Também está envolvido no processo inflamatório, angiogênese, reepitelização durante processo de cicatrização (CARVALHO, 2016).

4.4 Fator de Crescimento Vascular Endotelial (VEGF)

O fator de crescimento derivado do endotélio vascular (VEGF) sintetizado e secretado por fibroblastos e macrófagos, caracterizado como importante indutor da angiogênese tumoral, inflamação crônica e no processo de cicatrização de feridas (SZWED; SANTOS, 2017). Atuam no recrutamento, ativação, mitose, migração e a diferenciação celular durante o reparo tecidual (CARVALHO, 2016).

4.5 Fator de Crescimento Epidérmico (EGF)

Os primeiros relatos sobre a utilização do fator de crescimento epitelial (EGF), no tratamento eficaz para feridas, foram incidentalmente encontrados por Carpenter e Cohen em 1959, no processo de estudar o fator de crescimento nervoso (NGF) na glândula submaxilar de ratos; os mesmos foram os primeiros a relatar que o EGF acelerava o crescimento epidérmico e a queratinização quando o mesmo é injetado em animais. Desde então as pesquisas sobre o EGF foram amplamente desenvolvidas e hoje suas características físicas e bioquímicas são bem conhecidas (PYUN et al, 2015).

O fator de crescimento epidérmico recombinante humano (rhEGF) pode ser produzido por meio de técnicas de recombinação genética em microrganismos e têm sido largamente utilizado em ensaios clínicos (PYUN et al, 2015).

Desde 1983 sabe-se que o rhEGF acelera a proliferação e diferenciação celular por meio da ativação da tirosina quinase na membrana celular através de ligações aos receptores de fator de crescimento epitelial (PYUN et al, 2015).

Possui um importante papel na cicatrização e reepitelização de feridas agindo como um potente agente mitótico para queratinócitos e acelerando sua migração para o leito da ferida (CARVALHO, 2016).

O rhEGF possui caráter bioidêntico de natureza peptídica, sendo composto por uma cadeia de 53 aminoácidos e é sintetizado por um processo biotecnológico de fermentação, através da bactéria *Escherichia coli*. O sh-oligopeptídeo-1, assim obtido, age a nível cutâneo especialmente na recuperação cutânea em feridas e demais procedimentos possivelmente agressivos para pele (BROWN et al, 1986).

Quando aplicado topicamente, o sh-oligopeptídeo-1 promove o estímulo da expressão gênica (up-regulation) favorecendo a regeneração tecidual (CHAN et al, 2015). Vale salientar que diversos estudos envolvendo a utilização de biomateriais contendo EGF evidenciaram boa tolerabilidade e segurança com o uso continuado em seres humanos ou em animais experimentais (CHOI et al, 2012; RUAN et al., 2013; CAUSSA e VILA, 2014).

Observam-se diferentes apresentações de EGF, tais como espuma de poliuretano com EGF (PYUN et al, 2015), hidrogel com nanopartículas de EGF (HAJIMIRI et al, 2015) e EGF liofilizado para uso em injeções intra-lesionais (SANTANA et al, 2015). Esses estudos, e ainda outros (CHOI et al, 2012; KHANBANHA et al, 2014; WU et al, 2015), têm verificado o aumento da taxa de regeneração epidérmica e reepitelização de feridas crônicas.

Os fatores de crescimento são fundamentais no processo de cicatrização das feridas. Em pessoas com feridas crônicas, estes fatores de crescimento não estão presentes na quantidade adequada, ocasionando um prolongamento no processo de cicatrização, desta forma a aplicação tópica do fator de crescimento acelera o processo de cicatrização destas lesões (HONG; JUNG; KIM, 2006).

4.6 Aplicação dos fatores de crescimento em feridas diabéticas

As feridas crônicas apresentam um déficit de fatores de crescimento, que fica evidente quando comparado às feridas agudas. A figura 2 ilustra este cenário.

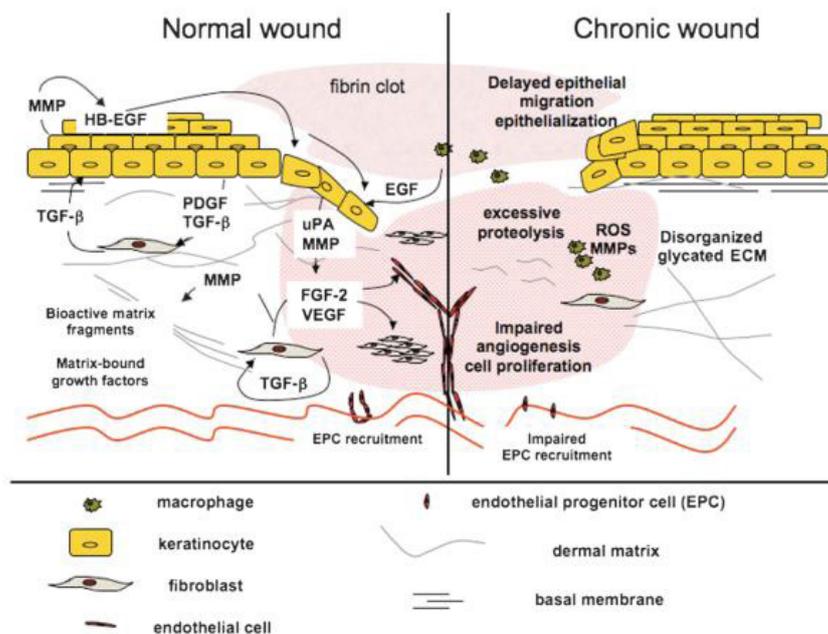


Figura 2: Organização dos Fatores de Crescimento em Feridas Crônicas e Agudas.

Fonte: DEMIDOVA-RICE; HAMBLIN; HERMAN, 2012.

Na figura 2 nota-se que uma ferida aguda com processo de cicatrização normal,

que apresenta como características a presença de numerosos fatores de crescimento, que atuam de forma organizada, são geralmente caracterizadas por uma baixa carga bacteriana (DEMIDOVA-RICE; HAMBLIN; HERMAN, 2012).

Em contrapartida, as feridas crônicas apresentam uma alta degradação dos fatores de crescimento e de seus receptores. Assim, as células dessas feridas são incapazes de proliferar e migrar efetivamente (DEMIDOVA-RICE; HAMBLIN; HERMAN, 2012).

A angiogênese e a neovascularização se apresentam ineficazes, o que resulta em uma demanda de oxigênio e de nutrientes insuficientes para as células que residem dentro do leito da ferida, o que leva ao retardo no processo de cicatrização da ferida (DEMIDOVA-RICE; HAMBLIN; HERMAN, 2012).

Desta forma nota-se a importância dos fatores de crescimento no processo de cicatrização das feridas crônicas, assim o uso tópico dos mesmos é uma alternativa possível para estimular e acelerar o processo de cicatrização das mesmas.

5 | CONCLUSÕES

Fatores de crescimento tem sido descritos com êxito na cicatrização de úlceras crônicas. Em especial o Fator de Crescimento Recombinante Humano rhEGF foi descrito com resultados positivos, na Ásia, América Central e do Sul, expandindo sua aceitação mundial para Europa, principalmente para uso em úlceras diabéticas (FRYKBERG; BANKS, 2015; CARVALHO, 2016).

A eficácia do rhEGF tem sido testada em várias concentrações e por várias rotas de administração, a fim de avaliar clinicamente o processo de cicatrização e melhora do tecido no leito da lesão diabética. Assim, a experiência geral com o EGF pode ser promissora no tratamento clínico de úlceras diabéticas. No entanto, várias lacunas precisam ser esclarecidas antes da utilização generalizada do mesmo como a dose, via de administração, úlceras mais propensas a cicatrizar e a relação custo-efetividade.

Novos estudos para responder a essas lacunas são necessários, a fim de implementar uma prática clínica segura.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, S. A. DE et al. Avaliação da qualidade de vida em pacientes com diabetes mellitus e pé ulcerado. **Rev Bras Cir Plast**, v. 28, n. 1, p. 142–6, 2013.

ANDREWS, Karen L.; HOUDEK, Matthew T.; KIEMELE, Lester J. Wound management of chronic diabetic foot ulcers: From the basics to regenerative medicine. *Prosthetics and Orthotics International*, v.39, n.1, p.29-39, 2015.

BANERJEE, J.; SEN, C.K. MicroRNA in Regenerative Medicine. Chapter 24 - Skin Wound Healing Pages 631-651. 2015

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Cadernos de Atenção

Básica, n. 36. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BROUGHTON, G.; JANIS, J.E.; ATTINGER, C.E. The basic science of wound healing. *Plastic and Reconstructive Surgery*. 117(7):12S–34S. 2006

BROWN, C.F.; TENG, C.T.; PENTECOST, B.T.; DIAUGISTINE, R.P. Epidermal growth factor precursor in mouse lactating mammary gland alveolar cells. *Molecular Endocrinology* 3 1077–1083. 1989

BROWN, Gregory L. et al. Enhancement of epidermal regeneration by biosynthetic epidermal growth factor. *The Journal of Experimental Medicine*, v.163, n.5, p.1319-24, 1986.

Causa JE, Vila EH. Epidermal growth factor, innovation and safety. *Med Clin (Barc)*. Epub ahead of print. 2014

CHOI, J.K. et al. The effect of epidermal growth factor (EGF) conjugated with low-molecularweight protamine (LMWP) on wound healing of the skin. *Biomaterials* (33) 8579-8590. 2012

DE OLIVEIRA, Fernanda Pessanha et al. Prevalence, antimicrobial susceptibility, and clonal diversity of *Pseudomonas aeruginosa* in chronic wounds. *Journal of Wound Ostomy Continence Nursing*, v.44, n.6, pp.528-535, 2017.

DEMIDOVA-RICE, T. N.; HAMBLIN, M. R.; HERMAN, I. M. Acute and Impaired Wound Healing: Pathophysiology and Current Methods for Drug Delivery, Part 1. *Advances in Skin & Wound Care*, v. 25, n. 7, p. 304–314, jul. 2012.

DHALL, Sandeep et al. A novel model of chronic wounds: importance of redox imbalance and biofilm-forming bacteria for establishment of chronicity. *PLoS One*, v.9, n.10, p.e109848, 2014.

FOSTER, Timothy J. et al. Adhesion, invasion and evasion: the many functions of the surface proteins of *Staphylococcus aureus*. *Nature Reviews Microbiology*. v. 12, p. 49-62, 2014.

FRYKBERG, R. G.; BANKS, J. Challenges in the Treatment of Chronic Wounds. *Advances in Wound Care*, v. 4, n. 9, p. 560–582, 1 set. 2015.

GUPTA, S.; GABRIEL, A.; LANTIS, J.; TÉOT, L. Clinical recommendations and practical guide for negative pressure wound therapy with instillation. *Int Wound J*. 2015

HAJIMIRI, Mirhamed. et al. Preparation of hydrogel embedded polymer-growth factor conjugated nanoparticles as a diabetic wound dressing. *Drug Development and Industrial Pharmacy*, v. 13, p. 1-13, 2015.

HASHEMI SA, MADANI SA, ABEDIANKENARI S. The Review on Properties of Aloe Vera in Healing of Cutaneous Wounds. *Biomed Res Int*. 2015;2015:714216.

HONG, J. P.; JUNG, H. D.; KIM, Y. W. Recombinant Human Epidermal Growth Factor (EGF) to Enhance Healing for Diabetic Foot Ulcers: *Annals of Plastic Surgery*, v. 56, n. 4, p. 394–398, abr. 2006.

KHANBANHA, Najmeh. et al. Healing efficacy of an EGF impregnated triple gel based wound dressing: in vitro and in vivo studies. *BioMed Research International*, v.2014, n.493732, p.1-10, 2014.

LIPSKY, Benjamin A. et al. Infectious Diseases Society of America Clinical Practice Guideline for the Diagnosis and Treatment of Diabetic Foot Infections. *Infectious Diseases Society of America*, v.54, n.12, p. 132-73, 2012.

MAIA, L.; DE SOUZA, M. V. Componentes ricos em plaquetas na reparação de afecções tendo-

ligamentosas e osteo-articulares em animais. **Ciência Rural**, v. 39, n. 4, p. 1267–1274, 2009.

MARTÍ-CARVAJAL, A. J. et al. Growth factors for treating diabetic foot ulcers. **The Cochrane database of systematic reviews**, v. 10, p. CD008548, 2015.

MARTIN, P.; NUNAN, R. Cellular and molecular mechanisms of repair in acute and chronic wound healing. **British Journal of Dermatology**, v.173, n.2, p.370-8, 2015.

MATHIEU, D.; LINKE, J.C.; WATTEL, F. Handbook on Hyperbaric Medicine. Non-healing wounds; pp. 401–428. 2006

MELONI, M.; IZZO, V.; VAINIERI, E.; GIURATO, L.; RUOTOLO, V.; UCCIOLI, L. Management of negative pressure wound therapy in the treatment of diabetic foot ulcers. **World J Orthop**. 18;6(4):387-93. 2015.

MIHAI, Mara Mădălina et al. Identification and phenotypic characterization of the most frequent bacterial etiologies in chronic skin ulcers. **Romanian Journal of Morphology and Embryology**, v.55, n.4, p.1401–8, 2014.

MILECH, Adolfo et al. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2015-2016. Organização José Egidio Paulo de Oliveira, Sérgio Vencio - São Paulo: A.C. Farmacêutica, 2016.

MUSTOE, T.A.; O'SHAUGHNESSY, K.; KLOETERS, O. Chronic wound pathogenesis and current treatment strategies: a unifying hypothesis. **Plast Reconstr Surg**. 117(7 Suppl):35S-41S. 2006

NAIN, P.S.; UPPAL, S.K.; GARG, R.; BAJAJ, K.; GARG, S. Role of negative pressure wound therapy in healing of diabetic foot ulcers. **J Surg Tech Case Rep**.;3:17–22. 2011

NANNEY, L.B.; STOSCHECK, C.M.; KING, L.E., UNDERWOOD, R.A.; HOLBROOK, K.A. Immunolocalization of epidermal growth factor receptors in normal developing human skin. **J Invest Dermatol**. 94(6):742-8.1990

NOOR, S.; ZUBAIR, M.; AHMAD, J. Diabetic foot ulcer – A review on pathophysiology, classification and microbial etiology. **Diabetes & Metabolic Syndrome**, v.9, n.3, p.192-9, 2015.

O'MEARA, Susan et al. Antibiotics and antiseptics for venous leg ulcers. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v.1, n.CD003557, 2014.

OJALVO, A. G. et al. Healing enhancement of diabetic wounds by locally infiltrated epidermal growth factor is associated with systemic oxidative stress reduction: Diabetic wound healing by infiltrated EGF is associated with systemic oxidative stress reduction. **International Wound Journal**, p. n/a-n/a, mar. 2016.

OLIVEIRA, F. P. DE et al. Classificações de intervenções e resultados de enfermagem em pacientes com feridas: mapeamento cruzado. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 37, n. 2, 2016.

PINTO, J.M.; PIZANI, N.S.; KANG, H.C.; SILVA, L.A. Application of platelet-rich plasma in the treatment of chronic skin ulcer - case report. **An Bras Dermatol**. 89(4):638-40. 2014

PIRES, Bruna M. F. Barreto et al. Monitoring and molecular characterization of *Staphylococcus aureus* isolated from chronic wounds. **Advances in Skin & Wound Care**, v.31, n.9, pp.399-405, 2018.

PYUN, Do Gi et al. Polyurethane foam containing rhEGF as a dressing material for healing diabetic wounds: Synthesis, characterization, in vitro and in vivo studies. **Colloids and Surfaces B: Biointerfaces Journal**, v.135, p. 699-706, 2015.

QUEIROZ, R.; MENIS, A.; ROSA, R. Prevalência de feridas em pacientes atendidos em uma rede

primária de saúde. 2015

REZENDE DE CARVALHO, M.; DE OLIVEIRA, B. G. R. B. Terapia compressiva para o tratamento de úlceras venosas: uma revisão sistemática da literatura. **Enfermería Global**, v. 16, n. 1, p. 574, 28 dez. 2016.

ROBSON, M.C.; BARBUL, A. Guidelines for the best care of chronic wounds. **Wound Repair Regen.** 14(6):647-8. 2006

SANTANA, Héctor et al. Stability studies of a freeze-dried recombinant human epidermal growth factor formulation for wound healing. *PDA Journal of Pharmaceutical Science and Technology*, v.69, n.3, p.399-416, 2015.

SANTOS, I. C. R. et al. Prevalência e fatores associados a amputações por pé diabético. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 18, n. 10, p. 3007–3014, 2013.

SANTOS, K. P. B. DOS et al. Carga da doença para as amputações de membros inferiores atribuíveis ao diabetes mellitus no Estado de Santa Catarina, Brasil, 2008-2013. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 1, 5 fev. 2018.

SINGH, N.; ARMSTRONG, D.G.; LIPSKY, B.A. Preventing foot ulcers in patients with diabetes. **JAMA**. 12; 293(2):217-28. 2005

SPICHLER, Anne et al. Microbiology of diabetic foot infections: from Louis Pasteur to “crime scene investigation”. *BioMed Central*, v.13, n.2, p.1-13, 2015.

STADELMANN, W.K.; DIGENIS, A.G.; TOBIN, G.R. Physiology and healing dynamics of chronic cutaneous wounds. **The American Journal of Surgery** A. 176(2, supplement 1):26S–38S. 1998

SZWED, D. N.; SANTOS, V. L. P. DOS. Fatores de crescimento envolvidos na cicatrização de pele. **Cadernos da Escola de Saúde**, v. 1, n. 15, 2017.

TURAN, Y.; ERTUGRUL, B.M.; LIPSKY, B.A.; BAYRAKTAR, K. Does physical therapy and rehabilitation improve outcomes for diabetic foot ulcers? **World Journal of Experimental Medicine**.5(2):130-139.2015

TURNER, Keith H. et al. Requirements for *Pseudomonas aeruginosa* acute burn and chronic surgical wound infection. *PLoS Genetics*, v.10, n.7, e1004743, 2014.

TUYET, Hoa Le et al. The efficacy and safety of epidermal growth factor in treatment of diabetic foot ulcers: the preliminary results. *International Wound Journal*, v.6, p.159–66, 2009.

UÇKAY, I. et al. Diabetic foot infections: state-of-the-art. *Diabetes, Obesity and Metabolism*, v.16, p.1-12, 2014.

VENDRAMIN, F.S.; FRANCO, D.; FRANCO, T.R.O. Utilização do plasma rico em plaquetas autólogo nas cirurgias de enxertos cutâneos em feridas crônicas. **Rev. Bras. Cir. Plást.** vol.25, n.4, pp. 589-594, 2010.

WU, Z. et al. Decellularized scaffolds containing hyaluronic acid and EGF for promoting the recovery of skin wounds. **J Mater Sci Mater Med.** 26(1):5322. 2015

CONTRIBUIÇÃO DA ENFERMAGEM NO PÓS-OPERATÓRIO EM CIRURGIA CARDÍACA: UMA REFLEXÃO DO CUIDADO

Emília Natália Santana de Queiroz

Bacharelanda em Enfermagem - Centro
Universitário do Vale do Ipojuca – UNIFAVIP/
Wyden – Caruaru - PE

José Cláudio da Silva Junior

Bacharelando em Enfermagem - Centro
Universitário do Vale do Ipojuca – UNIFAVIP/
Wyden – Caruaru - PE

Aline Alves dos Santos

Bacharelanda em Enfermagem - Centro
Universitário do Vale do Ipojuca – UNIFAVIP/
Wyden – Caruaru - PE

Letícia Laís Freitas Martins

Bacharelanda em Enfermagem - Centro
Universitário do Vale do Ipojuca – UNIFAVIP/
Wyden – Caruaru - PE

Kalyne Ketely Oliveira Melo

Bacharelanda em Enfermagem - Centro
Universitário do Vale do Ipojuca – UNIFAVIP/
Wyden – Caruaru - PE

Sidrailson José da Silva

Bacharelando em Enfermagem - Centro
Universitário do Vale do Ipojuca – UNIFAVIP/
Wyden – Caruaru - PE

Lenora Morais Correia de Melo

Pós- Graduanda em Urgência e Emergência -
CEFAPP – Caruaru - PE

Lucimar Maria da Silva

Pós-Graduada em Unidade de Terapia Intensiva –
CBPEX – Caruaru - PE

Roberto dos Santos Siqueira

Mestre em Saúde Humana e Meio Ambiente pela

Universidade Federal de Pernambuco – Docente
do Curso de Enfermagem no Centro Universitário
do Vale do Ipojuca – UNIFAVIP/Wyden – Caruaru
– PE.

RESUMO: As cirurgias cardíacas são intervenções complexas, principalmente no pós-operatório, fase marcada pela instabilidade do seu quadro clínico, necessitando de cuidados críticos da equipe de saúde, especificamente da enfermagem. O presente estudo objetivou identificar os cuidados de enfermagem prestados ao paciente pós-operatório submetido a cirurgia cardíaca. Trata-se de uma revisão sistemática da literatura, realizada com base em artigos selecionados nos bancos de dados: LILACS, SciELO e EBSCO, utilizando as palavras-chave: cirurgia cardíaca, cuidados e enfermagem, identificadas no DeCS. Foram utilizados como métodos de inclusão: artigos ordenados nas bases de dados supracitados, no idioma português, texto completo e relatos de caso, durante o período de 2010 até 2018. Como métodos de exclusão: artigos no idioma inglês e espanhol, teses, dissertações, capítulos de livros, reportagens, e todos aqueles que apresentavam apenas seus resumos. Foram identificados 230 artigos, porém, somente 05 foram utilizados por se adequarem aos métodos de inclusão. A literatura aborda sobre

a contribuição e os principais cuidados ofertados pela enfermagem no pós-operatório aos pacientes submetidos a cirurgia cardíaca, como o uso de EPIs e lavagem das mãos, estimular a deambulação, monitorar queixas de dor e circulação periférica, além de prevenção de quedas, a fim de resultar numa rápida recuperação e desospitalização precoce. Compreende-se que a sistematização da assistência de enfermagem é essencial no pós-operatório de cirurgia cardíaca, pois é o enfermeiro quem planeja e organiza a assistência e assegura que a equipe de enfermagem proporcione uma abordagem única e integral ao paciente.

PALAVRAS-CHAVE: Cirurgia Cardíaca. Cuidados. Enfermagem.

ABSTRACT: Cardiac surgeries are complex interventions, mainly in the postoperative phase, marked by the instability of the clinical picture, requiring critical care of the health team, specifically nursing. The present study aimed to identify the nursing care provided to the postoperative patient submitted to cardiac surgery. It is a systematic review of the literature, based on articles selected in the databases: LILACS, SciELO and EBSCO, using the keywords: cardiac surgery, care and nursing, identified in DeCS. The following were used as inclusion methods: articles ordered in the aforementioned databases in the Portuguese language, full text and case reports, during the period from 2010 to 2018. As methods of exclusion: articles in English and Spanish, theses, dissertations, book chapters, stories, and all those who presented only their summaries. 230 articles were identified, but only 05 were used because they fit the inclusion methods. The literature discusses the contribution and main care offered by nursing in the postoperative period to patients undergoing cardiac surgery, such as the use of PPE and hand washing, to stimulate ambulation, to monitor complaints of pain and peripheral circulation, as well as prevention of falls, in order to result in a rapid recovery and early de-hospitalization. It is understood that the systematization of nursing care is essential in the postoperative period of cardiac surgery, since it is the nurse who plans and organizes care and ensures that the nursing team provides a unique and integral approach to the patient.

KEYWORDS: Cardiac Surgery. Care. Nursing.

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares são consideradas doenças crônico-degenerativas, sendo as principais causas de morbimortalidade da população mundial. No Brasil, representam 65% do total de mortes na faixa etária de 30 a 69 anos de idade, atingindo a população adulta em plena fase produtiva (CARVALHO *et al*, 2016). Sendo caracterizada pela etiologia múltipla, associando-se a deficiências e incapacidades funcionais, potencializadas por fatores socioeconômicos, culturais e ambientais, que são os determinantes para qualidade de vida (CASTRO *et al*, 2017).

Contudo, existem diversas formas de tratamento para as doenças arteriais coronarianas, porém a cirurgia cardíaca muitas vezes é a opção mais indicada

por promover maiores benefícios a médio e longo prazo, buscando o retorno da capacidade funcional do coração a partir da restauração e restituição das funções vitais (CHIAPINOTTO *et al*, 2017). De acordo com NAKASATO *et al* (2015) existem três tipos de cirurgias cardíacas: as corretivas, em geral, nas cardiopatias congênitas, as reconstrutoras, como revascularização do miocárdio e plastias de valvas, e as cirurgias substitutivas, sendo elas as trocas valvares e transplantes.

As cirurgias cardíacas são intervenções complexas e necessitam de um tratamento adequado em todas as fases operatórias. Todavia, o pós-operatório (PO), é marcado pela instabilidade do seu quadro clínico por se tratar de um período de cuidados críticos (CARVALHO *et al*, 2016).

Dessa forma, Barreta *et al* (2017) afirma que a cirurgia cardíaca exige da equipe de saúde ações que visem garantir ao paciente uma assistência de qualidade resultando numa rápida recuperação e desospitalização precoce, além de que o enfermeiro, profissional essencial para prestação de cuidados, utiliza um método próprio de trabalho, o processo de enfermagem, utilizado para realização do planejamento e efetivação de uma assistência individualizada, atendendo às necessidades tanto no período pré-operatório, quanto no pós-operatório: imediato, mediato ou tardio.

Nesse contexto, o presente estudo objetivou identificar os cuidados de enfermagem no pós-operatório, prestados ao paciente submetido a cirurgia cardíaca.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão sistemática da literatura, no qual baseou-se em avaliar estudos disponíveis de publicações nacionais. A busca foi realizada entre os dias 03 e 08 do mês de março de 2018, por meio dos bancos de dados: Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e EBSCO, utilizando as palavras-chave: cirurgia cardíaca, cuidados e enfermagem, conforme os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: artigos ordenados nas bases de dados mencionados acima, no idioma português, com disponibilidade de texto completo e relatos de caso, durante o período de 2010 até 2018, que tratavam sobre a assistência de enfermagem prestada aos pacientes submetidos a cirurgia cardíaca, além de buscar informações acerca das complicações da cirurgia cardíaca e as intervenções que o enfermeiro pode adotar. Foram utilizados como métodos de exclusão artigos que não se encontravam no tempo determinado para a busca (2010-2018), artigos repetidos em mais de uma base de dados, artigos no idioma inglês e espanhol, teses, dissertações, capítulos de livros, reportagens, e todos aqueles que apresentavam apenas seus resumos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram identificados 230 estudos com resumos disponíveis com base nas

palavras-chave utilizadas, sendo 142 resumos no LILACS, 14 na base EBSCO e 74 na base SciELO. Os 230 resumos foram analisados observando título, tema, período de publicação, idioma e disponibilidade de texto completo, dos quais 225 foram excluídos. Dessa forma, o número de artigos selecionados e que contemplam esse estudo foi de 05, do período de 2015 a 2017, apresentando texto completo disponível online.

Depois da leitura completa e avaliação dos 05 artigos foi possível elaborar uma tabela representando os resultados obtidos e conclusões de cada artigo, sendo apresentado na Tabela 1.

AUTOR	ANO	OBJETIVO	PRINCIPAIS RESULTADOS
Carvalho <i>et al</i>	2016	Levantar os diagnósticos de enfermagem segundo a taxonomia II da NANDA Internacional; identificar as intervenções de enfermagem segundo a NIC, a partir dos diagnósticos encontrados; e apresentar os resultados esperados segundo a NOC, com base nas intervenções planejadas	Os diagnósticos de enfermagem encontrados foram: risco de infecção, risco de constipação, risco de quedas, integridade da pele prejudicada, disposição para controle aumentado do regime terapêutico, risco de desequilíbrio eletrolítico, risco de desequilíbrio na temperatura corporal e mobilidade no leito prejudicada, oferecendo intervenções de enfermagem para a resolução dos problemas.
Barreta <i>et al</i>	2017	Conhecer os cuidados de enfermagem ao paciente pós-operatório de cirurgia cardíaca, com ou sem circulação extracorpórea.	A maioria dos artigos científicos, foi desenvolvida por profissionais de enfermagem, 7 (60%), seguidos por 5 (40%) artigos científicos desenvolvidos por profissionais médicos. Observa-se que a maioria dos artigos científicos foi publicada em 2012, por profissionais de Enfermagem, desenvolvidas com análise quantitativa e qualitativa.
Nakasato <i>et al</i>	2015	Identificar na literatura os DEs no perioperatório de cirurgia cardíaca.	Foram incluídos 13 trabalhos, os quais identificaram 17 principais diagnósticos no pré-operatório, 10 principais diagnósticos no transoperatório e 28 principais diagnósticos no pós-operatório.
Chiapinotto <i>et al</i>	2017	Avaliar a correlação da dor e independência funcional no período pré e pós-operatório dos pacientes submetidos à cirurgia cardíaca	Na primeira avaliação, os pacientes não relataram dor. Na avaliação pós-operatória, os pacientes apresentaram uma média de $4,75 \pm 1,91$ pontos na escala de dor. A funcionalidade passou de $124,29 \pm 6,38$ no pré-operatório para $97,42 \pm 12,73$ no pós-operatório. Verificou-se correlação significativa entre dor e funcionalidade.
Castro <i>et al</i>	2017	Discutir sobre a assistência de enfermagem adequada a pacientes submetidos a cirurgias do sistema circulatório.	A cirurgia cardíaca exige da equipe de saúde observação contínua, tomada de decisão rápida e cuidado de alta complexidade, assim os profissionais da equipe de enfermagem são os que compõem esta equipe em maior número e em tempo integral e prestam assistência direta ao paciente visando minimizar possíveis complicações.

Tabela 1: Representação dos artigos encontrados nas bases de dados entre 2015 e 2017.

Com base no estudo realizado foi possível observar que a sistematização da assistência de enfermagem (SAE) é essencial para que o enfermeiro possa organizar, sistematizar e conceituar a prática de enfermagem, tornando possível a realização de uma abordagem individual dos cuidados ao cliente, além de compreender desde a participação na decisão pelo procedimento até a alta hospitalar (BARRETA *et al*, 2017).

Outros achados ainda complementam que os profissionais da equipe de enfermagem são os que compõem esta equipe em maior número e em tempo integral e prestam assistência direta ao paciente visando minimizar possíveis complicações, tais como alterações nos níveis pressóricos, arritmias e isquemias, além de manter o equilíbrio dos sistemas orgânicos, o alívio da dor e do desconforto (CASTRO *et al*, 2017).

CARVALHO *et al* (2016) e NAKASATO *et al* (2015) identificam os possíveis diagnósticos apresentados por um paciente submetido a cirurgia cardíaca, onde puderam ser esquematizados no quadro 1.

PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM
<ul style="list-style-type: none">• Risco de infecção• Risco de constipação• Risco de quedas• Integridade da pele prejudicada• Disposição para controle aumentado do regime terapêutico• Risco de desequilíbrio eletrolítico• Risco de desequilíbrio na temperatura corporal• Mobilidade no leito prejudicada• Ansiedade• Dor aguda

Quadro 1: Apresentação dos possíveis diagnósticos identificados por CARVALHO *et al* (2016) e NAKASATO *et al* (2015).

NAKASATO *et al* (2015) e CHIAPINOTTO *et al* (2017), identificam que a dor aguda no pós-operatório de cirurgia cardíaca pode ocorrer devido a diversas causas, entre elas os procedimentos invasivos, drenos torácicos e retração do esterno, tendo como principal relato de dor a região esternal que traz como prejuízo o enrijecimento da musculatura, a dificuldade em tossir, de respirar e de se movimentar. Além disso, CHIAPINOTTO *et al* (2017), ressalta a importância da mensuração da dor no pós-operatório de cirurgia cardíaca, pois esta deve ser controlada, não esquecendo que a dor pode variar de intensidade, principalmente durante as situações que o paciente

vivência durante o período de recuperação, por exemplo, repouso, inspiração profunda, episódios de tosse e vômito.

Segundo CARVALHO *et al* (2016), algumas intervenções podem ser adotadas para minimizar as complicações que a cirurgia cardíaca pode ocasionar no pós-operatório, esquematizadas no Quadro 2.

PRINCIPAIS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
<ul style="list-style-type: none">• Lavagem das mãos e uso de EPIs• Estimular a deambulação• Estimular a ingesta hídrica• Usar laterais na cama• Examinar as condições da incisão cirúrgica• Encorajar a verbalização de sentimentos, percepções e preocupações.• Monitorar náuseas, vômitos e eliminações intestinais• Monitorar temperatura• Avaliar circulação periférica• Ajudar o paciente a realizar exercícios ativos• Monitorar queixas de dor

Quadro 2: Apresentação das principais intervenções de enfermagem (CARVALHO *et al*, 2016)

Por fim, CARVALHO *et al* (2016) ainda acrescenta que a implementação do processo de enfermagem, apresenta uma melhora crescente na saúde do paciente após aplicação das intervenções de enfermagem, trazendo resultados favoráveis à saúde e à qualidade de vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os estudos analisados possibilitaram compreender que a sistematização da assistência de enfermagem é essencial no pós-operatório de cirurgia cardíaca, pois é o enfermeiro quem planeja e organiza a assistência e assegura que a equipe de enfermagem proporcione uma abordagem única e integral ao paciente. Além disso, faz-se necessário que o enfermeiro tenha capacidade de identificar os possíveis diagnósticos de enfermagem e planejar os cuidados de enfermagem fundamentados nas necessidades do paciente e aplicar intervenções específicas pós-cirurgia como: monitoração cardíaca, administração de líquidos, controle de diurese e pressão arterial; até cuidados psicossociais; nova rotina pós-operatória, redução de ansiedade e medo, entendimento perante as limitações provenientes do procedimento; que incluem tanto paciente quanto familiares, onde se tornam fundamentais no sucesso e efetividade da

recuperação.

REFERÊNCIAS

BARRETTA, J.C. *et al.* **Pós-operatório em cirurgia cardíaca: refletindo sobre o cuidado de enfermagem.** Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online, v. 9, n. 1, p. 259-264, 2017.

CARVALHO, I.M. *et al.* **Sistematização da assistência de enfermagem no pós-operatório mediato de cirurgia cardíaca.** Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online, v. 8, n. 4, p. 5062-5067, 2016.

CASTRO, J.M. *et al.* **Assistência de enfermagem ao paciente na doença e na cirurgia cardíaca: revisão bibliográfica.** Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR, v.19, n. 2, p.154-161, 2017.

CHIAPINOTTO, S. *et al.* **Nível de dor e grau de independência funcional de pacientes submetidos à cirurgia cardíaca.** Revista Baiana de Enfermagem, v. 31, n. 4, 2017.

NAKASATO, G. R. *et al.* **Diagnósticos de enfermagem no perioperatório de cirurgia cardíaca.** Revista Mineira de Enfermagem, v. 19, n. 4, p. 980-993, 2015.

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM NEURALGIA TRIGEMINAL

Yohana Pereira Vieira

Enfermeira pela Universidade Federal de Santa Maria, campus Palmeira das Missões, Rio Grande do Sul.

Jonata de Mello

Acadêmico de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, campus Palmeira das Missões.

Indiara Sartori Dalmolin

Enfermeira, Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Bolsista do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq.

Marcelo Machado Sassi

Enfermeiro, Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná. Mestrando em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Santa Catarina.

Sidnei Petroni

Biólogo, Docente do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, campus Palmeira das Missões.

RESUMO: A neuralgia do trigêmeo ou doença de Fortherghill é uma condição dolorosa caracterizada por ataques paroxísticos de dor forte. O objetivo deste trabalho é sistematizar a assistência de enfermagem a um paciente com diagnóstico de neuralgia do trigêmeo. Trata-se de um estudo descritivo de natureza qualitativa,

tipo estudo de caso. A coleta de dados foi realizada mediante anamnese, exame físico e pesquisa literária sobre o tema. A identificação dos diagnósticos de enfermagem foi baseada na Taxonomia II North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) de 2015-2017. Os diagnósticos identificados foram: Deglutição prejudicada relacionada à lesão neuromuscular; Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais relacionada com a capacidade prejudicada de ingerir os alimentos; Risco de aspiração relacionado a deglutição prejudicada; Conforto prejudicado relacionado a sintomas da doença; Dor crônica relacionada a inflamação do nervo trigêmeo; Risco de função hepática prejudicada relacionada com agente farmacológico (carbamazepina e morfina); Padrão de sono prejudicado relacionado com a dor crônica; Risco de infecção relacionado com punção venosa periférica. A partir dos diagnósticos, foi realizado um plano de cuidados ao paciente, sendo aplicado durante sua internação no hospital. A sistematização da assistência de enfermagem ao paciente com diagnóstico de neuralgia trigeminal auxilia na qualidade de assistência ao indivíduo, tanto na prática clínica, quanto na pesquisa em enfermagem, auxiliando outros profissionais no cuidado qualificado ao paciente com neuralgia trigeminal. Esse estudo de caso contribuiu para a produção de conhecimento e sistematização

de cuidados e intervenções realizadas a determinada doença atípica no cotidiano dos serviços de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Diagnóstico de Enfermagem; Dor; Estudo de caso; Neurologia.

ABSTRACT: The trigeminal neuralgia or Fortherghill's disease is characterized by paroxysmal attacks of severe pain. The objective of this study is to systematize nursing care to a patient diagnosed with trigeminal neuralgia. It is a descriptive of a qualitative nature, like a case study. The data collection was performed through anamnesis, physical examination and literary research on the subject. The identification of the disease diagnoses was based on the North American Association of Nursing Diagnosis (NANDA) Taxonomy II of 2015-2017. The diagnoses were: Impaired swallowing related to neuromuscular; Unbalanced nutrition: less than the bodily needs related to the impaired ability to ingest food; Risk of aspiration related to impaired swallowing; Impaired comfort related to the symptoms of the disease; Chronic pain related to trigeminal nerve inflammation. Risk of impaired hepatic function related to the pharmacological agent (carbamazepine and morphine); Impaired chronic sleep pattern; Risk of infection related to peripheral venous puncture. From the diagnoses, a patient care plan was carried out and applied during the hospital stay. The therapy of support to the patient with diagnosis of assisting trigeminal neuralgia in the quality of care to the patient, both in clinical practice and in the search for nursing, assisting other professionals without the help of the child with trigeminal neuralgia. This case study contributed to the production of knowledge and systematization of care and to the realization of atypical disease in the daily life of health services.

KEYWORDS: Nursing diagnosis; Pain; Case study; Neurology.

1 | INTRODUÇÃO:

A neuralgia do trigêmeo é uma condição dolorosa, também denominada doença de Fortherghill, tic doloroso facial ou prosopalgia dolorosa (Leitão & Figueiredo, 1985). As características dessa condição são ataques paroxísticos de dor forte, relatada como “latejante” e “choque elétrico”, que geralmente dura de poucos segundos a dois minutos. A crise dolorosa é desencadeada pelo simples fato de falar, mastigar, escovar os dentes, tocar o rosto ou barbear-se (Krafft, 2008). Ao realizar essas funções, são estimuladas áreas da face que são zonas de gatilho, o que justifica a crise dolorosa quando tocadas (Nunes & Marrone, 2002). A sensibilidade geralmente é unilateral, raramente são encontrados casos bilaterais. Os casos bilaterais, possivelmente se devem ao fato de ocorrer desmielinização do nervo facial próximo ao gânglio, assim como a maior frequência de que o ramo maxilar direito seja mais comumente afetado, ocasionado ao possível estreitamento dos forames redondo e oval deste antímero da face (Eskandar *et al.*, 2006). A etiologia dessa doença ainda não é exatamente definida, revelando parte da complexidade do processo de diagnóstico, porém a compressão

intracraniana do nervo trigêmeo por vasos periféricos é apontada como uma possível causa (Luna *et al.*, 2010). A incidência desta enfermidade é de 4,3 por 100.000 na população em geral, sendo o sexo feminino predominante. Comumente, a idade de aparecimento da doença é em torno de 60 a 70 anos (Manzoni & Torelli, 2005). O objetivo deste estudo é sistematizar a assistência de enfermagem a um paciente com diagnóstico de neuralgia do trigêmeo.

2 | METODOLOGIA:

Trata-se de um estudo descritivo de natureza qualitativa, do tipo estudo de caso, realizado durante atividades em campo de prática do curso de graduação em enfermagem. Este estudo foi realizado com um paciente admitido na clínica médica de um hospital do noroeste do Rio Grande do Sul. O levantamento de dados do estudo ocorreu no período de fevereiro a março de 2017. A coleta de dados foi realizada mediante a anamnese, exame físico e pesquisa literária sobre o tema. O instrumento de pesquisa foi um checklist utilizado para coletar dados referentes à anamnese e exame físico do sujeito em estudo. A identificação dos diagnósticos de enfermagem foi baseada na Taxonomia II North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) de 2015-2017. O trabalho seguiu os preceitos éticos e legais que envolvem a pesquisa com seres humanos. O paciente foi orientado sobre o objetivo acadêmico da pesquisa, consentiu com o estudo e assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO:

Paciente J.P.N., sexo masculino, 57 anos de idade, com diagnóstico de neuralgia do trigêmeo há cinco anos. Os diagnósticos de enfermagem identificados foram: Atividade de recreação deficiente relacionada a hospitalização prolongada; Deglutição prejudicada relacionada à lesão neuromuscular; Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais relacionada com a capacidade prejudicada de ingerir os alimentos; Risco de aspiração relacionado a deglutição prejudicada; Conforto prejudicado relacionado a sintomas da doença; Dor crônica relacionada a inflamação do nervo trigêmeo; Risco de função hepática prejudicada relacionada com agente farmacológico (carbamazepina e morfina); Padrão de sono prejudicado relacionado com a dor crônica; Risco de infecção relacionado com punção venosa periférica; Insônia relacionada a desconforto físico.

No total foram 12 diagnósticos identificados e 30 prescrições de enfermagem. Com relação aos domínios, foram elencados diagnósticos de cinco domínios, dentre eles domínio 1 (promoção da saúde), 2 (nutrição), 4 (atividade/repouso), 11 (segurança/proteção) e 12 (conforto). Na tabela 1 estão descritos o diagnóstico de enfermagem

seguido de suas prescrições específicas.

Diagnóstico de Enfermagem	Prescrição de Enfermagem
Domínio 1 – Promoção da saúde	
Classe 1 – Percepção da saúde Atividade de recreação deficiente relacionada a hospitalização prolongada.	1. Estimular atividades prazerosas que não estimulem o gatilho da dor; 2. Disponibilizar livros, revistas e filmes.
Domínio 2 – Nutrição	
Classe 1 - Ingestão Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais relacionada a dor.	1. Monitorar o peso do paciente; 2. Determinar exigências calóricas adequadas; 3. Acompanhar a aceitação da dieta.
Deglutição prejudicada relacionada à lesão neuromuscular.	1. Discutir o caso com um profissional da nutrição sobre modificar a consistência da dieta; 2. Optar por dietas líquidas ou pastosas.
Classe 4 - Metabolismo Risco de função hepática prejudicada relacionado a agente farmacológico (carbamazepina e morfina).	1. Monitorar exames de função hepática frequentemente; 2. Atentar para sinais de insuficiência hepática.
Domínio 4 – Atividade/Repouso	
Classe 1 – Sono/Repouso Insônia relacionada a desconforto físico. Padrão de sono prejudicado relacionado com a dor crônica.	1. Deixar o ambiente calmo, tranquilo e escuro; 2. Tranquilizar o paciente sobre o quadro clínico; 3. Orientar paciente a relatar o início da dor imediatamente.
Classe 4 - Respostas cardiovasculares/pulmonares Padrão respiratório ineficaz relacionado a dor.	1. Avaliar padrão respiratório do paciente; 2. Orientar paciente a realizar respirações profundas e lentas (inspirações e expirações); 3. Instalar oxigenoterapia quando necessário.
Domínio 11 – Segurança/Proteção	
Classe 1 - Infecção Risco de infecção relacionado a procedimento invasivo.	1. Observar sinais e sintomas de infecção; Realizar desinfecção dos dispositivos endovenosos; 2. Realizar higiene das mãos antes e após tocar o paciente.
Classe 2 – Lesão física Risco de aspiração relacionado a capacidade de deglutição prejudicada.	1. Monitorar nível de consciência; 2. Manter aspirador próximo disponível; Observar sinais de náusea, reflexo da tosse e forma de deglutir do paciente; 3. Posicionar o paciente em decúbito lateral, ou decúbito dorsal com cabeça lateralizada.

Risco de recuperação cirúrgica retardada relacionado a procedimento cirúrgico intenso.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Explicar ao paciente os procedimentos que poderão ser realizados durante e após o procedimento cirúrgico; 2. Incentivar o paciente a participar da recuperação pós cirúrgica; 3. Orientar acompanhante do paciente sobre cuidados pós-cirúrgicos.
Domínio 12 - Conforto	
Classe 1 - Conforto físico Classe 2 - Conforto ambiental Classe 3 - Conforto social Conforto prejudicado relacionado ao desconforto com a situação.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Disponibilizar medidas do conforto, tais como posicionamento adequado do paciente, luz do ambiente, ruídos); 2. Acalmar paciente explicando sobre seu quadro clínico e seu prognóstico.
Dor crônica relacionada a compressão de nervo.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aplicar escala de dor; 2. Administrar analgésicos de acordo com o grau da dor; 3. Orientar sobre o uso de técnicas não farmacológicas para o controle da dor (relaxamento muscular, aplicação de compressas frias/quentes); 4. Avaliação da eficácia quanto as medidas de controle da dor; 5. Reavaliar dor após administração do fármaco.

Tabela 1: Plano de cuidados com diagnósticos e prescrição de enfermagem para o paciente com neuralgia trigeminal.

Neste estudo, destaca-se a importância da sistematização da assistência de enfermagem, realizada por meio da implantação do processo de enfermagem (PE), que acontece de forma sistemática e contínua, em cinco etapas: coleta de dados ou histórico de enfermagem, diagnósticos de enfermagem, planejamento ou prescrição, execução e avaliação. Ressalta-se também, a função privativa do enfermeiro na execução e avaliação do PE, especialmente na definição dos diagnósticos e prescrições de enfermagem, buscando respostas à pessoa, família ou coletividade (Cofen, 2009).

A qualidade da assistência depende de um raciocínio clínico adequado do enfermeiro. Com isso, a tomada de decisão correta, norteia a qualidade do cuidado. Conseqüentemente a coleta de informações e a interpretação destas é realizada com habilidade, contribuindo para a evolução do indivíduo e sua assistência (Chaves, 2009).

CONSIDERAÇÕES FINAIS:

A sistematização da assistência de enfermagem ao paciente com diagnóstico de neuralgia trigeminal auxilia na qualidade de assistência ao indivíduo, principalmente no controle adequado da sensibilidade dolorosa paroxística, proporcionando medidas

para o alívio da dor e conforto.

Como contribuições ou implicações para a Enfermagem destaca-se o âmbito científico, pois, os diagnósticos são aliados do profissional enfermeiro, para a efetivação da qualidade do cuidado. Esse estudo de caso contribuiu para a produção de conhecimento e sistematização de cuidados/intervenções realizadas a determinada doença atípica no cotidiano dos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS:

- BARROS, J.J. **Tratamento de disfunções craniomandibulares**. ATM. p.107.1995.
- BENNETTO, L.; PATEL, N.K.; FULLER, G. **Trigeminal neuralgia and its management**. BMJ;334:201-205. 2007.
- CHAVES, L. D. **Sistematização da Assistência de Enfermagem: considerações teóricas e aplicabilidade**. São Paulo: Ed. Martinari; 2009.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN nº 358/2009. **Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem**.
- DEVOR, M.; WOOD, I.; SHARAV, Y.; ZAKRZEWSKA, J.M. **Trigeminal neuralgia during sleep**. PainPract.,Malden, v. 8, n. 4, p. 263-268, 2008.
- ESKANDAR, E.; BARKER, F.G.; RABINOV, J.D. **Case records of the Massachusetts General Hospital. Case 21-2006. A 61-year-old manwithleft-sided facial pain**. N. Engl. J. Med., Boston, v. 355, p. 183-188, 2006.
- KRAFFT, R.M. **Trigeminal neuralgia**. Am. Fam. Physician, Kansas City, v. 77, n. 9, p. 1291-1296, 2008.
- LEITÃO, F.; FIGUEIREDO, D. **Termocoagulação do trigêmio por radiofrequência: experiência em 51 casos**.Neurobiol., v.48, n.1, p.59-68, jan/mar. 1985.
- LUNA, E.B.; GRAÇA, L.F.A.; SILVA, D.C.O.; BÉRZIN, F.; SILVA, Z.; SOUZA, G.C.;MITRI, F.F. **Aspectos Anatômicos E Patológicos Da Neuralgia Do Trigêmeo: Uma Revisão Da Literatura Para Estudantes E Profissionais Da Saúde**. Biosci. J., Uberlândia, v. 26, n. 4, p. 661-674, July/Aug. 2010.
- MANZONI, G.C.; TORELLI, P. **Epidemiology of typicaland atypical craniofacial neuralgias**. **Neurol. Sci.**, Milano, v. 26, n. 2, p. 65-67, 2005.
- NUNES, M.L.; MARRONE, A.C.H.– **Semiologia Neurologica**. Edipucrs, Porto Alegre, 2002.

CONTROLE DE INFECÇÃO E SEGURANÇA DO PACIENTE: VIVÊNCIAS DE ACADÊMICAS DE ENFERMAGEM

Caroline de Lima

Universidade Federal de Santa Maria.
Departamento de Ciências da Saúde. Palmeira
das Missões- RS

Karoline Ardenghi Marques

Universidade Federal de Santa Maria.
Departamento de Ciências da Saúde. Palmeira
das Missões- RS

Daniela de Mattos da Silva

Universidade Federal de Santa Maria.
Departamento de Ciências da Saúde. Palmeira
das Missões- RS

Franciele Teixeira da Rosa

Universidade Federal de Santa Maria.
Departamento de Ciências da Saúde. Palmeira
das Missões- RS

Cíntia Cristina Oliveski

Universidade Federal de Santa Maria.
Departamento de Ciências da Saúde. Palmeira
das Missões- RS

Luiz Anildo Anacleto da Silva

Universidade Federal de Santa Maria.
Departamento de Ciências da Saúde. Palmeira
das Missões- RS

RESUMO: Têm-se por conceito de Infecção Hospitalar (IH) aquela adquirida após admissão do paciente e que se manifeste durante a internação ou após a alta, quando relacionada com a internação ou a procedimentos hospitalares/ ambulatoriais ou as manifestadas

antes de 72 horas da internação, porém associadas a procedimentos diagnósticos e/ ou terapêuticos, realizados durante este período.

Objetivo: Descrever atividades realizadas por acadêmicas do curso de Enfermagem juntamente com a Enfermeira da Comissão de Controle de Infecção (CCIH) de uma unidade hospitalar e a relevância dos temas Controle de Infecção e Segurança do Paciente na atualidade. **Metodologia:** Trata-se de um relato sobre a experiência de acadêmicas do Curso de Enfermagem da UFSM/Campus Palmeira das Missões, bolsistas voluntárias de um projeto de extensão denominado Gestão da Segurança do Paciente no Controle de Infecção, o qual desenvolve atividades simultaneamente com o Serviço de Controle de Infecção de um Hospital de médio porte em um município da região noroeste do estado do Rio Grande do Sul em paralelo com a Segurança do Paciente.

Resultados/ Conclusão: Visando a obtenção de êxito na profilaxia e controle das infecções, é indispensável que haja um esforço permanente e sistematizado de toda a equipe de saúde juntamente com a instituição de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Segurança do Paciente; Enfermagem; Doença Iatrogênica; Vigilância Epidemiológica.

ABSTRACT: The concept of Hospital Infection (IH) is one acquired after admission of the

patient and that manifests itself during hospitalization or after discharge, when related to hospitalization or hospital / outpatient procedures or those manifested before 72 hours of hospitalization. hospitalization, but associated with diagnostic and / or therapeutic procedures performed during this period¹. **Objective:** To describe activities carried out by Nursing students along with the Infection Control Commission Nurse (CCIH) of a hospital unit and the relevance of the themes of Infection Control and Patient Safety today. **Methodology:** This is an account of the academic experience of the UFSM / Campus Palmeira das Missões Nursing Course, volunteer fellows of an extension project called Patient Safety Management in Infection Control, which develops activities simultaneously with the Infection Control Service of a medium-sized hospital in a municipality in the northwest region of the state of Rio Grande do Sul in parallel with Patient Safety. **Results / Conclusion:** In order to achieve success in the prophylaxis and control of infections, it is indispensable that there be a permanent and systematized effort of the entire health team together with the health institution.

KEYWORDS: Patient Safety; Nursing; Iatrogenic Disease; Epidemiological surveillance.

1 | INTRODUÇÃO

Têm-se por conceito de Infecção Hospitalar (IH) aquela adquirida após admissão do paciente e que se manifeste durante a internação ou após a alta, quando relacionada com a internação ou a procedimentos hospitalares/ ambulatoriais ou as manifestadas antes de 72 horas da internação, porém associadas a procedimentos diagnósticos e/ ou terapêuticos, realizados durante este período (MS, 1998). E a Segurança do Paciente, é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), como à redução de riscos de danos ou lesões, associada ao cuidado em saúde, dentro de uma aceitação mínima.

Contemporaneamente, as infecções hospitalares, tanto quanto a segurança do paciente apresentam-se como um tema de interesse mundial, sendo motivo de preocupação em diversos países, passando a fazer parte da política de estado. A implementação de políticas de segurança nas instituições de saúde, tem por objetivo primeiro a prevenção de eventos adversos, danos. Na implantação de ações seguras na assistência a saúde, precisa-se redimensionar o processo de trabalho.

A preocupação com a segurança advém de estudos publicados a partir de 1970, que demonstram que os eventos adversos (EA) estão presentes nas instituições hospitalares em vários países, sendo um problema de saúde pública mundial. A principal publicação foi o livro *To Err is Human: Building a Safer Health Care System*, em 2000, o qual identificou que nos Estados Unidos da América (EUA), entre 44 mil e 98 mil pessoas morrem a cada ano em virtude de erros associados a tratamentos e cuidados em saúde realizados nos hospitais, causados por falhas de sistemas, processos e condições que levam as pessoas a cometer erros ou não os impedir. Essa realidade acarreta prejuízos para os pacientes, profissionais, instituições de saúde e

aos cofres públicos (FERMO *et al.*, 2015).

2 | OBJETIVO

Diante do exposto, objetiva-se com o presente trabalho descrever as principais atividades realizadas por acadêmicas do curso de Enfermagem juntamente com a Enfermeira da Comissão de Controle de Infecção (CCIH) de uma unidade hospitalar e a relevância dos temas Controle de Infecção e Segurança do Paciente na atualidade.

3 | METODOLOGIA

Trata-se de um relato sobre a experiência de acadêmicas do Curso de Enfermagem da UFSM/Campus Palmeira das Missões, bolsistas voluntárias de um projeto de extensão denominado Gestão da Segurança do Paciente no Controle de Infecção, o qual desenvolve atividades simultaneamente com o Serviço de Controle de Infecção de um Hospital de médio porte em um município da região noroeste do estado do Rio Grande do Sul em paralelo com a Segurança do Paciente.

4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Atualmente, as atividades que são realizadas compreendem a avaliação e acompanhamento dos pacientes internados, vigilância epidemiológica, análise do controle de antimicrobianos, avaliação de risco de infecções, orientações aos profissionais da instituição quanto ao uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) e quanto à prestação de assistência em si, como técnicas assépticas para a realização da troca de curativos em acessos venosos centrais, por exemplo. E também, discursamos sobre dada é a importância de prestarmos um cuidado seguro e limpo minimizando ou até mesmo excluindo os casos de IH.

Além das atividades supracitadas, após 30 dias de alta hospitalar realiza-se a busca ativa de pacientes no pós-operatório, através de pesquisa fonada tendo como objetivo a investigação da incidência de Infecções Relacionadas à Assistência em Saúde (IRAS), principalmente, no pós-operatório Deparamo-nos em nosso dia a dia, com um entrave que é a assistência sendo prestada por profissionais mais antigos e que efetuam suas práticas usuais de forma que sujeita os pacientes as mais diversas complicações, observa-se nesses casos que não houve uma reciclagem das técnicas outrora aprendidas levando em consideração que novos protocolos foram e continuam sendo criados, remodelando assim, a forma de cuidar.

A cultura de segurança é compreendida como um fator de desempenho, formação e comportamentos dos profissionais da saúde que os faz visualizar a segurança do

paciente como uma de suas prioridades. Confere-se a Enfermagem, sendo a maior força de trabalho em saúde no Brasil, com uma estimativa de 1.500.000 profissionais atuantes neste espaço de oferta de cuidados aos pacientes, sendo a profissão que atua diretamente e desenvolve ações desde a prevenção de doenças e promoção da saúde até a reabilitação, para tanto se destaca a importância deste trabalho ser realizado com a equipe de enfermagem (FERMO *et al.*, 2015; DUARTE *et al.*, 2015).

Este grande quantitativo de profissionais exprime a necessidade de uma relação direta da categoria com as estratégias de segurança do paciente e prevenção de iatrogenias. Para o profissional da equipe de enfermagem, a ocorrência dos eventos adversos pode suscitar diversas problemáticas, dado o estresse emocional, os preceitos éticos e as punições legais a que está exposto (DUARTE *et al.*, 2015)

Desta forma, enfatizamos na importância de se investir em uma cultura de segurança, através da disseminação do conceito de segurança do paciente e de uma discussão não punitiva sobre os eventos adversos. O Ministério da Saúde (MS), no ano de 2013, instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), a fim de dar um retorno ao apelo individual e coletivo dos profissionais da saúde e da população em geral, por uma atenção segura, livre de incidentes que possam ocasionar danos à saúde do indivíduo.

Neste sentido, mensurar o clima de segurança por meio da percepção dos profissionais, sendo considerado um ponto de partida para as instituições, pois trata-se de um componente mensurável da cultura de segurança. O diagnóstico desta avaliação, contendo as percepções e as atitudes dos profissionais relacionadas à segurança, permitirá a identificação de pontos problemáticos, contribuindo para a implementação de intervenções (DUARTE *et al.*, 2015)

As instituições de saúde estão cuidando de pessoas com processos de doença, tratamentos e tecnologias cada vez mais complexos, o que exige maiores esforços para se obter a curto prazo um grande sistema de cultura de segurança do paciente.

5 | CONCLUSÃO

Existe a necessidade de melhorias referentes ao gerenciamento dos erros, discussão e aprendizado organizacional a partir da abordagem sistêmica dos erros, retorno adequado sobre o desempenho dos profissionais, encorajamento entre os colegas do setor para relatar preocupações com a segurança do paciente. Importante destacar, que uma assistência de qualidade, envolve atendimento de qualidade, com a utilização de protocolos, uma equipe multiprofissional, efetividade, eficiência, segurança, inovação e tecnologia. Mas para além destas características envolve uma gestão estratégica, com objetivos bem definidos, e com a valorização dos colaboradores pelos integrantes da equipe e gestores, pois esta ação implica em uma associação direta com a diminuição dos eventos adversos e na qualidade da assistência (TOSO

et al., 2016).

REFERÊNCIAS

Duarte Sabrina da Costa Machado, Stipp Marlucci Andrade Conceição, Silva Marcelle Miranda da, Oliveira Francimar Tinoco de. **Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem.** Rev. Bras. Enferm. [Internet]. 2015 Feb; 68(1): 144-154. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000100144&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680120p>Acesso em 18 de março de 2017.

Fermo VC, Radunz V, Rosa LM, Marinho MM. **Patientsafetyculture in a bonemarrowtransplantationunit.** RevBrasEnferm. 2015; 68(6):827-34. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680620i> Acesso em 10 de março de 2017.

Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2916, de 12 de maio de 1998. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt2616_12_05_1998.html> Acesso em 09 de março de 2017.

Organização Mundial da Saúde (OMS). **Infecção hospitalar.** Disponível em: www.opas.org.br/sistema/fotos/hospitala1.PDF. Acesso em: 09 de março de 2017.

Toso GL, Golle L, Magnago TSBS, Herr GEG, Loro MM, Aozane F, et al. **Cultura de segurança do paciente em instituições hospitalares na perspectiva da enfermagem.** Rev Gaúcha Enferm. 2016 dez; 37(4):e58662. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.04.58662>Acesso em 10 de março de 2017.

CUIDADO EM SAÚDE A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA PELA ATENÇÃO PRIMÁRIA: RESULTADOS PARCIAIS

Fabiana Ferreira Koopmans

Universidade do Estado do Rio de Janeiro,
Faculdade de Enfermagem, Departamento de
Saúde Pública
Centro Universitário Augusto Motta, Curso de
Enfermagem
Rio de Janeiro – RJ

Donizete Vago Daher

Universidade Federal Fluminense, Escola de
Enfermagem, Departamento Médico Cirúrgico
Niterói - RJ

Magda Guimarães de Araújo Faria

Universidade do Estado do Rio de Janeiro,
Faculdade de Enfermagem, Departamento de
Saúde Pública
Rio de Janeiro – RJ

Hermes Candido de Paula

Universidade Federal Fluminense, Escola
de Enfermagem, doutorando do Programa
Acadêmico de Ciências do Cuidado em Saúde
Niterói - RJ

Rayanne Leal Dias da Silva

Universidade Federal Fluminense, Escola de
Enfermagem, graduada e bolsista do Projeto de
Cuidado à População de Rua
Niterói - RJ

Carine Silvestrini Sena Lima da Silva

Universidade Federal Fluminense, Escola de
Enfermagem, mestre em Ciências do Cuidado em
Saúde
Niterói - RJ

RESUMO: Introdução: Este trabalho faz parte do projeto de tese de doutorado da Universidade Federal Fluminense, tendo como objeto cuidado da população em situação de rua. Objetivo: Analisar e discutir as práticas de cuidado a população de rua, desenvolvidas por uma equipe de Consultório na Rua, localizada na zona oeste do município do Rio de Janeiro. Metodologia: O estudo é uma etnografia realizada com uma equipe de Consultório na Rua do município do Rio de Janeiro. A produção dos dados ocorreu com entrevistas semiestruturadas, questionário e observação etnográfica. Resultados parciais: Durante o trabalho de campo, foi possível demarcar diferentes concepções de cuidado a população de rua, com elementos que emergiram através dos dados, bastante significativos e singulares neste cuidado: "Ronda dos Afetos", "Construção do cuidado emancipador", "Articulação da rede para fortalecimento do cuidado", "Resolutividade nas necessidades" e "Familiaridades e Sensibilidade com o trabalho com populações vulneráveis". Conclusão: Foi evidenciado que o cuidado com população em situação de rua não tem como seguir uma prescrição ou ações pré-determinadas, o cuidado perpassa as singularidades, se faz no dia a dia, na percepção e na captação de como ocorre o viver na rua e como o indivíduo pertence a esta rua. Os profissionais que atuam

com população em situação de rua permeiam elementos específicos no seu cuidado que estão ligados a trajetória, postura, percepção de como realizam estas ações.

PALAVRAS-CHAVE: Pessoas em situação de rua; Atenção Primária em Saúde; Vulnerabilidade

ABSTRACT: Introduction: This work is part of the doctoral thesis project of the Fluminense Federal University, aiming at the care of homeless person. Objective: To analyze and discuss the practices of care for homeless person, developed by health professionals of Offices in the Street, located in the western zone of the city of Rio de Janeiro. Methodology: The study is an ethnography carried out with health professionals of Offices in the Street of Rio de Janeiro. The data production occurred with semi-structured interviews, questionnaire and ethnographic observation. Partial results: During the fieldwork, it was possible to demarcate different conceptions of care to homeless, with elements that emerged through the data, quite significant and singular in this care: “Ronda dos Afetos”, “Construction of emancipatory care”, Articulation of the network to strengthen care, “Resolutivity in needs” and “Familiarity and Sensitivity with working with vulnerable populations”. Conclusion: It was evidenced that the care with the homeless person situation does not have to follow a prescription or predetermined actions, the care goes through the singularities, it is done in the day to day, in the perception and the capture of how it happens to live in the street and how the individual belongs to this street. The professionals who work with homeless permeate specific elements in their care that are linked to the trajectory, posture, perception of how they perform these actions.

KEYWORDS: Homeless person, Primary health care; Vulnerability

1 | INTRODUÇÃO

O cuidado a população de rua deve conhecer este segmento populacional tão singular, tanto no âmbito pessoal quanto no social: como causas de morar na rua, estratégias de sobrevivência, formatos de vínculos socializados e construídos. Trino, Machado e Rodrigues (2015) relatam que inicialmente, o conceito utilizado pela Organização das Nações Unidas (ONU) como "população em situação de rua" estava relacionado a desabrigados ou “*shelterless*”, como indivíduos que vivem na rua devido a tragédias naturais, guerras ou desemprego; ou “*homeless*”, como aqueles que não se enquadram como desabrigados.

O conceito utilizado pelo decreto que instituiu a Política Nacional para a População em Situação de Rua constitui-se como um grupo populacional, heterogêneo, que possuem em comum meios de sobrevivência em atividades produtivas, desenvolvidas na rua, com vínculos familiares rompidos ou fragilizados, sem referência de moradia regular (BRASIL, 2009).

Trino, Machado e Rodrigues (2015) trazem para o debate do cuidado a população

de rua, alguns conceitos norteadores como o próprio conceito de população em situação de rua e seu ressignificado, que varia conforme a realidade de cada território, devendo os gestores reconsiderarem no momento da implantação das políticas.

Devem ser consideradas novas formas de cuidado, superando o modelo tradicional, não focando especificamente na doença, mas o sujeito doente, ou melhor, no grupo de sujeitos (população em situação de rua). Isto implica em modificar e ampliar alguns aspectos ligados ao cuidado, como a escuta e o processo terapêutico, reconstruindo o trabalho proposto em manuais, muitos considerados "normativos". Assim, a proposta atual baseia-se na discussão da singularização das práticas de cuidado hoje realizadas pelas equipes de Consultório na Rua (eCnR).

Trino, Machado e Rodrigues (2015) trazem também a importância de pensar o conceito de sujeito de direitos e deveres, trazendo a ideia de dignidade humana, que devem ser respeitados pelo meio social em que a pessoa vive.

Quando o Ministério da Saúde traz a proposta de instrumentalizar os profissionais de saúde da Atenção Básica para o trabalho com população em situação de rua (PSR), apresenta a possibilidade da ampliação e construção de novas formas de atuação (BRASIL, 2012), demonstrando que não tem como "normatizar" estas práticas. Formas de cuidado são criadas no decorrer dos processos de trabalho e nas práticas de atuação dos profissionais que atuam diretamente com população de rua. Estas práticas devem levar em conta as necessidades de saúde destes sujeitos.

Em 2012, o Ministério da Saúde lançou um Manual sobre o Cuidado à Saúde junto a População em Situação de Rua pretendendo ampliar o acesso e a qualidade da atenção à saúde a este grupo populacional, apontando a Atenção Básica à Saúde (ABS) como um espaço prioritário para o cuidado e a criação de vínculo com a rede de atenção à saúde, oficializando as equipes de cuidado à PSR como equipes de Consultório na Rua (eCnaR) (BRASIL, 2012).

O manual de atuação a PSR estabelece alguns formatos de atuação para equipes de saúde de Atenção Básica, estabelecendo as estruturas para as equipes de Consultório na Rua, buscando instrumentalizar estes profissionais para a construção de novas formas de atuação aos problemas desta população. O Consultório na Rua (CnaR) nasceu de uma proposta de ampliação do acesso a população de rua e ofertar atenção integral a saúde, por meio de equipes e serviços da Atenção Básica. Tendo como característica metodológica a abordagem ao usuário no local onde se encontra (BRASIL, 2012).

Os Consultórios na Rua seriam formados por equipes multiprofissionais, seguindo os fundamentos e diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), para atuar frente aos problemas e as necessidades de saúde da população em situação de rua *in loco*. As atividades podem ser realizadas de forma itinerante, desenvolvendo ações compartilhadas e integradas às Unidades Básicas de Saúde (UBS) (BRASIL, 2012).

Para analisar as concepções de cuidado das eCnaR com as necessidades de saúde dos usuários em situação de rua, percebe-se que estas interações (entre

os profissionais e os usuários) sofrem influências de mediações culturais e sociais, com isto pretendeu-se discutir a partir da categoria de *habitus* dos estudos de Pierre Bourdieu (1983; 1996; 2001).

A noção de *habitus* para Pierre Bourdieu (1983; 1996) advém de que as estruturas sociais, inseridas em determinadas condições sociais e históricas "moldam" os corpos dos indivíduos introjetando-lhes valores, significados e condutas, que a partir daí constroem seu mundo social.

O *habitus* sofre influência e em meio ao processo institucional, as práticas tendem a reproduzir certas regularidades devido aos esquemas criados pelas variadas influências (BOURDIEU, 1983).

Estudo de Pacheco (2014), analisando as práticas do Projeto Consultório de Rua aponta que os profissionais de saúde que atuam com PSR, imersos neste cotidiano da rua, sofrem influência deste território dinâmico, que interfere diretamente nas suas práticas regulares diárias, construídas nos processos inter-relacionais com estes participantes.

Aponta ainda que para se compreender o *habitus* de um indivíduo, deve-se compreender sua trajetória individual, ao mesmo tempo em que acontecem os processos relacionais (PACHECO, 2014).

O este trabalho traz como objetivo: Analisar e discutir as práticas de cuidado a população de rua, desenvolvidas por uma equipe de Consultório na Rua, localizada na zona oeste do município do Rio de Janeiro. Este trabalho apresenta dados parciais de uma tese de doutorado do Programa Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde, da Universidade Federal Fluminense.

2 | PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Este capítulo apresenta as concepções sobre cuidado a população de rua, através de um estudo etnográfico sobre cuidado a população de rua, desenvolvido com uma equipe de consultório na rua, localizada na zona oeste, do município do Rio de Janeiro. O estudo etnográfico facilitou a compreensão das práticas dos profissionais e de certa forma, a obtenção dos elementos ligados ao cuidado, tornando possível pela imersão e observação das práticas dos profissionais.

O fazer etnográfico pressupõe uma descrição da interpretação de cada indivíduo, faz das coisas, dos acontecimentos, dos fatos, dos fenômenos, todos permeados pela cultura. Na descrição etnográfica, o que se interpreta é o fluxo do discurso social e a interpretação envolvida (GEERTZ, 2008).

A pesquisa foi realizada através da observação participante, das entrevistas e da coleta de questionário sobre as interações dos profissionais de saúde com os moradores de rua, em torno de 6 meses, com inserções dos pesquisadores nas atuações nas "Rondas" e nos Consultórios, entre os anos de 2016 a 2017.

Esta equipe de Consultório na Rua faz parte das sete equipes do município de Rio de Janeiro que trabalham com cuidado a população de rua, localizada no bairro de Santa Cruz, zona oeste do município do Rio de Janeiro. A unidade do Consultório na Rua (CnaR) divide o espaço físico com um Centro Municipal de Saúde (CMS), localizado no mesmo território físico de um abrigo para pessoas em situação de rua (Abrigo Rio Acolhedor). De certa forma, esta proximidade facilita como interfere em todo o processo de trabalho da equipe de CnaR. O processo de trabalho de cuidado a população de rua desta equipe é realizado através das Rondas (termo utilizado pela equipe quando realiza as ações na rua) e da atuação nos Consultórios e no Abrigo.

Os sujeitos da pesquisa foram os profissionais da equipe de CnaR e profissionais que atuam como "apoio" a esta equipe, constituindo num total de 10 participantes de várias categorias da área da saúde: médico, enfermeiro, psicólogo, dentista, assistente social, técnico de enfermagem e agente de rua. Os pesquisadores não possuíam vínculo empregatício, ou não tinham vínculo anterior a pesquisa, desta forma, não tendo qualquer interação como profissional de saúde, somente como pesquisadora. Foi percebido, que isto facilitou a interação das pesquisadoras com a equipe.

A associação dos três instrumentos (observação participante, entrevistas e questionário) para coleta dos dados foi importante para responder a questão norteadora do estudo: Quais as concepções de cuidado dos profissionais de saúde com população em situação de rua?

Os dados gerados na pesquisa de campo foram discutidos, através de categorias que emergiram, analisados a luz do conceito de *habitus*, proposto por Bourdieu.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, do Hospital Universitário Antônio Pedro, da UFF e pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, pelo nº 2.308.442. Foi garantido o anonimato dos participantes, através da utilização da letra "E", seguida do nº da entrevista, com números sequenciais de E1 a E10.

3 | APRESENTAÇÃO DOS DADOS:

Durante o trabalho de campo, foi possível demarcar diferentes concepções de cuidado a população de rua, com elementos que emergiram através dos dados, bastante significativos e singulares neste cuidado: "Ronda dos Afetos", "Construção do cuidado emancipador", "Articulação da rede para fortalecimento do cuidado", "Resolutividade nas necessidades" e "Familiaridades e Sensibilidade com o trabalho com populações vulneráveis".

Ronda dos Afetos

As "Rondas" são as atividades desenvolvidas pelos profissionais do CnaR fora dos consultórios, constituindo de atividades específicas e diretamente na rua.

Geralmente elas ocorrem duas vezes na semana, quando disponibilizam carro para equipe desenvolver as ações de cuidado na rua.

O afeto e a amorosidade estão nos detalhes percebidos com os profissionais durante as rondas, em vários elementos como nos momentos de olhar nos olhos, sentar ao lado deles, saber o porquê de não estar tomando a medicação, o porquê de não quer ir para o abrigo, a abordagem de saber como se encontram, saber o porquê deles estarem na rua, todos elementos observados durante a pesquisa, sem perceber julgamentos ou "pré" conceitos da equipe no desenvolvimento das práticas de cuidado a população de rua. Quando a equipe chegava a um local para fazer a abordagem com o morador de rua e ou a um grupo de moradores, os transeuntes que passam regularmente por aquele local e por aquelas pessoas, paravam para olhar as formas de interação da equipe com os sujeitos da rua. Os profissionais eram logo identificados pelos jalecos brancos que utilizam e sua forma tranquila de abordagem.

Em uma das rondas, no centro comercial de um bairro muito movimentado de pessoas, tinha um grupo grande de moradores de rua com seus pertences e seus colchões em frente a bancos, lojas de vestiários e eletrônicos, perto da estação de ônibus. Nesta abordagem, com a chegada da equipe, composta por dois profissionais, percebeu-se que eles já tinham vínculo com alguns usuários do grupo, assim que se aproximaram, os transeuntes ao redor, paravam para observar a abordagem. Mas não se constituía numa abordagem de recolhimento, mas numa abordagem de acolhimento, de escuta, de estar junto. O cuidado era construído na horizontalidade, no sentar junto deles, no mesmo colchão, no olhar nos olhos, em chegar perto para entender o que falavam, eram momentos de amorosidade e de acolhimento. Pelo menos, durante esta abordagem, foi visualizado duas pessoas chegando mais perto da equipe e parabenizando os profissionais pelo trabalho. O afeto era percebido não somente pelo pesquisador, mas pelas pessoas que circulavam pelo centro do bairro.

Um ponto destacado pelos profissionais através das falas foi o estranhamento de outros profissionais, que não trabalham com população de rua, em acreditar que o dever do Consultório na Rua seja de remoção compulsória. Estes profissionais que atuam com população de rua entendem que a abordagem não deve ser de retirar e nem de convencimento a sair das ruas, acreditam e apoiam as decisões dos usuários. Entendem que aqueles que vivem na rua e da rua, querem permanecer na rua, desta forma, esta equipe acredita que deva respeitar suas decisões.

A Ronda ocorre sempre quando o "território" encontra-se verde. O território de trabalho era considerado violento, em vários momentos de observação da pesquisa, foi percebido a importância de se levar em conta o "Código de entrada no território". Este código de entrada no território, que se subdivide em verde, amarelo e vermelho, faz parte de um instrumento de conduta das equipes de saúde para saída no território e para visitas domiciliares, não somente para as equipes de Consultório na rua, mas também para todas as equipes de Atenção Básica.

Mesmo tendo aparecido como adversidade para as rondas o "território vermelho",

quando assim acontecia o reagendamento das ações no território, aquele cuidado era estabelecido e reafirmado em outro momento. O processo de trabalho apresenta-se dinâmico, pois a violência apresenta-se como um elemento determinante para a promoção do cuidado.

Construção do cuidado emancipador

Os profissionais descrevem prática de cuidado como atendimento ao paciente de um abrigo (próximo a Unidade de Saúde que localiza-se a eCnaR e ao paciente em situação de Rua, acolhimento ao usuário de livre demanda, avaliação em saúde mental, cadastro dos usuários, busca ativa, promoção e prevenção de saúde através de orientações, mapeamento de território, acompanhamento ambulatorial do paciente e facilitação ao acesso com equidade.

Um fator diferencial no cuidado da eCnaR desta área é o fato de estar localizado ao lado do abrigo, que é dividido em dois prédios, contém uma área verde, estacionamento, campo de futebol, duas piscinas, sala de leitura, auditório, sala de convivência. Onde as PSR têm o direito de utilizar para estadia ou pernoite.

O acolhimento à essa demanda constitui como uma estratégia de inserção do usuário no SUS, uma vez que muitos que chegam à unidade ainda não possuem cadastros. Nesse caso, o agente social preenche uma ficha, com dados pessoais, e mesmo sem documentação passa a ter um acesso. Muitas pessoas que vivem na rua perderam seus documentos. O documento representa o resgate da própria cidadania. Obter novamente documentos permeia um tipo de cuidado que baseia-se em emancipar o outro, chamado cuidado emancipador.

O desafio do cuidado emancipador estaria no rompimento da "invisibilidade" da população em situação de rua para que seja dada 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, 2015; KERTESZ et al., 2014; O'CONNELL *et al.*, 2010). Os estudos relatam que o cuidado não vem somente do escutar o outro, mas sim de tornar o outro cidadão e protagonista de sua vida, protagonizando o cuidado junto ao profissional, sendo inserido no processo de saúde, possibilitando trazê-lo para articulação e formulação de seu próprio cuidado.

Segundo Hallais e Barros (2015), o acolhimento remete a um cuidado emancipador que está fundamentado no reconhecimento da diversidade e autonomia dos sujeitos, permitindo assim a transformação do sujeito paciente-passivo em agente-participativo do seu processo de saúde, doença e cuidado. Tal condição ainda possibilita e potencializa a aproximação e interlocução entre profissionais de saúde e usuários, reconfigurando relações médico-centradas em relações que preservam (e até resgatam) as histórias de vida e os saberes dos indivíduos em tratamento.

Articulação da rede para fortalecimento do cuidado

A articulação com a rede de atenção à saúde e toda a rede do território observa-se essa prática de forma bem latente na rotina da eCnaR, de modo que através da escuta, e da identificação dos problemas, os profissionais intervinham, não só de modo terapêutico, mas como também com educação em saúde, orientação, explicando como funcionava o atendimento da unidade de saúde.

As parcerias, esse é o nosso diferencial, porque desde o momento que você tem parceiros, o trabalho evolui melhor, a gente tem uma resposta bem diferenciada, do que aquela rotina do dia a dia. (E5)

Relatam também sobre a articulação com a rede intra e intersetorial, como visitação a instituições parceiras, apoio às equipes de CnaR parceiras e participação de fóruns.

A questão da articulação com a rede, sem articular com a rede o CnaR não existe, a gente tá sempre em contato com a rede, é uma coisa minha, mas eu acho que a equipe faz também. (E2)

De acordo com Silva *et al.* (2015), a proposta das equipes do CnaR consiste em promover uma articulação da rede com a principal finalidade de garantir o acesso à atenção integral à saúde às pessoas em situação de rua/usuários de álcool e outras drogas.

Ao serem perguntados sobre iniciativas e estratégias desenvolvidas pelo profissional ou pela equipe que o entrevistado considera relevante para o cuidado à PSR, emergiu como ponto comum a articulação da rede como fortalecimento para o cuidado. Esta equipe descreve alguns dispositivos como parceiros, tais como: Centro de Referência especializado de assistência social (CREAS), Centro de Atenção psicossocial (CAPSAD), e as Unidades de Estratégia de Saúde da Família (USF).

Fundamental da equipe a insistência, tentar o máximo possível quando a gente vai pra rua, tentar articular com os parceiros, porque como a gente sabe que a gente não dá conta do trabalho na rua, quando a gente consegue sair tentar articular com os parceiros, pra que nos de um suporte. A gente articula muito com o CREAS, que agora tá passando uma situação difícil por causa do governo, mas essa articulação com o CREAS que é serviço social, quando tinha carro, eles passavam aqui buscavam a gente, a gente articula muito com o CAPSAD. (E3)

A rede de atenção à saúde (RAS) é composta pelo conjunto de serviços e equipamentos de saúde que existem num determinado território geográfico; mas no caso do CnaR não deve ser restrito a uma única região, pois os usuários podem se afastar do território, sendo assim, seus usuários são oriundos de diversas localidades, e caso escolham novo local de moradia, contam com a ajuda da eCnaR para escolha

de nova unidade de saúde e sua reinserção (TEIXEIRA *et al.*, 2015).

Devido a complexidade das situações, demandas e necessidades desta população, torna-se imprescindível o investimento focado no cuidado compartilhado e implicado na rede intersetorial. Devendo-se compreender como ocorre o percurso de todos estes indivíduos na sua ida para a rua e todo seu processo de exclusão. Por algum motivo, muitas vezes os laços sociais anteriores foram perdidos e passam a vivenciar processos de exclusão, violência, repressão, perda de vínculo e de referências. Mas ao mesmo tempo, desenvolvem mecanismos de resiliência, adaptabilidade à rua, criando novas formas de viver e outros vínculos (TRINO, MACHADO, RODRIGUES, 2015).

Resolutividade nas necessidades

O cuidado focado na resolutividade das necessidades do usuário torna-se importante ressaltar que a resolutividade na rede básica de saúde está ligada não só ao recurso instrumental e conhecimento técnico dos profissionais, mas também à ação acolhedora, ao vínculo que se estabelece com o usuário, ao significado que se dá na relação profissional/usuário.

Chegar ali e tentar resolver aquele problema, chegar e gente "vamo" lá resolver, "vamo" lá ver o que ele quer. Igual o do Zê, que eu fui no hospital, que eu cheguei lá, cuidei dele e dei banho, a gente se sente tão bem em cuidar do outro, se for pelo dinheiro você não fica, você tem que ficar por amor. E10

As necessidades em saúde não se restringem às demandas biológicas, consideradas individuais e isoladas, mas articuladas às necessidades sociais, advindas do modo de reprodução da vida em sociedade (BARROS e CHIESA, 2007). Para conhecer as necessidades de saúde deve-se identificar a forma e as repercussões dos sujeitos, identificar as diferentes formas de vida, saúde e sofrimento (NAKAMURA *et al.*, 2009). Para Cecílio (2006), as necessidades de saúde são traduções feitas entre a equipe e o usuário, no processo de intervenção de saúde e social.

Familiaridade e sensibilidade com o cuidado a populações vulneráveis

A familiaridade com o trabalho com população e vulneráveis estão a todo momento presentes nas falas dos profissionais. Apesar de que nem todos terem trabalhado com população de rua, já tinham alguma experiência com populações de grande vulnerabilidade anteriormente. O pertencimento a este tipo de trabalho foi percebido durante as rondas e nas entrevistas.

Embora haja uma heterogeneidade em relação ao tempo de trabalho no cuidado à PSR, podemos observar que a maioria dos profissionais anteriormente já atuava na Atenção Básica, na Estratégia de Saúde da Família e com população em situação de vulnerabilidade, demonstrando que a equipe já estava habituada ao trabalho com vulnerabilidade e redução de danos, mas foi o primeiro contato para a maioria com

pessoas em situação de rua:

Na verdade com o CnaR eu trabalho há 4 anos e meio mas eu já tenho experiência em ESF em PSR, ao todo 9 anos. (E7)

Três meses. Na atenção básica trabalho há 20 anos, trabalhei em outras áreas, com população em situação de vulnerabilidade, já trabalhei com população indígena, de isolamento. E8

Sim, trabalhei em CAPSAD, já tinha contato com PSR, agora trabalhar profissionalmente mesmo foi no início de 2014, que eu trabalhava no Albert Schweitzer, no Hospital Geral, na Ortopedia, emergência, não era especialmente a pessoa que tava morando na rua, mas a gente recebia muito os pacientes que tavam na situação de rua na internação. E2

Sim, por causa da igreja, fora do consultório, eu também exerço, já fazia antes como ação social, sempre na rua trabalhando com eles, já tem uns 15, 20 anos. E6

Minha experiência com PSR ela vem de uma experiência na ESF muito antes de imaginar trabalhar com CnaR, eu prestava cuidados a um morador em situação de rua, na comunidade Sepetiba, um paciente que tinha tuberculose e morava em situação de rua. E7

A relação com o que os profissionais mais se identificam com a prática profissional, responderam no questionário: o cuidado ao outro, a boa relação com a equipe, a possibilidade de vínculo para transformação de uma realidade, a possibilidade de vínculo para transformação da realidade e a atenção dada aos pacientes. Alguns profissionais apontaram características próprias para este tipo de trabalho, trazendo para a tona a importância de um perfil próprio para a atuação com este grupo vulnerável: como ser paciente, ter sensibilidade e empatia, ter a certeza que está ajudando a fazer a diferença por mínima que seja, poder facilitar o acesso da pessoa em situação de rua aos serviços de saúde.

Nós precisamos do dinheiro pra se manter, mas se você não tiver o perfil pra trabalhar, pra fazer aquilo, o dom de cuidar do outro, de chegar, de fazer a mudança, de fazer a barba, porque não é só fazer a medicação, é chegar assim, melhorar o aspecto físico da pessoa. E10

4 | DISCUSSÃO

A construção do *habitus* perpassa por três lógicas: lógica da retenção, lógica da mediação e a lógica da classificação (BOURDIEU, 2015 e MONTAGNER, 2006).

A lógica da retenção traz a absorção das formas corporais e posturais, que envolve a história do indivíduo, com sua trajetória e postura (BOURDIEU, 2015). Percebe-se isto nas trajetórias dos profissionais quando dizem que já atuavam com população de vulnerabilidade e nas falas: "tem que ter o perfil"; "tem que ter amor pelo que faz".

A lógica da mediação envolve as categorias mediadoras, sua percepção do mundo, de sua trajetória (BOURDIEU, 2015). Como os profissionais se percebem no cuidado é importante para a construção deste *habitus* e assim, de suas práticas. Perceberem como elo resolutivo, ou seja, "aquele" que irá "emancipá-lo" com documentos, com resoluções simples, como curativos, medicações, ligações para "mãe" ou para outro parente distante, por mais problemas que tenham com infraestrutura.

A lógica da classificação constitui a incorporação prévia dos critérios para assim constituir o espaço de estratégias, de iniciativas, de livre arbítrio, constituindo na atuação individual e criativa (BOURDIEU, 2015).

As práticas construídas por estes profissionais não são realizadas aleatoriamente, sua construção perpassa a lógica da classificação da própria construção de *habitus* do cuidado a população de rua. A incorporação das trajetórias anteriores e presentes do cuidado cotidiano a PSR, aliado a percepção de como eles veem o mundo, como eles se compreendem e respeitam os sujeitos que estão nas ruas e suas singularidades, fazem com que este cuidado passe a ser construído por um cuidado singular, que depende da história de vida do profissional, de como ele se vê e se percebe no mundo e na promoção de cuidado. O *habitus* deste profissional é assim, também construído através de suas trajetórias, de suas percepções anteriores e do momento e de como coletivamente vão construindo este cuidado, de forma criativa e resolutiva.

5 | CONCLUSÃO

A criação do CnaR demonstra efetividade no cuidado a população em situação de rua, isto vêm não somente com a abrangência das políticas públicas a esta população, mas também da competência, engajamento, resistência e sensibilidade dos profissionais que atuam com este tipo de cuidado. As práticas de cuidado a população em situação de rua trazem a tona a importância da discussão a respeito de elementos determinantes na construção de práticas de saúde a populações vulneráveis.

Esta pesquisa apresenta não somente a insistência destes profissionais construírem um cuidado singular, mas na criatividade dos profissionais em construírem formas de cuidar baseadas na realidade vivenciada no dia a dia, moldadas pelas necessidades de saúde e adoecimentos destas pessoas. Estes profissionais resistem diariamente e "lutam" para promoverem o acesso aos serviços de saúde e outros serviços localizados no território, garantindo a universalidade. "Lutam" mais ainda para cuidarem de forma integral, na articulação de suas ações, na criação de seus vínculos e na sensibilidade de seu olhar e de seu fazer.

Constatou-se que suas práticas de cuidado resolutivas e sensíveis ao outro não são produzidas no "agora", vêm de uma construção diária do fazer saúde, através da percepção de seu cuidado com esta população, mas também com seu olhar e percepção diante de suas próprias experiências de vida no âmbito pessoal e profissional.

Discutir formas de cuidado a populações vulneráveis e incluindo a população de rua torna-se cada vez mais urgente, como a ampliação das equipes de CnaR e de políticas públicas de inclusão desta população na sociedade.

REFERÊNCIAS

BARROS, D.F.; CHIESA, A.M. Autonomia e necessidade de saúde na sistematização da Assistência de Enfermagem no olhar da saúde coletiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. 41 (Esp.): 793-798, 2007.

BOURDIEU, P. **A Distinção: Crítica social do julgamento**. Pierre Bourdieu; tradução Daniela Kern; Guilherme Teixeira. 2ª ed. 2ª rev. Editora Zouk. Porto Alegre, RS, 2015.

BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. Tradução: Fernando Thomaz – Lisboa, Portugal; Rio de Janeiro, Brasil: Ed. DIFEL Difusão Editorial, Ed. Bertrand Brasil S.A., 1989.

BOURDIEU, P. **Razões Práticas: sobre a teoria da ação**. Tradução: Mariza Corrêa – Campinas, SP: Ed. Papyrus, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual sobre cuidado a saúde junto a população em situação de rua**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome. **Pesquisa Nacional sobre População em Situação de Rua**. Sumário Executivo. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. Brasília, 2009.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Clifford Geertz. - 1ª edição, IS.reimpr. - Rio de Janeiro: LTC, 2008.

HALLAIS, J.A.S.; BARROS, N.F. Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 31(7): 1497-1504, jul, 2015.

KERTESZ, S. G. et al. Development of the Primary Care Quality-Homeless (PCQ-H) Instrument: A Practical Survey of Homeless Patients' Experiences in Primary Care. **Medical Care**, v. 52, n. 8, p. 734–742, ago. 2014.

MONTAGNER, M.A. Pierre Bourdieu, o corpo e a saúde: algumas possibilidades teóricas. **Ciência e Saúde Coletiva**, 11(2): 515-526, 2006.

MORAES, P.A.; BERTOLOZZI, M.R.; HINO, P. Percepções sobre necessidades de saúde na Atenção básica segundo usuários de um serviço de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, 45 (1): 19-25, 2011.

NAKAMURA, E.E.; EGRY, E.Y.; CAMPOS, C.M.; NICHIIATA, L.Y.I.; CHIESA, A.M.; TAKAHASHI, R.F. O potencial de um instrumento para o reconhecimento de vulnerabilidades sociais e necessidades de saúde: saberes e práticas em saúde coletiva. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, 17 (2): 253-258; 2009.

O'CONNELL, J.J *et al*. The Boston Health Care for the Homeless Program: a public health framework. **American journal of public health**, v. 100, n. 8, p. 1400–1408, 2010.

PACHECO, M. E. A. G. Políticas públicas e capital social: o Projeto Consultório de Rua. **Fractal : Revista de Psicologia**, p. 43–58, abr. 2014.

SILVA, C.C. **Atenção primária e população em situação de rua: a prática de cuidado em um**

consultório na rua da cidade do Rio de Janeiro. Dissertação de Mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz (ENSP\FIOCRUZ), 2015.

TEIXEIRA, M.; SAMPAIO, C; SOARES, M.; LIMA, C.; ANTUNES, V.; LIMA, J.D.; ARAÚJO, A.; MENDONÇA, W; MELLO, R.; LOPES, D.; ENGSTROM, E. Promoção da Saúde: Relato de experiência da equipe do Consultório na Rua do Teias-Escola Manguinhos-Ensp/Fiocruz. In: **Saberes e Práticas na Atenção Primária à Saúde**. 1ª edição ed. São Paulo: HUCITEC, 2015. p. 69–86.

TRINO, A.T.; MACHADO, M.P.M.; RODRIGUES, R.B. Conceitos norteadores do cuidado junto à população em situação de rua. In: **Saberes e Práticas na Atenção Primária à Saúde**. 1ª edição ed. São Paulo: HUCITEC, 2015. p. 27-44.

INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS MAIS PREVALENTES EM PERNAMBUCO

Jaqueline Maria da Silva

Graduanda em Enfermagem, Centro Universitário do Vale do Ipojuca - UNIFAVIP/WYDEN. Caruaru – Pernambuco.

Ariane Leite Pereira

Graduanda em Enfermagem, Centro Universitário do Vale do Ipojuca - UNIFAVIP/WYDEN. Caruaru – Pernambuco.

Marina Cordeiro da Silva

Graduanda em Enfermagem, Centro Universitário do Vale do Ipojuca - UNIFAVIP/WYDEN. Caruaru – Pernambuco.

Nayara Kelly Felix Ferreira

Graduanda em Enfermagem, Centro Universitário do Vale do Ipojuca - UNIFAVIP/WYDEN. Caruaru – Pernambuco.

Carolina Vasconcelos de Almeida Neves

Coordenadora Acadêmica de Enfermagem, Centro Universitário do Vale do Ipojuca - UNIFAVIP/WYDEN. Caruaru – Pernambuco.

RESUMO: As infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) estão entre as condições mais patogênicas que acomete a população do Brasil e do mundo podendo ser transmitida por diferentes agentes etiológicos como fungos, bactérias, vírus e protozoários. O trabalho tem como objetivo identificar as ISTs mais prevalentes no estado de Pernambuco incluindo, número de casos e faixa etária da população acometida. Trata-se de uma revisão da literatura na qual

a seleção dos artigos foi realizada através das seguintes bases de dados: Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Biblioteca virtual em saúde (BVS), Ministério da saúde e Secretaria de Saúde de Pernambuco no período de 2015 até 2017. Diante do que foi visto a prevalência das ISTs são as Hepatites, Sífilis e HIV/AIDS. A hepatite B no período de 2003 a 2016 foram diagnosticados 2.871 casos confirmados. A hepatite C no período de 2003 a 2016, foram diagnosticados 1.485 casos confirmados em Pernambuco indicando o maior número de casos ocorridos em 2013. A sífilis no período de 2007 a 2016, foi notificado um total de 5.802 casos. E o HIV no período de julho de 2014 a dezembro de 2016, foram notificados 5.222 casos. Assim, o trabalho mostra a incidência das Infecções Sexualmente Transmissíveis em Pernambuco.

PALAVRAS-CHAVE: Infecções; Transmissão; Prevalência.

ABSTRACT: Sexually transmitted infections (STIs) are among the most pathogenic conditions affecting the population of Brazil and the world and can be transmitted by different etiological agents such as fungi, bacteria, viruses and protozoa. The objective of this study is to identify the most prevalent STIs in the state of Pernambuco including, number of cases and age range of the affected population. This is a

literature review in which the selection of articles was carried out through the following databases: Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Virtual Health Library (VHL), Ministry of Health and Health Secretariat of Pernambuco from 2015 to 2017. In face of what has been seen, the prevalence of STIs is Hepatitis, Syphilis and HIV / AIDS. Hepatitis B in the period from 2003 to 2016 were diagnosed 2,871 confirmed cases. Hepatitis C in the period from 2003 to 2016, diagnosed 1,485 cases confirmed in Pernambuco indicating the largest number of cases occurred in 2013. Syphilis in the period from 2007 to 2016 reported a total of 5,802 cases. And HIV in the period from July 2014 to December 2016, 5,222 cases were reported. Thus, the work shows the incidence of Sexually Transmitted Infections in Pernambuco.

KEYWORDS: Infections; Streaming; Prevalence.

1 | INTRODUÇÃO

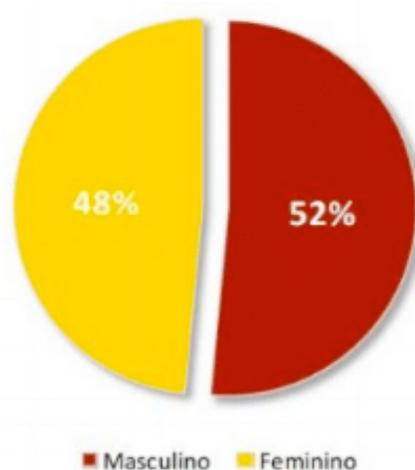
As Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) estão entre as condições mais patogênicas que acomete a população do Brasil e do mundo podendo ser transmitida por diferentes agentes etiológicos como fungos, bactérias, vírus e protozoários. Apesar de algumas infecções possuírem altas taxas de incidência e prevalência e apresentarem complicações mais graves em mulheres como a transmissão do HIV e sífilis e aumento significativo de mortalidade, geralmente essas ISTs são curáveis se diagnosticadas e tratadas adequadamente. Fatores como eficácia da transmissão, fator biológico intrínseco a cada infecção, taxas de variação de parceria sexual, influenciadas por aspectos socioeconômicos, culturais e comportamentais; duração da infecção, influenciada por aspectos socioeconômicos, culturais e estruturais, qualidade da rede de saúde e acesso aos serviços contribuem para prevalência e disseminação dessas infecções na população. Com o intuito de controlar e diminuir a prevalência das ISTs no estado de Pernambuco a secretaria do estado conta com o Programa Estadual de Infecções Sexualmente Transmissíveis/ Aids, um trabalho realizado com parceria de diversos setores da Secretaria Estadual de Saúde (SES), coordenações municipais e entidades da sociedade civil que trabalham com os agravos. As atividades realizadas pelo programa são de prevenção com a elaboração, reprodução e distribuição de material informativo, folders, cartazes, realização de seminários jornadas municipais, campanhas entre outros, prevenção na transmissão vertical do HIV e sífilis congênita, ainda o diagnóstico e tratamento das ISTs sempre em consonância com os princípios do SUS, promoção dos direitos humanos e combate à discriminação e aos preconceitos de raça, cor ou orientação sexual. Em Pernambuco a vigilância epidemiológica é no controle da sífilis, HIV/Aids e Hepatites virais possibilitando informações que contribui no combate a essas ISTs no estado. Assim, esse trabalho tem como objetivo identificar as ISTs mais prevalentes no estado de Pernambuco incluindo, número de casos e faixa etária da população acometida.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa na qual a seleção dos artigos foi realizada através das seguintes bases de dados: Scientific Eletronic Library Online (SCIELO), Biblioteca virtual em saúde, Ministério da saúde e Secretaria de Saúde de Pernambuco. Foram levados em consideração os seguintes preceitos de inclusão: artigos ordenados na base de dados mencionadas acima, no idioma português, com disponibilidade de texto completo, Protocolos e Diretrizes do Ministério da saúde e Boletins informativos em Vigilância em Saúde, durante o período de 2015 até 2017. Foram excluídos os relatos de casos, teses, dissertações, capítulo de livros, reportagens, notícias e aqueles que apresentavam apenas os seus resumos.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

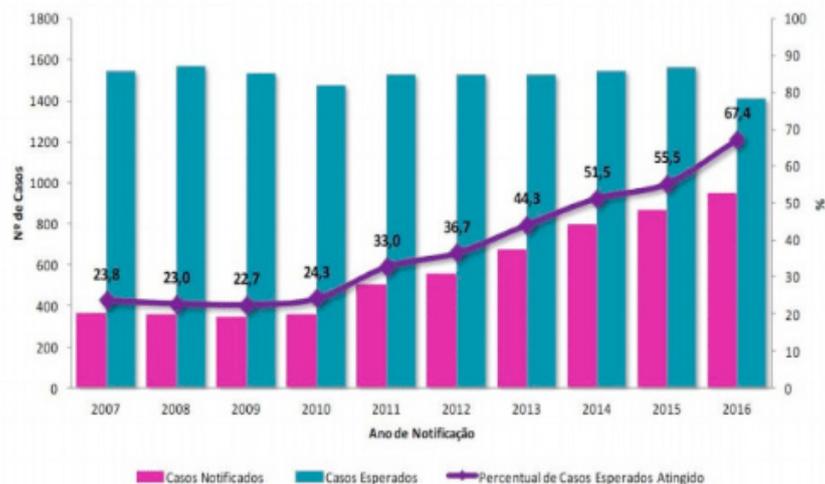
A prevalência das ISTs são as Hepatites, Sífilis e HIV/AIDS. A hepatite é uma doença que possui cinco tipos mais relevantes são A, B, C e D. Sendo de atenção maior a B e C caracterizadas por pela transmissão sexual, vertical e sanguínea. O vírus da D também usa essas vias, mas não tem circulação em Pernambuco. A hepatite B no período de 2003 a 2016 foram diagnosticados 2.871 casos confirmados, com coeficiente de incidência com tendência ascendente. No período analisado, o ano de 2009 apresentou o menor número de casos 137 e o coeficiente de incidência com 1,55 a cada 100.000 habitantes e 2014 apresentou o maior número de casos 391 e coeficiente de incidência de 4,21 para 100.000 habitantes. A hepatite C no período de 2003 a 2016, foram diagnosticados 1.485 casos confirmados em Pernambuco indicando o maior número de casos ocorridos em 2013, sendo 251 e coeficiente de incidência de 2,73 casos a cada 100.000 habitantes e o menor número em 2003, de 42 casos o coeficiente de incidência de 0,51 para 100.000 habitantes com tendência ascendente.



Fonte: Sinan/Programa Estadual de IST/Aids/HV/DGCDA/SEVS/SES-PE
*Dados atualizados em 05/06/2017, sujeitos à alteração

Figura 1. Distribuição proporcional de casos confirmados de hepatite C segundo sexo. Pernambuco, 2003 a 2016.

A sífilis é uma doença infectocontagiosa sistêmica, de evolução crônica, causada pelo *treponema pallidum*. A doença não tratada progride ao longo de muitos anos, sendo classificada em sífilis primária, secundária, latente recente, latente tardia e terciária. A transmissão pode ser sexual, vertical ou sanguínea. A via predominante é a sexual, entretanto, a mulher portadora da bactéria durante a gestação pode transmitir para o feto durante todo o período gestacional. No estado de Pernambuco, de 2007 a 2016, foi notificado um total de 5.802 casos. Neste período, observa-se um aumento de 158,97% no número de notificações. A taxa de detecção também se mostra em ascensão desde 2007, com uma média de 4,13 casos a cada 1.000 nascidos vivos no período analisado, chegando a 7,29 casos por 1.000 nascidos vivos em 2016.



Fonte: Sinan e Sinasc/Programa Estadual de IST/Aids/HV/DGCDA/SEVS/SES-PE
 *Dados atualizados em 11/09/2017, sujeitos à alteração

Figura 2. Número de casos notificados, esperados e percentual de casos esperados atingido segundo ano de notificação. Pernambuco, 2007 a 2016.

A síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) é causada pelo vírus do HIV, que pode ficar em média de 8 a 10 anos no corpo para desencadear a doença. Ele acomete o sistema imunológico, atacando as células de defesa do organismo, que fica vulnerável às infecções oportunistas. A pessoa portadora, mesmo não tendo desenvolvido a doença ainda, pode transmitir o vírus HIV. Esta transmissão pode ocorrer por via sexual, sanguínea e por transmissão vertical (de mãe para filho), por isso a necessidade da utilização da camisinha em todas as relações sexuais, o não compartilhamento de perfuro cortantes, e realização do pré-natal e a realização de testes de HIV. No estado de Pernambuco, de julho de 2014 a dezembro de 2016, foram notificados 5.222 casos de HIV. O estado, em 2015, registrou 2.165 casos e coeficiente de incidência de HIV de 23,17 por 100.000 habitantes e em 2016, um total de 2.227 casos e coeficiente de incidência de 23,66 por 100.000 habitantes. O

coeficiente de incidência apresentou um aumento de 2,15% e uma média de 23,42 casos por 100.000 habitantes ao ano.

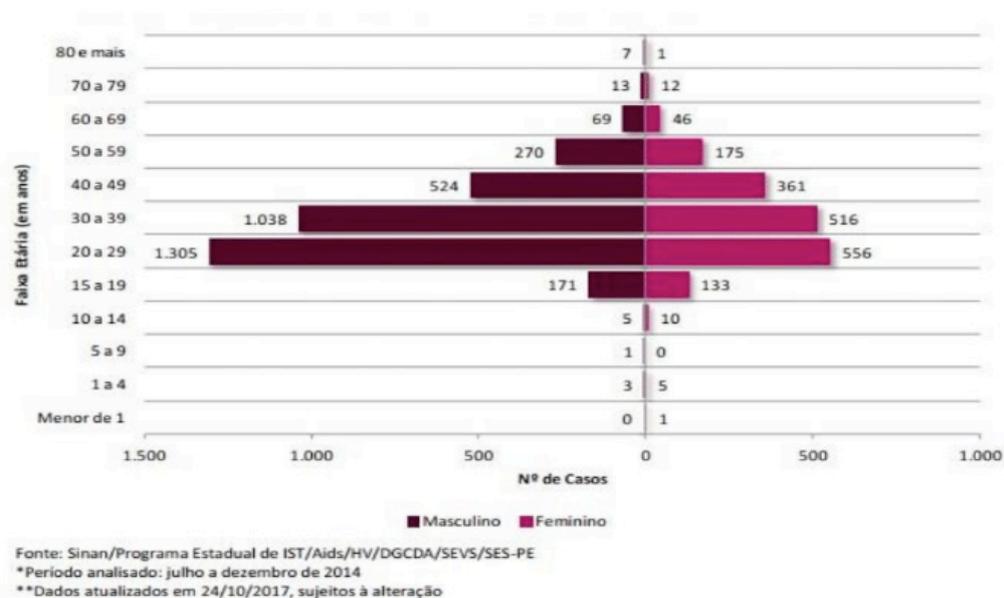


Figura 3. Casos de infecção pelo HIV segundo faixa etária e sexo. Pernambuco, 2014 a 2016.

CONCLUSÃO

Considera-se que o trabalho exposto mostra a prevalência das Infecções Sexualmente Transmissíveis em Pernambuco sendo elas a sífilis, hepatites B e C e HIV/Aids.

REFERÊNCIAS

JUNIOR. W. B, SHIRATSU. R, PINTO. VALDIR. **Abordagem nas doenças sexualmente transmissíveis.** An Bras Dermatol. 2009;84(2):151-59.

Secretaria Estadual de saúde de Pernambuco. **Programa Estadual de Infecções Sexualmente Transmissíveis.** Disponível <http://portal.saude.pe.gov.br/programa/secretaria-executiva-devigilancia-em-saude/programa-estadual-de-infeccoes-sexualmente>. Acesso em 17 de março de 2018

Vigilância em saúde. **Boletim Hepatites virais.** Ano 7 Agosto de 2017.

Vigilância em saúde. **Boletim HIV/AIDS.** Ano 7 Dezembro 2017.

Vigilância em saúde. **Boletim Sífilis.** Ano 7 Agosto de 2017.

LEVANTAMENTO DE CASOS NOTIFICADOS DE HEPATITES VIRAIS EM UMA CIDADE DO LESTE MARANHENSE

Joseneide Teixeira Câmara

Universidade Estadual do Maranhão, Caxias-
Maranhão

Beatriz Mourão Pereira

Universidade Estadual do Maranhão, Caxias-
Maranhão

Tatyanne Maria Pereira De Oliveira

Universidade Estadual do Maranhão, Caxias-
Maranhão

Núbia E Silva Ribeiro

Universidade Estadual do Maranhão, Caxias-
Maranhão

Tharlaine Silva Chaves

Universidade Estadual do Maranhão, Caxias-
Maranhão

Cleidiane Maria Sales De Brito

Universidade Estadual do Piauí, Parnaíba- Piauí

RESUMO: As hepatites virais constituem atualmente uma relevante questão de saúde pública no Brasil e no mundo distribuindo-se de maneira universal, atingindo vários segmentos da população e causando grande impacto de morbidade e mortalidade em sistemas de saúde como o SUS, pela possibilidade de complicações das formas agudas e crônicas. Para viabilizar a diminuição da incidência, ou mesmo a erradicação das infecções, devem ser considerados os aspectos epidemiológicos e de prevenção específica para cada tipo de

hepatite viral. Esta pesquisa teve o objetivo de analisar o perfil clínico dos casos notificados de hepatite A, B e C no período de 2009 a 2014 no município de Caxias-Ma. Trata-se de um estudo descritivo e quantitativo dos casos notificados de hepatites virais no período de 2009 a 2014 em Caxias com coleta de dados através das fichas de notificação e análise com uso de frequência simples. Foram 609 casos investigados, obtivemos 29 casos de hepatite B e 22 casos de Hepatite C e 150 casos de hepatite A, sem notificações para hepatite E e D. Observou-se que 86,4% (19/22) são portadores crônicos do HCV e 10,8% (10/184) pelo HBV além de 13,6% e 5% estarem na fase aguda para hepatite C e B respectivamente. Para os casos de hepatite A, foram todos notificados como casos agudos. Em conjunto, observou-se o predomínio da infecção crônica para hepatite B e C e casos agudos de hepatite A.

PALAVRAS-CHAVE: Hepatites; Vigilância Epidemiológica; Atenção Primária.

ABSTRACT: Viral hepatitis are currently a relevant public health issue in Brazil and the world, being distributed in a universal way, affecting several segments of the population and causing great impact of morbidity and mortality in health systems such as SUS, due to the possibility of complications of the forms acute and chronic. In order to make it possible

to reduce the incidence or even eradication of infections, epidemiological and specific prevention aspects should be considered for each type of viral hepatitis. This study aimed to analyze the clinical profile of the reported cases of hepatitis A, B and C in the period from 2009 to 2014 in the city of Caxias-Ma. This is a descriptive and quantitative study of the reported cases of viral hepatitis in the period from 2009 to 2014 in Caxias, with data collection through the simple frequency use notification and analysis forms. There were 609 cases investigated, we obtained 29 cases of hepatitis B and 22 cases of Hepatitis C and 150 cases of hepatitis A, without reports for hepatitis E and D. It was observed that 86.4% (19/22) are chronic carriers of HCV and 10.8% (10/184) for HBV in addition to 13.6% and 5% were in the acute phase for hepatitis C and B, respectively. For cases of hepatitis A, they were all reported as acute cases. Together, the prevalence of chronic infection for hepatitis B and C and acute cases of hepatitis A was observed.

KEYWORDS: Hepatitis; Epidemiological surveillance; Primary attention.

1 | INTRODUÇÃO

As hepatites virais são doenças provocadas por diferentes agentes etiológicos, com tropismo primário pelo fígado e que apresentam características epidemiológicas, clínicas e laboratoriais distintas, além de possuírem distribuição universal e diferenças regionais na ocorrência e magnitude em todo mundo. Tem importância para a saúde pública em virtude do número de indivíduos acometidos e das complicações resultantes das formas agudas e crônicas da infecção. (BRASIL, 2009).

Para fins de vigilância epidemiológica, do ponto de vista clínico e epidemiológico os vírus que já foram caracterizados são designados por letras do alfabeto, conhecidos como (vírus A, vírus B, vírus C, vírus D, vírus E, vírus G e vírus TT), e determinam uma ampla variedade de apresentações clínicas, que variam desde portador assintomático ou hepatite aguda ou crônica, até cirrose e carcinoma hepatocelular que tem em comum o hepatotropismo. (FERREIRA E SILVEIRA, 2004).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) (2014) as hepatites B e C constituem um problema de saúde global que coloca a população em alto risco de morte por cirrose e câncer de fígado. Estima-se ainda que mais de 240 milhões de indivíduos sejam portadores crônicos do vírus da hepatite B (HBV) e que 780.000 pessoas morrem todos os anos devido às consequências agudas ou crônicas de hepatite B, enquanto que existem aproximadamente 150 milhões de pessoas com hepatite C crônica e que cerca de 500.000 morrem a cada ano vítimas do vírus causador da hepatite C (HCV).

No Brasil, a OMS em 2013 estimou que 800.000 pessoas já tiveram, em algum momento de sua vida contato com o HBV e 1,5 milhões pelo HCV. No período de 1999 a 2011, foram notificados no Sinan 120.343 casos confirmados de hepatite B no Brasil,

distribuídos pela região Norte (13,1%), Nordeste (9,2%), Centro-Oeste (9,9%) sendo a maior parte deles notificados nas regiões Sudeste (36,3%) e Sul (31,6%) e 82.041 casos confirmados de hepatite C, distribuídos pela região Norte (2,0%), Nordeste (5,0%), Centro-Oeste (3,3%) e a maioria dos casos nas regiões Sudeste (67,3%) e Sul (22,3%). (BRASIL, 2012).

Os dados encontrados não representam a nível de população geral a real dimensão situacional dessas patologias, sendo que a OMS estimou em 2014 que existam mais de 300 milhões de portadores do vírus da hepatite B e C no mundo. Um valor maior se comparado com a epidemia do HIV/AIDS no mundo, com cerca de 34 milhões de pessoas infectadas pelo vírus até o final de 2011.

Neste contexto, traçar o perfil clínico e epidemiológico dessas patologias é de extrema relevância para subsidiar os órgãos responsáveis pelo controle das mesmas, com a finalidade de operacionalizar as metas propostas pelo Programa Nacional Hepatites Virais (PNHV), incentivar e demonstrar aos profissionais de saúde envolvidos, a importância e a real dimensão sobre a prevalência dessas infecções, além da construção de indicadores da saúde no que tange às patologias em estudo, como forma de promover ações capazes de modificar o panorama vigente, mostrando os pontos críticos na abordagem destes agravos.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo retrospectivo e descritivo, de abordagem quantitativa. O presente estudo foi realizado na cidade de Caxias, localizada no estado do Maranhão. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2011), Caxias está localizada ao norte do estado e possui 160.291 habitantes no ano de 2010. Foram requeridas as fichas de notificações junto à vigilância epidemiológica do município dos casos confirmados para hepatites virais e foram pesquisados no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) os óbitos por hepatite B e C. Os prontuários dos pacientes que estiveram em tratamento foram requeridos no Serviço de Assistência Especializada (SAE) e Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA).

A população e amostra foram todos os casos notificados no período de 2009 a 2014 com sorologia positiva para HAV, HBV, HCV e HBV/HCV combinados, domiciliados na cidade de Caxias-MA. Os critérios de inclusão foram todos os casos notificados no Sinan de 2009 a 2014 das pessoas residentes no município de Caxias-Ma. Os critérios de exclusão foram as fichas de notificação não encerradas durante esse período e casos inconclusivos (sem marcadores sorológicos para confirmação de um caso). Foram notificados 764 casos no período estudado, porém, apenas 609 casos foram incluídos na amostra da pesquisa e excluídas 155 notificações, pois, 128 se tratavam de casos residentes em outras localidades e 27 casos inconclusivos.

O instrumento de coleta de dados foi uma ficha adaptada de acordo com dados

presentes na ficha de notificação das hepatites virais do Ministério da Saúde e os dados contidos nos prontuários dos pacientes sobre a forma clínica e tratamento.

A coleta de dados foi realizada no período de 01/03/2015 à 01/08/2015 através das fichas de notificações presentes na vigilância epidemiológica dos casos de hepatites virais investigados pelo município e em seguida coletada informações dos prontuários encontrados de pacientes que realizavam tratamento para as hepatites B e C no SAE/CTA. Foi necessário coletar informações no SIM com a finalidade de se buscar casos de óbitos por Hepatite B e C no período de 2009 a 2014, pela ausência de informações contidas nos prontuários.

Os dados foram digitados pela própria pesquisadora em banco de dados específico gerado no programa Epi-Info 3.5.3™ versão 2011. Foi realizada uma análise exploratória e descritiva dos dados clínicos e epidemiológicos para avaliar e descrever o perfil da amostra.

O estudo foi iniciado mediante aprovação do Comitê de Ética da Universidade Estadual do Maranhão – UEMA, CAAE nº 40250214.0.0000.5554 e parecer nº 1.155.748 de acordo com a resolução de Nº 466, de 12 de Dezembro de 2012.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da análise dos dados, foram incluídos no estudo 609 casos de Hepatites Virais, destes foram encontrados 184 casos com anticorpos reagentes para HBV (HBsAg, Anti-Hbc IgM, Anti-Hbc IgG, Anti-Hbc total e Anti-Hbs), estimando uma prevalência de 30,2% (184/609), 22 casos com anticorpos (reagentes para HCV Anti-HCV/HCV-RNA), com prevalência de 3,61% (22/609) e 150 confirmados para Anti-HAV todos como casos agudos e por diagnóstico clínico-epidemiológico com prevalência de 24,63%. Foram descartados 253 casos. O quadro 1 apresenta os indivíduos que realizaram pesquisa para os marcadores sorológicos de HBV e HCV dos casos investigados.

Marcador Sorológico	Número de Indivíduos
Anti-HCV/HCV-RNA	416
HBsAg	461
Anti-Hbc IgM	113
Anti-Hbc IgG	64
Anti-Hbc total	316
Anti-Hbs	174

Quadro 1- Distribuição do número de indivíduos que realizaram investigação para os marcadores sorológicos de hepatite B e C em Caxias-Ma, 2009-2014.

Fonte: quadro construído pela pesquisadora através dos dados da Secretaria Municipal de Saúde – Setor de Vigilância Epidemiológica - Coordenação Municipal Hepatites Virais - Dados notificados até Dezembro de 2014.

Baseado nos dados da tabela 1 observou-se que de acordo com a classificação etiológica obteve-se 29 casos de hepatite B e 19 casos de hepatite C. Foram obtidas 155 cicatrizes sorológicas para HBV e 3 para HCV. Observamos que na investigação quanto a provável fonte de infecção para se contrair o HBV ou HCV, a maioria dos casos foram ignorados para esta variável (91,8% para hepatite B e 54,6% para hepatite C), podendo indicar um preenchimento insatisfatório por parte dos profissionais responsáveis no momento da investigação e notificação dificultando dessa forma o detalhamento do perfil epidemiológico, ressaltando que todos os casos foram notificados através de confirmação laboratorial.

Em relação ao tratamento realizado pelos pacientes que fazem acompanhamento no SAE, foram encontrados apenas 15 prontuários para hepatite B e 8 prontuários para hepatite C, sendo o interferon e entecavir os medicamentos utilizados no tratamento aos pacientes. (Tabela 1).

Na análise das formas clínicas das hepatites B e C, um aspecto importante a ser destacado é a prevalência das formas crônicas, que representaram 10,8% para o HBV na população que realizou o exame e 86,4% para HCV. O estado de cicatriz sorológica foi observado em 84,2% e 13,6% para hepatite B e C, respectivamente.

Quanto aos critérios de alta após análise dos prontuários e investigação no SIM, 2 pessoas evoluíram para óbito, porém foram observados dados escassos para o critério de alta, tendo em vista a dificuldade no tratamento e acompanhamento dos pacientes.

Características epidemiológicas	Hepatite B		Hepatite C	
	n=184	%	n=22	%
Provável fonte de infecção				
Hemodiálise	1	0,5	3	13,6
Tratamento cirúrgico/odontológico	3	1,6	3	13,6
Sexual	9	4,9	2	9,2
Percutânea	-	-	1	4,5
Transfusional	-	-	1	4,5
Alimento/água contaminada	-	-	-	-
Pessoa-pessoa	2	1,1	-	-
Ignorada	169	91,8	12	54,6
Tipo de tratamento				
Interferon	1	0,5	4	18,2
Entecavir	2	1,1	1	4,5
Outros	12	6,5	3	13,6
Ignorado	169	91,9	14	63,6
Forma clínica				
Aguda	9	5,0	-	-
Crônica/portador assintomático	20	10,8	19	86,4
Cicatriz sorológica	155	84,2	3	13,6
Classificação final				

Confirmação laboratorial	29	15,8	22	100,0
Classificação etiológica				
Hepatite B	29	15,8	-	-
Hepatite C	-	-	19	86,4
Cicatriz	155	84,2	3	13,6
Critérios de alta				
Cura	10	5,4	3	13,6
Em tratamento	3	1,6	7	31,9
Óbito	1	0,5	1	4,5
Ignorada	170	92,5	11	50

Tabela 1- Características epidemiológicas dos casos de hepatite B e C no município de Caxias-MA, 2009-2014.

Fonte: Tabela construída pela pesquisadora através dos dados da Secretaria Municipal de Saúde – Setor de Vigilância Epidemiológica - Coordenação Municipal Hepatites Virais - Dados notificados até Dezembro de 2014.

Na pesquisa de Alves et al (2013) na Bahia, algo que chamou atenção no que diz respeito à variável provável fonte de infecção foi que mais de 50% dos casos estavam com dados incompletos, um número elevado de casos ignorados (36,6%) e outras causas não relatadas (21,4%), evidenciando os problemas no preenchimento das notificações pelos profissionais dos serviços de saúde no que se refere à vigilância das hepatites virais. Estas situações também foram evidenciadas neste estudo.

O risco de cronificação pelo HBV depende da idade na qual ocorre a infecção, pois, em indivíduos adultos, a cronificação ocorre em aproximadamente 5% a 10% dos infectados e cerca de 70% a 90% das infecções em menores de cinco anos cronificam e 20% a 25% dos casos crônicos com evidências de replicação viral evoluem para doença hepática avançada caracterizada por cirrose e hepatocarcinoma. (BRASIL, 2008). Os achados de cronificação para Hepatite B foi de 15,8% (29/184), estando acima da média estimada no Brasil.

De acordo com Ferreira e Silveira (2004), tanto a hepatite aguda, quanto a crônica, pelo HCV, são geralmente assintomáticas e não existe consenso referente à proporção de indivíduos que desenvolvem a doença crônica, porém estima-se que, em média, a cronificação deve ficar entre 70% a 80% dos infectados tendo potencial evolutivo para cirrose e hepatocarcinoma, sendo considerada a maior responsável por cirrose e transplante hepático no mundo ocidental. Neste estudo 86,4% dos casos de HCV cronificaram, estando acima da média estimada na literatura.

Outro estudo conduzido por Cruz, Shirassu e Martins (2009) sobre o perfil epidemiológico das hepatites B e C em um serviço público de São Paulo, com relação à forma clínica no momento da notificação, mostrou que 54,5% (61/112) dos casos de hepatite B e 81,7% (532/651) dos casos de hepatite C apresentaram-se como a hepatite crônica e as formas agudas ocorreram em 11,6% e 0,6%, respectivamente, sendo dessa forma, um risco de cronificação menor do que o encontrado na presente pesquisa.

Quanto ao tratamento, na atualidade, cinco drogas tem sido aprovadas para o tratamento da infecção pelo HBV - o interferon $\alpha 2b$ (IFN $\alpha 2b$), o peg interferon $\alpha 2a$ (PEG-IFN $\alpha 2a$), a lamivudina, o adefovir dipivoxil, o entecavir e mais recentemente a telbivudina e vários novos agentes antivirais e terapias imunomoduladoras estão sob investigação e não estão ainda disponíveis comercialmente. (FERREIRA e BORGES, 2007).

O tratamento na fase aguda da infecção pelo HCV tem como objetivo reduzir o risco de progressão para hepatite crônica e o esquema recomendado para o tratamento dos pacientes portadores de hepatite aguda C, independentemente do genótipo, é a monoterapia com IFN convencional (BRASIL, 2011). Os medicamentos encontrados no tratamento para as hepatites foram os mesmos preconizados pelo Ministério da Saúde.

Para Hepatite B, identificou-se que 6,3% (29/461) dos casos eram portadores do HBV com HBsAg reagente. Entre estes casos reagente para HBsAg, 3 (10,3%) casos tinham reatividade para Anti-HBc IgM simultaneamente com HBsAg, caracterizando fase aguda da doença em 10,3% e 89,7% casos encontravam-se na fase crônica.

Neste contexto, o município está classificado como região de endemicidade intermediária, discordando do trabalho realizado por Menegol e Spilki (2013) no município de Caxias do Sul – RS, onde foi obtida a soroprevalência de 1,63% para o marcador HBsAg reagente.

Para o marcador HBsAg a prevalência global referente ao conjunto das capitais do Brasil foi de 0,37%, classificando o país como uma região de baixa endemicidade. Tais resultados divergem do nível de endemicidade encontrada no presente município, fato este que deve ser levado em consideração quanto às medidas de prevenção para a doença e a epidemiologia diversificada em cada região. (BRASIL, 2011).

A taxa encontrada de portadores do HBsAg foi de 3,3% no estudo de Braga (2004) na cidade de Lábrea, Estado do Amazonas, apresentando um padrão de endemicidade moderado e menor do que a encontrada na presente pesquisa. Esses resultados sugerem uma prevalência significativa do HBV na região, pois, se constitui bastante superior comparada às relatadas em outras regiões do país.

Esses estudos têm mostrado a diversidade de padrões epidemiológicos quanto ao risco de infecção e às variações locais e temporais para o HBV, então os dados do sistema de notificação de casos a partir da vigilância passiva demonstrou a diversidade dos padrões epidemiológicos do HBV existentes. (BRASIL, 2010)

Para Hepatite C, identificou-se uma taxa de prevalência de 5,3% (22/416), classificando o município como de endemicidade intermediária divergindo com o estudo de prevalência de base populacional referente ao conjunto de capitais do Brasil, que teve como resultado global da prevalência para o marcador de exposição ao HCV (anti-HCV) o valor de 1,38%, foi considerado pela OMS como um país de baixa endemicidade. (BRASIL, 2010).

O estudo de Aquino et al (2008) revelou a prevalência de 3,6% ao Anti-HCV para

indivíduos do estado do Pará. Assim, as frequências dos marcadores encontradas no Pará e nesta pesquisa foram mais altas que em vários outros locais do país, sugerindo a necessidade de medidas de saúde pública mais eficazes no combate a estes agravos na região.

Para os casos de Hepatite A, não foram diagnosticados por critério laboratorial, tendo como provável fonte de infecção o consumo de água e/ou alimentos contaminados.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na análise das formas clínicas das hepatites B e C, obteve-se a prevalência das formas crônicas, que representaram 89,7% para o HBV e 86,4% para HCV. O estado de cicatriz sorológica foi observado em 84,2% e 13,6% para hepatite B e C, respectivamente. Para Hepatite A, prevalência de 100% dos casos na forma aguda.

Pode-se identificar problemas nos encerramentos dos casos e preenchimento incompleto das fichas de notificação, o que se caracteriza como um obstáculo no enfrentamento das hepatites virais, prejudicando de forma importante a qualidade das informações geradas. Dessa forma faz-se necessário realizar treinamentos, avaliações e análise de dados nas fichas de notificação junto com a equipe responsável para servir como importante recurso no processo decisório.

Desta forma, faz-se necessário capacitar os profissionais na Vigilância epidemiológica das hepatites virais e observa-se a importância de ações preventivas, dentre elas a educação permanente em saúde, visando à prevenção e controle dessas infecções.

REFERÊNCIAS

ALVES, Marta dos Reis *et al.* Perfil epidemiológico dos casos de hepatite C em uma diretoria regional de saúde da Bahia. **Journal of Research: Fundamental Care Online**, Rio de Janeiro, v.6, n.03, p. 889-896, jul.-set., 2013.

AQUINO, José Américo *et al.* Soroprevalência de infecções por vírus da hepatite B e vírus da hepatite C em indivíduos do Estado do Pará. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Uberaba, v.41, n.4, p.334-337, Jul-Ago, 2008.

BRAGA, Wornei Silva Miranda. Prevalência da infecção pelos vírus da hepatite B (VHB) e da hepatite Delta (VHD) em Lábrea, Rio Purus, Estado do Amazonas. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v.13, n.1, p.35-46, mar., 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral Universidade de Pernambuco Núcleo de Pós-Graduação. **Estudo de Prevalência de Base Populacional das Infecções pelos vírus das Hepatites A, B E C nas Capitais do Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento DST, Aids e Hepatites. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite Viral C e coinfeções**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento DST, Aids e Hepatites. **Boletim Epidemiológico – Hepatites Virais**. Brasília: Ministério da Saúde, ano III, nº 1, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Vigilância em Saúde. Programa Municipal de Hepatites Virais. **Manual de Orientações Hepatites Virais B e C**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Núcleo de Pós-Graduação, Universidade de Pernambuco. **Estudo de prevalência de base populacional das infecções pelos vírus das hepatites A, B e C nas capitais do Brasil**. Dados preliminares do relatório técnico. Recife: Núcleo de Pós-graduação, Universidade de Pernambuco, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Hepatites Virais: o Brasil está atento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008, série b, 3 ed.

CRUZ, Camila Rodrigues Bressane; SHIRASSU, Miriam Matsura; MARTINS, Wellington Pereira. Comparação do perfil epidemiológico das hepatites B e C em um serviço público de São Paulo. **Arquivo Gastroenterologia**, São Paulo, v.46, n.3, p. 225-229, jul/set, 2009.

FERREIRA, Cristina Targa; SILVEIRA, Themis Reverbel. Hepatites virais: aspectos da epidemiologia e da prevenção. **Revista brasileira de epidemiologia**, São Paulo, v.7, n.4, p.473-487, Dez, 2004.

FERREIRA, Marcelo Simão; BORGES, Aécio Sebastião. Avanços no tratamento da hepatite pelo vírus B. **Revista Sociedade Brasileira Medicina Tropical**, Uberaba, v.40, n.4, p. 451-462, Jul/Ago, 2007.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BR). **Cidades**. 2011 [citado 2011 jun 2]. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidade>>.

MENEGOL, Débora; SPILKI, Fernando Rosado. Seroprevalence of Hepatitis B and C markers at the population level in the municipality of Caxias do Sul, southern Brazil. **Brazilian Journal of Microbiology**, São Paulo, v.44, n.4, p.1237-1240, Out-Dez, 2013.

Organização Mundial da Saúde (OMS). Brasil é anfitrião de reunião satélite sobre hepatites virais na Assembleia Mundial de Saúde. 2013.

Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/noticia/2013/brasil-e-anfitriao-de-reuniao-satelite-sobre-hepatites-virais-na-assembleia-mundial-de->>

Organização Mundial da Saúde (OMS). **Hepatitis B**. 2014. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs204/en/>>.

Organização Mundial da Saúde (OMS). **Hepatitis C**. 2014. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs164/en/>> .

O PROCESSO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM AO PACIENTE ONCOLÓGICO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA E COMPLEMENTAR

Kelly Mikaelly de Souza Gomes Lima

Unifavip-Wyden (Centro Universitário do Vale do Ipojuca) Caruaru – Pernambuco- 2018

José Pereira

Unifavip-Wyden (Centro Universitário do Vale do Ipojuca) Caruaru – Pernambuco- 2018

Amanda Sueli Santos Souza

Unifavip-Wyden (Centro Universitário do Vale do Ipojuca) Caruaru – Pernambuco- 2018

Juliana Cibele dos Santos

Unifavip-Wyden (Centro Universitário do Vale do Ipojuca) Caruaru – Pernambuco- 2018

Graziella Synara Alves da Silva Oliveira

Unifavip-Wyden (Centro Universitário do Vale do Ipojuca) Caruaru – Pernambuco- 2018

Maria Carollini Araújo de Matos Cabral Sandre

Unifavip-Wyden (Centro Universitário do Vale do Ipojuca) Caruaru – Pernambuco- 2018

Jennyfa Suely Costa Torres

Unifavip-Wyden (Centro Universitário do Vale do Ipojuca) Caruaru – Pernambuco- 2018

Poliana Regina da Silva

Centro Universitário dos Guararapes
Jaboatão dos Guararapes– Pernambuco- 2018

Girlene Ana da Silva

Unifavip-Wyden (Centro Universitário do Vale do Ipojuca) Caruaru – Pernambuco- 2018

Suely Maria de Melo dos Santos

Universidade Maurício de Nassau
Recife – Pernambuco- 2018

Mirla Almeida Macedo de Sousa

Unifavip-Wyden (Centro Universitário do Vale do Ipojuca) Caruaru – Pernambuco- 2018

Gisele Karine da Silva

Unifavip-Wyden (Centro Universitário do Vale do Ipojuca) Caruaru – Pernambuco- 2018

RESUMO: O câncer é uma doença crônica e do tipo progressiva, é uma patologia que tem como principal ramo e característica o crescimento desordenado e desorganizado de células do organismo, que pode ser do tipo local e do tipo espalhado por diversos do organismo e dos órgãos. O câncer atinge diversas pessoas de todas os sexos, idades, culturas e situações sociais e econômicas independentemente da cor, raça e da crença de um grupo ou camada social. Este tipo de patologia está associado entre as principais causas de morte, causando um impacto: psicológico e mental. A doença em si atinge a autoestima do paciente, que questiona sempre o que está ocorrendo com os eventos que ele está passando e nessa hora que entra a enfermagem no apoio psicológico. O estudo presente foi realizado com o objetivo de realizar o levantamento das produções científicas e analisar a contribuição das pesquisas produzidas sobre a SAE. Esta pesquisa foi realizada no período de 10 de janeiro à 23 de março no ano de 2018, tendo em vista a periodicidade do ano de publicação

de 2000 até 2016. É um estudo do tipo descritivo, qualitativo e exploratório de natureza bibliográfica, com abordagem qualitativa, proveniente da Biblioteca Virtual de Saúde (LILACS E MEDLINE). Concluimos então que o enfermeiro reflita sobre a importância do cuidado, devido ao sofrimento enfrentado por este paciente, atuando numa assistência mais humanizada, acolhedora e participativa, atuando na prevenção de futuras complicações.

PALAVRAS-CHAVE: Câncer, Cuidados de enfermagem, Pacientes oncológicos, Saúde.

ABSTRACT: Cancer is a chronic and progressive disease, it is a pathology that has as main branch and characteristic the disordered and disorganized growth of cells of the organism, that can be of the local type and the type spread by several of the organism and the organs . Cancer affects many people of all sexes, ages, cultures and social and economic situations regardless of color, race, and the belief of a social group or stratum. This type of pathology is associated among the main causes of death, causing an impact: psychological and mental. The disease itself affects the patient's self-esteem, which always questions what is happening with the events that he is going through and at that time he enters the nursing in the psychological support. The present study was carried out with the objective of carrying out the survey of the scientific productions and to analyze the contribution of the researches produced on the SAE. This research was carried out from January 10 to March 23 in the year 2018, considering the periodicity of the year of publication from 2000 to 2016. It is a descriptive, qualitative and exploratory study of a bibliographical nature, with a qualitative approach , from the Virtual Health Library (LILACS AND MEDLINE). We conclude that the nurse reflects on the importance of care, due to the suffering faced by this patient, acting in a more humanized, welcoming and participative assistance, acting in the prevention of future complications.

KEYWORDS: Cancer, Nursing care, Oncology patients, Health.

INTRODUÇÃO:

O câncer é uma patologia que é caracterizada pela forma agressiva de ser em si, ocasiona um crescimento anormal e desordenado da menor unidade viva do corpo as células. Os diversos tipos e subtipos de câncer atinge pessoas de diferentes níveis sociais, culturais, sexuais, de raça e de faixa etária diferente sem a menor discriminação em relação à vida. É uma patologia que está entre as principais causas de morte no mundo e no Brasil inteiro, causa um enorme dano na questão psicológica, na percepção da sexualidade, na imagem pessoal e autoestima de vivência da pessoa. De acordo com o passar do tempo, estas células têm as tendências ao desenvolvimento rápido, agressivo, progressivo e de forma geral incontrolável, é por este meio que podemos determinar se a neoplasia será do tipo benigna ou maligna, são as características visuais ou microscópica que determinaram este tipo de análise mais detalhada

(SOUZA; SANTO, 2007).

Os diversos tipos de patologias cancerígenas podem espalhar-se para outras regiões do corpo, as causas de câncer são variadas, podendo ser externas e internas ao organismo estando inter-relacionadas. Embora o câncer afeta todas as faixas etárias, a sua maior suscetibilidade está relacionada, sobretudo, aos fatores extrínsecos, tais como: o ambiente, em particular a ocupação, dieta, estresse e hábitos de vida. Trata-se, assim de uma doença complexa, que pode ser de longa duração e que compromete significativamente a vida dos indivíduos nas dimensões biológica, social e afetiva, exigindo assistência especializada de diferentes profissionais (SOUZA; SANTO, 2007).

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA) os principais fatores de risco para o desenvolvimento do câncer estão relacionados à uma determinada população, isso vai depender de certos tipos de aspectos e características que estão ligadas ao patamar biológico, comportamental e social que os indivíduos têm em relação ao seu cotidiano, tudo isso são micro e macro situações que rodeiam esses indivíduos, ou seja, são altamente influenciados pela cultura do grupo ao qual eles pertencem (MUNIZ; ZAGO, 2009). Na atualidade, esse tipo de patologia vem crescendo e progredindo cada vez mais para novos casos, desta maneira o câncer vem se mostrando como uma das principais causas de mortalidade no mundo, portanto a doença em si merece uma atenção cada vez mais especializada por parte dos profissionais de saúde no sentido de amenizar o sofrimento, pois mesmo havendo cura para muitos casos a taxa de mortalidade é muito alta. Nos países subdesenvolvidos, os casos são cada vez mais diagnosticados só que em estágios avançados, diminuindo a taxa de sobrevivência cada vez mais quando comparada aos países desenvolvidos teremos cerca de 40% a taxa de sobrevivência após cinco anos em referência (VIEIRA; QUEIROZ, 2006).

A média mundial estimada é de 49%. Esse tipo de doença tem umas possibilidades de cura, só que pode voltar sem o cuidado necessário à profilaxia e aos seus conhecimentos de não ficar exposto aos fatores que o ocasionaram, também ele exibe repercussão no estado íntegro do paciente, repercutindo desde das restrições físicas até as mentalidades facultativas do paciente psíquicas decorrentes da doença implicam mudanças significativas, levando a pessoa a afastar-se do convívio pessoal ou interromper projetos de vida. No estágio avançado de metástase, 90% dos pacientes queixam-se de dor moderada a severa, suficiente para reduzir suas atividades e exigir medicações, sendo a dor secundária à evolução da patologia (SILVA et al., 2011).

O papel da enfermagem é de fazer uma promoção maior de aproximação com esse paciente, alcançando através da comunicação a identificação de suas necessidades e a melhor proporcionalidade na melhoria da qualidade de vida (MENDES; GALVÃO, 2008). A importância do inter-relacionamento dos pacientes, da família e da com a equipe de enfermagem é interessante no processo de cuidar dado pela equipe de enfermagem, inclui alguns tipos de formas e maneiras de como se impor perante à notícia, a objetividade e clareza com que é abordado o assunto, a abertura que é dada ao paciente e a sua família para que assim se possa conversar sobre o seu sofrimento,

sentimentos, dúvidas, recuperação. (PEDRO; FUNGHETTO, 2005).

A sistematização e a forma de assistência de enfermagem para pacientes oncológicos têm se mantido com uma visão ampla na questão do cuidado pleno, de coragem, com a presença do afeto e dos laços de compromisso na parte da adaptação às novas circunstâncias de condições e qualidade de vida (ARAÚJO; SILVA; BONFIM, 2010). Existe uma variedade ampla no enfrentamento da doença da pessoa acometida no caso a enfermagem deverá agir sobre os medos de mutilações, dor advindas do tratamento e até mesmo o processo da desfiguração da pessoa provocada pela cronicidade do tratamento que traz consigo vários significados e na maioria deles negativos, é neste sentido que a enfermagem deve agir. Essa condição de sofrimento conduz a uma psíquica com características específicas (SOUZA; SANTO, 2007).

O papel família é fundamental e principalmente na sociedade onde o indivíduo inicia suas relações afetivas, cria vínculos e internaliza valores. Essa relação familiar apresenta-se de forma interligada como se fosse à extensão do outro, pois acredita-se que a experiência de uma doença grave traz modificações no modo de pensar, sentir e agir das pessoas. Visando a diminuição da impactação das possíveis alterações psicossociais e na melhoria dos efeitos colaterais da quimioterapia e, a enfermagem tem iniciativa de proporcionar uma maior qualidade de vida aos pacientes, a enfermagem oncológica surge como uma especialidade que ajuda na necessidade do enfrentamento e da avaliação as propostas mais detalhadas aos pacientes oncológicos (MENDES; GALVÃO, 2008).

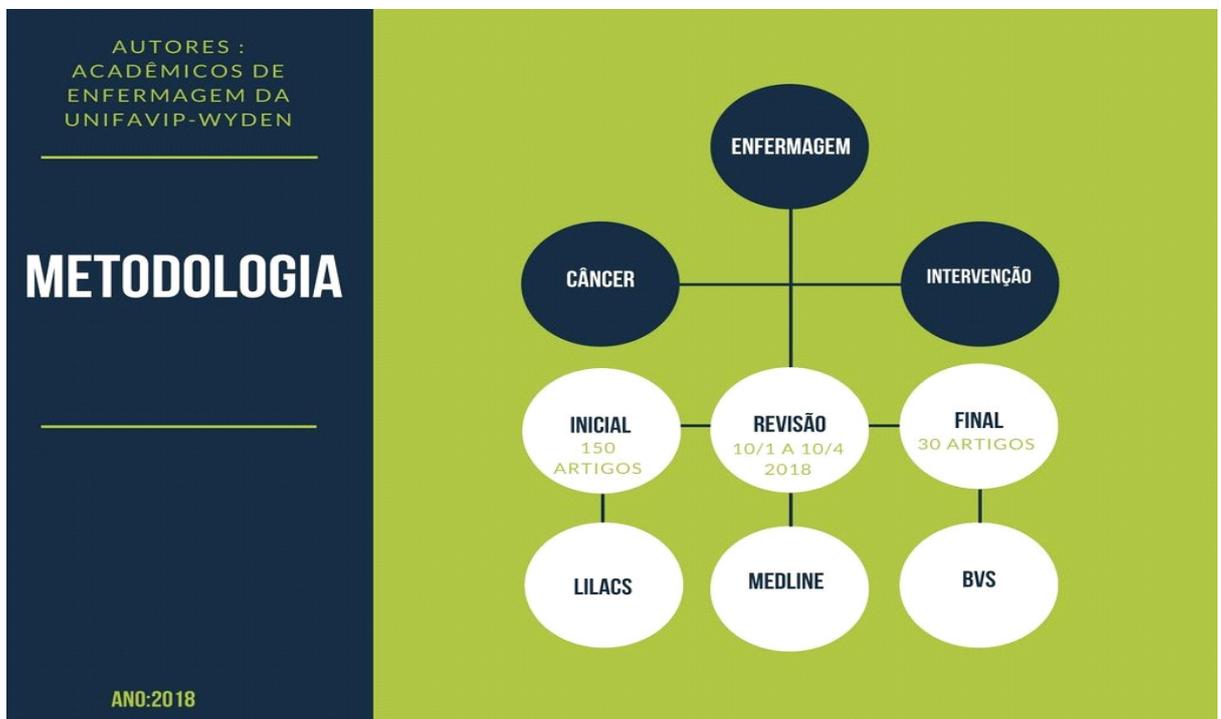
A intervenção pela enfermagem dos problemas relacionados aos processos de saúde-doença e até a morte, é intensamente influenciada por questões de suas vivências, conhecimentos, valores éticos e pessoais e nessa perspectiva, cada indivíduo, paciente, profissional ou familiar, o papel da enfermagem a leva um compromisso de incluí-la nos cuidados de saúde desde do domicílio até a hospitalização. Os cuidados de enfermagem ao paciente com câncer são individualizados, vai depender da resposta positiva ou negativa ao tratamento e a aceitação da doença. O paciente torna-se frágil e tem a perspectiva diminuindo cada vez e o diagnóstico médico torna isso cada vez claro com redução da sobrevida e aumento do grau de sofrimento (CASANOVA; LOPES, 2009).

Na enfermagem, com este pensamento é possível perceber sua importância no sentido tanto das intervenções como no controle do medo, da fragilidade, das angústias e das dificuldades encontradas na experiência da internação através da assistência de enfermagem promovendo um suporte avançado para os diversos cuidados. Assim, esta pesquisa apresenta como objeto, uma revisão literária sobre a assistência de enfermagem ao paciente oncológico, buscando refletir sobre resposta para a questão norteadora das contribuições no geral em que a enfermagem esteja presente nas maneiras do processo do cuidado ao paciente com neoplasias no geral (MOTA, 2004). O despertar pelo interesse desta pesquisa foi, de designar ao trabalho o processo do cuidado de forma integrativa e colaborativa da enfermagem para o processo de cura

e de promoção à saúde.

MATERIAIS E MÉTODOS:

Trata-se de um estudo de uma revisão do tipo descritiva, exploratória e argumentativa de natureza bibliográfica. Foi desenvolvido a partir da análise de 30 artigos dos quais procurou-se analisar o material cujo enfoque fosse a assistência de enfermagem ao paciente oncológico, esta pesquisa foi realizada entre os dias 10 de janeiro até o dia 10 de abril no ano de 2018. Para a busca imediata de artigos que abordassem o tema foram utilizadas as bases eletrônicas de dados MEDLINE, BVS E LILACS e com o tema da Enfermagem e as relações que meramente tem a ver com o câncer e seus respectivos efeitos adversos. A amostra inicial foi composta por 150 produções científicas.



Organograma 1: Metodologia com descrição dos sites online que visitamos.

Após a leitura dos artigos e de seus resumos tratamos de fazer a seleção com critérios de inclusão e exclusão que foram previamente delimitados. Para os critérios de inclusão consideramos: estudos publicados no período de 2004 a 2012, com exposição nas nas bases de dados citados acima, todos escritos em português com acesso na íntegra e levando em consideração os estudos com enfoque na assistência de enfermagem e na caracterização do câncer. Para os critérios de exclusão foram destinados: editoriais e estudos repetidos nas bases de dados; além de estudos que não abordem o assunto assistência de enfermagem ao paciente oncológico e os estudos de publicação internacional. Procedeu-se a busca utilizando-se apenas o descritor “assistência de enfermagem” tendo sido encontradas 150 referências, mas

a referência.

Considerando-se a necessidade de se atender a questão norteadora do estudo, foi incluído um terceiro descritor “Saúde oncológica” que determinou a seleção de 40 artigos, apenas. Após essa etapa, realizou-se a análise descritiva dos dados, caracterizando-se as variáveis: ano, fonte, tipo de estudo e área de estudo, o que permitiu um panorama da situação da produção do conhecimento. Em seguida, foi realizada a análise temática de conteúdo relacionada à variável objeto/temática. Os resultados foram discutidos com base na literatura pertinente ao assunto.

RESULTADOS E DISCUSSÃO:

Os artigos vistos para esta revisão bibliográfica foram revisados com a perspectiva de acordo com o tipo da natureza e da abordagem sobre o tema, eles foram agrupados e analisados na íntegra. Os dados obtidos mostraram que 65% dos estudos apresentaram tiveram a abordagem do tipo qualitativa exploratória e a abordagem do tipo qualitativa descritiva acumulou cerca de 10% dos artigos vistos e 25% nos levou a abordagem do tipo quantitativa. Na parte qualitativa exploratória falamos sobre o destaque relacionado à expansão das pesquisas qualitativas na área da saúde, focando a questão da explicação dos fenômenos subjetivos, os quais não podem ser quantificados ou retratados. A abordagem qualitativa nos leva a parte de orientação no modo de difusão na saúde, apresentando característica focais essenciais para que haja um conhecimento do que vem ser de conhecer a comunidade, traçar características e abordar os perfis de seus problemas. (GIL, 2002).



Gráfico 1: os tipos de estudo que fizeram o grupo chegar à metodologia

Na questão em que temos a tendência da produção de novos conhecimentos sobre a temática, os artigos que utilizamos foi do período de 2002 a 2007 os percentuais se mantiveram (10%) e nos 5 últimos anos (2008 a 2012), esta elevação foi crescente

ênfatizando normas de TCC, ensino de graduação e pós-graduação na área de saúde que contribui para maior produção e publicação de artigos sobre os mais variados temas sobre o câncer incluindo dissertações sobre a perspectiva da família, teses sobre a questão dos fatores que influenciam o aparecimento das neoplasias, incluindo também o tema deste estudo que se reveste de grande importância pelos problemas que acarretam à saúde da população especialmente com câncer, uma vez que esta doença traz sérias consequências.

O processo de assistência e o cuidado ao paciente oncológico é uma área específica da enfermagem. O profissionalismo na área de enfermagem é um momento essencial e específico da área de saúde na questão do cuidado. Na teoria o cuidado é compreendido quando vamos ao encontro do paciente dando assistência, transpondo a realidade do sofrimento e observando os diversos tipos de dores, sendo intermediários tipos e formas criativas e efetivas e vislumbrando novos horizontes de cuidado (STUMM et al., 2008).

Dentre os autores dos artigos revisados, observou-se que os enfermeiros foram os que mais produziram bases científicas com 70%, seguidos dos Psicólogos com 20% das publicações nas plataformas e os outros 10% pertencem às várias outras áreas da saúde. Atribui-se o destaque maior para os enfermeiros, na produção científica, pois relacionaram o objetivo de realizar ações em cima da temática do câncer e as ações assistenciais nos cuidados prestados junto ao paciente oncológico, tornando-se iminente a questão da melhoria da assistência.

A experiência de cuidar do paciente mostra que é imprescindível a atuação conjunta da equipe de saúde, sendo que é uma da prática coerente ao profissional. O enfermeiro pode ajudar e contribuir a questão do paciente se sentir melhor cada vez mais, na forma do enfrentamento à doença como os medos e diminuir bastante a ansiedade diante do diagnóstico e durante o tratamento e promover o processo de promoção da saúde. Assim, o paciente com câncer precisa de ajuda profissional e o enfermeiro como facilitador do processo educativo e terapêutico pode auxiliá-lo nesse sentido (MOTA, 2004).

produções científicas

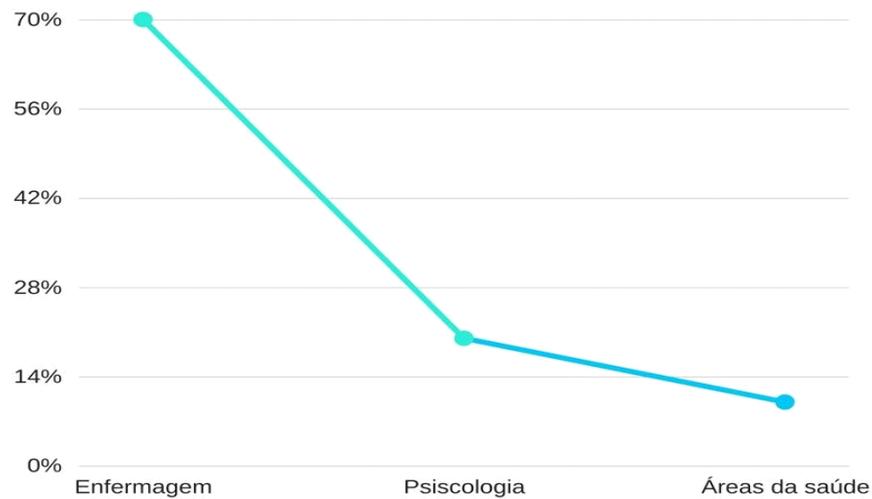


Gráfico 2: Produção científica da área de saúde que relacionaram o objetivo de realizar ações do câncer

Segundo Souza e Valadares (2011) o ato de cuidar implica em estabelecer interação entre os sujeitos, ou seja, quem cuida e quem é cuidado. Portanto, cuidar do outro não é somente imprimir ações técnicas, mas, fundamentalmente, sensíveis. De tal modo, envolve o contato entre humanos através do toque, do olhar, do ouvir e da fala, uma ação que envolve sensibilidade própria dos sentidos, bem como a liberdade, a subjetividade, a intuição e a comunicação. Os processos emocionais desencadeados nesses pacientes exigem um profissional especializado.

É necessário compreender e levar em consideração transformações, mas transmitindo a ausculta e o aprendizado com o paciente, tendo sempre em mente que se está cuidando de um ser humano e não apenas da enfermidade que ele traz (SOUZA; SANTO, 2007). A sensibilidade é um marco para o cuidado, desde que o profissional esteja receptivo para ajudar na medida do possível, atendendo as necessidades do outro. Por isso, é necessário aprender canalizá-la de forma que possa conduzir o profissional a realizar o cuidado de maneira sensível, sem deixar de utilizar os procedimentos tão necessários no fazer da enfermagem (NASCIMENTO, 2012).

O processo de cuidado é caracterizado como algo complexo e inerente ao paciente oncológico e que está ligado a produção de acontecimentos não somente abrangerá o cliente, mas, também para o enfermeiro. Pensando no cuidado como uma representação do apontar no sentido de auto-organização do enfermeiro, considerando os aspectos como: autonomia, relações e atitudes profissionais. O enfermeiro não poderá lançar mão dos diagnósticos de enfermagem na prática para que possamos compreender as respostas coesas e emocionais com o paciente oncológico. O cuidado exige conhecimento técnico, científico e sensibilidade aguçada para o entendimento das respostas verbais e não verbais do paciente (SOUZA; VALADARES, 2011).

O profissional da equipe de enfermagem oncológica, por estar mais presente no

cotidiano dos pacientes com diagnóstico de câncer e de seus familiares, vivenciam situações difíceis as quais podem despertar sentimentos que resultem em desgaste físico e emocional. A relação entre o profissional de enfermagem e o outro pode se estabelecer em uma interação que transcende o saber técnico-científico, suscitando vínculos de natureza pessoal e afetiva (KLUSER et al., 2011). O objetivo principal é o prestar de assistência de enfermagem é olhar da compreensão perante a experiência do cuidado é um processo recíproco e requerem o conhecimento de ambas as pessoas que estão envolvidas no cuidado. Esse processo mútuo é iniciado quando os enfermeiros entram no mundo do outro e o outro os convida para sua vida e seus sentimentos mais íntimos (LUNARDI et al., 2004).

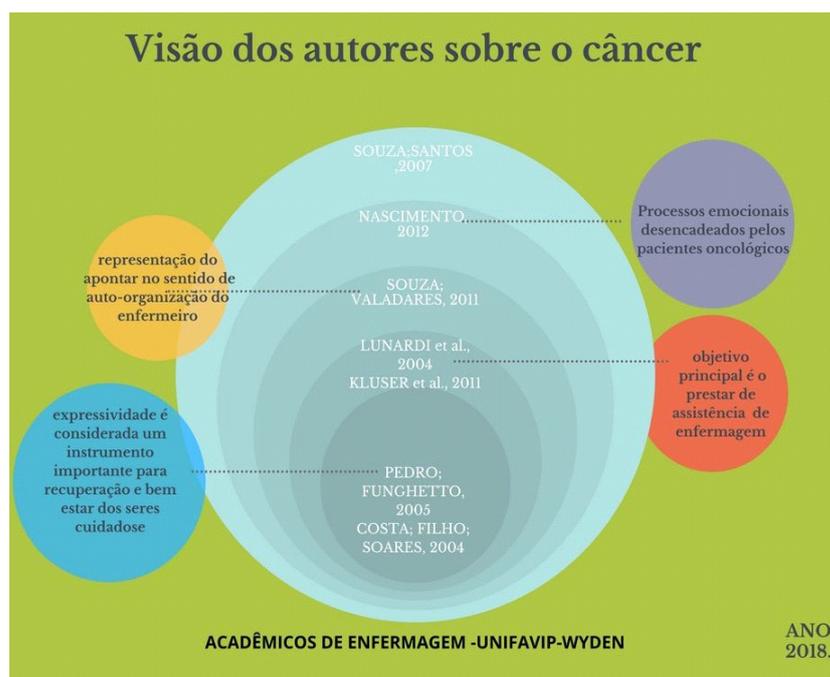
Segundo SALES et al. 2012 para que a assistência seja autêntica, a mesma deve articular que o paciente e sua família sejam envolvidos na assistência e, sobretudo, que possam ser assistidos de modo humanizado e receber da equipe manifestações de desvelo, visto que uma interação efetiva da enfermagem com a família do paciente é um passo fundamental em seu processo de recuperação. Um simples gesto, um toque, o estar atento, um olhar, uns sorrisos carinhosos são considerados maneiras de expressar interesse pelo outro. Esta expressividade é considerada um instrumento importante para recuperação e bem-estar dos seres cuidados, bem como para própria saúde e felicidade dos cuidadores, assim, a relação de cuidado é acompanhada de uma troca, um compartilhar de experiências vividas entre cuidadores e seres cuidados (PEDRO; FUNGHETTO, 2005).

A assistência humanizada ao paciente com câncer consiste no emprego de atitudes que originem espaços que permitam a todos verbalizar seus sentimentos e valorizá-los; identificar áreas potencialmente problemáticas; auxiliá-los a identificar fontes de ajuda, que podem estar dentro ou fora da própria família, fornecer informações e esclarecer suas percepções; ajudá-los na busca de soluções dos problemas relacionados ao tratamento para que tomem decisões sobre o tratamento proposto e levar ao desempenho de ações de autocuidado, dentro de suas possibilidades. Entre as múltiplas ações de saúde necessárias para propiciar cuidados que privilegiem, dentre outros, os aspectos psicológicos, estão à disponibilidade, a atitude de aceitação e de escuta e a criação e a manutenção de um ambiente terapêutico (COSTA; FILHO; SOARES, 2004).

A participação da equipe de enfermagem no atendimento das necessidades foi visualizada nas ações que incluem o modo de ser, de fazer e de viver com os outros, ganhando destaque a empatia, a tranquilidade, a competência, a habilidade, a agilidade e a comunicação. Sendo assim, a equipe de enfermagem busca a organização, principalmente por meio do atendimento das necessidades dos clientes, evidenciando a importância da resolubilidade das ações, de acordo com a situação-problema e evolução da doença, empenhando-se em prol de objetivos de cuidados que vão ao encontro dos preceitos na atenção e na assistência oncológica (SILVA et al., 2012).

Dessa análise pode-se apreender que os enfermeiros, através do modo de cuidar,

propiciam ao outro a percepção de que existe nele uma força, uma pulsão de vida, uma vontade que, quando acionada, é capaz de gerar grandes transformações. Assim, a verdadeira obra de arte da enfermagem está em transformar um ser humano doente em um ser humano com melhor qualidade de vida, reconhecendo no processo de doença uma possibilidade de crescimento pessoal e social. Desse modo, representam a arte de cuidar através das palavras que afirmam o valor e a beleza da vida, como o amor, a estética, a identificação, o envolvimento, a vocação, a transformação, o despertar para a vida e, ainda, a linguagem dos sentidos; para eles são esses fenômenos que compõem a arte de cuidar.



Organograma 2: Metodologia utilizada pelos autores da literatura científica

CONCLUSÕES

Este estudo possibilitou a compreensão sobre da enfermagem frentes intervenções no câncer, possibilitou também a questão da família que se apoiam mutuamente e buscam valorizar um modo de agir, no qual o estar perto, o estar junto, o estar presente com o familiar doente é de grande relevância no momento do tratamento e durante todo o processo de cura e recuperação do doente. Assim os objetivos almejados através do estudo puderam ser contemplados, deixando claro a importância da atuação do enfermeiro junto à família e o paciente relacionado ao câncer.

O estudo foi evidenciado pelo processo do adoecimento por câncer no momento que necessita de um preparo, pois existem as dificuldades de adaptação, o convívio com sequelas, o reconhecimento de dificuldades físicas, cognitivas e psicossociais e o medo constante da ameaça do retorno da doença – a recidiva, que merecem uma maior atenção por parte dos profissionais de saúde.

Quanto ao cuidado percebido como um sentimento de realização ou gratificação, o mesmo evidencia-se no momento em que esse paciente sai curado ou consegue restabelecer-se com sucesso. Nesse contexto, faz-se necessário a busca pelo equilíbrio entre o cuidado estático e o cuidado humanizado, uma vez que o tratamento do câncer exige a utilização de cuidados altamente técnicos os quais devem ser acompanhados do cuidado humanizado. Esse equilíbrio pode auxiliar as famílias no enfrentamento das dificuldades vivenciadas neste período crítico de suas vidas.

O estudo constatou que os significados construídos evidenciam a necessidade de ampliar o foco de atenção dos profissionais de saúde, incluindo as referências socioculturais do contexto das pessoas que vivenciam o processo de ter uma doença crônica, como é o caso do câncer. No caso da enfermagem, isso significa uma forma de ultrapassar a dimensão biológica do cuidar. Nesse pensar, entende-se ser necessário construir, junto com as pessoas acometidas pelo câncer, estratégias de cuidado em consonância com suas concepções e expectativas, com vistas a promover a sua sobrevivência com qualidade.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, H. M. A.; SILVA, R. M.; BONFIM, I. M.; FERNANDES, A. F. C. A comunicação da enfermeira na assistência de enfermagem à mulher mastectomizada: um estudo de Ground Theory. **Rev. Latino – am. Enferm.** Vol. 18, n.1, pp. 1 – 7, 2010.

CASANOVA, E. G.; LOPES, G. T. Comunicação da equipe de enfermagem com a família do paciente. **Rev. Bras. de Cancerologia.** Vol. 62, n. 6, pp. 831 – 836, 2009.

COSTA, C. A.; LUNARDI FILHO, W. D.; SOARES, N. V. Assistência humanizada ao cliente oncológico: reflexões junto à equipe. **Rev. Bras. Enferm.** Vol.56. n.3, pp. 310 – 314. 2004.

LUNARDI FILHO, W. D.; SOARES, N. V. Assistência humanizada ao cliente oncológico: reflexões junto à equipe. **Rev. Bras. Enferm.** Vol.56. n.3, pp. 310 – 314. 2004.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4 ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GUERRERO, G. P.; ZAGO, M. M. F.; SAWADA, N. O.; PINTO, M. H. Relação entre espiritualidade e câncer: perspectiva do paciente. **Rev. Bras. Enferm.** Vol.64, n.1, pp.53 – 59, 2011.

KLUSER, S. R.; TERRA, M. G.; NOAL, H. C.; LACCHINI, A. J. B.; PADOIN, S. M. M. Vivência de uma equipe de enfermagem acerca do cuidado aos pacientes com câncer. **Rev. Rene.** Vol.12, n.1, pp.166 – 72, 2011.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. **Revisão integrativa: método de pesquisa para incorporação de evidência na saúde e na enfermagem.** Texto & contexto enferm, Florianópolis. Vol.17, n. 4, pp. 754 – 764, 2008.

MOTTA, A. B.; ENUMO, S. R. F. **Câncer infantil: uma proposta de avaliação das estratégias de enfrentamento da hospitalização.** Est. Psicologia. Vol.21, n.3, pp. 193 – 202, 2004.

MUNIZ, R. M.; ZAGO, M. M. F. **A perspectiva cultural no cuidado de enfermagem ao paciente oncológico.** Ciência Cuidado Saúde. Vol.8, pp. 23 – 30, 2009.

- NASCIMENTO, L. K. A. S. et al. Sistematização da assistência de enfermagem a pacientes oncológicos: uma revisão integrativa da literatura. **Rev. Gaúcha Enferm.** Vol.33, n.1, pp. 177– 185, 2012.
- PEDRO, E. N. R.; FUNGHETTO, S. S. Concepções de cuidado para os cuidados: um estudo com a criança hospitalizado com câncer. **Rev. Gaúcha Enferm.** Vol. 26, n.2, pp. 210 – 219, 2005.
- SALES, C. A. et al. Cuidado de enfermagem oncológico na ótica do familiar no contexto hospitalar. **Acta Paul enferm.** Vol. 25, n. 5, pp. 736 – 742, 2012.
- SILVA, M. M.; MOREIRA, M. C.; LEITE, J. L.; ERDMANN, A. L. Análise do cuidado de enfermagem da participação dos familiares na atenção paliativa oncológica. **Texto & contexto enferm.** Vol. 21, n. 3, pp. 658 – 666, 2012.
- SILVA, Tammy O’ Hara Neves et al. Avaliação da dor em pacientes oncológicos. **Rev. Enferm UERJ.** Vol. 19, n. 3, pp. 359 – 3663, 2011.
- SOUZA, A. S.; VALADARES, G. V. Desvelando o saber/fazer sobre o diagnóstico de enfermagem: experiência vivida em neurocirurgia oncológica. **Rev. Bras. Enferm.** Vol. 64, n. 5, pp. 890 – 897, 2011.
- SOUZA, M. G. G.; SANTO, F. H. E. O olhar que olha o outro... um estudo com familiares de pessoas em quimioterapia antineoplásica. **Rev. Bras. de Cancerologia.** Vol. 54, n.1, pp. 31 – 41, 2007.
- STUMM, E. M. F.; LEITE, M. T.; MASCHIO, G. Vivências de uma equipe de enfermagem no cuidado a patients com câncer. **Cogitare enferm.** Vol. 13, n. 1, pp. 75 – 82, 2008.
- VIEIRA, C. P.; QUEIROZ, M. S. Representações sociais sobre o câncer feminino: vivência e atuação profissional. **Psicologia & Sociedade.** Vol. 18, n.1, pp. 63 – 70, 2006

MODELOS DE GESTÃO E ESTILOS DE LIDERANÇA EM ENFERMAGEM NO SERVIÇO HOSPITALAR E NA ATENÇÃO BÁSICA

Fabiéli Vargas Muniz Schneider

Universidade Federal de Santa Maria - Campus
de Palmeira das Missões
Palmeira das Missões –RS

Luiz Anildo Anacleto da Silva

Universidade Federal de Santa Maria - Campus
de Palmeira das Missões
Palmeira das Missões –RS

Rafael Marcelo Soder

Universidade Federal de Santa Maria - Campus
de Palmeira das Missões
Palmeira das Missões –RS

Sandra Kinalski da Silva

Universidade Federal de Santa Maria - Campus
de Palmeira das Missões
Palmeira das Missões –RS

Cíntia Cristina Oliveski

Universidade Regional do Noroeste do Estado do
Rio Grande do Sul
Ijuí – RS

RESUMO: O estudo teve como objetivo conhecer os modelos de gestão e identificar os estilos de liderança exercidos por enfermeiros dos serviços hospitalares e da atenção básica. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, descritiva. Os participantes da pesquisa foram 22 enfermeiros, sendo 11 atuantes no serviço hospitalar e 11 da atenção básica de dois municípios de duas diferentes

regiões. Os resultados do estudo permitiram a construção de duas categorias. A primeira refere-se a um modelo de gestão e estilo de liderança com tendências autocráticas e que atuam, predominantemente, nos serviços hospitalares. Já a segunda categoria aborda uma gestão mais democrática de gestão e liderança, sendo na sua maioria, composta de enfermeiros atuantes na atenção básica. Conclui-se que o modelo de gestão e o estilo de liderança do enfermeiro está atrelado às formas de estruturação, organização no exercício da gestão em enfermagem.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem; Gestão em saúde; Administração dos serviços de saúde; Indicadores de gestão; Gestão de recursos da equipe de assistência à saúde.

ABSTRACT: The objective of the study was to know the management models and to identify the leadership styles performed by nurses in the hospital services and the basic care system. It is a qualitative and descriptive approach study. The research participants were 22 nurses, 11 of them work in the hospital service and 11 in the basic care system from two municipalities in two different regions. The results of the study allowed the creation of two categories. The first one refers to a management model and leadership style with autocratic tendencies, which mainly appear in hospital services. The

second category deals with a more democratic approach in terms of management and leadership; it is mostly composed of nurses from the basic care system. It is concluded that management model and nurse's leadership style are linked to the structuring forms and the organization in the performance of nursing management.

KEYWORDS: Nursing; Health management; Administration of health services; Management indicators; Resource management of the health assistance team.

1 | INTRODUÇÃO

A gestão está voltada ao campo de trabalho ocupado por profissionais com atribuições e responsabilidades na gestão dos serviços, que envolvem a estruturação, organização, coordenação dos recursos, e, de forma especial, a gestão de pessoas (MORO; AMADOR, 2015). O desafio da gestão em saúde, portanto, está na transcendência de um modelo focado na doença para um sistema centrado na saúde. A gestão, portanto, pode ser definida como um processo intenso de cognição, com o objetivo precípua de continuamente qualificar a atenção em saúde (MENDES, 2012).

A gestão em enfermagem parte da premissa referente à tomada de decisões, que “dependem do grau de autonomia do gestor de enfermagem e, também, como se dá sua relação com as pessoas e com a política institucional para que se consiga eticamente desenvolver seu trabalho” (KURGANT et al., 2012, p. 19). Porquanto, a gestão do cuidado de enfermagem se articula e vincula com a assistência dos enfermeiros atuantes nos serviços e se caracteriza pelas suas atividades que são voltadas à qualidade do atendimento através do planejamento das ações e da articulação entre a equipe de saúde (SANTOS; PESTANA; GUERRERO et al., 2013). A gestão dos enfermeiros tem se voltado a pessoas, equipes e ações relacionadas aos cuidados, envolvendo a coordenação e articulação das atividades realizadas pela equipe de saúde do serviço (SANTOS, 2014).

Os modelos de gestão sobre os quais se pretende discorrer aqui são determinados mediante a estruturação organizacional desejável, que pressupõem a opção por características de distribuição de poder, autonomia, comunicação e tomada de decisão (SANTOS; ERDMANN, 2015). Os modelos de gestão incluem padrões concernentes a diferentes estilos de liderança, em especial aos modelos, ora denominados ‘racional e/ou autocrático’, em contraposição às peculiaridades características dos moldes denominados ‘governança e/ou democrático’. A organização da gestão da assistência de enfermagem, nos serviços hospitalares e na atenção básica, pode ser influenciada pela forma de organização dos serviços e dos objetivos propostos.

O modelo de gestão racional ou autocrático tem como característica o foco nos sujeitos e nas instituições (KURGANT et al., 2012). Está voltado para o desenvolvimento do conhecimento, principalmente, no que tange à capacitação técnica comprometida com o objetivo de subsidiar as práticas assistenciais, assim como, o desenvolvimento

de habilidades para a produção científica, permitindo por meio desta, o contínuo aprimoramento profissional (MAGNABOSCO; HADDAD; VANNUCHI et al., 2015). Nesse contexto os gestores de saúde preocupam-se com a avaliação de qualidade e para que o processo gerencial possa alcançar os objetivos, dentre uma visão racional e estratégica de contínua melhoria da assistência, tornando-se necessário que a operacionalização ocorra por meio de técnicas sistemáticas (OLIVEIRA; MATSUDA, 2016).

Esse modelo de gestão é seguido por instituições que priorizam uma administração baseada em princípios da técnica, objetividade e eficiência, visto que o hospital gera custos pelo cuidado que presta aos usuários (JAMRA; CECILIO; CORREIA, 2016). Sobre o fato, ou seja, o modelo racional, Santos (2014) diz que esses princípios não estão correspondendo às expectativas das equipes, incluindo também pacientes e instituições, pois tornam as ações repetitivas e sem harmonia, prejudicando uma assistência de qualidade ao usuário. Estudos de Amestoy et al. (2017) ratifica que os enfermeiros estão buscando distanciar-se das condutas autoritárias e arbitrarias que prejudicam o trabalho em equipe.

Em contraposição está o modelo de governança, que possui como princípios a participação e o envolvimento dos profissionais nos processos de gestão e tomada de decisão conjugada dentro das organizações e dos serviços de saúde e, para isso, os sujeitos envolvidos precisam estar comprometidos com os resultados (SANTOS; ERDMANN; ANDRADE et al., 2013). Em adição, esse modelo é intensificado a partir de vários fatores, dentre eles, inclui-se a experiência e o grau de satisfação profissional, a articulação entre assistência, gerência e comunicação interpessoal (OLIVEIRA; COPELLI; PESTANA et al., 2014). Santos e Erdmann (2015) recomendam que a enfermagem possua maior autonomia, comando e autoridade sobre as práticas nas instituições. Nesse aspecto, o enfermeiro, no seu processo de trabalho, deve ter autonomia e participação no processo de decisão para que possa gerenciar o cuidado em saúde (SANTOS; ERDMANN; ANDRADE et al., 2013).

A liderança em enfermagem pode ser caracterizada como um fenômeno grupal, que contribui para que o desenvolvimento das atividades realizadas pela equipe ocorra de maneira prazerosa, satisfazendo e motivando seus integrantes. A partir disso, o líder simboliza a base da educação e coordenação da equipe, desenvolvendo atividades de sua competência, estimulando o potencial do coletivo e, assim, contribuindo na qualidade do atendimento prestado aos usuários (AMESTOY; BACKES; THOFEHRN et al., 2013). A liderança, porquanto, pode ser caracterizada também como um fato tipicamente social, em que a influência interpessoal é exercida e por meio do diálogo atinge-se os objetivos previamente estabelecidos (GUERRA; SPIRI, 2013).

A liderança é estabelecida de maneira eficaz quando a relação entre líderes e liderados está baseada nos princípios da maturidade e, com isso, esse processo de interação permite ao líder influenciá-los a realizar os objetivos coletivos (NUNES; GASPARI, 2016). Para que a liderança executada pelo profissional enfermeiro frente

a uma equipe multiprofissional seja bem sucedida, é necessário que o mesmo tenha compromisso e responsabilidade na sua atuação, habilidade na tomada de decisões e eficiência no gerenciamento (GUERRA; SPIRI, 2013).

No entanto, a liderança não se resume a tarefas burocráticas e, sim, demanda ao líder a função de participar do progresso profissional da equipe a fim de proporcionar um cuidado de qualidade aos usuários (SOUZA; ILHA; LIMA et al., 2013). Para isso, é importante que o enfermeiro reconheça que o processo de liderança é um meio que permite influenciar a equipe a trabalhar entusiasmada e para que os objetivos previamente estabelecidos sejam atingidos, ele deve propor estratégias motivadoras à execução das tarefas (LIMA; AMESTOY; JACONDINO et al., 2016). O líder democrático permite ao grupo decidir a divisão das tarefas, assim como realizar a divisão dos grupos de trabalho, procurando sempre ser um integrante participativo do grupo. Nesse estilo de liderança, a determinação do grupo é incentivada, assim como o compromisso e a criatividade dos integrantes da equipe (SOUZA; ILHA; LIMA et al., 2013). As decisões, o poder e a autonomia são participativos a toda a equipe multidisciplinar, para que a tomada de decisão seja realizada com o máximo de informações possíveis. Então, a partir do momento em que todos participam do processo de decisão, os profissionais tornam-se corresponsáveis pelos resultados (HAYASHIDA; BERNARDES; MAZIERO et al., 2014).

Por outro lado, a liderança autocrática define o líder como explorador dos liderados estimulando a submissão do grupo a ele (SOUZA; ILHA; LIMA et al., 2013). A compreensão de liderança, muitas vezes, está vinculada a esse estilo pela posição hierárquica do líder, em que centralidade das decisões está direcionada ao próprio. Sendo assim, baseia-se no modelo normativo de planejamento e o torna crítico por decidir que apenas a verdade do enfermeiro gestor deve ser dominante (VIEIRA; RENOVATO; SALES, 2013). Trata-se de um estilo de liderança controlador, conforme descrevem Lanzoni e Meirelles (2013), ao destacar que, além da posição centralizada, hierárquica e verticalizada, o líder desfruta do prestígio da sua administração, assim como responde sozinho pelo fracasso das ações.

Esse estilo de liderança é reconhecido pelo forte controle ao grupo de trabalho por parte do líder, a crítica é realizada como meio de punição, o comando como meio de direção, a comunicação é verticalizada, a tomada de decisão ocorre sem participação dos integrantes do grupo e a motivação é realizada por meio da imposição (HAYASHIDA; BERNARDES, MAZIERO et al., 2014). Segundo Amestoy et al. (2017), a hierarquia presente entre os líderes e colaboradores é consequência da dificuldade existente no processo de trabalho coletivo, pois durante a orientação e delegação de tarefas não há espaço para a escuta dos integrantes da equipe. Nessas organizações, onde a hierarquia é predominante, o líder coordena a equipe de forma distanciada, sem articulação entre as categorias, impedindo que se reconheça o potencial dos integrantes do grupo.

Complementarmente, corroboram Souza et al (2015) que o processo de trabalho,

refere-se a uma prática de caráter social destinada a um objeto específico que, por meio do uso de instrumentos o transformam em um produto atingindo determinada finalidade. Em saúde, esse processo está voltado a atender as necessidades humanas que podem alternar em diversos períodos, haja vista, que o objeto do trabalho aqui discutido é o homem, e este traz consigo individualidades que devem ser atendidas de maneira geral (GEHLEN, 2012). Ratificando sobre o processo de trabalho, Gehlen (2012) descreve que este é norteado por meio da evidência das necessidades de saúde dos indivíduos modificando-se conforme as situações sócio históricas, mas que resulta na produção do cuidado.

Na enfermagem, o processo de trabalho é caracterizado como complexo e multifacetado, pois exige do enfermeiro a execução de atividades de maneira consciente e proposital, administrando, assistindo, ensinando e participando politicamente em diversas situações (DELL'ACQUA; TOME; POPIM, 2013). As atividades realizadas pela enfermagem são produções interligadas que interagem entre si de maneira independente. O produto gerado, ou seja, a entrega do cuidado pode sofrer diversas influências, entre elas estão as variações de entrada, processamentos e características de organização (CUCOLO; PERROCA, 2015). Neste caso, o enfermeiro precisa ter capacidade/discernimento para estabelecer prioridades e metas e, assim, avaliar os resultados, pois o objeto de trabalho refere-se à organização e divisão do mesmo (SOUZA; PEREIRA; OLIVEIRA, 2015).

Diante do arrazoado exposto, a questão de pesquisa busca elucidar: quais são os modelos de gestão e os estilos de liderança que vem sendo utilizado por enfermeiros, no contexto do cuidado de enfermagem e saúde? Portanto, o objetivo está em conhecer os modelos de gestão e identificar os estilos de liderança exercidos por enfermeiros dos serviços hospitalares e da atenção básica.

2 | METODOLOGIA

Estudo de abordagem qualitativa (MINAYO, 2013), descritiva (GIL, 2008). Os participantes da pesquisa foram enfermeiros dos serviços hospitalares e da atenção básica de duas cidades de diferentes regiões de saúde. A coleta de dados realizou-se por meio de entrevista semiestruturada, gravada digitalmente em um dispositivo de áudio, e posteriormente transcritas na íntegra.

A definição do número de participantes deu-se por amostra proposital ou intencional (POLIT; BECK, 2011). Os dados foram considerados saturados por unidade pesquisada, quando se averiguou que os tipos de enunciados repetiam-se e a coleta de novas entrevistas, supostamente, não agregariam novos elementos para a discussão em relação aos dados já existentes (FONTANELLA; LUCHESI; SAIDEL et al., 2011).

Para a apreciação e interpretação dos dados, utilizou-se o método de análise de conteúdo propostos por Bardin (2011). Esta se constitui de três etapas, quais sejam:

pré-análise – fase da organização e sistematização das ideias do material obtido no campo empírico de pesquisa; b) exploração do material – definem-se as unidades de registro, os recortes e as formas de categorização e codificação que orientarão a análise dos dados; c) tratamento dos resultados, a inferência e interpretação – na qual os resultados brutos são tratados de maneira a serem significativos e válidos a partir de um referencial teórico. As questões éticas seguiram o que a legislação determina a Resolução 466/2012) sendo que o estudo obteve parecer favorável (termo consubstanciado nº 1.815.771) do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria, no dia 10 de novembro de 2016.

Como critérios de inclusão, elencam-se enfermeiros coordenadores de equipes do hospital objeto do estudo. Como critério de exclusão, adotou-se enfermeiros que estivessem em licença (maternidade, saúde e interesses) e profissionais em férias no período da coleta de dados.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

Foram entrevistados 22 enfermeiros, 11 atuantes no serviço de enfermagem hospitalar e 11 no serviço de atenção básica de dois municípios de diferentes regiões de saúde. Os enfermeiros entrevistados das instituições hospitalares foram 10 do sexo feminino e um do sexo masculino, a idade variou de 22 a 52 anos e o tempo de serviço na instituição variou de 15 dias a 9 anos. Já na atenção básica foram entrevistados, na sua totalidade, enfermeiros do sexo feminino com idade entre 27 a 57 anos e tempo de serviço entre dois anos e seis meses a 28 anos.

A fim de melhor compreender os extratos de respostas dos sujeitos da pesquisa, utilizou-se ‘AB’ como significado para Atenção Básica e ‘H’ para Hospital, então E1AB1 para entrevistado um da Atenção Básica um e, E1H1 para entrevistado um do Hospital um e assim sucessivamente.

A análise dos dados permitiu a construção de duas categorias. A primeira categoria refere-se a: Modelos de gestão racional concernente ao estilo de liderança autocrático e a segunda categoria: Modelo de gestão com nuances na governança atinente ao estilo democrático. Em cada categoria apresentada discutiu-se a estruturação, organização dos serviços e gestão de pessoas e, também, sobre o processo de decisão.

Modelo de gestão racional concernente ao estilo de liderança autocrático

Em se tratando da categoria apresentada, quando se refere à estruturação, organização dos serviços e gestão de pessoas, os sujeitos entrevistados discorrem que a decisão referente à escala de folgas e trocas de turnos está voltada ao responsável técnico (RT) da instituição ou ao enfermeiro do setor. Sendo assim, todas as decisões são direcionadas e decididas por um determinado profissional, sem discussão com

os demais integrantes da equipe. Sobre o fato refere E3H1 que “[...] *quem determina essa situação é o responsável técnico*”. De forma assemelhada refere E9H1, que o responsável técnico é o encarregado pela decisão das escalas de folgas, para tanto, afirma que *“na verdade assim, a escala de folgas quem faz o espelho é o RT, ele só entrega para nós*”. Ou seja, a decisão centralizadora e impositiva se evidencia ao afirmar que o poder decisório sobre as folgas é do enfermeiro gestor, nesta se assevera que *“é minha, eu que faço as escalas aqui, eu que decido as folgas. As trocas também, tudo eu”* (E5H1). Excetua o entrevistado E2H2 “[...] *que na decisão de quem vai fazer maternidade naquele mês é eu que decido*”. E2H2

Da maneira assemelhada, o entrevistado abaixo relata que, apesar de trabalhar em seu serviço com apenas mais uma profissional, todas as decisões referentes a folgas e trocas são realizadas por ele e quando se trata de suas próprias folgas deve direcionar-se a outro setor.

“Assim, aqui na unidade geralmente é eu que decido né. Como é só uma técnica quando precisa trocar, precisa de folga a gente tem líder assim para autorizar ou não, mas tipo se eu preciso é sempre lá na secretaria né”. (E4AB2)

A partir dos extratos acima apresentados é possível identificar que os sujeitos incidem suas práticas com o modelo de gestão racional. Esse padrão de gestão está direcionado ao estilo racional e autocrático que, segundo Vieira *et al.* (2013), é caracterizado pela posição hierárquica do enfermeiro gestor da instituição tornando as decisões centralizadas na pessoa do gestor.

Jamra *et al.* (2016) afirma que esse modelo está presente em instituições que compartilham uma administração que privilegia a técnica e objetividade, pensando no hospital como uma empresa que gera custos através da assistência prestada. Amestoy *et al.* (2017) afirma que esse estilo de liderança dificulta o estabelecimento de uma relação interpessoal saudável entre a equipe, já que o líder impõe suas decisões, podendo assim, desenvolver comportamentos que geram tensão, frustração e agressividade na equipe.

Quanto ao processo de decisão dentro da equipe, os profissionais enfermeiros relatam que a decisão final é definida unilateralmente. Descrevem que, por vezes, é necessário que se tomem decisões de maneira verticalizadas haja vista que são os mesmos que ficarão responsáveis pela situação. Sobre o fato diz E8H1 *“às vezes precisa ter uma decisão um pouquinho mais vertical, é assim e ponto”*. Assevera ainda, que em “[...] *alguns momentos de gestão a gente precisa ser assim, já que é tu que vai ficar respondendo depois*”. Embora E3H1 matize suas atitudes, a centralidade na decisão pode ser observada na sua asserção, quando diz que *“eu escuto o que os técnicos têm para me dizer, mas eu decido. Afinal a decisão é minha”*. Por fim, E1H2 argumenta que algumas decisões referentes ao estado de saúde dos usuários são de competência exclusiva do enfermeiro e, por isso, a decisão se torna centralizada no

mesmo, quando refere que *“tem algumas decisões assim, a respeito do quadro clínico, coisas que são de nossa competência que a enfermeira quem decide”*.

As assertivas acima enunciadas permitem identificar o modelo de gestão e estilo de liderança que vigora nas instituições hospitalares, tendencialmente apoiada em modelos/estilos mais racionais/autocráticos caracterizados pela centralidade nas decisões. Embora o momento vivido, observa-se no espaço de trabalho da enfermagem, modelos mais centralizadores em que a liderança autocrática ou hierárquica permanece inserida nas instituições hospitalares apesar de causarem desgaste psíquico, físico e social dos colaboradores (AMESTOY; OLIVEIRA; THOFEHRN et al., 2017).

O processo de decisão nas instituições está direcionado ao modelo gerencial implantado. Se a gerência estiver vinculada à abordagem clássica da administração, os trabalhadores não compartilham da tomada de decisões, apenas são comunicados quanto à decisão final. Sendo assim, a cúpula administrativa na maioria das vezes é quem decide, além de influenciar as decisões dos menos poderosos, dificultam suas preferências (HAYASHIDA; BERNARDES; MAZIERO et al., 2014).

No âmbito hospitalar, a enfermagem enfrenta diversos desafios na liderança, pois a dinâmica de trabalho está fundamentada na racionalização do cuidado, onde há divisão técnica associada ao controle dos gastos voltados à assistência (PAULA; FIGUEIREDO; CAMARGO et al., 2012). Esse modelo baseado na organização e hierarquização das tarefas atribui ao enfermeiro a função de gerente, que centraliza o saber e que mantém a concepção de trabalho de enfermagem delegando tarefas à equipe de saúde, além de coordená-las e planejar a assistência prestada pelos mesmos (MATOS; PIRES; GELBCKE, 2012).

No entanto, os processos de trabalho na saúde têm se desenvolvido por meio de relações hierárquicas, dando enfoque às práticas no atendimento individual e prescritivo que denotam as fragilidades dos profissionais em reconhecer as necessidades integrais do usuário do serviço. Isso persiste, pois descende do modelo taylorista em que o processo de trabalho desenvolveu-se de maneira fragmentada, portanto, com saberes isolados e de difícil articulação entre si (SANTOS; ERDMANN 2015).

Evidencia-se, nessa categoria que os enfermeiros mantêm uma conduta racional e autocrática desde a estruturação, organização dos serviços e gestão de pessoas como referente ao processo de decisão. Nesse cenário, esse estilo centralizador de liderar as equipes restringe a participação dos trabalhadores sugerindo ou discutindo demandas, neste modelo de gestão/liderança, estes atêm-se primariamente na execução das atividades que são definidas/determinadas pelo gestor. De certa forma, inibir a criatividade pode inferir na qualidade da assistência.

Modelos de gestão com nuances na governança concernentes ao estilo democrático

No que se refere à estruturação, organização dos serviços e gestão de pessoas,

os entrevistados mencionam que a definição para a tomada de decisão referente às folgas normalmente é compartilhada entre o enfermeiro e os técnicos de enfermagem dos seus respectivos setores. Sobre o fato, o entrevistado E1AB1 assim se manifesta:

“A gente toma decisão junto com o funcionário, é uma conversação que a gente tem né para não tirar as folgas quando há menos funcionários, funcionários em férias ou com algum problema de saúde, então a gente toma decisão junto”. (E1AB1)

De forma assemelhada, E2AB1 salienta a necessidade de compartilhar com a equipe de enfermagem a decisão sobre as folgas e férias dos funcionários.

“ A gente combina assim, conforme a pessoa solicita a folga e se tem como ela tirar aquele dia né, se não é um dia que tenha um colega folgando e a partir da necessidade da equipe e da pessoa a gente tenta conciliar”. (E2AB1)

O entrevistado E4AB1 reforça a conversação como meio para decidir as folgas e férias dos profissionais da equipe, evitando que a unidade de saúde fique demasiadamente reduzida.

“Então isso na verdade é feito uma conversa com as pessoas que na verdade estão querendo tirar férias no mesmo mês ou folga no mesmo dia. Então na verdade isso é conversado e decidido isso na melhor forma pra unidade não ficar desfalcada”. (E4AB1)

Da mesma forma, o sujeito E9H1 procura decidir os dias de folgas em conjunto com seus técnicos de enfermagem. Ratifica dizendo *“[...] eu que estou na maternidade e faço com os técnicos da maternidade quem decide os dias, essas coisas se fazem em conjunto”*.

Os extratos da pesquisa evidenciaram que as peculiaridades acima apresentadas são características de um modelo de gestão que se aproxima da governança e de um estilo de liderança democrático. Para Santos et al. (2013), esse modelo está diretamente relacionado às práticas dos enfermeiros inseridos nos serviços de saúde, já que remete a questões como autonomia e participação ativa desses profissionais no processo de gestão, tendo em vista a busca por melhores resultados de assistência. A maneira compartilhada de governar presente nesse modelo de gestão beneficia todos os segmentos envolvidos, sejam eles, profissionais, instituições de saúde e pacientes, razão que permite que a liderança exercida pelo enfermeiro alcance a participação coletiva no processo de decisão e, assim, proporcione uma assistência qualificada aos indivíduos (HAYASHIDA; BERNARDES; MAZIERO et al., 2014).

Sobre o fato, descreve Souza et al. (2013), que o líder no exercício da gestão pode permitir ao grupo de trabalho decidir a divisão das tarefas e a organização das atividades, procurando ser um integrante comum do grupo ou seja, o gestor concede autonomia aos trabalhadores. Portanto, a autonomia com responsabilidade pode

ser estimulada, estando associada ao compromisso e a criatividade dos integrantes da equipe. Sendo assim, cabe dizer que o gestor no exercício da liderança precisa ser compreensivo, assim como estar disposto a ouvir e atender as necessidades e solicitações dos colaboradores para conduzir a equipe ao resultado positivo em relação ao processo de trabalho (AMESTOY; OLIVEIRA; THOFEHRN et al., 2017).

No que se refere ao processo de decisão, os sujeitos do estudo salientam que as decisões referentes ao serviço são compartilhadas com os demais profissionais da equipe de modo que todos tomem conhecimento do que se trata e assim discutam e decidam em conjunto como proceder. Em determinadas situações é possível identificar que os enfermeiros responsáveis pelos setores necessitam tomar a decisão final quando não há acordo entre os profissionais da equipe. Isso é representado nos extratos de respostas.

“Na verdade o processo de decisão a gente senta, discute, decide. Nem sempre a gente vai ter a mesma opinião, a gente vai chegar a um consenso e tomar a decisão junto. Muitas vezes eu tenho que tomar a decisão, eu como enfermeira tenho que tomar a decisão, mas na maioria das vezes ela é compartilhada e daí a gente decide junto. Tem a minoria das vezes que a decisão tem que ser minha, porque daí um lado quer e outro não quer. Então na verdade fica sobre a minha, vamos dizer assim, responsabilidade de tomar a decisão se sim ou se não, porque daí não tem a maioria conjunta que quer aquela decisão, então na verdade acaba sendo o enfermeiro que toma a decisão final”. (E4AB1)

Desse mesmo modo, outro entrevistado refere que a situação a ser definida em reunião para toda a equipe e, quando necessário, ele mesmo toma a decisão final.

“A primeira coisa assim, digamos que seja uma coisa que é em toda equipe, a gente precisa decidir alguma coisa então a gente vai levar pra reunião e vai ser decidido na reunião em comum acordo com todos. Algumas vezes o enfermeiro precisa tomar algumas decisões né”. (E5AB1)

A decisão em conjunto está evidenciada no extrato de resposta abaixo descrito, razão que se procura decidir com sua equipe, avaliando as condições para tomar determinada decisão e consultando os profissionais envolvidos.

“A gente procura avaliar o que nos é pedido, as condições que a gente tem tanto de recursos humanos quanto de material pra tá realizando, o tempo que a gente tem disponível, mas essa decisão, quase nenhuma decisão aqui na unidade eu realizo sozinha, eu sempre procuro consultar a opinião principalmente das pessoas envolvidas na atividade”. (E3AB2)

Acrescenta-se também que a afirmação do entrevistado refere-se ao diálogo como parte da relação com a equipe, procurando ouvir as diferentes opiniões e pontos de vista para assim tomar a decisão final.

“Normalmente a gente conversa e divide opinião tanto entre o técnico tanto quanto

Oliveira et al. (2014) afirmam que as reuniões entre as equipes são momentos importantes em que há espaço para se estreitar os relacionamentos interpessoais, dividir experiências, propor discussões frente às dificuldades no serviço e, assim, em conjunto buscar soluções para os problemas expostos.

Nesse aspecto, o enfermeiro líder deve trabalhar com sua equipe sendo compassivo com as necessidades do grupo e construir momentos de diálogos a fim de estabelecer processos participativos de gestão frente às dificuldades identificadas pelos profissionais no serviço. Destaca-se, ainda, como contribuição ao ambiente de trabalho e à equipe, a necessidade de que haja imparcialidade, justiça e capacidade de tomar decisão (MOURA; INCHAUSPE; DALL'AGNOL et al., 2013).

Silva et al. (2017) afirmam que o enfermeiro na posição de líder deve promover o trabalho em equipe construindo relações de confiança, assim como compartilhando o poder e valorizando sua equipe. E, assim, com esse método de trabalho fortalecer os laços de confiança e estimular a prática de mudança dos integrantes da equipe. Moura et al. (2013) destacam a importância da administração atuar de maneira conjunta com os integrantes da equipe no desenvolvimento das atividades, assim como, na construção de rotinas e resolução de problemas.

Amestoy et al. (2017) destacam que a liderança seja pautada no diálogo, com relações horizontalizadas, valorizando os profissionais da equipe, contribuindo na tomada de decisão, na elaboração das práticas de cuidado além de potencializar a autonomia.

Em síntese, esse modelo de gerenciar e liderar de maneira democrática a equipe favorece a aproximação dos mesmos através da relação de confiança estabelecida. Relação a qual permite que haja diálogo e momentos de discussão dos assuntos referentes ao ambiente e processo de trabalho corresponsabilizando toda equipe pela decisão e resultados finais. Sendo assim, os enfermeiros gestores desse modelo de gestão valorizam a participação da equipe no processo de decisão e compreendem que essas atitudes são importantes para a construção de novas ações de cuidado e de gerenciamento do setor.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo demonstrou a relevância dos modelos de gestão e estilos de liderança no exercício da enfermagem e a repercussão na saúde, haja vista que quando se trata de modelos de gestão em enfermagem é importante compreender que a maneira de liderar as equipes e conduzir o processo de trabalho está diretamente associada às ações de cuidado prestadas aos usuários. Sendo assim, quando se conhece o modelo de

gestão predominante na instituição de saúde é possível compreender o gerenciamento em enfermagem. Também permitiu aos envolvidos na pesquisa aproximar o binômio teoria/prática e conhecer como os enfermeiros, figuras representativas dentro dos setores de saúde, gerenciam suas equipes.

Resumidamente apresentamos dois modelos de gestão e também dois estilos de lideranças, um deles conhecido como modelo racional concernente ao estilo autocrático em que o líder é o centralizador do saber e as decisões fazem parte da sua conduta individualista e, por outro lado, abordamos o modelo de gestão denominado governança atinente ao estilo democrático, em que o líder coletivamente compartilha as decisões com sua equipe, assim como permite aos mesmos expor suas opiniões.

Sendo assim, esse estudo permitiu compreender os modelos de gestão adotados pelos enfermeiros atuantes nas instituições hospitalares e na atenção básica de regiões diferenciadas de saúde. Pode-se identificar que modelo de gestão concernente ao estilo racional e autocrático é mais utilizado por enfermeiros atuantes nos serviços hospitalares, sendo assim, o processo de trabalho predominante nesse ambiente é caracterizado por uma gestão centralizadora. Esta centralidade nas decisões estaria ligada a que aspectos? Às exigências mais pontuais de saúde? À dificuldade de coexistência com outros profissionais? Às necessidades de resultados administrativos? Por outro lado, a categoria referente ao modelo de gestão concernente ao estilo aproximado de governança e democrático apresenta extratos na sua maioria oriundos de enfermeiros atuantes na atenção básica.

Essa disparidade de gestão é notória em ambas as instituições, ou seja, hospitais e atenção básica, e esses dados, preliminarmente, nos remetem a entender que o modelo de gestão e o estilo de liderança que o enfermeiro exerce no seu setor de trabalho, pode, por vezes, estarem ligados a exigências institucionais e o tipo de atividades que são desenvolvidas. Dessa forma, o líder pode condizer com o modelo racional e autocrático assim como o modelo de governança e democrático, pois as situações em que o enfermeiro vivencia, podem ser condicionadas a determinadas atitudes e a adoção de comportamentos.

Por fim, entende-se que o estudo tenha limitações, haja vista, que foi desenvolvido em duas instituições hospitalares e dois serviços de atenção básica. Nesse sentido, entendemos que novos estudos incluindo maior quantitativo de participantes, assim como a inclusão de instituições de outras regiões de saúde se fazem necessários.

REFERÊNCIAS

AMESTOY, S. C.; OLIVEIRA, A. F. L.; THOFEHRN, M. B. et al. **Contribuições freirianas para entender o exercício da liderança dialógica dos enfermeiros no ambiente hospitalar**. Rev. Gaúcha Enferm., Porto Alegre, v. 38, n. 1, 2017.

AMESTOY, S. C.; BACKES, V. M. S.; THOFEHRN, M. B. et al. **Percepção dos enfermeiros sobre o processo de ensino-aprendizagem da liderança**. Texto Contexto Enferm., Florianópolis, v. 22, n. 2, p. 468-475, June. 2013.

BARDIN, L.. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70. 2011.

BRASIL. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Conselho Nacional de Saúde. Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. Ministério da Saúde, Brasília – DF, 2012.

CUCOLO, D. F.; PERROCA, M. G. **Fatores intervenientes na produção do cuidado em enfermagem**. Acta paul. enferm., São Paulo, v. 28, n. 2, p. 120-124, apr. 2015.

DELL'ACQUA, M. C. Q.; TOME, L. Y.; POPIM, R. C. **O Processo de Trabalho em Urgência e Emergência em Interface com a Morte**. Rev Rene. v. 14, n. 6, p. 1149-59, 2013.

FONTANELLA, B. J. B.; LUCHESI, B. M.; SAIDEL, M. G. B. et al. **Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 389-394, fev. 2011.

GEHLEN, G. C. **A Organização Tecnológica do Trabalho dos Enfermeiros na Produção de Cuidados em Unidades de Pronto Atendimento de Porto Alegre**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul [Tese]. 2012.

GIL, A. C.. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2008.

GUERRA, K. J.; SPIRI, W. C. **Compreendendo o significado da liderança para o aluno de graduação em enfermagem: uma abordagem fenomenológica**. Rev. bras. enferm., Brasília, v. 66, n. 3, p. 399-405, june. 2013.

HAYASHIDA, K. Y.; BERNARDES, E.; MAZIERO, V. G. et al. **A Tomada de Decisão da Equipe de Enfermagem após Revitalização do Modelo Compartilhado de Gestão**. Texto Contexto Enferm., Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 286-293, june. 2014.

JAMRA, C. C. A.; CECILIO, L. C. O.; CORREIA, T. **Os médicos e a racionalização das práticas hospitalares: novos limites para a liberdade profissional?**. Saúde debate, Rio de Janeiro, v. 40, n. 108, p. 86-94, mar. 2016.

KURGANT, P. et al. **Gerenciamento em enfermagem**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

LANZONI, G. M. M.; MEIRELLES, B. H. S. **Liderança do enfermeiro: elemento interveniente na rede de relações do agente comunitário de saúde**. Rev. bras. enferm., Brasília, v. 66, n. 4, p. 557-563, aug. 2013.

LIMA, F. S.; AMESTOY, S. C.; JACONDINO, M. B. et al. **The exercise of leadership of nurses in the family health strategy**. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online, [S.l.], v. 8, n. 1, p. 3893-3906, jan. 2016.

MAGNABOSCO, G.; HADDAD, M. C. L.; VANNUCHI, M. T. O. et al. **Opinião de egressos sobre o curso de residência em gerência dos serviços de enfermagem**. Semina: Ciências Biológicas e da Saúde, Londrina, v. 36, n. 1, supl, p. 73-80, ago. 2015.

MATOS E.; PIRES, D. E. P.; GELBCKE, F. L. **Implicações da interdisciplinaridade na organização do trabalho da enfermagem: estudo em equipe de cuidados paliativos**. Rev. Eletr. Enf. v. 14, n. 2, p. 230-9, abr/jun 2012.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde.** 2. Ap. São Paulo: HUCITEC-ABRAMO, 2013.

MORO, C. V. M.; AMADOR, F. S. **O trabalho da gestão: notas sobre poder e subjetividade.** Rev. Psicol., Organ. Trab. v. 15, n. 2, p. 201-211, 2015.

MOURA, G. M. S. S.; INCHAUSPE, J. A. F.; DALL'AGNOL C. M. et al. **Expectativas da equipe de enfermagem em relação à liderança.** Acta paul. enferm., São Paulo , v. 26, n. 2, p. 198-204, 2013.

NUNES, E. M. G. T.; GASPAR, M. F. M. **A liderança em enfermagem e a satisfação dos pacientes em contexto hospitalar.** Rev. Gaúcha Enferm., Porto Alegre , v. 37, n. 2, 2016.

OLIVEIRA, R. J. T.; COPELLI, F. H. S.; PESTANA, A. L. et al. **Intervening conditions on governance of the nursing practice at an obstetrics centre.** Rev. Gaúcha Enferm., Porto Alegre , v. 35, n. 1, p. 47-54, mar. 2014.

OLIVEIRA, J. L. C.; MATSUDA, L. M. **Vantagens e dificuldades da acreditação hospitalar: A voz dos gestores da qualidade.** Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 63-69, mar. 2016.

PAULA, G. F.; FIGUEIREDO, M. L.; CAMARGO, F. C. et al. **Concepções de liderança entre enfermeiros assistenciais de um hospital do Norte de Minas Gerais.** Rev. Eletr. Enf., v. 14, n. 4, p. 821-830, dez. 2012.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem.** 7ª Ed. Porto Alegre: Artmed. 2011.

SANTOS, J. L. G. dos. **Governança da prática profissional de enfermagem no ambiente hospitalar.** 2014. 253 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC. 2014.

SANTOS, J. L. G.; ERDMANN, A. L. **Governance of professional nursing practice in a hospital setting: a mixed methods study.** Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 23, n. 6, p. 1024-1032, dec. 2015.

SANTOS, J. L. G.; PESTANA, A. L.; GUERRERO, P. et al . **Práticas de enfermeiros na gerência do cuidado em enfermagem e saúde: revisão integrativa.** Rev. bras. enferm., Brasília, v. 66, n. 2, p. 257-263, apr. 2013.

SANTOS, J. L. G.; ERDMANN, A. L.; ANDRADE, S. R. et al . **Governança em enfermagem: revisão integrativa da literatura.** Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 47, n. 6, p. 1417-1425, dec. 2013.

SILVA, V. L. S.; CAMELO, S. H. H.; SOARES, M. I. et al . **Práticas de liderança em enfermagem hospitalar: uma self de enfermeiros gestores.** Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 51, 2017.

SOUZA, I. A. S.; PEREIRA, M. O.; OLIVEIRA, M. A. F. et al . **Processo de trabalho e seu impacto nos profissionais de enfermagem em serviço de saúde mental.** Acta paul. enferm., São Paulo, v. 28, n. 5, p. 447-453, aug. 2015.

SOUZA, R. B.; ILHA, S.; LIMA, C. L. F. et al. **Organização e Liderança no Trabalho do Enfermeiro: Percepção de Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem.** R. Enferm. Cent. O. Min. v. 3, n. 2, p. 687-695, mai.-ago. 2013.

VIEIRA, T. D. P.; RENOVATO, R. D.; SALES, C. M. **Compreensões de liderança pela equipe de enfermagem.** Cogitare enferm., Curitiba, v. 18, n. 2, p. 253-260, jun. 2013.

AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS EM SAÚDE: AVALIAÇÃO ECONÔMICA COMO SUPORTE À TOMADA DE DECISÃO

Beatriz Guitton Renaud Baptista de Oliveira

Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa,
Universidade Federal Fluminense
Niterói – RJ

Andrea Pinto Leite Ribeiro

Programa de Doutorado Acadêmico Ciências
do Cuidado em Saúde, Escola de Enfermagem
Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal
Fluminense
Niterói – RJ

RESUMO: **Introdução:** O crescimento exponencial de inovações das Tecnologias em Saúde tem sido acompanhado pelo aumento de gastos e da mudança do perfil epidemiológico da população, com a prevalência de doenças crônicas não-transmissíveis decorrentes do envelhecimento populacional. Nesse contexto, torna-se de fundamental importância a avaliação criteriosa das tecnologias em saúde para tomada de decisão quanto à incorporação de novas tecnologias e avaliação das que já estão em uso. Diante disso, é imprescindível que os enfermeiros obtenham conhecimento acerca da Avaliação de Tecnologias em Saúde e da Economia da Saúde, a fim de contribuir para manutenção de sistemas de saúde sustentáveis. **Objetivo:** demonstrar como a Avaliação de Tecnologias em Saúde e a Avaliação Econômica em Saúde são fundamentais para o processo

de tomada de decisão, ressaltando o contexto brasileiro. **Conclusão:** O enfermeiro tem um papel fundamental na Avaliação de Tecnologias em Saúde e Economia da Saúde, tendo em vista que em sua formação e na prática clínica possui competências que podem contribuir no processo decisório. Portanto, recomenda-se uma prática clínica baseada em evidências científicas e que se desenvolva uma análise crítica na tomada de decisão para o desenvolvimento e manutenção de um sistema de saúde sustentável.

PALAVRAS-CHAVE: Avaliação em Saúde; Economia da Saúde; Custos e Análise de Custo; Avaliação da Tecnologia Biomédica; Eficiência

ABSTRACT: Introduction: The exponential growth of Health Technologies innovations has been accompanied by increased spending and changing of the population epidemiological profile, with the prevalence of chronic non-communicable diseases due to population aging. In this context, critical evaluation of health technologies for decision-making regarding the incorporation of new technologies and evaluation of those that are already in use becomes of fundamental importance. Given this, it is imperative that nurses obtain knowledge about Health Technology Assessment and Health Economics, to contribute to the maintenance of sustainable health systems. **Objective:** demonstrate how the Health

Technology Assessment and the Economic Evaluation in Health are fundamental for the decision-making process, highlighting the Brazilian context. **Conclusion:** Nurses have a fundamental role in Health Technologies Evaluation and Health Economics, considering that in its training and clinical practice, they have competencies that can contribute to decision-making process. Therefore, a clinical practice based on scientific evidence is recommended and a critical analysis in the decision-making process for the development and maintenance of a sustainable health system.

KEYWORDS: Health Evaluation; Health Economics; Costs and Cost Analysis; Technology Assessment, Biomedical; Efficiency

1 | INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, tem-se observado que todos os dias mais tecnologias são lançadas no mercado, tornando esse início de século, uma época de transformação e crescimento exponencial de inovações tecnológicas. Todo esse avanço tecnológico também se reflete nas tecnologias em saúde.

São consideradas Tecnologias em Saúde os medicamentos, equipamentos e procedimentos técnicos, sistemas organizacionais, informacionais, educacionais e de suporte, e programas e protocolos assistenciais por meio dos quais a atenção e os cuidados com a saúde são prestados à população (BRASIL, 2010).

Associado ao desenvolvimento de novas tecnologias, observa-se o crescimento contínuo dos gastos em saúde e as mudanças no perfil epidemiológico das sociedades. Com o envelhecimento populacional, observa-se a prevalência de doenças crônicas não-transmissíveis, que interferem diretamente na qualidade de vida dos indivíduos e geram gastos tanto para os pacientes, como para família e sistema de saúde.

Além disso, o aumento da expectativa dos usuários em relação aos seus direitos e as pressões financeiras sobre os sistemas de saúde com a judicialização são cada vez mais crescentes (ARAÚJO *et al.*, 2017).

Diante disso, torna-se de fundamental importância o desenvolvimento de “mecanismos de articulação entre os setores envolvidos na produção, incorporação e na utilização de tecnologias nos sistemas de saúde” (BRASIL, 2010).

Nesse contexto, a Avaliação de Tecnologias em Saúde é um componente importante para tomada de decisão quanto à incorporação de uma tecnologia, elaboração de diretrizes clínicas ou mesmo, retirada de tecnologias obsoletas (SILVA, 2004).

Diante disso, é de extrema importância que os profissionais de saúde, principalmente, os enfermeiros obtenham conhecimento acerca da Avaliação Tecnológica em Saúde e da Economia da Saúde para que possam contribuir de forma positiva para um sistema de saúde sustentável.

Ao longo dos anos, observa-se um número crescente de enfermeiros que

participam de equipes multiprofissionais e que realizam Pesquisas Clínicas, Avaliação de Tecnologias em Saúde e Avaliações Econômicas em Saúde, mas essa participação e o desenvolvimento de pesquisas na temática pelos enfermeiros ainda pode ser considerado um desafio. A tomada de decisão na alocação de recursos e com a sustentabilidade do sistema de saúde é uma preocupação tanto do sistema de saúde pública como das instituições privadas (RIBEIRO, OLIVEIRA, 2017).

O objetivo desse capítulo é demonstrar como a Avaliação de Tecnologias em Saúde e a Avaliação Econômica em Saúde são fundamentais para o processo de tomada de decisão, ressaltando o contexto brasileiro.

2 | AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS EM SAÚDE

O termo Avaliação de Tecnologias em Saúde, foi formalmente conceituado pela primeira vez em 1976, mas foi a partir da década de 90 que esse conceito passou a ser utilizado mundialmente (BANTA, 2003).

A Avaliação de Tecnologias em Saúde visa sintetizar os conhecimentos produzidos por meio de pesquisas, que podem analisar uma tecnologia mediante seus efeitos benéficos (eficácia e acurácia) e indesejados (colaterais e adversos), a análise da efetividade, e o exame comparativo da relação desses efeitos, e do valor atribuído a esses efeitos, com os gastos correspondentes de recursos (análises custo-efetividade e custo-utilidade) para diferentes alternativas tecnológicas, visando o emprego de melhores tecnologias de atenção à saúde (promoção e prevenção) (BANTA, 2003).

É um campo multidisciplinar que aborda os impactos da tecnologia, considerando os aspectos: econômico, organizacional, social, ético e impactos micro e macroeconômicos, a fim de evitar a incorporação indiscriminada de tecnologias em saúde, que resultaria em um custo elevado e desnecessário aos sistemas de saúde (TRINDADE, 2008).

No Brasil, a Portaria nº 2.690, de 5 de novembro de 2009, institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde, cujo objetivo foi “maximizar os benefícios de saúde a serem obtidos com os recursos disponíveis, assegurando o acesso da população a tecnologias efetivas e seguras, em condições de equidade”, visando: “nortear a institucionalização dos processos de avaliação e de incorporação de tecnologias baseados na análise das consequências e dos custos para o sistema de saúde e para a população” (BRASIL, 2009).

A Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde também tem como propósito garantir que as tecnologias seguras, efetivas e que possam beneficiar todos os que precisam e para tanto faz-se necessário o planejamento a fim de “assegurar que os recursos financeiros destinados à saúde pública sejam utilizados sem prejuízo da equidade e dos princípios de universalidade e integralidade do SUS” (BRASIL,

1990; BRASIL, 2010).

Ao avaliar as tecnologias em saúde deve-se ter como princípio a busca por evidências científicas que possam contribuir com informações acerca da “segurança, eficácia, efetividade, eficiência e impactos econômicos, éticos, sociais e ambientais da tecnologia em questão” (BRASIL, 2010).

Em 2011, houve um marco importante na história da Avaliação de Tecnologias no Brasil: a publicação da Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011, que institui a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) “para assessorar o Ministério da Saúde na incorporação, exclusão ou alteração pelo SUS de novos medicamentos, produtos e procedimentos, bem como na constituição ou alteração de protocolo clínico ou diretriz terapêutica”, a partir da avaliação das evidências científicas quanto à efetividade, acurácia, segurança e avaliação econômica comparativa com as tecnologias já incorporadas (BRASIL, 2011).

São muitos os avanços e os desafios no contexto brasileiro para o desenvolvimento do processo de gestão e Avaliação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde.

O processo de institucionalização da Avaliação de Tecnologias em Saúde no Brasil vem se desenvolvendo ao longo dos anos e “a ampliação e fortalecimento técnico e político pode contribuir de forma significativa com as políticas científicas, tecnológicas e de inovação, impactando de forma efetiva as políticas de saúde” (NOVAES, SOÁREZ, 2016).

De acordo com Silva, Petramale e Elias (2012) os principais avanços foram: “padronização de métodos; produção e fomento de estudos; desenvolvimento institucional e cooperação internacional na área de avaliação de tecnologias em saúde; definição dos requisitos necessários para apresentação de propostas; definição de prazos; e ampliação dos segmentos que compõem o colegiado responsável pela análise e recomendação” e as principais dificuldades foram: “atividades de avaliação de tecnologias em saúde concentradas no Ministério; baixa sustentabilidade das atividades de produção e disseminação das avaliações; baixa penetração da avaliação de tecnologias em saúde nos estabelecimentos de saúde; atividades de avaliação/incorporação com baixa participação dos usuários; processos decisórios pouco transparentes; e baixa integração da política de saúde com a política científica e tecnológica”.

Em nota técnica acerca do processo de priorização de tecnologias em saúde no Brasil, Araújo, Distrutti e Elias (2017) referem que a priorização em saúde no Brasil começou a ser implantada nos anos 2000 e que nos últimos 15 anos, alguns avanços importantes que merecem destaque foram: a constituição da CONITEC; a formalização de listas positivas que definem na esfera nacional os medicamentos, produtos e procedimentos que devem ser ofertados a população pelo sistema público de saúde, como a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e a Relação Nacional das Ações e Serviços de Saúde (RENASES); a instituição de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para guiar a assistência e

a dispensação de medicamentos e produtos, contribuindo para o uso adequado e racional das tecnologias; o estabelecimento de uma política de comparação de preços de medicamentos pela Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED); a criação da Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde (REBRATS) e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

Nesse contexto, em que há necessidade de uma tomada de decisão, as avaliações econômicas representam um importante instrumento para escolha quanto à alocação de recursos em saúde, porque permitem “identificar e mapear problemas e oportunidades para uso e aplicação de soluções tecnológicas”, baseadas na avaliação da efetividade, dos custos e dos impactos do uso de uma tecnologia no sistema de saúde, permite também o aprimoramento das políticas de saúde, aumentando a eficiência e a efetividade dos serviços e a qualidade do cuidado em saúde prestado (BRASIL, 2009).

3 | AVALIAÇÃO ECONÔMICA EM SAÚDE

Avaliação Econômica em Saúde é a análise comparativa de diferentes tecnologias, no âmbito da saúde, referentes aos seus custos e aos efeitos sobre o estado de saúde (BRASIL, 2009)

Visa otimizar as ações para obtenção do melhor resultado possível a partir dos recursos existentes de forma racional, de forma comparativa em relação à situação vigente ou a um padrão ouro de resultados, verificando se os objetivos propostos serão alcançados nos moldes da eficiência, efetividade e eficácia de forma racional e se justifica pela redução das incertezas; possibilidade de alocação mais racional dos recursos com redução de custos; mensuração das contribuições e efeitos colaterais das inovações em saúde e possibilidade de reorientação de ações quando os resultados não são satisfatórios (SARTI, CAMPINO, 2010).

As avaliações econômicas se baseiam no custo de oportunidade, e como os recursos são escassos, isso significa que a tomada de decisão em alocar recursos em determinada tecnologia ou programa implicará na não aplicação desse recurso em outras atividades, de forma que seu custo não é retratado somente pelos recursos despendidos com aquela tecnologia mas também no valor do que está deixando de ser fornecido (DRUMMOND *et al*, 2015).

Os resultados das avaliações econômicas não devem servir como único ou principal determinante nas decisões em saúde, mas contribuem com uma gama de fatores relevantes que podem ser úteis nos processos de incorporação e gestão das tecnologias de saúde.

Os dados relativos aos parâmetros necessários para a análise poderão ser obtidos por meio do desenvolvimento de pesquisas aplicadas especificamente para a sua obtenção, como os ensaios clínicos controlados e randomizados e/ou com a

utilização de dados publicados na literatura ou incluídos em sistemas de informação em saúde disponíveis. Quando não existem informações disponíveis para um parâmetro essencial, utilizam-se diferentes modalidades de consulta a especialistas.

Deve-se informar a perspectiva adotada na análise, ou seja, o ponto de vista da análise, “que indica quem tem a prerrogativa de selecionar alguma das estratégias em investigação. As três perspectivas mais comuns referem-se ao prestador de serviços (hospital, clínica), ao sistema de saúde (público ou privado) e à sociedade”. A escolha da perspectiva influencia a identificação, a mensuração e a valoração dos custos (SILVA, SILVA, PEREIRA, 2016).

As formas de análise econômica variam de acordo com a forma como os desfechos das ações em saúde são mensurados, onde os custos são traduzidos em unidades monetárias e os benefícios podem ser traduzidos sob a forma de unidades físicas ou monetárias, essa diferença vai determinar a forma de análise empregada (SARTI, CAMPINO, 2010).

Além disso, é preciso identificar quais os custos serão avaliados. Os custos podem ser assim classificados (MARASCIULO *et al*, 2013):

- Custos diretos: recursos consumidos diretamente no tratamento ou na intervenção;
- Custos diretos médicos (também chamados sanitários) e englobam produtos e serviços para prevenir, detectar ou tratar uma doença. Por exemplo: medicamentos, exames complementares, honorários profissionais, hospitalizações, cirurgias;
- Custos diretos não médicos ou não sanitários: são decorrentes da doença, mas não envolvem serviços médicos ou sanitários. Por exemplo: custos de alimentação, transporte de usuários, residência temporária;
- Custos indiretos: relacionados à perda para a sociedade, resultante do tratamento ou da doença. Por exemplo: dias de trabalho perdidos, incapacidade de realizar as atividades profissionais (que pode ser quantificada por meio da concessão de benefícios da Previdência Social), tempo gasto em viagens, necessidade de cuidadores/acompanhantes (ou, por exemplo, a mãe que deixou de trabalhar para cuidar do filho portador de deficiência) e morte prematura decorrente da doença;
- Custos intangíveis: avalia o custo do sofrimento, da dor, da tristeza e da redução da qualidade de vida. Por sua característica subjetiva, são de difícil mensuração monetária e, por isso, na maioria das vezes, não são incluídos em estudos econômicos.

As avaliações econômicas sempre envolvem a comparação do custo entre uma ou mais alternativas. Estudos que comparam apenas os custos das alternativas em questão são considerados análises de custo, porém não são consideradas avaliações econômicas completas (DRUMMOND *et al*, 2015).

As análises de custos não analisam os resultados em saúde das intervenções,

mas são etapas fundamentais para fornecer subsídios para o desenvolvimento de avaliações econômicas (DRUMMOND et al., 2015).

Embora a identificação dos vários tipos de custo e sua mensuração em unidades monetárias possa ser similar, as consequências avaliadas podem diferir consideravelmente.

Tipos de avaliação econômica

- Análise de custo-minimização (ACM)

Na análise de custo-minimização, calcula-se a diferença de custos entre intervenções alternativas que podem ser tecnologias diagnósticas, terapêuticas ou preventivas, assumindo que os desfechos ou resultados são equivalentes, com diferenças apenas no custo das intervenções, buscando a de menor custo, podendo ser consideradas como um tipo particular de estudo de custo-efetividade em que as consequências demonstraram ser equivalentes e apenas os custos são comparados (SARTI; CAMPINO, 2010).

A análise de custo-minimização não é considerada uma avaliação econômica completa porque considera somente os custos (DRUMMOND *et al*, 2015).

- Análise de custo-benefício (ACB)

A análise de custo-benefício utiliza como desfechos unidades monetárias para facilitar a comparação de custos, porém requer que se traduza o valor ou a expressão de consequências de uma intervenção em unidades monetárias, muito utilizada em análises econômicas fora da área de saúde (DRUMMOND et al, 2015).

A análise de custo-benefício compara os custos e benefícios utilizando unidades monetárias. Os resultados desses estudos podem ser comparados com outras tecnologias ou programas públicos e permitem avaliar o quanto a sociedade ou indivíduo está disposto a pagar na valoração de benefícios a partir das preferências.

Nas análises de custo-benefício, atribui-se aos benefícios ou impactos de uma ação em saúde um valor monetário. Os resultados dessas análises são apresentados em benefícios líquidos (benefícios da intervenção menos os custos da intervenção). Os benefícios líquidos podem ser utilizados e comparados a uma variedade de atividades com medições não similares de impactos para a saúde, uma vez que tais impactos seriam também mensurados em valor monetário. Esse tipo de estudo pode ter uma utilidade maior na medida em que permite uma comparação dentro e entre os setores da economia. Os resultados desse tipo de estudo indicam se uma estratégia específica direciona para o ganho líquido ou perda líquida. Essa informação pode auxiliar os tomadores de decisão a realizar seleções dentre vários programas ou estratégias dentro de um programa.

Utilizando as seguintes abordagens metodológicas para construir desfechos monetários em saúde: capital humano, com base na capacidade produtiva dos

indivíduos; custo friccional, na qual a produtividade do trabalho está centrada na estimativa de perda de produtividade ou na reposição do profissional; preferências e análise de contingência ou preferências explícitas de disposição a pagar, do inglês *willingness-to-pay* (SARTI; CAMPINO, 2010).

- Análise de custo-efetividade (ACE)

Na análise de custo-efetividade, não se atribui valor monetário aos impactos das intervenções em saúde, eles são medidos considerando o efeito mais apropriado, sensível e mensurável da tecnologia sobre a condição de saúde estudada. Unidades de medida para esses estudos podem ser o número de casos ou mortes evitadas, internações ou complicações prevenidas, ou anos de vida salvos. A unidade de medida selecionada deve ser aquela com o impacto mais relevante para a análise.

As análises de custo-efetividade são, atualmente, as análises de avaliação econômica de intervenções em saúde mais comumente realizadas. A razão de custo-efetividade (RCE) é definida como a diferença entre o custo de duas intervenções, dividida pela diferença entre as suas consequências em termos de saúde (efetividade). A principal limitação desse tipo de estudo é que ele permite apenas a comparação de alternativas de intervenções sobre um mesmo problema de saúde. A escolha da melhor alternativa se baseia na menor relação custo por unidade de desfecho resultante, sendo expressa pela fórmula (DRUMMOND, 2015):

$$RCE = \frac{\text{Custo}}{\text{Efetividade}}$$

A comparação entre os resultados em termos de unidades físicas e os custos associados às diferentes intervenções dá origem à razão incremental de custo-efetividade (RCEI), tornando possível identificar a intervenção que apresenta o menor custo por unidade de resultado adicional, isto é, a intervenção mais custo-efetiva, para tanto, utiliza-se a seguinte fórmula de cálculo (DRUMMOND, 2015):

$$RCEI = \frac{\text{Custo}_1 - \text{Custo}_2}{\text{Efetividade}_1 - \text{Efetividade}_2}$$

Na qual, o Custo 1 é o custo da estratégia 1, Custo 2 é o custo da estratégia 2, Efetividade 1 é a efetividade da estratégia 1 e Efetividade 2 é a efetividade da estratégia 2. Os desfechos que correspondem à efetividade podem ser casos evitados, mortes evitadas e anos de vida salvos.

A RCEI representa o custo incremental requerido para se obter 1 unidade adicional de benefício (efetividade) se a estratégia 1 for utilizada no lugar da estratégia

2 (prática usual). Sendo assim, a RCEI descreve o custo adicional por caso evitado, custo adicional por morte evitada e custo adicional por ano de vida salvo. Em suma, a análise de custo-efetividade deve ser baseada em termos de custo incremental por unidade de efeito ou efeito por unidade de custo (DRUMMOND *et al*, 2015).

- Análise de custo-utilidade (ACU)

De acordo com Drummond *et al.* (2015), a análise de custo-utilidade é uma variante da análise de custo-efetividade, com a diferença que os desfechos em saúde analisados são os ganhos em saúde, pela mensuração da qualidade de vida relacionada à saúde, utilizando como unidade de medida a expectativa de vida ajustada pela qualidade ou os anos de vida ajustados pela qualidade (QALY), baseado em um conjunto de valores calculados de acordo com estudos que avaliaram as preferências dos indivíduos por determinados estados de saúde.

O termo utilidade denomina o estado de bem-estar ou de melhora do estado de saúde. É usado para referir de forma geral as preferências individuais ou da sociedade para estados de saúde específicos; a estimativa das preferências de estados de saúde é uma técnica particularmente útil porque permite ajustes na qualidade de vida relacionada à saúde em determinado cenário de comparação de tratamentos, considerando a quantidade de tempo em que o indivíduo será afetado por determinado estado de saúde (DRUMMOND, *et al*, 2015).

O objetivo da análise de custo-utilidade é avaliar o custo, relacionando com as preferências do paciente, integrando os “indicadores qualidade e quantidade de vida em uma única medida de desfecho – anos de vida ajustados pela qualidade” (SECOLI; NITA; COSTA, 2010).

Uma das diferenças entre a análise de custo-efetividade (ACE) e a análise de custo-utilidade (ACU) é que os desfechos na ACE não consideram a preferência do paciente e costumam ser específicos a uma determinada tecnologia ou intervenção, com limitação das comparações, na ACU há possibilidade de comparação de intervenções para diferentes agravos à saúde porque utiliza um desfecho final comum e comparável, o QALY (DRUMMOND, *et al*, 2015; SECOLI; NITA; COSTA, 2010).

A vantagem de usar o QALY como medida de saúde é que avalia tanto os ganhos em redução de morbidade como de mortalidade, integrando ambos num desfecho único (DRUMMOND *et al*, 2015). No Brasil, recomenda-se o uso da análise de custo-utilidade nos estudos de avaliação econômica (BRASIL, 2009).

O *European Quality of Life* (EuroQol) é o instrumento preferencial de escolha para avaliação da qualidade de vida em adultos (NICE, 2013). Esse instrumento pertence ao grupo EuroQol, detentor da patente e, portanto, necessita autorização prévia para uso, a qual pode ser obtida por meio do *site* (EUROQOL, 2018).

O Euroqol 5D-3L é um sistema genérico multiatributo, que avalia por meio de um sistema descritivo, cinco dimensões: mobilidade, autocuidado, atividades usuais,

dor/desconforto e ansiedade/depressão, em três níveis de intensidade para cada dimensão: ausência de problema, algum problema e problema extremo, além de uma escala analógica visual, que varia de 0 a 100, em que o indivíduo indica o seu estado de saúde, considerando 0, o pior estado de saúde e 100 o melhor estado de saúde imaginável (SANTOS *et al.*, 2016).

Os resultados do sistema descritivo do EQ-5D-3L determinam 243 estados de saúde possíveis que foram valorados para o Brasil de acordo com as preferências a partir de uma pesquisa em quatro regiões brasileiras com 9148 respondentes (SANTOS *et al.*, 2016). A partir dessa valoração é possível determinar o valor das *utilities* e desenvolver análises de custo-utilidade de acordo com as preferências brasileiras.

A tabela 1 sumariza as medidas de custo e consequências de acordo com o tipo de avaliação econômica realizada:

Tipo de estudo	Medidas	Identificação de consequências	Medidas
Análise de custo	Unidade monetária	-----	-----
Custo-efetividade	Unidade monetária	Efeito único de interesse, comum a duas alternativas que atingem diferentes níveis.	Unidades naturais (anos de vida ganhos, dias afastados, pontos de redução na pressão arterial.
Custo-utilidade	Unidade monetária	Efeitos únicos ou múltiplos, não necessariamente comum às alternativas.	Anos de vida ajustados pela qualidade.
Custo-benefício	Unidade monetária	Efeitos únicos ou múltiplos, não necessariamente comum às alternativas.	Unidades monetárias.

Tabela 1. Medidas de custo e consequências em avaliação econômica.

Fonte: DRUMMOND *et al.*, 2015.

Recomenda-se que, além das avaliações econômicas sejam realizadas análises de impacto orçamentário. As análises de impacto orçamentário representam uma das principais ferramentas da avaliação de tecnologias em saúde para fazer estimativas do potencial número de indivíduos que serão beneficiados com determinada tecnologia ao longo dos anos e fazer uma previsão do custo de incorporação da tecnologia e o quanto isso poderá impactar o orçamento do sistema de saúde (MEDEIROS, 2018).

4 | CONCLUSÃO

O conhecimento acerca dos conceitos da Avaliação em Saúde e da Economia da Saúde são de fundamental importância para o desenvolvimento de um sistema de saúde sustentável diante das diversas pressões econômicas e mudanças no perfil epidemiológico das populações, sobretudo no Brasil onde há diferenças nas necessidades regionais e o sistema de saúde público tem como preceitos a equidade, integralidade e universalidade na saúde.

Diante disso, é preciso que esse conhecimento seja cada vez mais disseminado entre os profissionais de saúde e o enfermeiro tem um papel fundamental na contribuição da Avaliação de Tecnologias em Saúde, tendo em vista que em sua formação e na prática clínica possui competências que podem contribuir no processo decisório.

Portanto, recomenda-se que os enfermeiros adquiram conhecimento acerca do uso de evidências científicas na prática clínica e que se desenvolva uma análise crítica pautada em conhecimento científico para produção de um sistema de saúde sustentável.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, D.V.; DISTRUTTI, M.S.C.; ELIAS, F.T.S. Priorização de tecnologias em saúde: o caso brasileiro. **J Bras Econ Saúde**, n. 9, (Suppl.1), p. 4-40, 2017. Disponível em: <<http://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/09/859393/jbes9-suppl1-02-nota-tecnica.pdf>>. Acesso em: 17 out. 2018.

BANTA, D. The Development of healthy technology assessment. **Health policy**, v. 63, p. 121-132, 2003.

BRASIL. **Lei nº 8.080**, Presidência da República, de 19 de setembro de 1990. Casa Civil, 1990.

_____. **Portaria nº 2.690**, Gabinete do Ministro, de 5 de novembro de 2009. Ministério da Saúde, 2009.

_____. **Lei nº 12.401**, Presidência da República, de 28 de abril de 2011. Casa Civil, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Diretrizes Metodológicas: estudos de avaliação econômica de tecnologias em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 48 p.

DRUMMOND, M. F. F.; SCULPHER, M. J.; CLAXTON, K.; STODDART, G. L.; TORRANCE, G. W. **Methods for the economic evaluation of health care programmes**. 4.ed. New York: Oxford University Press, 2015.

EuroQol. **EQ-5D Instruments**. Disponível em: <<https://euroqol.org/eq-5d-instruments/>>. Acesso em: 17 out. 2018.

MARASCIULO, A.C.E.; CORDEIRO, B.C.; STORB, B.H.; BLATT, C.R.; FARIAS, M.R. **Avaliação Econômica de Tecnologias em Saúde**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2013. Disponível em: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/607>>. Acesso em: 17 out. 2018.

MEDEIROS, M. F. B., OKUMURA, L. M., RIVEROS, B.S., LUCCHETTA, R.C., ROSIM, M., NITA, M.E. Análise de impacto orçamentário: uma revisão prática de conceitos e aplicações para o gestor. **J Bras Econ Saúde**, v. 10, n. 1, p. 75-79, 2018. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/05/884397/jbes101-doi-1021115_jbesv10n1p75-79.pdf>. Acesso em: 17 out. 2018.

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). **Guide to the methods of technology appraisal - the reference case**, 2013. Disponível em: <<https://www.nice.org.uk/guidance>>. Acesso em: 04 out. 2018.

NOVAES, H.M.D.; SOÁREZ, P.C. Organizações de avaliação de tecnologias em saúde (ATS): dimensões do arcabouço institucional e político. **Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro**, v. 32, Sup 2, p. S1-S14, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v32s2/pt_1678-4464-csp-32-s2-e00022315.pdf>. Acesso em: 17 out. 2018.

RIBEIRO, A.P.L.; OLIVEIRA, B.G.R.B. Custo da prevenção e tratamento de feridas crônicas: um desafio para enfermagem. **Revista Enfermagem Atual**, v. 83, n.21, 2017. Disponível em: <<https://revistaenfermagematual.com.br/uploads/revistas/21/revista.pdf>>. Acesso em: 17 out. 2018.

SANTOS, M., CINTRA, M.A.C., MONTEIRO, A.L., SANTOS, B., GUSMÃO FILHO, F., ANDRADE, M.V. *et al.* Brazilian valuation of eq-5d-3l health states: results from a saturation study. **Medical decision making : an international journal of the society for medical decision making**, p. 1–11, 2015. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26492896>>. Acesso em: 17 out. 2018.

SARTI, F.M.I; CAMPINO, A. C. C. Fundamentos de economia, economia da saúde e farmacoeconomia. *In*: NITA, M. E. et al (Org.). **Avaliação de tecnologias em saúde: evidência clínica, análise econômica e análise de decisão**. Porto Alegre: ArtMed, 2010, p. 225–36.

SECOLI, S. R.; NITA, M. E.; COSTA, A. M. N. Análise de custo-utilidade. *In*: NITA, M. E. et al. (Org.). **Avaliação de tecnologias em saúde: evidência clínica, análise econômica e análise de decisão**. Porto Alegre: ArtMed, 2010, p. 343–53.

SILVA, L.K. Avaliação Tecnológica em Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, Supl, n. 2, p. S199-S207, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2004000800015&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 17 out. 2018.

SILVA, H.P.; PETRAMALE, C.A.; ELIAS, F.T.S. Avanços e desafios da Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde. **Revista Saúde Pública**. v. 46, n. Supl, p. 83-90, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46s1/co4220.pdf>>. Acesso em: 17 out. 2018.

SILVA, E.N.; SILVA, M.T.; PEREIRA, M.G. Estudos de avaliação econômica em saúde: definição e aplicabilidade aos sistemas e serviços de saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. v.25, n. 1, p. 205-207, jan-mar, 2016. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/ress/v25n1/2237-9622-ress-25-01-00205.pdf>>. Acesso em: 17 out. 2018.

TRINDADE, E. A incorporação de novas tecnologias nos serviços de saúde: o desafio da análise dos fatores em jogo. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 224, n. 5, p. 951-964, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000500002>. Acesso em: 17 out. 2018.

O USO DA ELETROCONVULSOTERAPIA EM PACIENTES COM DEPRESSÃO: UMA REVISÃO DA LITERATURA

Daniele Sales de Carvalho

Universidade do Vale do Ipojuca
Caruaru - Pernambuco

Waldiane Bezessa Soares da Silva

Universidade do Vale do Ipojuca
Barra de Guabiraba - Pernambuco

Gustavo Luis Alves de Sá

Universidade do Vale do Ipojuca
Caruaru - Pernambuco

Thaís Mayara de Alves

Universidade do Vale do Ipojuca
Caruaru - Pernambuco

Maria Yasmim Morais

Universidade do Vale do Ipojuca
Caruaru - Pernambuco

Carolina Vasconcelos de Almeida Neves

Coordenadora do curso de enfermagem da
Universidade do Vale do Ipojuca
Recife - Pernambuco

RESUMO: A eletroconvulsoterapia (ECT) é um tratamento antigo utilizado para doenças mentais, segundo Burguese (2015) “A ECT parece atuar como reguladora do eixo hipotalâmico-hipofisário-adrenal.” Gerando efeitos positivos no tratamento dessas doenças, principalmente da depressão. Para CALDERÓN (2013) “Todos os pacientes apresentaram uma melhora estatisticamente

significativa independentemente da presença de psicose, depressão ou ambos.” O estudo desenvolvido tem como objetivo analisar a importância do tratamento e a sua eficácia. Trata-se de uma revisão bibliográfica de artigos científicos completos, localizados no banco de dados da biblioteca virtual em saúde, na revista em saúde BDNF e MEDLINE, por meio dos descritores: eletroconvulsoterapia, pacientes e psiquiátricos, publicados nos anos de 2014 a 2016, na língua portuguesa e inglesa, com a temática de eletroconvulsoterapia em pacientes mentalmente doentes. Os critérios de exclusão foram artigos publicados antes de 2014. A pesquisa foi realizada por 6 acadêmicos de enfermagem da instituição de ensino UNIVERSIDADE DO VALE DO IPOJUCA, Daniele Carvalho, Waldiane Soares e Gustavo Sá, Thaís Alves e Maria Morais, com a orientação de Carolina Vasconcelos, Mestre em enfermagem e coordenadora do curso de enfermagem da UNIFAVIP-WYDEN. Foram encontrados 9 artigos, sendo selecionados 3, que abordaram com clareza o tema proposto. Observou-se que o tratamento realizado com ECT reduz o nível de cortisol do paciente, melhorando os casos de depressão com hipercortisolismo. Durante a realização da pesquisa observou-se uma pequena quantidade de pesquisas atualizadas sobre o tema, que trazem experiências que comprovam a eficácia

do tratamento e o seu mecanismo de ação.

PALAVRAS-CHAVE: Eletroconvulsoterapia. Pacientes. Psiquiátricos.

ABSTRACT: Electroconvulsive therapy (ECT) is an ancient treatment used for mental illness, according to Burguese (2015) “ECT seems to act as a regulator of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis.” Generating positive effects in the treatment of these diseases, mainly depression. For CALDERÓN (2013) “All patients showed a statistically significant improvement regardless of the presence of psychosis, depression or both.” The objective of the study was to analyze the importance of treatment and its efficacy. This is a bibliographical review of complete scientific articles, located in the database of the virtual library in health, in the health magazine BDNF and MEDLINE, through the descriptors: electroconvulsive therapy, patients and psychiatric, published in the years 2014 to 2016, in Portuguese and English, with the subject of electroconvulsive therapy in mentally ill patients. The exclusion criteria were articles published before 2014. The research was carried out by 6 nursing academics from the teaching institution UNIVERSIDADE DO VALE DO IPOJUCA, Daniele Carvalho, Waldiane Soares and Gustavo Sá, Thaís Alves and Maria Morais, with the guidance of Carolina Vasconcelos, Master in nursing and coordinator of the nursing course of UNIFAVIP-WYDEN. Results and Discussion: We found 9 articles, being selected 3, which clearly approached the proposed theme. It was observed that the treatment performed with ECT reduces the patient’s cortisol level, improving the cases of depression with hypercortisolism. During the research, a small amount of up-to-date research on the subject was carried out, which brings experiences that prove the efficacy of the treatment and its mechanism of action.

KEYWORDS: Electroconvulsive therapy. Patients. Psychiatric.

1 | INTRODUÇÃO

A Organização mundial de saúde estima que até 2020 a depressão estará entre as principais doenças que acometem o ser humano em nível mundial, elevando consideravelmente a quantidade de suicídios e ser associada a diversos problemas clínicos no indivíduo, sendo a eletroconvulsoterapia um dos tratamentos mais antigos realizado em pacientes com depressão e doenças psiquiátricas, que vem sendo aprimorado ao longo dos anos e tem mostrado resultados significativos no tratamento de algumas doenças mentais, não se sabe ao certo qual o seu mecanismo de ação, sendo encontrado na depressão alterações no eixo hipotálamo-hipofise-adrenal, sendo hipotetizado que a ECT consiste na indução de uma convulsão generalizada por uma corrente elétrica que passa pelo cérebro, que provoca alterações bioquímicas e neuroendócrinas no paciente, que resultam em melhora no quadro clínico do indivíduo. O trabalho tem como objetivo compreender o mecanismo de ação da ECT, sua importância na melhora clínica e avaliar a sua eficácia em pacientes com doenças neurológicas, avaliando as complicações do tratamento e seu potencial de recuperação

e cura.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão bibliográfica de caráter descritivo e abordagem qualitativa, na qual foi realizado um levantamento bibliográfico de artigos científicos completos, localizados no banco de dados da biblioteca virtual em saúde (BVS) na revista em saúde BDNF e MEDLINE, por meio dos descritores: eletroconvulsoterapia, pacientes e psiquiátricos, publicados nos anos de 2014, 2015 e 2016, na língua portuguesa e inglesa, com a temática de eletroconvulsoterapia em pacientes mentalmente doentes. Os artigos analisados para desenvolver o trabalho possuem as seguintes referências: BJOLSETH, Tor; ENGEDAL, Knut; et al. Eficácia clínica da terapia bifrontal baseada em fórmula versus eletroconvulsoterapia unilateral direita (ECT) no tratamento da depressão maior entre pacientes idosos: Um estudo pragmático, randomizado, cego aos avaliadores e controlado. T.M. Bjølseth et al. / Journal of Affective Disorders 175. 2014. BURGESE, Daniel; BASSITT, Débora. Variação de cortisol plasmático em pacientes deprimidos após tratamento com eletroconvulsoterapia bilateral. Trends psychother. 2015;37 (1):27-36. Epub jan 30,2016.COLDERÓN, Humberto; CERVANTES, Amin; et al. A eletroconvulsoterapia na doença de Parkinson. ECT in PD depression and psychosis. México. 2015.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

O tratamento com ECT está associado a múltiplas sequências de alterações bioquímicas e neuroendócrinas, que promovem alterações comportamentais que são associadas a depressão. No tratamento realizado com indivíduos com mais de 60 anos existe uma alteração maior no nível de cortisol no início do tratamento até ser concluído, quando comparado com os demais pacientes.

Deve-se levar em consideração que nem todos os pacientes que apresentam hipercortisolismo, possuem a depressão e nem os pacientes com depressão possuem hipercortisolismo, o que vai ajudar na avaliação do tratamento ser ou não indicado para o indivíduo. Pacientes com depressão que são mais agressivos e suicidas apresentam um nível de cortisol mais elevado do que um paciente com uma depressão mais branda.

A maioria dos estudos observados relataram uma dificuldade em analisar os efeitos colaterais cognitivos que são gerados pelo uso da corrente elétrica no cérebro, principalmente do lóbulo frontal, que é o mais atingido pelos eletrodos, em contrapartida um dos estudos relataram não detectar nenhuma alteração nos efeitos colaterais cognitivos, sendo necessário instrumentos mais específicos para avaliar os efeitos causados pelo tratamento nos pensamentos, planejamento e flexibilidade mental.

O uso da prática é incompreendido e visto de uma forma errônea e distorcida,

devido a sua história e notícias publicadas pela mídia e pessoas leigas, cria-se um conceito de que seja dolorosa e antiquada, gerando receio nos pacientes em seguir esta linha de tratamento, a descoberta de fármacos orais no tratamento dessas doenças facilitou o processo para um desuso maior desta prática. Mas, com a evolução nas pesquisas e experiências, é uma prática realizada no paciente anestesiado e em uso de oxigenoterapia para evitar que haja qualquer tipo de dano cerebral, sendo uma prática regulamentado pelo conselho Federal de Medicina (CFM). É necessário ter em vista que a prática modernizada da ECT é considerada muito diferente da realizada a décadas atrás.

4 | CONCLUSÕES

Sabe-se que o ECT regula os níveis séricos dos hormônios do eixo HPA, estimulando o hipotálamo a funcionar normalmente, reduzindo consideravelmente o nível de cortisol em pacientes conforme a progressão do tratamento.

Os pacientes com depressão são encaminhados para o tratamento com ECT, quando não conseguem alcançar melhora com o tratamento farmacológico, porém a prática não deveria ser considerado como uma última opção de tratamento, ainda que com o decorrer de diversos estudos não se tenha descoberto qual seja o real mecanismo de ação deste tratamento, ele tem se mostrado altamente eficaz na redução dos níveis de cortisol em diversos estudos e não tem apresentado efeitos colaterais significativos, tendo em vista que os benefícios que são infinitamente maiores.

O senso comum e a falta de conhecimento sobre a prática não devem influenciar no avanço das pesquisas, pois é considerada uma prática altamente eficaz em pacientes onde outros tratamentos não produziram resultados significativos. O tratamento não pode ser encerrado de uma forma abrupta é necessária a redução gradual do seu uso, e em alguns casos se é indicada a ECT de manutenção para que seus resultados não sejam alterados de forma indesejada.

REFERÊNCIAS

BJOLSETH, Tor; ENGEDAL, Knut; *et al.* **Eficácia clínica da terapia bifrontal baseada em fórmula versus eletroconvulsoterapia unilateral direita (ECT) no tratamento da depressão maior entre pacientes idosos: Um estudo pragmático, randomizado, cego aos avaliadores e controlado.** T.M. Bjølseth et al. / Journal of Affective Disorders 175. 2014.

BURGESE, Daniel; BASSITT, Débora. **Varição de cortisol plasmático em pacientes deprimidos após tratamento com eletroconvulsoterapia bilateral.** Trends psychother. 2015;37 (1):27-36. Epub jan 30,2016.

COLDERÓN, Humberto; CERVANTES, Amin; *et al.* **A eletroconvulsoterapia na doença de Parkinson.** ECT in PD depression and psychosis. México. 2015.

OS DESAFIOS DA UTILIZAÇÃO DO PRONTUÁRIO HÍBRIDO NA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE

Danilo Moreira Pereira

Faculdade Anhanguera Educacional, Curso de Enfermagem, Mestre em Psicogerontologia, São José dos Campos, SP.

Flávia Rangel de Oliveira

Faculdade Anhanguera Educacional, Curso de Farmácia, São José dos Campos, SP.

Gislaine Teixeira da Silva

Faculdade Anhanguera Educacional, Curso de Enfermagem, Mestre em Psicogerontologia, São José dos Campos, SP.

Andreia de Oliveira Pinheiro Ribeiro

Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, Doutoranda em Saúde Pública, São Paulo, SP.

Gisélia Maria Cabral de Oliveira

Faculdade Anhanguera Educacional, Curso de Enfermagem, Mestre em Educação nas Profissões da Saúde, São José dos Campos, SP.

Douglas Jeremias Rebelo

Faculdade Anhanguera Educacional, Curso de Enfermagem, Mestrando em Educação, São José dos Campos, SP.

Raimundo Nonato Silva Gomes

Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Departamento de Materno Infantil, Rio de Janeiro, RJ.

Sônia Maria Filipini

Faculdade Anhanguera Educacional, Curso de Enfermagem, Mestre em Ciências Biológicas, São José dos Campos, SP.

RESUMO: Desde a proposta de implementação do PEP até os dias de hoje, percebe-se uma série de avanços no aperfeiçoamento das tecnologias e a agregação de novas funcionalidades, como a possibilidade de anexar imagens e outros exames complementares, a utilização de sistemas de apoio à decisão e o acesso remoto ao PEP. No entanto, ainda existem muitas dúvidas, críticas e resistência ao uso dos prontuários eletrônicos. Dessa forma, o objetivo desta pesquisa é destacar os principais desafios da utilização de prontuário híbrido na assistência à saúde. Este estudo trata-se de uma revisão bibliográfica que utilizou as bases de dados: LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e Scielo (Scientific Electronic Library Online) para busca de produções relativas ao tema. Destacam-se as vantagens e desvantagens da utilização do prontuário híbrido o que pode colaborar com práticas mais assertivas do registro das ações em saúde. Conclui-se, portanto, que indiferente da utilização mista do prontuário e dos gastos excessivos para manutenção de ambos, é de suma importância promover à adesão completa do preenchimento dos recursos que compõem o prontuário visando a qualidade e a segurança do paciente, além de promover cada vez mais a adesão às tecnologias informacionais existentes em ambientes assistenciais em saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Prontuário Eletrônico;

ABSTRACT: Since the proposal of the implementation from PEP till today, perceived a huge advance related to the technologies and the aggregation from news functionalities, like possibilities to attached pictures and others kind of exams, using the tool to support and make decision remotely on PEP, by the way this new technologies still have a lot of difficulties, doubts, criticizes and resistance to use this electronical forms. So, the objective of this research is to highlight the main challenges to use this hybrid forms on health care. This analysis is about one literature review that use the data base: LILACS (Latin-Americas and Caribbean in Health and Science) and SCIELO (Scientific Electronic Library Online) to capture productions information related to this subject. There are some advantages and disadvantages to use this hybrid and all of them may collaborate with good practices regarding health care actions. Therefore, no matter using the hybrid form and the excessive spending to maintain both, it's very important to promote the complete research fulfillment in order to aim patient security and then promote the suitable access an existent information technologies into on health environment.

KEYWORDS: Electronic Medical Record; Health Informatics; Patient Safety

1 | INTRODUÇÃO

Segundo a Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS, 2017) a informática em saúde é definida como um campo rápido de desenvolvimento científico focado na guarda, recuperação e uso da informações, dados e conhecimentos em saúde, utilizados na resolução de problemas por base na tomada de decisão.

O crescimento da utilização das Tecnologias de Comunicação e Informação (TIC) e sua aplicação na área de saúde tem permitido o desenvolvimento rápido deste setor, representando, assim, um grande impacto na gestão dos serviços em saúde através da ampliação da conectividade em rede para o auxílio e apoio na tomada de decisão pelos profissionais de saúde no processo assistencial transdisciplinar (KURKGANT; TRONCHIN, 2011).

O sistema informatizado aplicado à saúde é considerado um espaço seguro de troca de dados e informações que permite o refinamento do julgamento clínico e raciocínio lógico dos pares envolvidos e de toda a equipe de saúde. No Brasil, a informatização das ações em saúde voltadas às rotinas administrativas já é uma realidade, porém, se mostra frágil e fragmentada em atividades funcionais básicas (DAL SASSI, 2013).

Segundo o Conselho Federal de Medicina (CFM), por meio da Resolução 2539/1993, a utilização do prontuário do paciente pelos serviços de saúde se dá pelos modelos eletrônico e convencional (de papel), todavia, em muitos centros de saúde a utilização destes prontuários ocorre de forma híbrida, tanto eletrônica quanto

em papel. Para a legislação vigente que obriga e orienta a guarda do registro das ações em saúde realizadas ao paciente não há determinação de qual forma deve ser registrada no prontuário, todavia, exige um tempo mínimo da guarda deste documento de 18 anos para as gestantes e de 10 anos para os demais pacientes.

O prontuário do paciente é um documento único composto por informações clínicas e multiprofissionais de caráter sigiloso, profissional e científico que permite a continuação da assistência. Sua guarda é de responsabilidade do estabelecimento de saúde pelo qual o paciente foi assistido e seu acesso para análise, auditoria, continuidade do tratamento ou resolução de pendências judiciais precisa ser rápido devido à necessidade de atendimentos ou consulta (CANCIAN, 2006; CFM, 2002).

O registro das condutas em saúde presentes no prontuário do paciente permite o resgate das informações necessárias, avaliação das ações realizadas, auditorias de contas em especial a análise da assistência prestada com foco na qualidade do atendimento e segurança do paciente (LOBO, 2006; THOFEHM; LIMA, 2006; VASCONCELOS, 2009).

O prontuário convencional de papel utilizado por grande parte dos estabelecimentos de saúde no Brasil é o modelo mais tradicional e disseminado para o registro das ações em saúde realizadas em âmbito nacional. Trata-se de um registro físico de dados nas mais diversas mídias e construído colaborativamente por todos os profissionais envolvidos na assistência, e possuem vantagens relacionadas ao baixo custo de aquisição e sua facilidade de manuseio (KURKGANT; TRONCHIN, 2011).

O prontuário eletrônico do paciente (PEP) é uma estrutura eletrônica que centraliza informações clínicas e administrativas que remetem a todos os tratamentos e intervenções em saúde prestadas ao paciente no transcorrer de sua vida, nos mais variados formatos e mídias. O PEP tem o mesmo valor legal dos prontuários convencionais, todavia, precisam ser criptografados e protegidos (MASSAD; MARIN; AZEVEDO NETO, 2003).

Para Dias (2007), a adoção deste modelo de prontuário do paciente pelos hospitais brasileiros é questão de tempo pois demanda conhecimento técnico de informática voltado a assistência em saúde, infraestrutura para sua implantação, recursos financeiros e acima de tudo adesão dos agentes envolvidos neste processo, todavia alguns estudos afirmam que a informatização do prontuário do paciente, não chega a ser, no Brasil, sequer uma proposta válida.

Desde a proposta de implementação do PEP até os dias de hoje, percebe-se uma série de avanços no aperfeiçoamento das tecnologias e a agregação de novas funcionalidades, como a possibilidade de anexar imagens e outros exames complementares, a utilização de sistemas de apoio à decisão e o acesso remoto ao PEP. No entanto, ainda existem muitas dúvidas, críticas e resistência ao uso dos prontuários eletrônicos. Dessa forma, o objetivo desta pesquisa é destacar os principais desafios da utilização de prontuário híbrido na assistência à saúde.

2 | MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva, realizada por meio de revisão integrativa, que se caracteriza por agrupar, analisar e sintetizar resultados de pesquisas sobre um determinado tema ou questão, de maneira sistemática e ordenada, a fim de apresentar, discutir e aprofundar conhecimentos acerca da temática proposta.

Foram percorridas seis fases para a elaboração da revisão integrativa: elaboração da pergunta norteadora, busca ou amostragem na literatura, coleta de dados, análise crítica dos estudos incluídos, discussão dos resultados e apresentação da revisão integrativa.

A seleção do material foi feita nos meses de janeiro a agosto de 2018. O levantamento das informações se deu no ambiente virtual, nas seguintes bases científicas: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde – LILACS e Scientific Electronic Library Online – SciELO. Realizou-se a busca no LILACS e SciELO através do portal da Biblioteca Virtual em Saúde – BVS. A investigação baseou-se na utilização dos descritores: prontuário eletrônico e informática em saúde.

A seleção dos estudos a serem analisados se deu a partir dos seguintes critérios de inclusão: abordar a temática em estudo; constar nas bases de dados selecionadas; texto disponível na íntegra; ter sido redigido na forma de artigo; ser redigido ou traduzido em português; e ter sido publicado no período de 2006 a 2018. Os critérios de exclusão foram: textos incompletos; repetição de um mesmo artigo em mais de uma base de dados; não ser estudo realizado por profissionais de saúde; texto com acesso indisponível; falta de relação com o objeto de estudo.

Após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, 23 artigos foram selecionados para compor esta revisão. Levando-se em consideração, principalmente os estudos que mais discutiam a temática abordada, atendendo ao tempo estipulado de publicações entre 2006 e 2018, com exceção às publicações com intervalo de tempo superior a este, quando se tratando de contribuições de extrema importância ao tema para o cenário de pesquisas nacionais.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Observa-se que a utilização mútua do prontuário eletrônico e do prontuário convencional de papel é a realidade de muitas instituições de saúde e tal ocorrência se dá pelo fato da necessidade de transição de tipo de prontuário para o outro. Este cenário permite inferir as vantagens e desvantagens de sua prática.

O prontuário eletrônico está sendo implantado em várias instituições de saúde no Brasil, porém ainda não substitui o de papel. O que se percebe é a utilização mista – eletrônica e de papel - ocasionando o arquivamento duplo (MOTA, 2005).

Essa mudança se dá pela rapidez do desenvolvimento das atividades laborais,

pelo rápido acesso às informações e a melhoria da produtividade oriundos das facilidades e utilidades das TIC voltadas à saúde (SILVA, 2008; FARIAS, 2010). Isso se constitui um fator crucial da realidade nacional econômica, social, demográfica e epidemiológica de todos os seus níveis de saúde, primário, secundário e terciário (CANCIAN, 2006).

Ambos os prontuários devem ser padronizados, ordenados e concisos, demandando para tal o registro completo das ações em saúde prestadas, de caráter multiprofissional, de abordagem completa de toda a vida do paciente e também favorecendo a tomada de conduta por profissionais de saúde (NOVAES, 1987).

O desenvolvimento tecnológico dos serviços de saúde no Brasil é muito heterogêneo e favorece o registro incompleto dos prontuários, pois em sua maioria há desvantagens que não são observadas no processo (SBIS, 2017; KURKGANT; TRONCHIN, 2011).

Embora haja facilidade de manuseio e custo baixo dos prontuários de papel em um sistema convencional de prontuário, os atendimentos anteriores são arquivados e organizados em espaços específicos dentro dos hospitais. Toda consulta ou atendimento gera a necessidade de busca deste documento que muitas vezes se mostra inviável pela própria logística de armazenamento. Além desta desvantagem pode-se citar, ainda, a utilização de folhas avulsas e a ilegibilidade dos registros (BEZEERA, 2009). O Quadro 1 apresenta as vantagens e desvantagens do prontuário de papel.

Vantagens	Desvantagens
Facilidade de manuseio.	Pode apresentar-se ilegível.
Baixo custo.	Perda de informação/extravio de folhas do prontuário.
Portabilidade do prontuário.	Grande volume de documento a serem arquivados. Multiplicidade de pastas para arquivamento.
Utilização independente da presença ou não de recursos informacionais – computadores e rede.	Necessidade de grandes espaços físicos e logística de arquivamento.
Liberdade de registro.	Utilização do prontuário somente por um profissional por vez.
Dificuldade de falsificações.	Desorganização do prontuário.

Quadro 1 - Vantagens e desvantagens da utilização do prontuário de papel.

Fonte: Literatura.

Do mesmo modo que os prontuários de papel, os eletrônicos possuem vantagens e desvantagens que precisam ser analisadas a fim de se desenvolver metodologias de melhoria de seu manuseio. O PEP tem a finalidade de facilitar a rotina dos serviços em saúde, todavia para sua aplicabilidade depende de recursos infraestruturais de *hardware* e *software* que representam um ônus muito alto para o estabelecimento de

saúde (BEZERRA, 2009; MOTA, 2007).

Uma vantagem muito usual desta ferramenta é o acesso remoto de todo histórico de tratamento do paciente, melhorando assim o julgamento clínico das condutas a serem tomadas pelo profissional em saúde (THOFEHM; LIMA, 2006; FARIAS, 2010). O Quadro 2 demonstra as vantagens e as desvantagens da utilização do PEP.

Vantagens	Desvantagens
Acesso rápido aos dados dos pacientes.	Altos custos de infraestruturas de Informática (<i>hardwere</i> e <i>softwere</i>).
Segurança do paciente.	Interoperabilidade.
Organização do prontuário.	Baixa adesão por profissionais.
Auditoria de prontuário rápida e eficaz (em tempo real).	Falhas e/ou quedas dos sistemas.
Arquivamento do prontuário de forma fácil e acessível – nuvens.	Grande ônus para a organização (direitos de usos, armazenamento e recuperação de dados e assinaturas digitais).
Recuperação rápida dos dados já armazenados quando se for necessário.	Maior possibilidades de roubo de informações.

Quadro 2 - Vantagens e desvantagens da utilização do prontuário eletrônico do paciente.

Fonte: Literatura.

A realidade de muitos estabelecimentos de saúde é a utilização de modo híbrido do prontuário do paciente o que pode gerar, em muitos casos, problemas que vão além das questões financeiras e impactam diretamente na qualidade da assistência e segurança do paciente.

A utilização paralela do PEP e do prontuário de papel pode promover a inconsistência nos registros, pois certos documentos se apresentarão mais completos do que outros gerando possível falha no cuidado do paciente (STAUSBERG et al., 2003). Ocorre grande descaso com os registros de saúde do paciente, tanto no PEP quanto em papel, e percebe-se a necessidade de sensibilização quanto à importância deste documento para as instituições, seja para as condutas profissionais, para auditoria ou até mesmo para o desenvolvimento de pesquisas.

Ambos os prontuários possuem vantagens e desvantagens, por isso a crescente necessidade de aprimoramento dos recursos existentes, a fim de minimizar os prejuízos. É sabido que em muitos casos de transição de um método de registro do prontuário para o outro mais informatizado haverá sempre a duplicação dos dados, pois se torna inviável o arquivamento parcial do prontuário do paciente. Assim, ocorre, simultaneamente, o aumento dos gastos administrativos uma vez que não há diminuição dos papéis impressos, pois todos os registros precisam ser assinados como prova da assistência profissional em saúde (MOTA, 2007).

Embora o prontuário convencional possua várias desvantagens como: grande quantidade de folhas, perda de informação, letras ilegíveis, necessidade de espaço para arquivamento deve-se entender que a realidade brasileira não permite sua

exclusão dos estabelecimentos em saúde. Mesmo que a utilização mista – PEP e de papel - seja realidade de hospitais, deve-se analisar com atenção tal prática afim de que a qualidade da assistência em saúde não seja prejudicada, colocando o agente principal do cuidado – o paciente – como foco secundário das ações em saúde.

Entende-se que as tecnologias informacionais existentes e a gestão dos serviços de saúde devem caminhar lado a lado e mesmo diante das dificuldades aqui analisadas é necessário entender que a informatização dos serviços em saúde é algo pouco discutido no Brasil, porém, é uma prática advinda de modernização das tecnologias em saúde, portanto, de uma ascensão inevitável. Dessa forma, esse nicho da tecnologia invade os hospitais propiciando maior rigor, controle e segurança.

4 | CONCLUSÃO

A informatização da área médica tem contribuído para a melhoria dos registros em saúde e segurança do paciente. A utilização do PEP e do prontuário de papel apresenta uma mudança nítida nos modelos assistenciais que foca na melhoria do cuidado, com vistas à qualidade do cuidar.

Assim, indiferente do tipo de prontuário utilizado, seja este misto ou não, a mais importante das ações a ser tomada é a qualidade do registro. Todavia, a falta de adesão às práticas informacionais por parte de muitos profissionais deixa o prontuário incompleto. Ademais, por meio de todas as vantagens e desvantagens destacadas percebe-se que ações que promovam à adesão completa dos recursos que compõem o prontuário devem ser estimuladas.

Por conseguinte, através dos resultados apresentados nesta revisão percebeu-se a necessidade de fomentar a inserção da informática no ambiente hospitalar e entender que tal processo é necessário para a evolução dos registros em saúde e para a qualidade da assistência prestada. Ademais, todos os profissionais envolvidos na assistência em saúde precisam ser estimulados a reconhecer e praticarem seus registros de modo seguro, completo e eficaz de modo a garantir ao paciente um atendimento individualizado, porém holístico.

REFERÊNCIAS

CANCIAN, P. S. **Proposta de um sistema de prontuário eletrônico do paciente**. 2006. 70 f. Dissertação (Mestrado em Informática em Saúde) - Escola de Engenharia Elétrica e Informática Industrial, Universidade Tecnológica Federal do Paraná, Curitiba/PR, 2006.

BEZERRA, S. M. Prontuário Eletrônico do Paciente: uma ferramenta para aprimorar a qualidade dos Serviços de Saúde. **Revista Meta: avaliação**, v.1, n.1, p.73-82, 2009.

DAL SASSI, G.T.M. et al. Processo de enfermagem informatizado: metodologia para associação da avaliação clínica, diagnósticos, intervenções e resultados. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 47, n. 1, fev.2013.

DIAS, J.L. **A utilização do prontuário eletrônico do paciente pelos hospitais de Belo Horizonte.** 2009. 130f. Dissertação (Mestrado em Ciência da Informação). Escola de Ciência da Informação da Universidade Federal de Minas Gerais –UFMG- Belo Horizonte/MG. 2009.

FARIA, A. T. I. **A Indexação Temática em Prontuários Médicos: Uma Análise da Literatura.** 1999. 150f. Dissertação (Mestrado em Ciência da Informação). Escola de Ciência da Informação, da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte/MG. 1999.

FARIAS, J. S. **Inovação em gestão hospitalar apoiada em tecnologia de informação e comunicação: um estudo em hospitais de Brasil e Espanha.** 2010. 129f. Tese (Doutorado em administração). Faculdade de Economia, Administração e contabilidade da Universidade de Brasília, Brasília, DF.2010.

FIGUEIREDO, N.M.A. **Método e metodologia na pesquisa científica. 2. ed.** São Caetano do Sul, São Paulo, Yendis Editora, 2007

LOBO, A. O registro clínico computadorizado. **Revista Eletrônica de Sistemas de Informação**, v.9, n.3. 2006.

MASSAD, E.; MARIN, H.F.; AZEVEDO NETO, R.S. (2003) **O prontuário eletrônico do paciente na assistência, informação e conhecimento médico.** Editora H. de F. Marin, 213p. São Paulo, 2003.

MOTA, F. R. L. **Prontuário Eletrônico do Paciente: Estudo de uso pela equipe de saúde do Centro de Saúde Vista Alegre.** 2005. 106f. Dissertação (Mestrado em Ciência da Informação) - Escola de Ciência da Informação, UFMG, Belo Horizonte, 2005.

NOVAES, H. M. D. **Diagnosticar e Classificar: o limite do olhar.** 1987. 700 f. Tese (Doutorado em Medicina da Faculdade de Medicina da USP) *São Paulo/SP.* 1987.

MOTA, F. R. L. Prontuário eletrônico do paciente e o processo de competência informacional. **Pesquisa Brasileira em Ciência da Informação e Biblioteconomia.** v. 2, n. 1. p. 56-70, 2007.

KURKGANT, P.; TRONCHIN, D.M.R; et al. **Gerenciamento em enfermagem.** Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2.ed., p 65-69. 2011.

PINTO, V. B. Prontuário eletrônico do paciente: documento técnico de informação e comunicação do domínio da saúde. Encontros Bibli: **Revista Eletrônica de Biblioteconomia e Ciência da Informação.** v. 11, n. 21.2006.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM BRASIL). **RDC 2539/1993.** Publicado no D.O.U de 24.11.93 – Seção I – Página 17802

SILVA, A.S.L. (2008) **Desenvolvimento e uso de prontuário eletrônico do paciente: Barreiras e obstáculos.** [Mestrado em Administração]. Centro de Ciências Sociais e Aplicadas da Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa.

STAUSBERG J. et al. Comparing paper-based with electronic patient records: lessons learned during a study on diagnosis and procedure codes. **Journal of the American Medical Informatics Association.** v. 10. n.5, p.470-477, set.-out. 2003.

THOFEHN, C.; LIMA, W. C. Prontuário eletrônico do paciente: a importância da clareza da informação. **Revista Eletrônica de Sistemas de Informação.** v.5 n.1. 2006.

VASCONCELOS, M. M. et al. Registros em saúde: avaliação da qualidade do prontuário do paciente na atenção básica. **Cad. Saúde Pública.** v. 24, suppl.1, p.s173-s18224. 2007.

PÉ DIABÉTICO: AMPUTAÇÃO, CUIDADOS E GASTOS COM SEU TRATAMENTO NO BRASIL: REVISÃO DA LITERATURA

Daniel Balduino Alves

Discente em enfermagem-Faculdade Estácio de Sá de Goiás- FESGO
Goiânia- Goiás

Yara Lúcia Marques Maia

Farmacêutica docente- Faculdade Estácio de Sá de Goiás- FESGO
Goiânia- Goiás

Claudia Cristina Sousa de Paiva

Farmacêutica docente- Faculdade Estácio de Sá de Goiás- FESGO
Goiânia- Goiás

Lorayne Everlyn Alves Luz kleinschmitt

Psicóloga- Faculdade Estácio de Sá de Goiás- FESGO
Goiânia- Goiás

Matheus Henrique Bastos Martins

Discente em Medicina-Faculdade de Medicina- UFG
Goiânia- Goiás

Abner Henrique fleury

Discente em Medicina-Faculdade de Medicina- UFG
Goiânia- Goiás

RESUMO: Objetivo: Este estudo tem como objetivo geral descrever o custeio do tratamento do pé diabético com resultantes de amputações no Brasil, para evitar as complicações do pé diabético, sendo de impacto aos cofres

públicos e de saúde no país. **Métodos:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, realizada no período de setembro a novembro de 2018, nas bases de dados: SciELO, LILACS e PubMed. Foram usados como descritores em português: pé diabético; tratamento; custeio com amputação. **Resultados:** Na análise para a revisão integrativa foram encontradas 218 potenciais referências, das quais somente 10 compreenderam aos critérios de inclusão e exclusão pré-estabelecidos. Os dados dos resultados foram divididos em dois quadros. O quadro 1 apresenta a distribuição dos estudos quanto à autoria, ano e local de publicação, título do artigo e análise reflexiva das amputações. O quadro 2 apresenta a distribuição dos estudos quanto à autoria, ano e local de publicação, título do artigo e custo médio por amputação. **Conclusão:** Conclui-se a necessidade de melhoria de acesso do portador de diabetes mellitus ao Sistema Único de Saúde (SUS), assim como do planejamento ao cuidado integral com o portador de diabetes, o que envolveria a inclusão de ações educativas e do exame dos pés dos pacientes na rotina das unidades de atenção básica à saúde e a criação de ambulatórios especializados no tratamento de feridas, para onde seriam referenciados os casos de pé em risco de ulceração ou já ulcerados, com objetivo de reduzir os impactos gerados pela amputação, reduzindo altos

gastos públicos dos setores de saúde, e melhoria da qualidade de vida dos portadores de diabetes mellitus no Brasil.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Pública, Pé Diabético, Custo com amputação.

ABSTRACT: Objective: The main objective of this study is to describe the cost of treatment of diabetic foot amputations in Brazil, to avoid diabetic foot complications, which negatively impacts health and healthcare costs in the country. **Methods:** This is an integrative review of the literature, carried out from September to November of 2018 in the databases: SciELO, LILACS and PubMed. The following descriptors in Portuguese were used: diabetic foot; treatment; cost with amputation. **Results:** In the integrative review analyzes, 218 potential references were found, of which only 10 met pre-established inclusion and exclusion criteria. Data was divided into two tables. Table 1 presented studies by authorship, year and place of publication, title of article and reflexive analysis of amputations. Table 2 shows the distribution of studies by authorship, year and place of publication, title of article and average cost per amputation. **Conclusion:** Improved access to the Unified Health System (SUS) for patients with diabetes mellitus is needed. Likewise, a comprehensive care pathway should be developed for these patients. These should encompass educational actions and the examination of patients' feet during routine clinical assessment at the basic health care units. Furthermore, the development of specialized wound care outpatient clinics would allow referral of patients at risk of foot ulcer ulceration and for those who already have the condition. The aim of such efforts would be to reduce the impact of amputation, reducing health care costs throughout health sectors, and improving the quality of life of patients with diabetes mellitus in Brazil.

KEYWORDS: Public Health, Diabetic Foot, Amputation Cost.

1 | INTRODUÇÃO

O pé diabético pode ser definido como uma entidade clínica com etiopatogenia neuropática, o que ocorre graças à sustentação de meio hiperglicêmico sustentado, que pode estar acompanhado de Doença Arterial Obstrutiva Periférica (DAOP) e que quando na presença de processo traumático desencadeante causa ulceração no pé. São definidos dois tipos, neuropático (65% dos casos) e neuro-isquêmico (35% dos casos). DAOP, neuropatia, neuroartropatia de Charcot, ulceração do pé, osteomielite e a amputação (situação que simboliza o agravamento último, podendo ser evitado) constituem a nomeada “síndrome de pé diabético”. Normalmente os pacientes que apresentam lesões do pé diabético possuem as complicações resultantes da diabetes, o que torna necessário a atuação de equipe multiprofissional com enfermeiro especializado, podologista, endocrinologista, fisiatra, ortopedista, cirurgião vascular e médico da família (DUARTE E GONÇALVES, 2011).

Opé diabético é a causa mais comum de internações prolongadas, compreendendo

25% das admissões hospitalares nos Estados Unidos da América, o que acarreta custos elevados: 28 mil dólares a cada admissão por ulceração; na Suécia, são 18 mil dólares em casos sem amputação e 34 mil dólares naqueles com amputação. No Brasil, são estimadas, em um modelo hipotético para uma população de 7,12 milhões de indivíduos com diabetes mellitus tipo 2 (DM2), 484.500 úlceras, 169.600 admissões hospitalares e 80.900 amputações, das quais 21.700 teriam como desfecho a morte (DIRETRIZES SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES 2017-2018).

A amputação de membro inferior é duas vezes mais comum em pessoas diabéticas do que em pessoas sem a doença, representando cerca de 70% das amputações não traumáticas de membros inferiores, sendo que 85% destas amputações ocorrem após o surgimento de úlceras, as quais atingem 25% dos diabéticos. O diabetes mellitus afeta 30% das pessoas acima de 40 anos de idade e os custos com seu tratamento aumentam significativamente quando o paciente diabético possui amputação de membro (SANTOS et al. 2013).

A Organização Mundial de Saúde e a Federação Internacional de Diabetes tentam chamar atenção para esse problema, declarando que mais da metade das amputações deveriam ser prevenidas com detecções prévias da falta de controle glicêmico e das lesões iniciais do pé diabético, e que com alguns cuidados extras com os portadores destas, as amputações poderiam ser evitadas, contribuindo assim para uma melhor qualidade de vida (SANTOS et al. 2018).

O impacto econômico das prolongadas internações hospitalares e amputações alerta para uma mudança na abordagem da problemática do pé diabético, notadamente com a demonstração de que medidas preventivas fundamentadas na redução de fatores de risco, educação e atuação em equipe multidisciplinar podem reduzir a amputações (HADDAD, BORTOLETTO E SILVA. 2010).

A melhor forma, portanto, de prevenir o pé diabético é evitar as úlceras nos pés e para isto a medida mais eficaz é adotar técnicas que previnam as lesões iniciais na pele, tais como rachaduras, fissuras, escoriações e calosidades, que podem, e tendem a evoluir para ulcerações as quais implicam em risco de amputação (OLIVEIRA et al. 2014)

O impacto socioeconômico do diabetes é grande, principalmente após o surgimento das complicações crônicas, e consome parcela importante dos recursos do paciente e da sociedade, incluindo gastos com tratamentos, internações prolongadas e recorrentes, incapacitações físicas e sociais como perda de emprego e produtividade. Além disso, causa grande sofrimento ao indivíduo pela redução da aptidão física e da capacidade funcional, ou seja, dificuldade para realizar atividades comuns da vida diária, tornando-o dependente de outros (SILVA et al. 2015)

Dessa forma o presente estudo tem como objetivo geral descrever o custeio do tratamento do pé diabético com resultantes de amputações no Brasil, para evitar as complicações do pé diabético, sendo de impacto aos cofres públicos e de saúde no país.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica de caráter descritivo, exploratório, quantitativo e qualitativo, para o qual foram usadas publicações indexadas nas seguintes bases de dados eletrônicas: *Scientific Electronic Library on Line* (SciELO), Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *United States National Library of Medicine/ Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line* (PubMed/Medline), disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Foram usados como descritores em português: pé diabético; tratamento; custeio com amputação. Os artigos que estavam relacionados com o tema proposto para a publicação, publicados no período de 2008 a 2018, foram selecionados após leitura do resumo e/ou partes dos mesmos.

Os critérios de inclusão dos artigos para análise foram publicações em periódicos, no período pré-estabelecido e na língua portuguesa, e os critérios de exclusão foram artigos com abordagens fora do tema e do período considerado para esta revisão bibliográfica.

3 | RESULTADOS

Na análise para a revisão integrativa foram encontradas 218 potenciais referências, das quais somente 10 compreenderam aos critérios de inclusão e exclusão pré-estabelecidos.

Realizou-se a interpretação dos resultados por meio da análise crítica dos estudos revisados, a qual proporcionou a investigação do conhecimento teórico/prático nos cuidados aos pés diabéticos e ao custeio do tratamento e amputação no Brasil, com enfoque do impacto aos gastos públicos de saúde. As implicações resultantes desta revisão integrativa, além de possibilitar a identificação das principais dificuldades encontradas para desenvolver práticas preventivas gerando grandes intervenções de impacto, e ao alto custo aos cofres públicos.

Os dados dos resultados foram divididos em dois quadros. O quadro 1 apresenta a distribuição dos estudos quanto à autoria, ano e local de publicação, **título do artigo e análise** reflexiva das amputações. O quadro 2 apresenta a distribuição dos estudos quanto à autoria, ano e local de publicação, título do artigo e custo médio por amputação.

Autor e ano do artigo	Local	Título do artigo	Análise reflexiva das amputações
Duarte e Gonçalves (2011)	Almada, Portugal	Pé diabético	A “síndrome do pé diabético” engloba um número considerável de condições patológicas, incluindo a neuropatia, a doença arterial periférica, a ulceração do pé, a osteomielite e, finalmente e potencialmente prevenível, a amputação
Carvalho et al. (2011)	Brasília, Brasil	Pé diabético e assistência de profissionais da saúde: revisão	Publicações nacionais, embora escassas, mostram a precária condição de assistência aos portadores de diabetes no SUS, onde não se obtêm informações adequadas ao autocuidado, e poucos são aqueles que têm seus pés examinados minuciosamente nas consultas, levando ao aumento das taxas de internações, amputações e mortes
Santos et al. (2013)	Pernambuco, Brasil	Prevalência e fatores associados a amputações por pé diabético	A amputação está associada com significantes custos e pode ter repercussões a longo prazo, tais como o risco elevado para reulceração, perda da mobilidade e diminuição da qualidade de vida
Silva et al. (2013)	Recife, Brasil	O cuidado de enfermagem ao portador do pé diabético: revisão integrativa da literatura	Ressalta que as amputações de extremidades inferiores se constituem num problema de saúde pública devido a sua alta frequência e, principalmente, pela incapacidade que provoca pelo tempo de hospitalização com tratamento oneroso, gerando repercussões de ordem social e psicológica para os pacientes, comprometendo o seu convívio social e familiar
Santos et al. (2018).	Santa Catarina, Brasil	Carga da doença para as amputações de membros inferiores atribuíveis ao diabetes mellitus no Estado de Santa Catarina, Brasil, 2008-2013	Em 2001, a incidência de amputações no Brasil foi de 13,9 por 100 mil habitantes/ano e ocorreram 80.900 amputações devido ao diabetes mellitus, das quais 21.700 evoluíram para morte. Entre 2011 e 2016, 102.056 cirurgias de amputação foram realizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), das quais 70% foram em indivíduos com diabetes mellitus e a maioria (94%) foi amputação do membro inferior

Diretrizes Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018 (2017)	São Paulo, Brasil	Diretrizes Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018. Avaliação, prevenção e tratamento do pé diabético.	No Brasil, são estimadas, em um modelo hipotético para uma população de 7,12 milhões de indivíduos com diabetes mellitus tipo 2 (DM2), 484.500 úlceras, 169.600 admissões hospitalares e 80.900 amputações, das quais 21.700 teriam como desfecho a morte
--	-------------------	---	---

Quadro 1 – Distribuição dos estudos quanto à autoria, ano de publicação, local, título do artigo e análise reflexiva das amputações.

Percebe-se então, a partir do exposto do quadro 1, que o pé diabético é potencialmente prevenível, mas sendo que poucos são aqueles que têm seus pés examinados minuciosamente nas consultas e as condições de informações adequadas ao autocuidado, levando ao aumento das taxas de internações, amputações e mortes, na rede de saúde pública do país.

Nesse caso a amputação está associada ao risco elevado para reulceração pela infecção cirúrgica, perda da mobilidade e diminuição da qualidade de vida gerando repercussões de ordem social e psicológica para os pacientes, comprometendo o seu convívio social e com seus familiares, e assim constituindo um problema de saúde pública.

Autor e ano do artigo	Local	Título do artigo	Custo médio por amputação
Rezende et al. (2008)	Sergipe, Brasil	Internações por pé diabético: Comparação entre o custo direto estimado e o desembolso do SUS	O custo estimado variou de R\$ 943,72 a R\$ 16.378,85, com média de R\$ 4.461,04. O valor do desembolso do SUS variou de R\$ 96,95 a R\$ 2.410,18, com média de R\$ 633,97, cerca de sete vezes inferior
Haddad, Bortoletto e Silva (2010)	Londrina, Brasil	Amputação de membros inferiores de portadores de diabetes mellitus: análise dos custos da internação em hospital público.	O custo total das internações, somando-se custos de diárias, procedimentos cirúrgicos, exames, medicações e materiais médico hospitalares, com custo médio por paciente de R\$ 4.735,99
Oliveira et al. (2014)	Lages, Brasil	Estimativa do custo de tratar o pé diabético, como prevenir e economizar recursos	Para as 44 internações o custo total estimado foi R\$ 192.150,40 e cada internação teve um custo médio estimado de R\$ 4.367,04

Silva et al. (2015)	Paraná, Brasil	Análise financeira das internações de diabéticos submetidos à amputação de membros inferiores em hospital público	Decorrente da internação de 21 pacientes diabéticos submetidos à amputação de membros inferiores em um hospital público, a média de internações foi de 14 dias por paciente. O custo para o hospital foi de R\$ 99.455,74; com valor médio por paciente de R\$ 4.735,98. O valor total repassado ao hospital pelo SUS foi de R\$ 27.740,15, valor 3,6 vezes menor que os as despesas do hospital
---------------------	----------------	---	--

Quadro 2 – Distribuição dos estudos quanto à autoria, ano de publicação, local, título do artigo e custo médio por amputação.

No que se refere aos custos apurados com procedimentos cirúrgicos, percebe-se então, no quadro 2, que as amputações têm repercussões drásticas aos cofres públicos, sendo que em média por amputação, tempo de internação e insumos utilizados, o valor médio gasto pode chegar a R\$ 5.075,05.

Isso mostra a dimensão da defasagem entre os valores desembolsados pelos hospitais e o montante pago pelo SUS para o cuidado dos portadores de pé diabético, provavelmente refletindo o que ocorre no tratamento de outras doenças, deixando óbvia a ambiguidade do Ministério da Saúde, que, oficialmente é o responsável pela eficiência do serviço prestado e pela sustentabilidade econômica das instituições aptas e interessadas a prestar seus serviços ao SUS. Porém, na prática, o Ministério da Saúde se comporta de modo inadequado, reembolsando parcialmente as despesas hospitalares e patrocinando uma precária qualidade de assistência, e pela elevada taxa de amputações e óbitos (REZENDE et al. 2008).

4 | DISCUSSÃO

A seleção de trabalhos procurou incluir estudos de diferentes centros especializados, em diferentes regiões do Brasil (Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-oeste), cada qual com suas particularidades no que se refere à saúde pública. Sendo assim, logrou-se garantir dados que reflitam de maneira abrangente o tratamento do pé diabético com resultantes de amputações no Brasil, assim como a importância do modelo preventivo como método para evitar a gênese das complicações, buscando considerar o impacto social e econômico à saúde nacional.

Na análise do presente trabalho, as amputações decorrentes do diabetes mellitus apresentaram alta incidência. Segundo o estudo *de Santos et al. 2018*, em 2001 a

incidência de amputações no Brasil foi de 13,9 por 100 mil habitantes/ano, sendo que 80.900 amputações ocorreram devido ao diabetes mellitus, das quais 21.700 evoluíram para morte. Além disso, entre 2011 e 2016, 102.056 cirurgias de amputação foram realizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Dessa forma, tal incidência elevada indica que as amputações de membros inferiores em pacientes diabéticos estão associadas com significantes custos, representando um problema econômico para a saúde pública e para o paciente (*SILVA et al 2013*).

Segundo *Rezende et al. (2008)*, o custo estimado variou de R\$ 943,72 a R\$ 16.378,85, com média de R\$ 4.461,04. Valores semelhantes foram obtidos por *Haddad, Bortoletto e Silva (2010)* com custo médio por paciente de R\$ 4.735,99, *Oliveira et al. (2014)* no qual o custo médio estimado foi de R\$ 4.367,04 e, por fim, *Silva et al. (2015)* com valor médio por paciente de R\$ 4.735,98. Esses números evidenciam a onerosa carga financeira para tratar o pé diabético e o impacto sobre as contas de importantes serviços hospitalares do país.

Ademais, a amputação relacionada a “síndrome do pé diabético” evidencia uma influência sobre os determinantes sociais da saúde. Pacientes amputados podem ter repercussões a longo prazo, como reulcerações, assim como perda da mobilidade e redução na qualidade de vida (*SANTOS et al. 2013*). Dessa forma, pode gerar também repercussões de ordem social e psicológica para os pacientes, comprometendo o seu convívio social como um todo (*SILVA et al. 2013*).

Os estudos e publicações nacionais que abordam essa perspectiva econômica e social ainda são escassos na literatura brasileira. Estudos dessa magnitude são fundamentais para o desenvolvimento da saúde pública, pois procuram analisar a realidade vigente com a finalidade de melhorar as condições de assistência aos portadores de diabetes mellitus no SUS, o acesso às informações, reduzindo internações, amputações e mortes (*CARVALHO et al. 2011*).

5 | CONCLUSÃO

Diante do exposto, é notável a necessidade de melhoria de acesso do portador de diabetes mellitus ao Sistema Único de Saúde (SUS), pois a economia da saúde é uma área que envolve tanto conceitos e conhecimentos da medicina, como princípios da economia; tem o potencial de contribuir para a visibilidade do impacto das doenças pelos gestores de saúde, assim como do planejamento ao cuidado integral com o portador de diabetes, o que envolveria a inclusão de ações educativas e do exame dos pés dos pacientes na rotina das unidades de atenção básica à saúde e a criação de ambulatórios especializados no tratamento de feridas, para onde seriam referenciados os casos de pé em risco de ulceração ou já ulcerados, com objetivo de redução de gastos referente amputação de pé diabético.

REFERÊNCIAS

- [1] DUARTE, Nádia; GONÇALVES, Ana. Pé diabético. **Angiologia e Cirurgia Vascular**, Almada, Portugal, v. 7, n. 2, p.65-79, jun. 2011.
- [2] CARVALHO, Giselly et al. PÉ DIABÉTICO E ASSISTÊNCIA DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE: REVISÃO. **Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde**, Campo Grande, v. 3, n. 15, p.197-208, mar. 2011.
- [3] SANTOS, Isabel Cristina Ramos Vieira et al. Prevalência e fatores associados a amputações por pé diabético. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 18, n. 10, p.3007-3014, out. 2013. FapUNIFESP (SciELO).
- [4] SILVA, Joselma Pereira da et al. O cuidado de enfermagem ao portador do pé diabético: revisão integrativa da literatura. **Cadernos de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde Facipe**, Recife, v. 1, n. 2, p.59-69, nov. 2013.
- [5] SANTOS, Kadine Priscila Bender dos et al. Carga da doença para as amputações de membros inferiores atribuíveis ao diabetes mellitus no Estado de Santa Catarina, Brasil, 2008-2013. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 34, n. 1, p.1-13, 5 fev. 2018. FapUNIFESP (SciELO)
- [6] **Diretrizes Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018: Avaliação, prevenção e tratamento do pé diabético**. São Paulo: Editora Clannad, 2017.
- [7] REZENDE, Karla F. et al. Internações por pé diabético: comparação entre o custo direto estimado e o desembolso do SUS. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, [s.l.], v. 52, n. 3, p.523-530, abr. 2008. FapUNIFESP (SciELO).
- [8] HADDAD, Maria do Carmo F. Lourenço; BORTOLETTO, Maira Sayuri Sakay; SILVA, Renata Santos. Amputação de membros inferiores de portadores de diabetes mellitus: análise dos custos da internação em hospital público. **Ciência, Cuidado e Saúde**, [s.l.], v. 9, n. 1, p.523-530, 1 jul. 2010. Universidade Estadual de Maringá.
- [9] OLIVEIRA, Alexandre Faraco de et al. Estimativa do custo de tratar o pé diabético, como prevenir e economizar recursos. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 19, n. 6, p.1663-1671, jun. 2014. FapUNIFESP (SciELO).
- [10] SILVA, Renata Santos et al. Análise financeira das internações de diabéticos submetidos à amputação de membros inferiores em hospital público. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, [s.l.], v. 36, n. 1, p.81-88, 9 mar. 2015. Universidade Estadual de Londrina.

PERFIL DOS ACIDENTES DE TRABALHO DOS MUNICÍPIOS DE ABRANGÊNCIA DO CEREST DE SOBRAL - CEARÁ, 2009 A 2013

Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto

Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA),
Sobral – Ceará.

Maria Liana Rodrigues Cavalcante

Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA),
Sobral – Ceará.

RESUMO: O acidente relacionado ao trabalho é um importante problema de saúde pública e gera grande impacto econômico por acometer, principalmente, sujeitos jovens, em plena atividade e saudáveis; sendo estes muitas vezes negligenciados em decorrência da subnotificação e, conseqüentemente, subdimensionado em sua gravidade, prejudicando o subsídio de políticas de saúde direcionadas a esses agravos. O objetivo deste estudo foi descrever o perfil dos acidentes de trabalho nos municípios de abrangência do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) de Sobral – Ceará, 2009 a 2013. Trata-se de uma pesquisa epidemiológica, descritiva e retrospectiva, desenvolvida no CEREST de Sobral – Ceará, durante o período de março de 2015 a fevereiro de 2016. Foram identificados 2.438 casos de acidentes relacionados ao trabalho a partir das notificações do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN), entre primeiro de janeiro de 2009 a 31 de dezembro de 2013.

Do total de casos, 90,6% são do gênero masculino; 43,5% são adultos jovens entre 20 e 34 anos; 10% de adolescentes; 92% são de raça/cor parda; 59,7% moram em área urbana; 16,9% são trabalhadores rurais; 27,8% são de empregados não registrados. O estudo mostra a necessidade de práticas promotoras à Saúde do Trabalhador, visando a prevenção de acidentes durante as atividades laborais; bem como de políticas públicas que garantam um ambiente com menos riscos e condições insalubres, que precarizem as condições e relações de trabalho.

PALAVRAS-CHAVE: Epidemiologia Descritiva; Saúde do Trabalhador; Acidentes de Trabalho.

ABSTRACT: The work-related accident is an important public health problem and generates a great economic impact by affecting, mainly, young, active and healthy subjects; which are often neglected as a result of underreporting and, consequently, underscored in their severity, harming the subsidy of health policies directed at these diseases. The objective of this study was to describe the profile of occupational accidents in municipalities covered by the Reference Center on Occupational Health (CEREST) of Sobral, from 2009 to 2013. This is an epidemiological, descriptive and retrospective research developed in the CEREST of Sobral, Ceará, during the period from March 2015 to February 2016. A total of 2,438 cases of work-

related accidents were identified from the National System of Notifiable Diseases (SINAN) between January 1, 2009 and 31 of December 2013. Of the total number of cases, 90.6% are male; 43.5% are young adults between 20 and 34 years of age; 10% of adolescents; 92% are of race / color brown; 59.7% live in urban areas; 16.9% are rural workers; 27.8% are unregistered employees. The study shows the need for promoting practices to Workers' Health, aiming at the prevention of accidents during work activities; as well as public policies that guarantee an environment with less risks and unhealthy conditions that precarious conditions and working relationships.

KEYWORDS: Epidemiology; Worker's health; Accidents of Work.

INTRODUÇÃO

Acidente de trabalho, conforme o Ministério da Saúde é “[...] todo acontecimento que ocorre durante o exercício da atividade laboral ou um fato o qual esteja relacionado ao trabalho, que determine perda de função temporária ou definitiva, risco de morte ou redução da capacidade de trabalho” (BRASIL, 2006, p. 11). Os acidentes de trabalho expressam um problema de saúde pública de grande magnitude em todo o mundo, atingindo anualmente, milhares de trabalhadores, que comprometem sua capacidade produtiva ou perdem suas vidas em um evento potencialmente passível de prevenção (SIMÃO; SILVINO; SANTOS, 2010), afetando a diretamente a produção e a economia, impactando nos custos do sistema público, tanto no que se refere ao setor saúde, como previdenciário, além da repercussão familiar.

Os agravos à saúde, como os acidentes de trabalho e o conseqüente adoecimento, são ocasionados por fatores diversos, em decorrência das condições insalubres do ambiente de trabalho, número insuficiente de trabalhadores, jornadas fatigantes, sobrecarga de trabalho, desgaste físico e emocional, capacitação técnica deficiente, falta de atenção, excesso de confiança, utilização de materiais e equipamentos inadequados, estresse e a não adoção das medidas de precauções padrões universais individuais ou coletivas. A identificação de tais situações de exposição, permite a elaboração de estratégias de prevenção mais eficientes (SOARES *et al.*, 2013).

Historicamente, os trabalhadores têm sofrido inúmeras conseqüências nos espaços de trabalho ou que estejam relacionados a ele. As transformações que ocorreram na estrutura organizacional do trabalho influenciado pelo mercado mundial, registram impactantes números de acidentes relacionados ao labor, apresentando grandes repercussões nos âmbitos psicossocial, econômico e sanitário (GONÇALVES; DIAS, 2011).

Dentre as estratégias estabelecidas pelo Ministério da Saúde, na tentativa de reduzir as doenças e os agravos relacionados à saúde do trabalhador, em 2012, é publicada a Portaria N° 1.823, que institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), que busca a articulação de ações nos três níveis de atenção do SUS (BRASIL, 2012). Nesse sentido, os Centros de Referência em

Saúde do Trabalhador (CEREST) são compreendidos como os polos irradiadores na ação de matriciamento da Rede Nacional de Atenção Integral a Saúde do Trabalhador (RENAST), envolvendo ações de assistência, promoção, vigilância e prevenção dos agravos relacionados ao trabalho, sendo responsáveis também pela busca e investigação de casos de acidentes de trabalho (MACHADO *et al.*, 2013).

Com a inserção do eixo da Saúde do Trabalhador no SUS e a criação da PNSTT, na qual há uma maior atenção voltada para esta clientela, os dados epidemiológicos relacionados ao processo saúde-doença-agravo-cuidado revelam que, ainda é alarmante o número de acidentes de trabalho grave que ocorrem por ano no Brasil, principalmente, com a derivação do óbito. Assim, a realização de pesquisas voltadas para esta temática, contribui com o reconhecimento e a identificação de potenciais riscos e impactos à saúde do trabalhador, mostrando a realidade regional, para o desenvolvimento de estratégias que auxiliem no planejamento das ações e definição de prioridades de intervenção. Contudo, a partir de tal conjuntura a que estão submetidos os trabalhadores o presente estudo objetiva descrever o perfil dos acidentes de trabalho do CEREST de Sobral – Ceará, Brasil, 2009 a 2013.

METODOLOGIA

Estudo epidemiológico, descritivo e retrospectivo, desenvolvido no CEREST de Sobral – Ceará, durante o período de março de 2015 a fevereiro de 2016, com casos de acidentes relacionados ao trabalho, a partir das notificações do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN), entre 1º de janeiro de 2009 a 31 de dezembro de 2013.

O CEREST, enquanto cenário do estudo, possui entre suas funções, a responsabilidade de oferecer o apoio matricial para o desenvolvimento das ações de saúde do trabalhador na Atenção Primária à Saúde (APS), nos serviços especializados e de urgência e emergência, bem como na promoção e vigilância nos diversos pontos da Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2012). O Ceará possui nove CEREST, sendo um estadual e oito com abrangência regional, localizados em Fortaleza, Sobral, Horizonte, Juazeiro do Norte, Tianguá, Quixeramobim, Aracati e Limoeiro do Norte. O CEREST de Sobral, a partir da lógica organizativa da Rede de Atenção Estadual, abrange 47 municípios que compõem as Microrregiões da Saúde de Acaraú, Camocim, Crateús e Sobral, totalizando 1.299.780 habitantes (BRASIL-IBGE, 2014). O CEREST de Sobral foi escolhido por está localizado na sede da universidade e por ser o de maior em abrangência de número de municípios, o que permitiu delinear características predominantes na região do Semiárido Cearense.

Os dados secundários que compõem esta pesquisa foram extraídos do banco de dados do SINAN do CEREST de Sobral, e organizados por meio de planilhas eletrônicas, geradas pelo sistema do programa TabWin32®, versão 3.6b, e exportados para os programas Excel® 2007, mediante autorização por escrito, assinada pela

diretora do serviço, requerida previamente por meio do Termo de Fiel Depositário. Durante o processamento dos dados, foram encontrados 2.442 registros de casos de acidentes de trabalho grave, sendo quatro casos excluídos devido a erros de digitação. Contudo, o total de casos do estudo corresponde 2.438 casos.

Os dados foram processados, a partir das seguintes categorias de variáveis, selecionadas com base na “Ficha de Acidente de Trabalho Grave” do Ministério da Saúde: sexo, idade, raça/cor, escolaridade, zona de moradia, ocupação e situação no mercado de trabalho.

Os dados foram sistematizados e apresentados em forma tabular, com cálculos de estatística simples, a exemplo do número absoluto e a frequência percentual dos eventos estudados, além do cruzamento e estratificação destes, e distribuídos por meio de categorias, abordando o perfil sócio demográfico e situação do mercado de trabalho. A discussão dos resultados foi efetuada com base na literatura pertinente à luz do referencial teórico acerca da Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.

Durante o desenvolvimento do estudo, foram observados os aspectos éticos e legais da pesquisa de acordo com a Resolução Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), com protocolo submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) sob CAE Nº 47808515.4.0000.5053, sendo este aprovado pelo parecer Nº 1.344.066. Ressalta-se que esta pesquisa é um recorte da pesquisa intitulada “Doença, labor e trabalho no Semiárido Cearense: avaliação do perfil dos acidentes e da mortalidade por causas relacionadas ao trabalho na Zona Norte do Ceará, 2009 a 2013”.

RESULTADOS

Perfil sócio demográfico

A Tabela 1 traz uma predominância dos acidentes em trabalhadores do sexo masculino, 2.211 (90,6%) casos. O estudo Síntese de Indicadores Sociais produzido pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2013 mostra que, apesar de avanços, a desigualdade de gênero no mercado de trabalho ainda persiste, principalmente, quando a jornada de trabalho é conjugada aos afazeres domésticos. Entre as mulheres ocupadas de 16 anos ou mais, 88% realizavam afazeres domésticos, enquanto, entre os homens, este percentual era 46%. Com isso, percebe-se que apesar da ascensão da mulher no mercado de trabalho, a idealização cultural do sexo masculino ainda é fortemente presente, em que os homens devem os únicos a proverem o sustento familiar e as mulheres o cuidado doméstico, muitas vezes se inserindo em ambientes precários ou sem precaução para exercer determinada atividade com segurança (FERREIRA; ASCARIS; FARIAS, 2013).

Categorias	Gênero						Faixa Etária (anos)					
	♂		♀		10 a 19		20 a 59		60 e mais			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sexo												
Masculino	2.211	90,6					224	92,1	1883	90,2	104	96,3
Feminino	227	9,4					19	7,9	204	0,8	4	3,7
Total	2.438	100,0					243	100,0	2.087	100,0	108	100,0
Faixa Etária (anos)												
10 a 14	32	1,3	29	1,3	3	1,3						
15 a 19	211	8,7	195	8,8	16	7,0						
20 a 34	1.061	43,5	946	42,8	115	50,7						
35 a 49	777	31,9	705	31,9	72	31,7						
50 a 64	303	12,4	284	12,8	19	8,4						
65 a 79	44	1,8	42	1,9	2	0,9						
80 e mais	10	0,4	10	0,5	0	0,0						
Total	2.438	100,0	2.211	100,0	227	100,0						
Raça/Cor												
Parda	2243	92,0	2045	92,5	198	87,2	225	92,6	1922	92,1	96	88,9
Branca	119	4,9	99	4,5	20	8,8	12	5,0	96	4,6	11	10,2
Amarela	9	0,4	7	0,3	2	0,9	1	0,4	8	0,4	0	0,0
Preta	37	1,5	33	1,5	4	1,8	3	1,2	34	1,6	0	0,0
Indígena	7	0,3	5	0,2	2	0,9	1	0,4	6	0,3	0	0,0
Ignorado	23	0,9	22	1,0	1	0,4	1	0,4	21	1,0	1	0,9
Total	2.438	100,0	2.211	100,0	227	100,0	243	100,0	2.087	100,0	108	100,0
Escolaridade												
Analfabeto	84	3,4	81	3,7	3	1,3	1	0,4	71	3,4	12	11,1
Ensino Fundamental I – Incompleto	410	16,8	395	17,9	15	6,6	11	4,6	354	17,0	45	41,6
Ensino Fundamental I – Completo	116	4,8	107	4,8	9	4,0	7	2,9	104	5,0	5	4,7
Ensino Fundamental II – Incompleto	447	18,3	418	18,9	29	12,8	69	28,4	365	17,5	13	12,0
Ensino Fundamental II – Completo	93	3,8	84	3,8	9	4,0	10	4,1	81	3,9	2	1,9
Ensino Médio – incompleto	160	6,6	147	6,6	13	5,7	52	21,4	107	5,1	1	0,9
Ensino Médio – completo	268	11,0	220	10,0	48	21,1	26	10,7	237	11,4	5	4,6
Ensino Universitário – Incompleto	44	1,8	28	1,3	16	7,1	3	1,2	41	1,9	0	0,0
Ensino Universitário – Completo	50	2,1	27	1,2	23	10,1	0	0,0	50	2,4	0	0,0
Ignorado/Branco	766	31,4	704	31,8	62	27,3	64	26,3	677	32,4	25	23,2
Total	2.438	100	2.211	100	227	100	243	100	2.087	100	108	100
Zona												
Urbana	1455	59,7	1271	57,5	184	81,0	113	46,5	1291	61,9	51	47,2
Rural	873	35,8	839	37,9	34	15,0	119	49,0	700	33,5	54	50,0
Periurbana	30	1,2	28	1,3	2	0,9	3	1,2	26	1,2	1	0,9
Ignorada	80	3,3	73	3,3	7	3,1	8	3,3	70	3,4	2	1,9
Total	2.438	100,0	2.211	100,0	227	100,0	243	100,0	2.087	100,0	108	100,0

Tabela 1 Descrição dos dados sócio-demográficos dos acidentes de trabalho grave. CEREST Regional de Sobral – Ceará, Brasil, 2009 a 2013; número total com estratificação por gênero e idade.

Fonte: Sobral. Secretaria da Saúde. Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST). Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN), 2015.

Em relação à faixa etária, os adultos-jovens de 20 a 34 anos foram os mais acometidos, representando 1.061 (43,5%) do total de casos. Os trabalhadores nesta faixa etária geralmente estão ingressando no mercado de trabalho e devido à inexperiência, no qual muitas vezes desconhecem os riscos existentes no ambiente de trabalho, são as principais vítimas de acidentes ocupacionais graves, reduzindo sua atividade produtiva. Além disso, de acordo com o Brasil/IBGE (2010), a maior parte da população considerada economicamente ativa, situa-se na faixa etária de 20 a 35 anos, ou seja, no mercado de trabalho há mais pessoas com essa idade. Sendo este grupo populacional as principais vítimas de acidentes de trabalho, contribuindo para a queda na produtividade pelas incapacidades que os acidentes provocam, além dos impactos gerados na rotina familiar, prejudicando a renda, sendo que muitas vezes, são desamparados social e legalmente.

Estudo realizado no Vale dos Sinos no estado do Rio Grande do Sul, em 2008, evidenciou que 64% dos acidentes de trabalho atingiram homens, 38% na faixa etária de 20 a 29 anos (HENNINGTON; MONTEIRO, 2006). Isso mostra que os homens, adultos jovens são as maiores vítimas dos acidentes fatais no Brasil, e que essa realidade está evidenciada por outros estudos e ainda permanece inalterada (SANTANA; XAVIER; MOURA, 2009).

No que diz respeito a raça/cor, 2.243 (92,0%) dos sujeitos do estudo são pardos. Embora haja recomendações internacionais para que se adote sempre a auto atribuição, em pesquisas ou registros que captam a raça ou a etnia, existe uma extensa discussão sobre se esse método de identificação seria adequado ao Brasil. A dicotomia racial importante seria entre pretos e não pretos, em vez de entre brancos e não brancos (OSÓRIO, 2003).

De acordo com a escolaridade, 766 (31,4%) trabalhadores ficaram com essa informação em branco ou ignorado seguido de 447 (18,3%) que cursaram até o ensino fundamental II incompleto. Isso demonstra que muitas fichas não são preenchidas completamente ou corretamente na qual as perguntas, muitas vezes, nem são dirigidas ao trabalhador, havendo lacunas em branco ou ignorada, mostrando que os profissionais desconsideram a importância de tais informações, tornando-as incompletas. Observa-se, ainda, nos resultados encontrados que a maioria dos acidentes ocorreu com trabalhadores com baixa formação educacional e pouca qualificação profissional, que por necessitarem de uma fonte de renda se submetem a serviços com potencial risco de acidentes. Com isso, são considerados trabalhadores com maior vulnerabilidade aos acidentes de trabalho, devendo priorizar ações para esse grupo, considerando especificidades social e cultural.

No tocante a zona de moradia, 1.455 (59,7%) residem na sede dos municípios. Esse dado pode ser explicado pelo processo de urbanização que o país vem vivenciando nas últimas décadas, pós Revolução Industrial e ascensão do setor terciário, onde muitas pessoas imigraram para a cidade em busca de empregos e melhores salários. De acordo com os dados do Censo Demográfico 2010 do IBGE, a população brasileira é de 190.755.799 habitantes, dos quais, 84,35% na urbana (160.925.792 habitantes).

Situação no mercado de trabalho

As Tabelas 2 e 3 apresentam as categorias de variáveis acerca da ocupação e situação no mercado de trabalho das vítimas de acidentes.

Categoria	Gênero						Faixa Etária (anos)					
	♂		♀		10 a 19		20 a 59		60 e mais			
Ocupação	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Trabalhador agropecuário/rural	413	16,9	408	18,4	05	2,2	48	19,8	329	15,8	36	33,4
Pedreiro	188	7,7	186	8,4	2	0,9	5	2,1	175	8,4	8	7,4
Operador de máquinas	94	3,9	66	3,0	28	12,3	7	2,9	87	4,2	-	-
Servente de Obras	78	3,2	78	3,5	-	-	6	2,5	72	3,4	-	-
Carpinteiro	67	2,7	67	3,1	-	-	2	0,8	56	2,7	9	8,4
Marceneiro	62	2,6	62	2,8	-	-	6	2,5	53	2,5	3	2,8
Vendedor de Comércio	61	2,5	46	2,1	15	6,6	11	4,5	49	2,3	1	0,9
Estudante	53	2,2	49	2,2	4	1,8	46	19,0	7	0,3	-	-
Vendedor ambulante	48	2,0	42	1,9	6	2,6	4	1,6	41	1,9	3	2,8
Eletricista de instalações	45	1,8	45	2,0	-	-	1	0,4	42	2,0	2	1,9
Faxineiro	43	1,8	38	1,7	5	2,2	7	2,9	35	1,7	1	0,9
Alimentador de Linha de produção	41	1,7	35	1,6	6	2,6	5	2,1	36	1,7	-	-
Motociclista no transporte de documentos e peq. Volumes	38	1,5	37	1,7	1	0,4	3	1,2	35	1,7	-	-
Produtor agrícola polivalente	38	1,5	36	1,7	2	0,9	-	-	31	1,5	7	6,5
Padeiro	38	1,5	37	1,7	1	0,4	9	3,8	28	1,3	1	0,9
Trabalhador volante da agricultura	36	1,5	35	1,6	1	0,4	3	1,2	24	1,2	9	8,4
Trabalhador polivalente da confecção de calçados	32	1,3	22	1,0	10	4,4	4	1,6	28	1,3	-	-
Comerciante varejista	31	1,3	23	1,0	8	3,5	1	0,4	30	1,4	-	-
Mecânico de manutenção de máquinas	27	1,1	27	1,2	-	-	1	0,4	26	1,2	-	-

Mecânico de manutenção de automóveis	24	1,0	24	1,1	-	-	1	0,4	22	1,1	1	0,9
Taxista	24	1,0	24	1,1	-	-	-	-	23	1,1	1	0,9
Pescador artesanal de água doce	23	0,9	23	1,0	-	-	-	-	22	1,1	1	0,9
Soldador	22	0,9	22	1,0	-	-	1	0,4	21	1,0	-	-
Comerciante atacadista	21	0,8	20	0,9	1	0,4	-	-	20	1,0	1	0,9
Motorista de carro de passeio	21	0,8	21	0,9	-	-	-	-	21	1,0	-	-
Cozinheiro geral	20	0,8	16	0,7	4	1,8	1	0,4	18	0,9	1	0,9
Vigilante	20	0,8	20	0,9	-	-	-	-	19	0,9	1	0,9
Caminhoneiro	20	0,8	20	0,9	-	-	1	0,4	19	0,9	-	-
Zelador de edifício	18	0,7	15	0,7	3	1,4	2	0,8	16	0,8	-	-
Vigia	15	0,6	15	0,7	-	-	-	-	14	0,7	1	0,9
Vendedor em domicílio	14	0,6	14	0,6	-	-	2	0,8	12	0,6	-	-
Ajudante de motorista	14	0,6	14	0,6	-	-	4	1,6	10	0,5	-	-
Ignorada	24	1,0	21	0,9	3	1,4	5	2,0	18	0,9	1	0,9
Outras	725	30	603	27,3	122	53,7	57	23,5	648	31,0	20	18,5
Total	2.438	100	2.211	100	227	100	243	100	2.087	100	108	100

Tabela 2 Descrição da ocupação dos trabalhadores no mercado de trabalho. CEREST Regional de Sobral – Ceará, Brasil; número total com estratificação por gênero e idade.

Fonte: Sobral. Secretaria da Saúde. Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST). Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN), 2015.

De acordo com a Tabela 2, os acidentes graves tiveram predominância de trabalhadores rurais, 413 (16,9%), seguidos de 188 (7,7%) pedreiros. Com as mudanças e o avanço tecnológico no campo, redefiniu-se as relações do meio rural com a indústria, estabelecendo um novo padrão de produção agrícola e de uso de mão de obra, em que o manuseio de máquinas e a falta de preparo para sua adequada utilização, atrelado ao elevado uso de substâncias tóxicas, contribuem para a ocorrência de novos acidentes relacionados ao trabalho (BEGNINI; ALMEIDA, 2015). Outra situação é a prática da agricultura familiar, que muitas vezes, os trabalhadores não dispõem e/ou não utilizam Equipamentos de Proteção Individual (EPI).

No que se refere à construção civil, a magnitude da ocorrência dos acidentes de trabalho, destaca-o como um dos ramos produtivos mais perigosos, pois esses trabalhadores apresentam os estágios de precarização avançados, sendo a falta do uso de EPI, bem como a exigência deles por meio das empresas contratantes e o manuseio de materiais pesados e máquinas cortantes, as principais causas desses acidentes (TAKAHASHI *et al.*, 2012).

Categoria	Gênero						Faixa Etária (anos)					
			♂		♀		10 a 19		20 a 59		60 e mais	
Situação no Mercado de Trabalho	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Empregado não registrado	679	27,8	646	29,3	33	14,6	106	43,6	553	26,5	20	18,6
Empregado registrado	632	25,9	537	24,3	95	42,0	31	12,7	594	28,5	7	6,5
Autônomo	554	22,7	529	23,9	25	11,0	31	12,7	472	22,6	51	47,3
Trabalho Avulso	199	8,2	191	8,6	8	3,5	27	11,1	160	7,7	12	11,1
Trabalho Temporário	63	2,6	46	2,1	17	7,5	7	3,0	54	2,6	2	1,8
Servidor Público Estatutário	51	2,1	36	1,6	15	6,6	0	0,0	51	2,4	0	0,0
Servidor Público Celetista	22	0,9	11	0,5	11	4,8	0	0,0	21	1,0	1	0,9
Cooperativado	18	0,7	17	0,8	1	0,4	0	0,0	18	0,9	0	0,0
Aposentado	9	0,4	8	0,4	1	0,4	1	0,4	4	0,2	4	3,7
Desempregado	3	0,1	2	0,1	1	0,4	1	0,4	2	0,1	0	0,0
Empregador	3	0,1	3	0,1	0	0,0	0	0,0	2	0,1	1	0,9
Outros	21	0,8	16	0,7	5	2,2	12	5,0	9	0,4	0	0,0
Ignorado/Branco	184	7,5	169	7,6	15	6,6	27	11,1	147	7,0	10	9,2
TOTAL	2.438	100,0	2.211	100,0	227	100,0	243	100,0	2087	100,0	108	100,0

Tabela 3 Descrição da situação dos trabalhadores no mercado de trabalho. CEREST Regional de Sobral – Ceará, Brasil; número total com estratificação por gênero e idade.

Fonte: Sobral. Secretaria da Saúde. Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST). Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN), 2015.

Em relação à situação no mercado de trabalho, identificou-se que 679 (27,8%) são trabalhadores sem registro formal, seguidos por empregados com registro formal, 632 (25,5%), e por trabalhadores autônomos, 554 (22,7%).

Estes resultados divergem dos encontrados por Miranda *et al.* (2012) em sua pesquisa documental, quantitativa, descritiva, retrospectiva sobre os acidentes de trabalho fatais ocorridos no período de 2006 a 2010, cujos trabalhadores foram atendidos no Hospital do Trabalhador, localizado em Curitiba – Paraná; e do de Santana *et al.* (2009), estudo longitudinal realizado em Salvador - BA, com 406 casos de acidentes de trabalho atendidos em duas unidades de emergência de hospitais públicos, entre junho e agosto de 2005, apontou que a maioria dos trabalhadores tinham registro formal, 68%.

Isto pode indicar que apesar do crescimento do número de trabalhadores com carteira assinada no país, apontado pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio Contínua (PNAD Contínua), divulgada em maio de 2015 pelo IBGE, na região Noroeste do estado do Ceará, ainda predominam os trabalhadores do mercado informal, ou seja, sem carteira assinada. Ou ainda que os trabalhadores, em decorrência da

situação do acidente ou não, não saibam ou não queiram informar a real situação no mercado de trabalho, com receio de represália dos empregadores. Destaca-se ainda a preocupação quanto aos trabalhadores sem registro formal no mercado, no que concerne a garantia dos seus direitos após ter sofrido um acidente de trabalho.

CONCLUSÃO

Este estudo mostra, que a maioria dos acidentados são homens, de cor parda, moradores das cidades, com pouca escolaridade. A prevalência do trabalho infantil ocorre entre homens, moradores da zona urbana. Na faixa etária de 35 a 49 anos há uma equivalência entre os gêneros. O estudo aponta ainda, o predomínio de trabalhadores autônomos com mais de 60 anos, e de empregado não registrados entre 10 e 19 anos. As mulheres frente ao padrão do mercado de trabalho, são as que apresentam o maior percentual de empregados com registro, 42%.

Os dados levaram a uma aproximação com a realidade da situação epidemiológica dos municípios de abrangência do CEREST de Sobral - Ceará, que refletem diretamente na Saúde Pública do Brasil, uma vez que implicam no aumento de gastos durante a assistência prestada a essa vítima, desde o atendimento de emergência até a reabilitação, além dos custos resultantes dos benefícios a serem pagos em decorrência do afastamento por incapacidade e perda de trabalhador na idade produtiva.

Percebe-se ainda, a necessidade de criação de estratégias e ações direcionadas à Saúde do Trabalhador, visando a prevenção de acidentes durante as atividades laborais, além de uma maior fiscalização dos ambientes e das condições de trabalho em que os trabalhadores estão inseridos, identificando situações de risco e intervindo diante desses achados, como também investimento por partes dos empregadores em equipamentos de proteção individual e coletiva, bem como capacitação no exercício da profissão.

Como limitação do estudo, destaca-se o preenchimento incompleto das fichas de notificação por parte dos profissionais da saúde, principalmente no que se refere aos dados sócio-demográficos, impedindo uma análise mais ampla desse contexto. Com isso é necessário conscientização e o reconhecimento por parte dos profissionais da importância do preenchimento na íntegra da ficha.

Além disso, apesar do expressivo número de acidentes registrados, as subnotificações persistem em que muitos acidentes, por não estabelecerem o nexo causal, devido a falta de investigação completa da relação do acidente com o trabalho durante a assistência prestada a esse trabalhador ou pela falta de comunicação da empresa contratante sobre o acidente de trabalho. Acredita-se que a efetiva descentralização das ações de Vigilância à Saúde do Trabalhador para a Atenção Primária à Saúde possa minimizar esta lacuna, como também evitar possíveis e futuros acidentes.

REFERÊNCIAS

- BEGNINI, Sergio; ALMEIDA, Lirane Elise Defante Ferreto. Acidentes de trabalho no meio rural: perfil do trabalhador acidentado em Santa Catarina, Brasil. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, Paraná, v. 6, n. 3, p. 2.538-2.552, 2015. Disponível em: <http://gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/1416/pdf>. Acesso em: 09 fev. 2017.
- BRASIL. **Anuário Estatístico da Previdência Social 2013: seção IV – Acidentes de Trabalho**. 2014. Ministério da Previdência social. AEPS 2013 – Seção IV – Acidentes do Trabalho – Tabelas. Disponível em: <http://www.previdencia.gov.br/dados-abertos/aeps-2013-anuario-estatistico-da-previdencia-social-2013/aeps-2013-secao-iv-acidentes-do-trabalho/aeps-2013-secao-iv-acidentes-do-trabalho-tabelas/>. Acesso em: 22 out. 2017.
- BRASIL. **Portaria Nº 1823/GM, de 23 de agosto de 2012 -Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, nº 215-E, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 de Agosto de 2012. Seção 1, p. 46. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html. Acesso em: 16 nov. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica do Trabalhador. **Notificação de Acidentes de Trabalho Fatais, Graves e com Crianças e Adolescentes**. Série A. Normas e manuais técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 32 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/06_0442_M.pdf. Acesso em: 16dez. 2017.
- BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Censo demográfico: População economicamente ativa**. Brasil: IBGE, 2010. Disponível em:<http://www.ibge.gov.br/home/>. Acesso em: 12 jan. 2017.
- BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Censo demográfico: População rural e urbana no Brasil**. Brasil: IBGE, 2010. Disponível em:<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/0000000402.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2016.
- BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio Contínua**. Brasil: IBGE, 2015. Disponível em:<<http://agenciabrasil.ebc.com.br/economia/noticia/2015-05/pesquisa-do-ibge-indica-aumento-de-trabalhador-registrado-no-setor-privado>>. Acesso em: 22 de out. 2015.
- BRASIL. **Síntese de Indicadores Sociais: Uma análise das condições de vida da população brasileira**. Rio de Janeiro: IBGE, 2013. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=266778>. Acesso em: 08 fev. 2016.
- FERREIRA, Larissa Evangelista; ASCARI, Rosana Amora.; FARIAS, *Aila Anne Pinto*. Perfil dos acidentes de trabalho registrados pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) de 2007 a 2009. **Rev. Científica CENSUPEG**, Santa Catarina, n. 2, p. 162-173, 2013. Disponível em: <http://revistacientifica.censupeg.com.br/ojs/index.php/RevistaCientificaCENSUPEG/article/view/124>. Acesso em: 09 fev. 2016.
- GONCALVES, Cláudia Giglio de Oliveira; DIAS, Adriano. Três anos de acidentes do trabalho em uma metalúrgica: caminhos para seu entendimento. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 635-646, fev. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000200027&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 16 nov. 2018.
- HENNINGTON, Éilda Azevedo; MONTEIRO, Márcia. O perfil epidemiológico dos acidentes de trabalho no Vale dos Sinos e o sistema de vigilância em saúde do trabalhador. **Hist. cienc. saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 865-876, Dez. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702006000400005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 16 nov. 2018.
- MACHADO, Jorge Mesquita Huet; SANTANA, Vilma Sousa; CAMPOS, Augusto; FERRITE, Sílvia; PERES, Maria Cláudia; GALDINO, Adriana *etal*.

Situação da Rede Nacional de Atenção Integral em Saúde do Trabalhador (Renast) no Brasil, 2008-2009. **Rev. bras. saúde ocup.**, São Paulo, v. 38, n. 128, p. 243-256, dez. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S030376572013000200012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 nov. 2018.

MIRANDA, Fernanda Moura D’Almeida; SCUSSIATO, Louise Aracema; KIRCHHOF, Ana Lúcia Cardoso; CRUZ, Elaine Drehmer de Almeida; SARQUIS, Leila Maria Mansano. Caracterização das vítimas e dos acidentes de trabalho fatais. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 33, n. 2, p. 45-51, jun. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000200008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 nov. 2018.

OSORIO, Rafael Guerreiro. O sistema classificatório de “cor ou raça” do IBGE. **IPEA**, Texto para discussão. Brasília: IPEA, 2003. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_0996.pdf>. Acesso em: 15 de set. de 2015.

SANTANA, Vilma Sousa; XAVIER, Cibele; MOURA, Maria Claudia Peres; OLIVEIRA, Rosane; ESPÍRITO-SANTO, Jônatas Silva; ARAÚJO, Gustavo. Gravidade dos acidentes de trabalho atendidos em serviços de emergência. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 5, p. 750-760, Out. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000500003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 nov. 2018.

SIMÃO, Suzana de Almeida Fráguas; SILVINO, Zenith Rosa; SANTOS, Dirley Moreira. Acidente de trabalho com material biológico entre profissionais de saúde. **Revista pesquisa cuidado é fundamental**, Rio de Janeiro, v. 2, p. 120-124, out./dez. 2010. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/837/pdf_98. Acesso em: 16 nov. 2018.

SOARES, Leticia Gramazio; SARQUIS, Leila Maria Mansano; KIRCHHOF, Ana Lúcia Cardoso; FELLI, Vanda Elisa Andres. Multicausalidade nos acidentes de trabalho da Enfermagem com material biológico. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 66, n. 6, p. 854-859, dez. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000600007&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 16 nov. 2018.

SOBRAL. Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST). **Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN)**. Sobral: Secretaria da Saúde, 2015.

TAKAHASHI, Maria Alice Batista Conti; SILVA, Reginalice Cera da; LACORTE, Luiz Eduardo Cobra; CEVERNY, Gislaíne Cecília de Oliveira; VILELA, Rodolfo Andrade Gouveia. Precarização do trabalho e risco de acidentes na construção civil: um estudo com base na Análise Coletiva do Trabalho (ACT). **Saúde soc.**, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 976-988, dez. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000400015&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 16 nov. 2018.

PREDISPOSIÇÃO AO ESTRESSE EM TRABALHADORES DE INSTITUIÇÕES PRISIONAIS

Camila Carla Dantas Soares

Universidade Federal da Paraíba – UFPB. João Pessoa – PB

Jeferson Barbosa Silva

Universidade Federal da Paraíba – UFPB. João Pessoa – PB

Priscila Raquel Dantas Soares

Universidade Federal de Campina Grande – UFCG. Cuité – PB

Eronyce Rayka de Oliveira Carvalho

Universidade Federal da Paraíba – UFPB. João Pessoa – PB

Maria Djair Dias

Universidade Federal da Paraíba – UFPB. João Pessoa – PB

RESUMO: O presente estudo teve como objetivo identificar, na produção científica nacional, as evidências disponíveis acerca da predisposição ao estresse funcional em profissionais que trabalham em instituições prisionais. Realizou-se uma revisão da integrativa da literatura buscando artigos que mostraram como funcionários de instituições carcerárias (sejam policiais militares, agentes penitenciários e/ou demais profissionais que atuam no sistema prisional) estão predispostos ao estresse funcional. Foram identificados 17 artigos, porém apenas 7 se enquadraram nos critérios de inclusão e compuseram o quadro

de síntese para posterior análise. Verificou-se que os profissionais de instituições de privação de liberdade estão inclinados ao sofrimento e ao adoecimento mental, principalmente devido à tensão e responsabilidade de conviver com transgressores da lei e por estar expostos diretamente ao risco de violência. Além disso, identificou-se que a insalubridade e condições de trabalho precárias, com equipamentos e materiais inadequados, dificultam o desenvolvimento do trabalho de forma eficaz e segura. Percebeu-se assim a necessidade de buscar melhores condições de trabalho e a efetivação de um Serviço de Saúde do Trabalhador promover ações e planejar estratégias para minimizar os efeitos das demandas psicológicas no trabalho do agente socioeducador.

PALAVRAS-CHAVE: Prisões; Estresse ocupacional; Estresse profissional.

ABSTRACT: The present study aimed to identify, in the national scientific production, the available evidence about the predisposition to functional stress in professionals working in prisons. A literature review was carried out in search of articles that showed how prison staff (military police, prison officers and / or other professionals working in the prison system) are predisposed to functional stress. Seventeen articles were identified, but only seven were

included in the inclusion criteria and composed the synthesis table for further analysis. It has been found that professionals from institutions of deprivation of liberty are prone to suffering and mental illness, mainly due to the tension and responsibility of living with law-breakers and being directly exposed to the risk of violence. In addition, it has been identified that poor health and poor working conditions, with inadequate equipment and materials, make it difficult to develop work effectively and safely. The need to seek better working conditions and the realization of a Workers' Health Service were therefore perceived to promote actions and to plan strategies to minimize the effects of psychological demands on the work of the socioeducator agent.

KEYWORDS: Prisons; Occupational stress; Professional stress.

INTRODUÇÃO

O estresse se caracteriza como um estado de tensão, ocorrido quando situações vivenciadas ultrapassam a capacidade de reação e adaptação do organismo, ou seja, é uma resposta interna do organismo na tentativa de uma manutenção do seu equilíbrio. A fonte causadora do estresse pode ser dividida em externa, quando o indivíduo tenta adaptar-se às mudanças no ambiente em que está/é inserido e o interno está relacionado com a auto cobrança do indivíduo (LIPP, 2001).

Embora o estresse seja inerente à existência humana, alguns ambientes apresentam grande vulnerabilidade, tornando o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento quase inexistentes, impedindo o organismo a produzir respostas a uma ameaça e induzindo-o a um desgaste psíquico (BELTRAME, 2010).

Trabalhar em uma penitenciária, seja ela feminina ou masculina, exige do profissional adaptação a uma rotina complexa, de grande responsabilidade e alto risco, que acaba por gerar neste elevadas cargas físicas e emocionais. Dessa forma, sentimentos como insegurança e medo da violência, passam a estar presentes na rotina destes profissionais, deixando-os imersos em um ambiente estressor (ALMEIDA; MERLO, 2008; JASKOWIAK; FONTANA, 2015).

Os agentes penitenciários e os demais profissionais vivenciam em sua rotina atividades de escolta, disciplina e segurança dos presos; revista e fiscalização da entrada a saída de pessoas e veículos nos estabelecimentos prisionais; verificação e revista do preso, controle e a conferencia diária da população carcerária em todas as áreas do estabelecimento prisional; supervisão e fiscalização do trabalho prisional e conduta dos presos, observando os regulamentos e as normas do estabelecimento prisional em todas as fases da execução penal; realização de atos e procedimentos das infrações disciplinares; bem como atendimento de saúde. Tais atividades apresentam um risco em potencial a integridade física e mental do trabalhador, podendo o contato constante com essas atividades ser contribuinte ao desenvolvimento de estresse, propiciando riscos (JASKOWIAK; FONTANA, 2015).

Além das situações acima citadas, os trabalhadores de instituições prisionais no

Brasil estão imersos em um sistema penitenciário que apresenta em sua maioria a realidade de presídios superlotados, com infraestrutura precária causando assim más condições de trabalho. Há, ainda, o sentimento de insegurança gerado pelo medo de que sua identidade profissional ser revelada fora do ambiente prisional e que isto possa gerar algum tipo de assédio ou situação de perigo aos seus familiares (LOURENÇO, 2010; SANTOS, 2010; LEKA; JAIN, 2012).

Adicionalmente, apesar da presença das agentes de segurança penitenciária ser essencial para manutenção da ordem no sistema prisional, existe a falta de reconhecimento e desvalorização profissional que provoca também grandes frustrações. A sociedade, assim como muitas autoridades, desconhece o cotidiano de um presídio e não valorizam devidamente quem nele trabalha (LOURENÇO, 2010; LOURENÇO, 2011).

A realidade do sistema prisional e suas dificuldades é um problema antigo, porém ainda são poucas as publicações científicas relacionadas a essa temática, principalmente quando relacionadas aos agentes de segurança penitenciária. Dessa forma, o presente estudo teve como objetivo identificar as evidências disponíveis na produção científica nacional sobre a predisposição ao estresse funcional em profissionais que trabalham em uma instituição prisional.

MÉTODO

Para o alcance do objetivo proposto, optou-se por realizar uma revisão integrativa da literatura. A revisão integrativa é um método que permite a incorporação de evidências disponíveis na produção científica. É realizada de forma organizada com o intuito de aprofundar conhecimentos em determinada temática. Para a execução desta revisão foram percorridas seis etapas descritas a seguir: identificação do tema e elaboração da questão de pesquisa, estabelecimento de critérios de inclusão, exclusão e seleção da amostragem, categorização dos estudos, avaliação dos estudos incluídos na revisão, discussão dos resultados e síntese do conhecimento (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Para guiar a revisão, formulou-se a seguinte questão: Como o trabalho em uma instituição prisional pode predispor o estresse funcional? Para a busca dos artigos foram utilizadas as bibliotecas virtuais Web of Science, LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências e Saúde) e Scielo ([Scientific Electronic Library Online](#)). Os descritores utilizados foram: “Prisões”; “Estresse Ocupacional”; “Estresse Profissional”.

Os critérios de seleção foram: artigos que retratassem a influência do ambiente prisional na qualidade de vida dos seus profissionais; a predisposição a doenças ocupacionais principalmente ligadas a saúde mental dos trabalhadores dessa instituição; artigos publicados na íntegra, em português e no período de 2008 a 2018.

Após a identificação das publicações foi realizada a leitura do título, resumo e

palavras-chaves dos estudos de modo a garantir que os mesmos contemplassem a questão norteadora da revisão. Foram selecionados na base de dados LILACS um total de 5 artigos e na Scielo 12 artigos. Dos cinco artigos pré-selecionados para leitura na íntegra na base de dados LILACS, apenas 1 foi excluído por não responder a questão norteadora da pesquisa. Em relação à base de dados Scielo, 9 foram excluídos por não apresentarem clareza no método adotado ou não estavam relacionados ao estresse no trabalho. Desse modo, 7 artigos foram selecionados e analisados, sendo 6 de pesquisa qualitativa e 1 de pesquisa qualitativa e quantitativa, publicados entre 2008 e 2018.

Para a organização e tabulação dos dados, foi utilizado um instrumento de coleta de dados contendo o título da pesquisa, ano, autores, periódico de publicação, delineamento do estudo, local onde foi desenvolvida a pesquisa, objetivos do artigo e resultados encontrados.

Após a leitura de cada artigo selecionado foi realizado o preenchimento do instrumento de coleta de dados. Posteriormente, foram extraídas as principais informações abordadas em cada artigo e que correlacionavam com o objetivo do estudo. Em seguida, foi realizada, exaustivamente, a leitura da síntese dos artigos, com o propósito de verificar a contribuição de cada estudo para a elucidação da questão norteadora, de forma a atingir o objetivo previsto.

RESULTADOS

Observou-se nos estudos analisados que o espaço temporal do seu desenvolvimento esteve entre os anos de 2008 e 2015 e tiveram predominantemente o desenho qualitativo de pesquisa. Os autores dos artigos selecionados tinham em sua maior parte a formação em psicologia, sendo encontradas também sociólogas, nutricionista, assistente social e enfermeiras.

Os resultados da síntese dos artigos selecionados para análise foram apresentados no quadro a seguir:

Título do Periódico/ Autores	Ano de publicação	Delineamento do estudo	Objetivo	Principais resultados
Psico-USF/ DELA COLETA, A. S. M., DELA COLETA, M. F.	2008	Esta pesquisa utilizou a abordagem qualitativa com delineamento descritivo.	Este estudo se propôs a verificar os estressores ocupacionais no trabalho do policial civil a partir da percepção dos mesmos.	Excesso de trabalho, falta de infraestrutura, risco de vida, burocracia, o preso, ambiente de trabalho, responsabilidade, inadequação de função e excesso de controle externo.

Boletim de Psicologia/ OLIVEIRA, P. L. M. de; BARDAGI, M. P.	2010	Estudo comparativo	Contribuir para os estudos com referência ao tema das relações entre estresse e trabalho.	Confrontação direta com a criminalidade e emergências.
Revista Gaúcha Enfermagem/ GRECO et al.	2013	Estudo epidemiológico transversal	Verificar a associação entre estresse no trabalho, características sociodemográficas, laborais, hábitos e condições de saúde dos agentes socioeducadores do Rio Grande do Sul.	O constante estado de alerta (atenção a conflitos entre os adolescentes, situações de motim, agressões, intimidações, vigilância constante, etc.) e conflito de papéis.
Ciência & Saúde Coletiva/ BEZERRA, C. M. et al.	/2013	Abordagem qualitativa, privilegiando-se as narrativas das experiências pessoais.	Buscou-se aprofundar suas percepções sobre as diferenças de gênero no exercício da profissão, a relação entre estresse ocupacional e problemas de saúde e as estratégias utilizadas para amenizar esse tipo de problema.	A grande demanda de trabalho, assim como a falta de infraestrutura adequada, de pessoal e de material.
Revista Brasileira de Enfermagem/ JASKOWIAK, C. R.; FONTANA, R. T.	2015	Pesquisa descritiva, de abordagem qualitativa.	Conhecer as condições de trabalho de agentes penitenciários e os reflexos do exercício da atividade laboral em sua saúde.	Condições de trabalho insatisfatórias por deficiência de recursos materiais e descaso do poder público com as questões inerentes a ressocialização do apenado, resultando em exposição aos riscos psicossociais, insatisfação e desgaste emocional dos trabalhadores.

Estudos de Psicologia/ TSCHIEDEL, R.M.; MONTEIRO. J.K.	2013	Esta pesquisa utilizou a abordagem qualitativa com delineamento descritivo.	Identificar os aspectos da organização do trabalho que produzem prazer e os que produzem sofrimento no contexto laboral das agentes de segurança penitenciária e descrever as estratégias defensivas utilizadas por estas trabalhadoras no seu cotidiano laboral.	Execução da revista íntima Condições precárias de trabalho Relações de trabalho entre pares.
Ciência & Saúde Coletiva/ PINTO, L.W. et al	2013	Triangulação de métodos ¹⁹ , com abordagens qualitativa e quantitativa.	Investigar os fatores associados ao sofrimento psíquico de policiais civis que atuam em distintas áreas do Estado do Rio de Janeiro.	Insatisfação com a capacidade de reagir a situações difíceis e para exercer o trabalho para o qual foi treinado; a área de localização da unidade, problemas de sistema nervoso.

Quadro 1 - Síntese dos artigos selecionados para a revisão integrativa. João Pessoa – PB, 2018.

Fonte: Pesquisa direta, 2018.

DISCUSSÃO

Todos os artigos analisados mostraram que funcionários de uma instituição carcerária, sejam policiais militares, agentes penitenciários e/ou demais profissionais estão predispostos ao estresse funcional. O risco de estresse laboral devido ao desgaste ocasionado pelo trabalho em instituições de privação de liberdade já foi comprovado em pesquisas de diversos países, destacando uma preocupação internacional voltada à necessidade de reconhecer, prevenir ou controlar este mal (GRECO et al, 2013).

De acordo com os resultados os motivos dessa predisposição está relacionada ao constante estado de alerta (atenção a conflitos entre os apenados, situações de motim, agressões, intimidações e vigilância constante) e conflito de papéis (necessidade de condutas comedidas e prudentes, apesar do tipo de delito cometido), ou seja confrontação direta com a criminalidade e emergências, além de condições de trabalho insatisfatórias por deficiência de recursos materiais, excesso de trabalho e descaso do poder publico com as questões inerentes a ressocialização do apenado, resultando em exposição aos riscos psicossociais, insatisfação e desgaste emocional dos trabalhadores.

No ambiente de trabalho existem fatores estressores ligados as condições físicas, ambientais, e condições psicológicas e sociais que podem afetar o bem-estar biopsicossocial, além da saúde mental e a integridade moral das pessoas (SATLER, 2014). Os fatores relacionados ao ambiente e a organização do trabalho podem interferir direta e indiretamente na saúde do profissional como: pressões, exigência de produtividade, expectativas irrealizáveis, relações tensas e condições laborais precárias, dentre outros; sendo responsável por gerar sobrecarga física, cognitiva ou afetiva, poderá contribuir para o adoecimento ocupacional (PENTEADO; SILVA; MONTEBELLO, 2015).

A constante convivência com o sistema prisional induz o agente a manter-se em estado de alerta constante, sendo demonstrado em um estudo realizado com agentes do sul do Brasil que essa dinâmica laboral do presídio contribui para um “endurecimento emocional”, por tentar manter o profissionalismo e o menor envolvimento possível com o trabalho (MORAES, 2013; TSCHIEDEL; MONTEIRO, 2013).

O agente durante seus plantões é responsável por atividades que exigem uma dedicação exclusiva e isolamento do seu convívio social até o término do seu turno, uma vez que eles estão em contato direto com os apenados e expostos a intimidações e agressões verbais destes o que remete a necessidade constante de controle emocional (LOURENÇO, 2010; JASKOWIAK; FONTANA, 2015).

Em relação às condições de trabalho insatisfatórias destaca-se a extensa e exaustiva jornada de trabalho, as situações perigosas e insalubres ocasionadas por momentos de agitação e descontrole dos apenados, o trabalho com equipamentos antiquados e as viaturas sucateadas (JASKOWIAK; FONTANA, 2015).

Agentes masculinos ou femininos prestam serviço público de alto risco que exige planejamento, organização e implementação de serviços de vigilância, custódia e segurança dos indivíduos adultos, que são privados de sua liberdade (TAETS, 2009). Sua jornada de trabalho constitui-se de 40 horas semanais em regime de plantões de 12h por 24h e de 12h por 36h (sucessivamente) (TSCHIEDEL; MONTEIRO, 2013).

Além disto, observa-se que o quadro de profissionais encontra-se reduzido e tem levado estes a uma sobrecarga de trabalho, uma vez que a superlotação do sistema prisional é uma realidade no Brasil, o que impossibilita os agentes de exercer sua função com tranquilidade, ocasionando em más condições de trabalho e contribuindo para o adoecimento laboral (VASCONCELOS, 2000; SANTOS 2010).

Essa superlotação contribui para sentimentos como insegurança e medo da violência, principalmente quando o ambiente é propício a agitação e descontrole dos usuários. Além de restrições ao lazer, o preconceito da sociedade com o agente penitenciário por lidar com criminosos, onde o pensamento popular diz que o criminoso tem que sofrer e não passar apenas por uma política de ressocialização, podem contribuir para o adoecimento físico e mental do agente penitenciário (JASKOWIAK; FONTANA, 2015).

Trabalhar no sistema prisional significa carregar um estigma que acompanha

a profissão repercutindo na vida e interferindo nas possibilidades de interação social. Tanto o agente é visto como alguém que não merece confiança, despertando atenção nas demais pessoas, como ele também possui dificuldade para confiar nelas (BARCINSKI et al, 2014).

Observa-se assim, que a profissão de agente penitenciária não possui um reconhecimento social, nem mesmo do ponto de vista jurídico, devido a comparações equivocadas entre sua função, práticas de violência e agressões existentes na antiguidade. Em consequência disso, muitas vezes à sociedade condena o agente por ainda estar presa a visão do antigo carcereiro. Além disso, o próprio Estado parece ter esquecido o sistema prisional contribuindo para a não resolução de problemas como superlotação e escassez de políticas públicas (STRADIOTTI et al, 2015; CASTRO; NASCIMENTO, 2016).

Essa invisibilidade profissional também é percebida no meio acadêmico, onde é perceptível a escassez de estudos sobre condições de trabalho em penitenciárias, apesar dos numerosos estabelecimentos prisionais e do elevado número de funcionários existentes (ALVES; BINDER, 2014).

Frente a tudo que foi exposto percebe-se que trabalhar no ambiente prisional significa está em exposição ao perigo, necessitando permanecer em constante alerta frente aos constantes momentos de tensão. A periculosidade e a insalubridade do ambiente geram condições propícias ao desenvolvimento de estresse. Sendo importante que exista um estímulo para que esses profissionais adotem momentos de relaxamento como realizar atividades físicas ou atividades de lazer que possam contribuir para minimizar o estresse laboral e prevenir outros agravos a saúde (GRECO et al, 2013).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo permitiu verificar que os profissionais de uma instituição de privação de liberdade estão inclinados ao sofrimento e ao adoecimento mental, principalmente devido à tensão e responsabilidade de conviver com transgressores da lei e por estar expostos diretamente ao risco de violência, além da insalubridade e condições de trabalho precárias, com equipamentos e materiais inadequados, dificultando o desenvolvimento do trabalho de forma eficaz e segura.

O conhecimento das reais condições laborais de trabalhadores de instituições de privação de liberdade vem a contribuir para que as equipes de enfermagem em conjunto com uma equipe multiprofissional especializada presentes nessas instituições, desenvolvam a ações e estratégias visando a prevenção e a promoção da saúde, de modo a minimizar o sofrimento físico e psíquico relacionado às atividades de trabalho desses profissionais.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, L. L.; MERLO, A. R. C. **Manda quem pode, obedece quem tem juízo: prazer e sofrimento psíquico em cargos de gerência.** Cadernos de Psicologia Social do Trabalho, 11 (2), 139-157, 2008.
- ALVES, V; BINDER, M. C. P. **Trabalhar em penitenciárias: violência referida pelos trabalhadores e (in) satisfação no trabalho.** Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, vol.39, n.129, pp.50-62, 2014.
- BARCINSKI, M; ALTENBERND, B; CAMPANI, C. **Entre cuidar e vigiar: ambiguidades e contradições no discurso de uma agente penitenciária.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 19, n. 7, p. 2245-2254, 2014.
- BELTRAME N.G. **Sintomas de estresse encontrados nos acadêmicos do curso de psicologia da Universidade do Sul de Santa Catarina no momento de elaboração do trabalho de conclusão de curso.** [Monografia]. Santa Catarina: Universidade do Sul de Santa Catarina; 2010. Disponível em: http://portal2.unisul.br/content/navitacontent_/userFiles/File/cursos/cursos_graduacao/Psicologia-tb/tcc2010-a/Nadia.pdf
- CASTRO, V.L.; NASCIMENTO, M. E. P. **Agentes Penitenciários: abordagem jurídica e psicossocial em Campina Grande (PB).** Cadernos de Direito, Piracicaba, v. 16, n. 30, p. 87-100, 2016.
- GRECO, P.B.T.; MAGNAGO, T.S.B.S.; BECK, C.L.C.; URBANETTO J.S; PROCHNOW, A. **Estresse no trabalho em agentes dos centros de atendimento socioeducativo do Rio Grande do Sul.** Rev Gaúcha Enferm. 2013; v.34, n° 1, p. 94-103.
- JASKOWIAK, C. R.; FONTANA, R. T. **O trabalho no cárcere: reflexões acerca da saúde do agente penitenciário.** Rev Bras Enferm. 2015 mar-abr; v. 68, n° 2, p. 235-43.
- LEKA, S.; JAIN, A.. **Health impact of psychosocial hazards at work: an overview.** Institute of Work, Health & Organizations: University of Nottingham (2012).
- LIPP, M.E.N. **Estresse emocional: a contribuição de estressores internos e externos.** Revista de Psiquiatria Clínica [Internet]. 2001[acesso em 14 nov 2015]; 28(6):347-349. Disponível em: <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol28/n6/artigos/art347.htm>
- LOURENÇO, Arlindo da Silva. **O Espaço de Vida do Agente de Segurança Penitenciária no Cárcere: entre gaiolas, ratoeiras e aquários.** Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo, 2011.
- LOURENÇO, L. C. **Batendo a tranca: Impactos do encarceramento em agentes penitenciários da região metropolitana de Belo Horizonte.** *Dilemas*, v. 3, n°10, p. 11-31, 2010.
- MENDES, K. 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 Enferm. 2008.
- MORAES, P. R. B.; **A identidade e o papel de agentes penitenciários.** Tempo Social, Revista de Sociologia da USP. v. 25, n.1, p- 131 – 147. 2013.
- PENTEADO, R.Z; SILVA, N.B; MONTEBELLO, M.I.L. **Voz, estresse, trabalho e qualidade de vida de técnicos e preparadores físicos de futebol.** CoDAS, São Paulo, v. 27, n. 6, p. 588-597, Dec. 2015.
- SANTOS, M.M. **Agente penitenciário: trabalho no cárcere.** 2010. (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal.

SATLER, A.P. **Seriam os agentes penitenciários acometidos pela Síndrome de Burnout?** Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUÍ). Três Passos, Dezembro de 2014.

STRADIOTTI, J.M.M.; FREIRE, H.B.G.; SOUZA, J.C.; REZENDE, C.L. **Qualidade de vida e saúde geral dos Servidores Penitenciários do Estado de Mato Grosso do Sul.** Psicólogo inFormação, v. 18, n. 18, p. 47-70, 2015.

TAETS, A.R.F. **Abrindo e fechando celas: narrativas, experiências e identidades de agentes de segurança penitenciária femininas.** Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. 2012.

TSCHIEDEL, R.M.; MONTEIRO, J.K. **Prazer e sofrimento no trabalho das agentes de segurança Penitenciária.** Estudos de Psicologia, v. 18, nº3, p. 527-535, 2013.

VASCONCELOS, A. S. F. **A saúde sob custódia: um estudo sobre agentes da segurança penitenciária no Rio de Janeiro.** (Dissertação de Mestrado). Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2000.

PROCESSO DE TRABALHO NA CLÍNICA DA FAMÍLIA NA PERSPECTIVA DA CLÍNICA AMPLIADA

Valéria de Carvalho Araújo Siqueira
Daniele Merisio Raimundi
Francieli Furtado Ferreira
Fernanda Cristina Aguiar Lima

RESUMO: Objetivo: conhecer a prática da Clínica da Família em Cuiabá e sua relação com os preceitos da clínica ampliada, sob a perspectiva dos enfermeiros do serviço. Método: pesquisa descritiva qualitativa, coleta de dados com entrevista semiestruturada e resultados analisados segundo o método de análise de conteúdo do tipo temática. Resultados: para os enfermeiros atuantes no serviço, este assume uma proposta diferenciada e inovadora, no qual busca se correlacionar com a gestão compartilhada em suas três esferas. Apesar de a maioria não conhecer o termo Clínica Ampliada em suas falas citaram seus principais preceitos e suas ferramentas. As maiores potencialidades descritas foram a relação com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família e a participação popular, e como desafios, a falta de agente comunitário de saúde, do cadastro nacional de estabelecimento de saúde e a dificuldade de atuação devido ao perfil dos profissionais de nível técnico advindos da atenção secundária. Conclusão: a clínica possui aspectos positivos que podem contribuir para o progresso da profissão, para a formação de profissionais da saúde e para

um modelo de assistência de nível primário inovador. Logo, enfatiza-se a necessidade de implantação da educação permanente com o objetivo de concretizar sua proposta, além de estudos posteriores no local.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem; Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família; Humanização da Assistência; Assistência Integral à Saúde.

ABSTRACT: Objective: to know the practice of the Family Clinic in Cuiaba and its relationship with the precepts of the expanded clinic, from the perspective of the service nurses. Method: qualitative descriptive research, data collection with semi-structured interviews and results analyzed according to the method of thematic content analysis. Results: for nurses working in the service, this assumes a differentiated and innovative proposal, which seeks to correlate with shared management in its three spheres. Although most do not know the Enlarged Clinic term in his speech cited its main principles and its tools. The greatest potential described were related to the Support Center for Health and popular participation, and as challenges, the lack of community health worker, the national health establishment registration and the difficulty of operation due to the profile of the professionals technical level arising from secondary care. Conclusion: The clinic has positive aspects that

can contribute to the advancement of the profession, to train health professionals and an innovative primary care model. Therefore, it emphasizes the need for implementation of continuing education in order to realize its proposal, and further studies on site.

KEYWORDS: Nursing. Primary Health Care. Family Health Strategy. Humanization of Assistance. Comprehensive Health Care.

1 | INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (PNH) representa uma das estratégias formuladas a fim de fortalecer e aperfeiçoar o processo de cuidado, de fazer gestão e nas relações envolvendo gestores, trabalhadores e usuários (BRASIL, 2004).

O HumanizaSUS, como também é conhecido, prevê a utilização de instrumentos considerados essenciais, dentre eles a Clínica Ampliada e Compartilhada, que tem por objetivo principal promover a autonomia do usuário do serviço de saúde. Volta-se ao sujeito-família-comunidade como um todo (ser biopsicossocial) em seu contexto de vida, buscando, assim, o cuidado transdisciplinar e multiprofissional, tendo em vista o sujeito como um ser autônomo corresponsável e ativo em seu processo de saúde-doença (BRASIL, 2009a).

Estender o olhar para além dos aspectos clínicos implica em conceber a saúde de maneira ampliada, não se restringido à assistência médico-assistencial, mas sim, partindo do princípio de qualidade de vida e autonomia, levando em consideração o cuidado ao usuário em seu contexto social, de modo a promover a saúde e prevenir agravos (BRASIL, 2009a). De modo que, este cuidado seja pautado “na escuta, vínculo e a um fazer associado a um coletivo de profissionais da saúde e usuários” (SUNDFELD, 2010, p. 2).

Com a implantação de uma unidade nesse modelo no município de Cuiabá, e considerando seu pioneirismo no estado, acredita-se que uma análise do serviço sob a ótica dos enfermeiros que integram as equipes, tende a contribuir para elucidar questões relevantes a fim de otimizar a assistência à saúde. Dessa forma, o presente estudo tem por objetivo conhecer a perspectiva dos enfermeiros que integram as equipes de Saúde da Família, quanto à organização da prática na CF no município de Cuiabá-MT, e sua relação com os preceitos da Clínica Ampliada.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório e de abordagem qualitativa. A unidade de saúde escolhida para o estudo representa um modelo pioneiro, no estado de Mato Grosso, de organização do serviço nos moldes propostos, e se organiza em cinco equipes de Saúde da Família, de modo que cada equipe é composta por um

enfermeiro, dois técnicos de enfermagem, um médico, um recepcionista. Apenas uma equipe tem Agentes Comunitários de Saúde (ACS) em sua composição, atendendo simultaneamente a três bairros.

A população de estudo é composta pelos enfermeiros que atuam nas cinco equipes da CF, adotando-se o critério de exaustão nessa definição. A técnica de coleta de dados foi a entrevista semiestruturada e os resultados foram organizados e classificados de modo a comporem categorias, agrupando-se os dados por similaridade de sentido, por meio da técnica de análise de conteúdo do tipo temática (MINAYO, 2010).

Este estudo é um recorte da pesquisa intitulada “A organização do trabalho na Estratégia de Saúde da Família na perspectiva da Clínica Ampliada” aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Muller, sob o parecer de número 869.608/2014.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

A prática no serviço e sua relação com a clínica ampliada

A partir da visão dos enfermeiros do serviço, encontramos vários aspectos em relação ao propósito de implantação da CF, muitos referem que a mesma traz uma estratégia inovadora e resolutive:

“Eu acho um grande modelo (...) bem interessante pra gente estar seguindo, da forma mais humanizada, tratar bem os pacientes (...) desde o início a gente sempre tinha a visão de que é uma unidade diferente, né. Então a gente tem que ter um atendimento diferente (E1)”.

Com isso, podemos sugerir que este modelo de atenção à saúde está acarretando melhor qualidade na assistência prestada à comunidade, em especial por se tratar de uma área de abrangência até então descoberta pela AB.

Os enfermeiros da CF percebem a organização do serviço como uma proposta de unidade diferenciada, com gestão compartilhada em suas três esferas (gestão de materiais, pessoas e cuidado):

“Hoje o planejamento da equipe é feito com todo mundo, com todas as equipes (...) eu acredito que com as cinco equipes de saúde da família uma ajudando a outra, elas ganham (E2)”.

Quanto à organização e gestão do trabalho, as falas dos enfermeiros da CF, denotam que há articulação com os preceitos da PNH, uma vez que relatam decisões compartilhadas e tomadas coletivamente, após discussão nos espaços de participação múltipla (BRASIL, 2004; BRASIL, 2009c).

Quando questionados quanto à associação que eles fazem entre a Clínica da

Família e os preceitos da Clínica Ampliada, somente um enfermeiro soube responder, porém, mesmo não conhecendo o significado do termo Clínica Ampliada, os demais no decorrer de suas falas citaram seus preceitos e suas ferramentas:

“Foi traçado todo um plano de cuidado, e a gente foi lá e aplicou e tá sendo acompanhado, e daqui mais um pouco a gente vai fazer avaliação desse plano de cuidado, porque se não der certo a gente tem que mudar, né?”(E5).

As várias ferramentas da clínica ampliada que são o diálogo, o vínculo, a escuta, o apoio matricial (suporte do NASF), o projeto terapêutico singular, além do atendimento integral e humanizado são expressos pelos enfermeiros, e um deles conclui que:

“Hoje a gente é bem retribuído, a gente vê assim que o vínculo que temos com esse paciente, o reconhecimento que eles sentem, que eles tem pela gente, se sentir integrado dentro da unidade. Então hoje a gente vê essa diferença” (E1).

Vimos também, através das falas dos enfermeiros que, de certa forma, a CF vem cumprindo seu papel de amenizar os danos e trabalhando as expectativas dos usuários que procuram o serviço de saúde, a fim de extinguir noção de saúde como bem de consumo, buscando ao invés de quantidade, a qualidade do serviço (BRASIL, 2009a).

Nesse sentido, Peduzzi *et al.* (2011) ressaltam a importância da comunicação no trabalho em equipe, e os resultados positivos advindos da prática multiprofissional articulada em prol de um objetivo único. Deste modo, para que tal modelo de assistência à saúde seja efetivo e resolutivo, é importante dar ênfase à correlação profissional-usuário-gestor, uma vez que, todos estão envolvidos neste processo.

Os desafios e potencialidades da Clínica da Família

Comparando o serviço onde estão inseridos e as demais unidades de ESF, os enfermeiros apontaram como um grande diferencial a presença e o apoio do NASF dentro da unidade, bem como as facilidades que o mesmo proporciona:

“Nós temos esse privilégio né, de dentro dessa estrutura física aqui da clínica, o NASF ter a sua sala aqui com a gente” (E2); “aqui eu consigo ter uma intervenção, ou solicitar uma ajuda, ou pedir uma orientação e eu acho isso diferente de outras unidades” (E3).

Considerando que o NASF foi criado com intuito de ampliar a resolutividade e a abrangência das ações da ESF, por meio do apoio matricial aos profissionais da AB, a composição de equipe multiprofissional viabiliza o alcance desses objetivos, compartilhando tecnologias e saberes segundo as demandas da comunidade atendida (BRASIL, 2012a).

Diante disso, notamos que os enfermeiros da clínica demonstram um compromisso

ético com o sujeito, que é visto de modo singular, na medida em que assumem a responsabilidade pelo atendimento as necessidades, lançando mão do apoio do NASF quando não está dentro de sua possibilidade de atuação, com foco no atendimento conjunto. Isto sugere que, em alguma medida, o NASF vem cumprindo seu papel de apoio matricial.

Outras potencialidades elencadas pelos enfermeiros são a rádio comunitária, a participação da comunidade e dos presidentes de bairro no conselho gestor, sala de espera e os grupos, como por exemplo, o do Hiperdia. Assim, percebe-se a importância dada à participação da comunidade nas ações da CF, evidenciando que os enfermeiros valorizam as diretrizes do SUS, em especial quanto ao controle social e instâncias colegiadas.

Relacionado a isto, podemos dizer que os relatos dos entrevistados reforçam algo que foi proposto no estudo de Rosa *et al.* (2011), que afirmam a necessidade de reorganizar o processo de trabalho, através de inclusão da comunidade no planejamento das ações, no intuito de traçar intervenções mais assertivas, e correspondendo com as necessidade e expectativas da mesma. Tais potencialidades se associam com a proposta da clínica que é de ser modelo na assistência à saúde e de participação da comunidade.

Como desafios, a maioria dos enfermeiros destacou: a falta do ACS na unidade; o fato de a unidade ainda não possuir o CNES relacionada a um serviço de AB, pois ainda está cadastrada como instituição de atenção secundária; e, a dificuldade de atuação devido às competências dos profissionais de nível técnico, mais voltadas para a atuação em nível secundária.

Assim, o principal desafio enfrentado pela equipe foi evidenciado pela falta do ACS, pois os mesmos são fundamentais para que a ESF funcione adequadamente:

“O grande aspecto negativo sempre é a falta do agente comunitário, que é o nosso elo com a comunidade” (E3).

Os ACS têm um papel fundamental na AB no sentido de viabilizar integração entre serviço-comunidade, acompanhamento de indivíduos e coletividades, de modo a cadastrar e atualizar dados, e informar a equipe quanto às situações de risco. Eles estão mais próximos da comunidade, tem a capacidade de ajudar na implementação e desenvolvimento de ações de saúde, favorecendo e fortalecendo tais ações, considerando as singularidades locais (BRASIL, 2012a; SANTOS *et al.*, 2010; CARDOSO; NASCIMENTO, 2010; LANZONI *et al.*, 2014).

A ausência do ACS desencadeia ainda outros desafios, como: a falta do cadastramento dos usuários e a atualização destes cadastros; dificuldade em divulgar as ações em saúde, bem como campanhas, e orientações sobre o funcionamento da CF; além de este ser o elo do serviço e comunidade, e o principal vigilante de saúde.

Costa *et al.* (2013) concluíram em seu estudo que o trabalho do ACS na AB, é de

suma significância para a concretização da ESF e consolidação do conceito ampliado de saúde, pois, o mesmo realiza atividades diferenciadas junto à comunidade, assumindo o compromisso de articular os preceitos e ações de saúde.

Um ponto desfavorável também citado pelos entrevistados, que dificulta a realização de ações da CF, bem como atenção à saúde da família, seria a falta de cadastramento do serviço no CNES:

“Toda produção que é feita aqui, ela é alimentada no cadastro da atenção secundária e não da básica (...) isso interfere nos nossos relatórios, que a gente tem que encaminhar mensalmente” (E4). “Nós não temos CNES ainda (...) estamos trabalhando há um ano (...) realizando ações de equipe saúde da família, porém não somos equipe saúde da família” (E2).

Este fato deixa a desejar os objetivos da ESF, pois é através do CNES que se tem o conhecimento real da rede assistencial e dos profissionais, bem como do repasse financeiro adequado ao estabelecimento. Deste modo a sua falta acarreta na disseminação de informações desatualizadas, dificuldade de implantação dos complexos regulatórios, além do não repasse financeiro, considerando também que a correta atualização do CNES é essencial para a tomada de decisão dos profissionais de saúde (LIRA *et al.*, 2014).

Os profissionais apontam como fator que interfere negativamente no seu processo de trabalho, o fato de a maioria do pessoal de nível médio estar anteriormente inserido na atenção secundária e não ter recebido capacitações voltadas à atenção básica, assim alguns enfermeiros acreditam que os mesmos não têm o perfil para atuar na CF: *“Então nós temos essa dificuldade muito grande hoje, por causa do perfil desse funcionário (...) algumas pessoas da secundária que vieram, que era da antiga policlínica, e hoje elas são da inserção de uma clínica da família” (E2).*

Em estudo realizado em município do interior do Paraná, com profissionais da AB, encontramos que para atuar na ESF, além das capacitações oferecidas pela secretaria de saúde, os profissionais devem ter o perfil para o trabalho nesta área (LOPES; MARCON, 2012). Sendo, de responsabilidade do Ministério da Saúde articular maneiras, junto ao Ministério da Educação visando à formação de profissionais que atendam essa demanda (BRASIL, 2012a).

Dessa forma, acreditamos que, no que diz respeito às dificuldades relacionadas à gestão dos serviços de saúde-ausência do ACS e cadastro na unidade enquanto atenção básica, são requeridas estratégias imediatas a fim de regularizar o serviço, bem como direcionar as práticas a fim de se obter os resultados almejados para esse nível de atenção, acredita-se que a realização de concurso para contratação de ACS, represente uma estratégia que desencadeará a resolução dos demais problemas, viabilizando o cadastro da unidade.

No tocante ao perfil dos profissionais de nível médio, apontado por alguns enfermeiros como ponto negativo, acreditamos que há possibilidade de resolução

in loco, na medida em que os enfermeiros desenvolvam práticas educativas com esse público, além disso, ressalta-se a relevância da educação permanente, a fim de conduzir a solução não só desse problema, mas de vários aspectos relacionados, buscando assim, uma assistência mais ampla, humanizada e de qualidade, voltada realmente as necessidades da comunidade.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pudemos observar que as categorias de análise nos remetem a inúmeros aspectos positivos relacionados a práticas capazes de aperfeiçoar a assistência à saúde da população adstrita, sendo que várias ferramentas e fundamentos da PNH e da Clínica Ampliada são destacadas sobre o olhar dos enfermeiros. Nota-se também que como campo de ensino e pesquisa, a CF contribui altamente para a formação de profissionais enfermeiros voltados a uma atenção básica inovadora, sendo um modelo de promoção e prevenção da saúde e de assistência para o estado de Mato Grosso. Visando que a mesma possa colaborar para o progresso da profissão, pois traz o enfermeiro com principal ator de gestão e com isso co-autor das mudanças necessárias. Uma grande potencialidade exposta é o apoio matricial ofertado pelo NASF e a interação que ele tem com as equipes das UBS. Isto é um resultado rico visto o quão importante é esta interação para proporcionar uma assistência de qualidade, humanizada, integral e resolutiva.

Dois desafios são na verdade uma reação em cadeia, visto que não tem como a mesma ter CNES como atenção básica, se não tem ACS. Primeiramente faz-se necessário a regularização deste profissional na clínica para que a mesma possa efetivar e concretizar sua proposta, que é de ser modelo em assistência, ensino e pesquisa. Já o terceiro que é perfil dos profissionais de nível técnico, vem sendo parcialmente resolvido, visto que o problema foi detectado e alguns enfermeiros estão buscando capacitar à equipe.

Identifica-se o quão importante é a avaliação de como vem se concretizando essa estratégia inovadora e se a mesma vem seguindo o que é preconizado pelo Ministério da Saúde, em torno do que outros estudos devem ser encaminhados. Além disso, sugere-se que seja implantado na clínica um projeto de educação permanente, com o objetivo de concretizar as mudanças necessárias para gerir o cuidado e as demandas do serviço, voltadas à Clínica Ampliada.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, Simone de Pinho; ELIZEU, Taniza Soares; PENNA, Cláudia Maria Mattos. Ótica dos profissionais de saúde sobre o acesso à atenção primária à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n. 8, p. 2347-2357, 2013.

BONFADA, Diego; CAVALCANTE, José Rodolfo Lopes de Paiva; ARAUJO, Dayane Pessoa de;

GUIMARAES, Jacileide. A integralidade da atenção à saúde como eixo da organização tecnológica nos serviços. **Ciênc. saúde coletiva** [online], v.17, n.2, p. 555-560, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n2/a28v17n2.pdf>> Acessado em: 13 de Dezembro de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 20 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Clínica ampliada e compartilhada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. 64 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. 64 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Gestão participativa e cogestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009c. 56 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. 110 p.

BRASIL. Conselho nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de Dezembro de 2012. **Publicada no DOU nº 12**, 13 de junho de 2013, Seção 1, p. 59, 2012b.

CAMPOS, Rosana Teresa Onocko; FERRER, Ana Luiza; GAMA, Carlos Alberto Pegolo da; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; TRAPÉ, Thiago Lavras; DANTAS, Deivisson Vianna. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. Especial, p. 252-264, 2014.

CARDOSO, Andréia dos Santos; NASCIMENTO, Marilene Cabral do. Comunicação no Programa Saúde da Família: o agente de saúde como elo integrador entre a equipe e a comunidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, Supl. 1, p. 1509-1520, 2010.

CASTRO, Cristiane Pereira de; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Apoio institucional Paidéia como estratégia para educação permanente em saúde. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 12 n. 1, p. 29-50, 2014.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v.9, n.16, p.161-77, 2005.

CORRÊA, Áurea Christina Paula; ARAÚJO, Emerson Francisco de; RIBEIRO, Antônio César; PEDROSA, Inês de Cássia Franco. Perfil sociodemográfico e profissional dos enfermeiros da atenção básica à saúde de Cuiabá - Mato Grosso. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. v. 14, n. 1, p. 171-8, 2012. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n1/pdf/v14n1a20.pdf>> Acessado em: 15/10/2014.

COSTA, Simone de Melo; ARAÚJO, Flávia Ferreira; MARTINS, Laiara Versiani; NOBRE, Livia Lícia Rafael; ARAÚJO, Fabrícia Magalhães; RODRIGUES, Carlos Alberto Quintão. Agente Comunitário de Saúde: elemento nuclear das ações em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 7, p. 2147-2156, 2013.

FRACOLLI, Lisaine Aparecida; ZOBOLI, Elma Lourdes Pavone; GRANJA, Gabriela Ferreira; ERMEL, Regina Célia. Conceito e prática da integralidade na Atenção Básica: a percepção das enfermeiras. **RevEscEnferm USP**, v. 45, n. 5, p. 1135-41, 2011.

GODOY, Solange Cervinho Bicalho. **Prazer e sofrimento do enfermeiro na relação com o trabalho estudo em um hospital de urgência e emergência de Belo Horizonte**. 2009. 188f. Tese (Doutorado em Saúde e Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

GOMES, Karine de Oliveira; COTTA, Rosângela Minardi Mitre; MITRE, Sandra Minardi; BATISTA, Rodrigo Siqueira; CHERCHIGLIA, Mariângela Leal. O agente comunitário de saúde e a consolidação do Sistema Único de Saúde: reflexões contemporâneas. **Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro**, v. 20, n 4, p. 1143-1164, 2010.

HARZHEIM, Erno. (org). LIMA, Karine Margarites; HAUSER, Lisiane. **Pesquisa avaliativa sobre aspectos de implantação, estrutura, processo e resultados das Clínicas da Família na cidade do Rio de Janeiro**. Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2013. 91 p.

HILLESHEIN, Eunice Fabiani; SOUZA, Luccas Melo de; LAUTERT, Liana; PAZ, Adriana Aparecida; CATALAN, Vanessa Menezes; TEIXEIRA, Meíra Gonçalves; MELLO, Déborah Bulegon. Capacidade para o trabalho de enfermeiros de um hospital universitário. **Rev Gaúcha Enferm**. Porto Alegre (RS), v. 32, n. 3, p. 509-15, 2011.

JUNQUEIRA, Túlio da Silva; COTTA, Rosângela Minardi Mitre; GOMES, Ricardo Corrêa; SILVEIRA, Suely de Fátima Ramos; SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo; PINHEIRO, Tarcísio Márcio Magalhães; SAMPAIO, Rosana Ferreira. As relações laborais no âmbito da municipalização da gestão em saúde e os dilemas da relação expansão/precarização do trabalho no contexto do SUS. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 5, p. 918-928, 2010.

LANZONI, Gabriela Marcellino de Melo; CECHINEL, Caroline; MEIRELLES, Betina Hörner Schlindwein. Agente Comunitário de Saúde: estratégias e consequências da sua rede de relações e interações. **Rev Rene**, v. 15, n. 1, p. 123-31, 2014.

LIMA, Isis Fernanda dos Santos; LOBO, Fernanda Senna; ACIOLI, Karen Lidiane Bemfica de Oliveira; AGUIAR, Zenaide Neto. Integralidade na percepção dos trabalhadores de uma Unidade Básica de Saúde da Família. **RevEscEnferm USP**, n. 46, n. 4, p. 944-52, 2012.

LIRA, Camila Raianne Santos de; BARBOSA, Fernanda Elizabeth Sena; CHAVES, Laura Milena Fortunato; LIMA, Thaisyara de Melo Barbosa; SILVA, Gislea Kandida Ferreira da; NOGUEIRA, Priscila Tamar Alves; SANTANA, Mario Cesar Carneiro de. Cadastro nacional de estabelecimentos de saúde como instrumento de auxílio na gestão: relato de experiência. Anais do 11º Congresso Internacional da Rede Unida. Suplemento **Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação** [online], supl. 3, 2014. Disponível em: <<http://conferencias.redeunida.org.br/ocs/index.php/redeunida/RU11/paper/view/3767>>. Acesso em: 15/12/14.

LOPES, Mislaine Casagrande de Lima; MARCON, Sonia Silva. Assistência à família na atenção básica: facilidades e dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde. **Acta Scientiarum**. Health Sciences: Maringá, v. 34, n. 1, p. 85-93, 2012.

MARTINEZ, Maria Carmen; LATORRE, Maria do Rosário Dias de Oliveira; FISCHER, Frida Marina. Capacidade para o trabalho: revisão de literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, Supl. 1, p. 1553-1561, 2010.

MATUMOTO, Silvia; FORTUNA, Cinira Magali; KAWATA, Lauren Suemi; MISHIMA, Silvana Martins; PEREIRA, Maria José Bistafa. A prática clínica do enfermeiro na atenção básica: um processo em construção. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.19, n.1, p.123-30, 2011.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12ª ed. São Paulo (SP): Hucitec; 2010.

OLIVEIRA, Fernanda Maria do Carmo da Silveira Neves de; FERREIRA, Emiliane Cunha; RUFINO,

Neide Angelica SANTOS, Maria da Soledade Simeão dos. Educação permanente e qualidade da assistência à saúde: aprendizagem significativa no trabalho da enfermagem. **Aquichán**, Bogotá, v. 11, n. 1, Apr. 2011.

PEDUZZI, Marina; CARVALHO, Brígida Gimenez; MANDÚ, Edir Nei Teixeira; SOUZA, Geisa Colebrusco de; SILVA, Jaqueline Alcântara Marcelino da. Trabalho em equipe na perspectiva da gerência de serviços de saúde: instrumentos para a construção da prática interprofissional. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.21, n. 2, p. 629-646, 2011.

RICALDONI, Carlos Alberto Caciquinho; SENA, Roseni Rosangêla de. Educação permanente: uma ferramenta para pensar e agir no trabalho de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 6, Dec. 2006.

ROSA, Raquel Borba; PELEGRINI, Alisia Helena Weis; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Resolutividade da assistência e satisfação de usuários da Estratégia Saúde da Família. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS), v. 32, n. 2, p. 345-51, 2011.

SANTOS, Maria Ruth; PIERANTONI, Celia Regina; SILVA, Lorena Lopes da. Agentes Comunitários de Saúde: experiências e modelos do Brasil. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1165-1181, 2010.

SILVA, Jaqueline Alcântara Marcelino da; OGATA, Márcia Niituma; MACHADO, Maria Lúcia Teixeira. Capacitação dos trabalhadores de saúde na atenção básica: impactos e perspectivas. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet], v. 9, n 2, p. 389-01, 2007.

SUNDFELD, Ana Cristina. Clínica ampliada na atenção básica e processos de subjetivação: relato de uma experiência. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n 4, p. 1079-1097, 2010.

TOMASI, Elaine; FACCHINI, Luiz Augusto; PICCINI, Roberto Xavier; THUMÉ, Elaine; SILVEIRA, Denise Silva da; SIQUEIRA, Fernando Vinholes; RODRIGUES, Maria Aparecida; PANIZ, Vera Vieira; TEIXEIRA, Vanessa Andina. Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, Sup 1: S193-S201, 2008.

ÚLCERA POR PRESSÃO EM PACIENTE CRÍTICO: O PAPEL DO ENFERMEIRO NA SUA PREVENÇÃO

Roberta Kellyn de Azevedo Aroucha

Faculdade Gianna Beretta, Curso de Especialização em Enfermagem em UTI
São Luís – MA.

Joelmara Furtado dos Santos Pereira

Universidade Federal do Maranhão, Mestrado Profissional em Saúde da Família - Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família.
São Luís – MA.

Rayssa Alessandra Godinho de Sousa

Universidade Federal do Maranhão, Mestrado em Saúde do Adulto.
São Luís – MA.

Josiedna Abreu Pinheiro

Hospital Regional da Baixada Maranhense Dr. Jackson Lago.
Pinheiro – MA.

Ana Mônica Abreu dos Santos de Oliveira

Secretária Municipal de Saúde – SEMUS
São Luís – MA.

Ana Patrícia Fonseca Coelho Galvão

Faculdade Pitágoras São Luís, Departamento de Enfermagem.
São Luís – MA.

Franco Celso da Silva Gomes

Faculdade UNINASSAU, Departamento de Enfermagem.
São Luís – MA.

Maria do Socorro Marques Soares

Universidade Federal do Maranhão, Curso de Enfermagem do Centro de Ciências Humanas,

Naturais, Saúde e Tecnologia (CCHNST).
Pinheiro – MA.

Lívia Cristina Sousa

Universidade Federal do Maranhão, Mestrado Profissional em Saúde da Família - Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família.
São Luís – MA.

Francisca Bruna Arruda Aragão

Universidade Federal do Maranhão, Curso de Enfermagem do Centro de Ciências Humanas, Naturais, Saúde e Tecnologia (CCHNST).
Pinheiro – MA.

RESUMO: A úlcera por pressão (UP) é uma complicação frequente em pacientes graves, que reflete na assistência e na qualidade de vida do paciente e uma ocorrência bastante frequente nas unidades de terapia intensiva (UTI). Este estudo objetivou discutir a importância do papel do Enfermeiro no controle e na prevenção de úlceras por pressão em pacientes críticos. O estudo foi operacionalizado mediante a busca eletrônica de trabalhos científicos publicados no site Scielo (*Scientific Electronic Library Online*) e LILACS, a partir dos descritores: úlcera de pressão, enfermagem e unidade de terapia intensiva. Para que fosse possível realizar um estudo, na literatura nacional, sobre a temática. A amostra da discussão da revisão de literatura é constituída por 16 artigos. Após a análise

dos trabalhos pesquisados verificou-se que o enfermeiro é o membro da equipe de saúde que, permanece ao lado dos pacientes durante todo o processo de internação, assim o mesmo tem a capacidade de avaliar e o diagnosticar o paciente, visando a prevenção do desenvolvimento da úlcera de pressão. Conclui-se que a UP é um grande problema em UTI e para o bem-estar do paciente e para uma assistência com qualidade é necessário que o profissional possua informações técnicas e científicas, portanto, o enfermeiro deve buscar por meio da capacitação mais conhecimentos para o melhoramento da prática clínica, efetivando a qualidade da oferta dos serviços de saúde e diminuição da incidência de lesões de pele.

PALAVRAS-CHAVE: Úlcera por Pressão. Enfermagem. Unidade de Terapia Intensiva.

ABSTRACT: Pressure ulcer is a frequent complication in critically ill patients, which reflects on patient care and quality of life and a very frequent occurrence in intensive care units (ICUs). This study aimed to discuss the importance of the role of the nurse in the control and prevention of pressure ulcers in critically ill patients. The study was made possible by the electronic search of scientific papers published in SciELO (Scientific Electronic Library Online) and LILACS, using the descriptors: pressure ulcer, nursing and intensive care unit. So that it was possible to carry out a study, in the national literature, on the subject. The literature review discussion sample consists of 16 articles. After analyzing the researches, it was verified that the nurse is the member of the health team that stays with the patients throughout the hospitalization process, so it has the capacity to evaluate and diagnose the patient, aiming at prevention development of pressure ulcer. It is concluded that PU is a major problem in the ICU and for the patient's well-being and for a quality assistance it is necessary that the professional has technical and scientific information, therefore, the nurse should seek through the training more knowledge to the improvement of the clinical practice, effecting the quality of the offer of the health services and reduction of the incidence of skin lesions.

KEYWORDS: Pressure Ulcer. Nursing. Intensive Care Unit.

1 | INTRODUÇÃO

A úlcera por pressão (UP) é uma complicação frequente em pacientes graves, que reflete na assistência e na qualidade de vida do paciente. Conforme a literatura, a UP é uma alteração na pele devido a compressão de tecidos moles durante um longo período, entre uma proeminência óssea e uma superfície dura. Entre seus fatores de risco, destaca-se: imobilidade, desnutrição, anemia, edema, vasoconstrição medicamentosa, alterações do nível de consciência, incontínências e vasculopatias (SILVA et al., 2010).

As UP, em muitos casos, apresentam reincidência, com cicatrização difícil, o que necessita de tratamentos cirúrgicos. O tecido envolvido é doloroso, tendo os locais

mais frequentes sendo: região sacra, calcâneos e proeminências ósseas (MATOS; DUARTE; MINETTO, 2010).

Apesar dos avanços tecnológicos na área da saúde a prevalência das UP ainda é um problema nos serviços de saúde, sobretudo entre pacientes hospitalizados, estima-se que no Brasil, sua prevalência que varia de 27% e 39,4%, entre hospitalizados, para este problema (ARAUJO; ARAUJO; CAETANO, 2011).

Ressalta-se que os pacientes mais atingidos são os que estão internados em unidades de terapia intensiva (UTI), tetraplégicos e idosos com fraturas de colo de fêmur. Sabe-se que a UTI é um setor destinada à pacientes críticos que requerem assistência médica e de enfermagem permanente, onde os pacientes são aqueles com perda de sua auto-regulação, mas potencialmente reversíveis, como os pacientes submetidos a cirurgias cardíacas, doenças crônicas, os portadores de afecções neurológicas sérias ou traumas e dos submetidos a grandes procedimentos cirúrgicos que coloquem em risco as suas condições vitais, logo, estas fatores clínicas colocam esses pacientes a complicações como a UP (MATTIA et al., 2010).

Ressalta-se que nas UTI's, há uma grande quantidade de cuidados mas próprios desta unidade que são caracterizados pelo grau de complexidade e considerados mais especializados, pois, envolvem o uso de tecnologias avançadas que visam reverter a criticidade do paciente estabilizando-o. Estes cuidados envolvem manutenção da higidez corporal do paciente englobando tanto a integridade cutânea, quanto o lado emocional, familiar e espiritual do mesmo. Percebe-se que quer pela dificuldade da realização de cuidados preventivos para manter a integridade cutânea ou pelo quadro clínico do paciente, nota-se que este paciente pelas restrições decorrentes do seu estado é mais suscetível ao aparecimento da úlcera por pressão que infelizmente é comum de ocorrer em pacientes críticos internados em UTI's.

Nesse contexto, a literatura indica que a ulcera de pressão com um problema de saúde nacional e mundial, que ocasiona grandes consequências tanto, para o paciente, como para os serviços de saúde. Este problema, como foi relatado anteriormente acomete mais pacientes internados em UTI (STEIN et al., 2012).

Pacientes em cuidado intensivo possuem mais riscos de desenvolver UP porque estão quase invariavelmente limitados na sua atividade física geral e de mobilidade, devido a sua diminuição da capacidade de mudar ativamente a sua posição no leito. Além disso, muitos casos têm perda de percepção dos sentidos, por causa de anestésicos e sedativos que diminuem o nível de consciência e a sensação cutânea, e encontram-se, muitas vezes, em mau estado nutricional devido a uma alteração no metabolismo ocasionada pela patologia (ROGENSKI, KURCGANT, 2012; STEIN et al., 2012).

Estudos indicam que a incidência de UP nas UTIs esteja entre 10,62% a 62,5% (SALES; BORGES; DONOSO, 2010; BAVARESCO; MEDEIROS; LUCENA, 2011).

Portanto, o enfermeiro, como profissional capacitado e em constante contato com paciente, deve proporcionar um cuidado clínico mais atento sobre a UP, ou seja,

esse profissional deve assistir a pessoa e prevenir e detectar a UP. Neste sentido, justifica a realização desse estudo, pois o enfermeiro é um profissional que se destaca pelas ações de prevenção rotineiras e sistematizadas, visando sempre o cuidado direcionando as condutas para as necessidades dos pacientes e principalmente em relação à manutenção da integralidade da pele deles.

Diante do exposto, este estudo objetivou discutir a importância do papel do Enfermeiro no controle e na prevenção de úlceras por pressão em pacientes críticos.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão de literatura, do tipo integrativa. Segundo Souza, Silva e Carvalho (2010, p. 103) “a revisão integrativa é uma abordagem metodológica referente às revisões, permitindo a inclusão de estudos experimentais e não-experimentais para uma compreensão completa do fenômeno analisado”.

O primeiro momento do estudo foi a formulação de uma pergunta para subsidiar a busca eletrônica em bases de dados, nesse sentido indagou-se: Como é realizada os cuidados de enfermagem aos pacientes idosos com úlcera de pressão?

Após o desenvolvimento da pergunta, foi realizado uma busca nas bases de dados da Scielo e LILACS, utilizando-se os seguintes descritores: úlcera de pressão, enfermagem e Unidade de Terapia Intensiva. A coleta de dados deu-se no período do mês de setembro de 2018.

Após a busca inicial e verificação dos títulos e obtenção dos resumos, foi selecionado os trabalhos pertinentes de acordo com os critérios de inclusão e de não inclusão. Estudos quantitativos e qualitativos que relatavam sobre a temática, foram incluídos na realização da revisão integrativa, que estavam na língua portuguesa, espanhol e inglesa publicados no período de janeiro de 2008 e a dezembro de 2017.

Foram excluídos estudos em línguas diferentes das escolhidas primariamente, as cartas ao editor, editoriais, estudos que não apresentassem relação com a temática estudada. Para facilitar a exclusão, foram utilizados os seguintes filtros: “Dates – Last 10 years”; “Text options – Links To Free Full Text”; e “Languages – English and Portuguese and Espanhol”, abstracts e resumos, para então contemplação dos textos completos.

Nesse sentido, uma primeira etapa de seleção dos trabalhos foi realizada a partir da análise dos títulos e dos resumos, a estratégia de busca encontrou, no Lilacs com a utilização dos descritores úlcera de pressão, idoso e enfermagem, foram encontrados 64 artigos, no qual foram incluídos 23.

Na plataforma SCIELO, com os descritores úlcera de pressão e enfermagem, foram encontrados 45 artigos, no qual foram incluídos somente 23 artigos; na mesma plataforma, utilizando os seguintes termos úlcera de pressão, idoso e UTI, foram encontrados 14 artigos que foram incluídos na primeira análise dos artigos. No total de

artigos para análise dos títulos e dos resumos, foi de 60 artigos.

Contudo, para selecionar os artigos que fariam parte da discussão foram utilizados estudos do período de 2010 a 2018 (últimos 8 anos), no qual foram aplicados os critérios de não inclusão conforme demonstra o fluxograma (Figura 3):

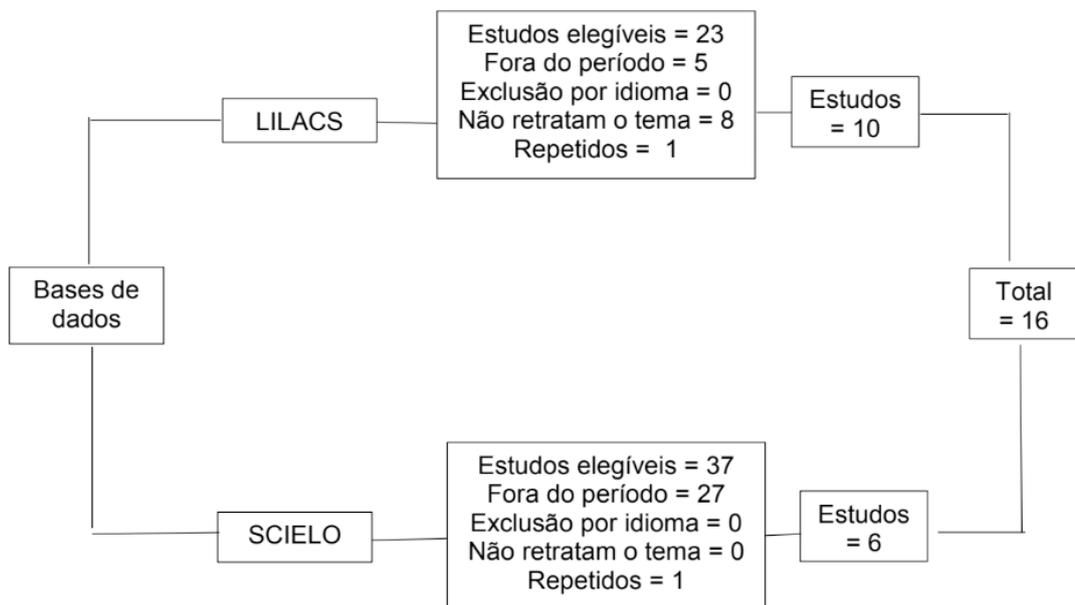


Figura 3 – Fluxograma

Ao final da busca, os artigos analisados e selecionados foram incluídos na integração dos dados. Portanto, 16 artigos, demonstraram potencial para participar da revisão integrativa.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram localizados no total de 60 artigos, nas bases eletrônicas pesquisadas. Foi realizada uma leitura exploratória foram identificados os artigos que contemplavam a temática e que mais interessavam para a elaboração do trabalho, respeitando os critérios de inclusão estabelecidos, onde foram excluídos 43 artigos, diante do exposto o total de 16 artigos para estudo.

3.1 Enfermeiro na prevenção da úlcera por pressão na UTI

A úlcera por pressão pode desenvolver várias complicações em pacientes hospitalizados, apesar do empenho da equipe de enfermagem em preveni-las. A maior parte dos pacientes críticos possui dificuldade de se movimentar no leito, além de sofrer enorme estresse do setor e da internação propriamente dita. Ressalta-se que a internação em UTI aumenta o risco para UP em comparação com a internação em outros setores do hospital, além disso, existem os fatores de risco intrínsecos dos pacientes

e as condições envolvidas no surgimento da UP como a ausência da avaliação clínica. Portanto, o cuidado de enfermagem é de suma importância que desde a admissão do paciente na UTI (GOMES et al., 2010; SALES; BORGES; DONOSO, 2010; ARAUJO; ARAUJO; CAETANO, 2011).

Nesse sentido, este profissional deve ter a preocupação em examinar a pele do paciente e instalar ações preventivas nos primeiros momentos da admissão, pois essas ações poderão ajudar na prevenção de UP durante a internação. Vale ressaltar também, que o cuidado sistematizado, a adoção de instrumentos preditivos de avaliação de UP já validados, deve ser implantado neste serviço (MATTIA et al., 2010; ROGENSKI, KURCGANT; 2012). Nesse sentido, no quadro 1, demonstra os artigos que ressaltam a importância do profissional de enfermagem na prevenção da UP na UTI.

Autor(s) (ano)	Título	Nome do periódico (Revista)	Considerações Gerais
Silva et al. (2010)	Aplicabilidade do protocolo de prevenção de úlcera de pressão em unidade de terapia intensiva	Rev Bras Ter Intensiva.	Estudo que teve como objetivo avaliar a aplicabilidade da escala de Braden em pacientes de terapia intensiva.
Gomes et al. (2010)	Fatores associados à úlcera por pressão em pacientes internados nos Centros de Terapia Intensiva de Adultos	Rev Esc Enferm USP	Trata-se de um estudo seccional analítico com o objetivo de estimar a ocorrência de úlceras por pressão e seus fatores associados em CTIs de adultos, em Belo Horizonte. A amostra foi constituída por 142 pacientes, com 18 anos ou mais, internados até as 24h do dia anterior à coleta de dados, em 316 leitos, distribuídos em 22 CTIs
Matos , Duarte, Minetto (2010)	Incidência e prevalência de úlcera por pressão no CTI de um Hospital Público do DF	Rev. Eletr. Enf.	Verificaram a prevalência pontual e a incidência das UP na UTI Adulto de um serviço de Saúde Público do Distrito Federal. Estudo descritivo e quantitativo de caráter observacional.
Mattia et al. (2010)	Úlcera por Pressão em UTI: fatores de risco e medidas de prevenção	Saúde Coletiva	Este estudo teve como objetivos identificar os principais fatores de risco para úlcera por pressão (UP) e as medidas preventivas adotadas nos pacientes adultos internados na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Pesquisa descritiva, exploratória em um hospital geral, de médio porte, na cidade de Santos (SP), Brasil. A amostra foi constituída por 30 pacientes internados na UTI da referida instituição.

Sales, Borges e Donoso (2010)	Risco e prevalência de úlceras por pressão em uma unidade de internação de um hospital universitário de Belo Horizonte	remE – Rev. Min. Enferm	Os objetivos com este artigo foram identificar o risco para o desenvolvimento de úlcera por pressão dos pacientes internados na unidade de clínica médico-cirúrgica de um hospital universitário de Minas Gerais, a prevalência de úlcera por pressão da referida unidade e classificar as úlceras por pressão quanto à localização e estadiamento. Trata-se de estudo descritivo transversal sobre o risco dos pacientes para desenvolvimento de UP e a prevalência desse agravo, desenvolvido em uma unidade de clínica médico-cirúrgica de um hospital universitário de Minas Gerais.
Miyazaki, Caliri, Santos (2010)	Conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre prevenção da úlcera por pressão	Rev. Latino-Am. Enfermagem	O objetivo deste estudo foi descrever e analisar o conhecimento dos membros da equipe de enfermagem que atuam diretamente na assistência a pacientes adultos e idosos, em um hospital universitário, sobre a prevenção da úlcera por pressão.
Araujo et al. (2011)	Diagnósticos de enfermagem para pacientes em risco de desenvolver úlcera por pressão	Rev. bras. enferm.	Estudo do tipo transversal, que objetivou identificar diagnósticos de enfermagem em pacientes críticos com risco para desenvolver úlcera por pressão. Foi realizado numa Unidade de Terapia Intensiva de Fortaleza-CE, com uma amostra intencional de treze sujeitos que apresentavam risco para úlcera por pressão, segundo a escala de Waterlow.
Lucena et al. (2011)	Perfil clínico e diagnósticos de enfermagem de pacientes em risco para úlcera por pressão	Rev. Latino-Am. Enfermagem	Estudo transversal, cujos objetivos foram caracterizar os pacientes em risco para úlcera por pressão (UP) e identificar os seus diagnósticos de enfermagem (DEs). A amostra consistiu de 219 hospitalizações de pacientes adultos em risco para UP, determinado pela escala de Braden.
Bavaresco, Medeiros, Lucena (2011)	Implantação da escala de braden em uma unidade de terapia intensiva de um hospital universitário	Rev Gaúcha Enferm	Estudo prospectivo, longitudinal, que teve por objetivos implantar a Escala de Braden (EB) como instrumento de predição de risco para úlcera por pressão (UP) e analisar os resultados do seu uso em uma unidade de terapia intensiva.
Araújo, Araújo, Caetano (2011)	Comparação de escalas de avaliação de risco para úlcera por pressão em pacientes em estado crítico	Acta Paul Enferm	Comparar as escalas de risco para úlcera por pressão de Norton, Braden e Waterlow entre pacientes em estado crítico. Métodos: Estudo exploratório e longitudinal abrangendo 42 pacientes que foram avaliados, por 15 dias ou pelo menos 10 dias consecutivos, em três Unidades de Terapia Intensiva de Fortaleza-Brasil, no período de março a julho de 2009.
Stein et al. (2012)	Ações dos enfermeiros na gerência do cuidado para prevenção de úlceras por pressão em unidade de terapia intensiva	R. pesq.: cuid. fundam. online	Identificar as ações de prevenção de Úlceras por Pressão UP utilizadas pelos enfermeiros na gerência do cuidado em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

Rogenski, Kurcgant (2012)	Incidência de úlceras por pressão após a implementação de um protocolo de prevenção	Rev. Latino-Am. Enfermagem	O objetivo deste trabalho foi o de avaliar a implementação de um protocolo de prevenção de úlceras por pressão, em pacientes de Unidade de Terapia Intensiva. Como método, foi usado o estudo prospectivo, descritivo e exploratório em que se analisa a incidência de úlcera por pressão após a implementação de um protocolo de prevenção.
Luz et al. (2013)	Úlcera por pressão	Geriatria & Gerontologia	Os autores realizaram uma revisão bibliográfica sobre a temática, abordando principalmente as medidas que visam à prevenção das úlceras de pressão.
Rolim et al. (2013)	Prevenção e tratamento de úlceras por pressão no cotidiano de enfermeiros intensivistas	Rev Rene.	Estudo exploratório, que objetivou identificar as atividades de prevenção e tratamento de úlcera por pressão, planejadas e/ou implementadas por enfermeiros na Unidade de Terapia Intensiva, a importância atribuída às intervenções e as dificuldades encontradas para executá-las. Foi realizado em uma Unidade de Terapia Intensiva de um Hospital Universitário, com participação de nove enfermeiros.
Simão, Caliri, Santos (2013)	Concordância entre enfermeiros quanto ao risco dos pacientes para úlcera por pressão	Acta Paul Enferm.	Avaliar a concordância entre enfermeiros quanto à avaliação e classificação de risco dos pacientes para desenvolvimento da Úlcera por Pressão. Estudo descritivo exploratório realizado com 22 enfermeiros assistenciais em quatro Unidades de Terapia Intensiva de hospital universitário brasileiro.
Santos et al. (2013)	Indicador de qualidade assistencial úlcera por pressão: análise de prontuário e de notificação de incidente	Rev Gaúcha Enferm	Estudo transversal, com objetivos de comparar os dados notificados em sistema de indicador de qualidade assistencial de úlcera por pressão (UP), com registros em evoluções de enfermagem nos prontuários dos pacientes, descrever o perfil clínico e os diagnósticos de enfermagem dos pacientes que desenvolveram UP grau II ou mais. Amostra de 188 pacientes em risco para UP.

Quadro 1 – Artigos selecionados.

Ultimamente, a comunidade científica vem avançando nas pesquisas sobre UP, principalmente ressaltando a importância do cuidado de enfermagem, pois o enfermeiro tem o papel de planejar uma assistência adequada à necessidade de cada paciente e orientar e coordenar os demais membros da equipe de enfermagem. Miyazaki, Caliri e Santos (2010) relatam os profissionais e enfermagem são responsáveis pela assistência direta e contínua na prevenção e tratamento da UP.

Segundo Luz et al. (2013) a prevenção teve ser o principal foco dos profissionais responsáveis pelo cuidado do paciente. A abordagem preventiva deve ser multidisciplinar e tem início na identificação precoce dos pacientes suscetíveis, devendo abranger a equipe cuidadora, além dos familiares envolvidos e do próprio paciente, quando possível.

Rolim et al. (2013) ressaltam que para entender o papel da equipe de enfermagem

na prevenção de UP é necessário, inicialmente, considerar as características específicas que envolvem estes pacientes, bem como compreender as competências profissionais de enfermagem, especialmente no que se refere ao conhecimento científico para o planejamento dos cuidados.

Gomes et al. (2010), Silva et al. (2010) , Araújo, Araújo e Caetano (2011) e Lucena et al. (2011) afirmam ainda que é importante considerar tanto a gravidade do seu estado clínico quanto a carga de trabalho de enfermagem, visto que estas tem implicações diretas na qualidade da assistência prestada ao paciente, na qualidade de vida dos profissionais e nos custos hospitalares decorrentes do quadro de pessoal de enfermagem.

Nesse contexto, Silva et al. (2010), Matos, Duarte e Minetto (2010), Mattia et al. (2010) e Araújo et al. (2011) relatam que é importante que o profissional de enfermagem realize o diagnóstico de risco para o desenvolvimento de uma UP em um paciente, levando em consideração os vários fatores que predispõem a formação de uma UP. O enfermeiro que o profissional que sempre está em contato com paciente, o mesmo deve estar apto a diagnosticar precocemente, e principalmente implantando ações que minimizam as complicações da UP. Os mesmos autores destacam a utilização de instrumentos de avaliação dos pacientes em risco de desenvolver UP, como a escala de Braden, que seria um método simples e fácil de prevenir a úlcera de pressão.

No estudo de Gomes et al. (2010) verificaram os fatores associados à úlcera de pressão, constataram que o tempo de internação total e de internação no CTI superiores a 10 dias, sepse e risco alto e elevado na escala de Braden foram fatores fortemente associados à úlcera por pressão. Os mesmos autores observaram também que a ocorrência de UP nos hospitais estudado, tiveram índices maiores que encontrado na literatura científica, ou seja menos uma úlcera por pressão por paciente foi de 35,2% e na literatura consultada, a prevalência de úlcera por pressão em adultos varia de 3 a 14%, podendo chegar até 21% nos centros de terapia intensiva.

Analisando que o desenvolvimento da UP, durante a hospitalização, é importante indicador da qualidade da assistência prestada. O sucesso da prevenção da UP depende dos conhecimentos e habilidades dos profissionais de saúde sobre o assunto, principalmente dos membros da equipe de enfermagem que prestam assistência direta e contínua aos pacientes (MIYAZAKI; CALIRI; SANTOS, 2010).

Entretanto, estudos indicam que existência de dificuldade por parte dos enfermeiros na utilização da escala de Braden ou de outro instrumento de avaliação de UP. Nesse contexto, é importante que a instituição de saúde deva fornecer subsídios, como treinamento ou capacitação, aos profissionais que acompanham diariamente os pacientes (BAVARESCO; MEDEIROS; LUCENA, 2011; SANTOS et al., 2013; SIMÃO; CALIRI; SANTOS, 2013).

No estudo de Rogenski e Kurcgant (2012) verificaram que muitos dos profissionais de enfermagem tinham dificuldade em definir úlcera por pressão, seus estágios, os fatores de risco, as medidas preventivas e principalmente acerca das escalas de

avaliação de risco.

Sales, Borges e Donoso (2010) ressaltam que as diretrizes para o tratamento da UP reforçam que as instituições de saúde proporcionar programas educacionais destinados a traduzir o conhecimento sobre esse agravo em estratégias eficazes de tratamento e principalmente, incluindo informações relacionadas à prevenção e ao tratamento, avaliação de danos dos tecidos e monitorização dos resultados para os profissionais de saúde.

Logo, os estudos apontam uma abrangência do fato que vai além do cuidado de enfermagem, muito embora as enfermeiras continuem tendo grandes responsabilidades com a ocorrência de lesão, necessitando de conhecimentos específicos para a identificação do problema, tomada de decisão e aplicação de práticas atualizadas e fundamentadas cientificamente, visto que, frequentemente, a prática não é baseada em evidências, e sim em mitos, tradições e experiências próprias ou de colegas.

Portanto, as intervenções educativas são importantes ferramentas para a difusão das recomendações para a prevenção da úlcera. Os autores relatam que várias estratégias podem ser utilizadas para melhorar o nível de conhecimento dos profissionais, entretanto torna-se necessário identificar as barreiras pessoais e institucionais que dificultam o atendimento a esta meta. Programas educativos devem focar não só as intervenções para a prevenção, tratamento e as características da úlcera, mas, também, as implicações legais do registro correto no prontuário do paciente (MIYAZAKI; CALIRI; SANTOS, 2010).

Além disso, a individualização no cuidado é de suma importância, pois avaliação diária da pele do paciente é um indicador fundamental para a elaboração dos cuidados assistenciais e determinação dos intervalos para mudança de decúbito. Entretanto, é necessário que o profissional tenha conhecimento sobre a fisiopatologia da UP, sobre as condutas adequadas para sua prevenção e tratamento. Vale ressaltar que programação de horários é um importante método para as mudanças de posição (ROLIM et al., 2013).

Outro fato importante segundo Stein et al. (2012) seria o dimensionamento do pessoal na UTI, para a realização da mudança de decúbito nos pacientes, pois esse dimensionamento ajuda na redução da sobrecarga de trabalho e tornar possível uma assistência com qualidade ao paciente crítico. Os mesmos autores afirmam ainda que eventos adversos como faltas não previstas, sobrecarga de trabalho em função da instabilidade do quadro clínico dos pacientes e atividades não planejadas dificultam o trabalho da enfermagem, prejudicando a assistência.

Cumprir lembrar que a assistência de enfermagem em uma UTI, requer habilidades e conhecimentos técnico-científicos, portanto existe a necessidade do enfermeiro mantenha-se constantemente vinculado às bases científicas do cuidado, à pesquisa, consciente da sua relevância para a prática, priorizando educação em serviço e discussões acerca da temática, para que os profissionais sejam capacitados e minimizem as lacunas na atuação nos diversos âmbitos de avaliação, prevenção e

tratamento de UP (ROLIM et al., 2013).

Diante do exposto, a enfermagem possui papel fundamental, entretanto a educação permanente dos profissionais é suma importância, para orientação de familiares e cuidadores. Vale ressaltar, que os protocolos de prevenção e tratamento e o diagnóstico de enfermagem, são alternativas eficazes para o cuidado de enfermagem na UP (LUCENA et al., 2011).

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

No decorrer do estudo, verificou-se que a úlcera por pressão é um tratamento, em geral, prolongado e oneroso, o que corrobora a premissa da prevenção. Diante de pessoas que apresentem riscos para o desenvolvimento de úlceras por pressão, a equipe de enfermagem tem suma importância na sua prevenção e tratamento, para diminuição do impacto desse agravamento.

Cumprir lembrar que o custo do tratamento das úlceras de pressão é maior que o custo da prevenção delas, pois o desgaste é muito maior para as equipes de enfermagem e para o paciente, o desgaste é imensurável, e o trauma é uma ferida na alma que marca para o resto da vida.

Portanto, ressalta-se que medidas estratégicas em relação às úlceras de pressão são de fundamental importância, principalmente para os pacientes criticamente enfermos. Para que a prevenção das úlceras de pressão seja efetivada, é necessário que haja uma educação continuada para profissionais de enfermagem, juntamente com o apoio financeiro das instituições que disponibilizem treinamento e materiais adequados. Portanto, conclui-se este estudo, afirmando que ainda se precisa de melhorias significativas dos enfermeiros que atuam em UTI, com pacientes acometidos por úlceras de pressão, destacando que os conhecimentos dos enfermeiros necessitam ser aperfeiçoados constantemente, de forma que o seu trabalho possa ser eficaz e que seus clientes possam obter o resultado esperado, ou no mínimo reduzir o sofrimento dos mesmos.

Nesse sentido, o bom desempenho profissional exija educação permanente dos trabalhadores inseridos em serviços de saúde, mas também a aceitação de mudança do comportamento na assistência de enfermagem em relação aos cuidados preventivos para UP, visando a melhor a qualidade na assistência ao paciente e também na qualidade do trabalho do profissional.

Recomenda-se a realização de outros estudos que sejam para verificação, juntamente com o profissional de enfermagem, de estratégias para a promoção de mudanças da prática clínica e ambientais e para avaliação dos resultados da adoção de inovações.

REFERÊNCIAS

- ARAUJO, Thiago Moura de; ARAUJO, Márcio Flávio Moura de; CAETANO, Joselany Áfio. Comparação de escalas de avaliação de risco para úlcera por pressão em pacientes em estado crítico. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 24, n. 5, p. 695-700, 2011 .
- BAVARESCO, T.; MEDEIROS, R.H.; LUCENA, A.F. Implantação da Escala de Braden em uma unidade de terapia intensiva de um hospital universitário. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS) dez; v.32, n.4, p:703-10, 2011.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Tratamento e controle de feridas tumorais e úlceras por pressão no câncer avançado**: série cuidados paliativos. Instituto Nacional de Câncer – INCA. Rio de Janeiro, 2009.
- CARVALHO, Werther Brunow; WESTPHAL, Glauco Adrieno. Programa de **Atualização em Medicina Intensiva (PROAMI)**. Porto Alegre: Artmed/Panamericana, 2008. 160p. (Sistema de Educação Médica Continuada a Distância – SEMCAD).
- GOMES, F.S.L.; BASTOS, M.A.R.; MATOZINHOS, F.P.; TEMPONI, H.R.; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, G. Avaliação de risco para úlcera por pressão em pacientes críticos. **Rev. Esc. Enferm USP.**; 45(2): 313-18, 2011.
- LIMA, A.C.B; GUERRA, D.M. Avaliação do custo do tratamento de úlceras por pressão em pacientes hospitalizados usando curativos industrializados. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, p: 267-277, 2011.
- LUCENA, Amália de Fátima; SANTOS, Cássia Teixeira dos; PEREIRA, Ana Gabriela da Silva; ALMEIDA, Miriam de Abreu; DIAS, Vera Lucia Mendes; FRIENDRICH, Melina Adriana. Perfil clínico e diagnósticos de enfermagem de pacientes em risco para úlcera por pressão. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.19, n.3 p:[08 telas] maio-jun 2011.
- LUZ, S.R.; LOPACINSKI, A.C; FRAGA, R.; URBAN, C.A. Úlcera de pressão. **Geriatrics & Gerontologia**; n.4, v. 1, p: 36-43, 2010.
- MATOS, Letícia Sousa; DUARTE, Nalu Lopes Vasconcelos; MINETTO, Rita de Cássia. Incidência e prevalência de úlcera por pressão no CTI de um Hospital Público do DF. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, [S.l.], v. 12, n. 4, p. 719-26, dez. 2010.
- MARTINS, D. A.; SOARES, F. F. R. Conhecimento sobre prevenção e tratamento de úlceras de pressão entre trabalhadores de enfermagem em um hospital de Minas Gerais. **Cogitare Enfermagem**, v.13, n.01, p.83-87, jan/mar, 2008.
- MATTIA, Ana Lúcia; MATTIA ROCHA, Adelaide de; BARBOSA, Maria Helena; MOURA, Márcia Aparecida; BORGATO, Maria Odete; REIS DA SILVA, Sylmara dos Remédios; ACHÉ DE FREITAS FILHO, João Paulo. Úlcera por Pressão em UTI: fatores de risco e medidas de prevenção. **Saúde Coletiva**, v.7, n.46, p: 296-299, 2010.
- MIYAZAKI, M.Y.; CALIRI, M.H.L.; SANTOS, C.B. Conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre prevenção da úlcera por pressão. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.18, n.6, p:[10 telas] nov-dez 2010.
- PEREIRA, Ana Gabriela Silva et al. Mapeamento de cuidados de enfermagem com a NIC para pacientes em risco de úlcera por pressão. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. 3, p. 454-461, 2014.
- PROCIANOY, R. S.; SILVEIRA, R.C. Síndrome hipóxico-isquêmica. **Jornal da Pediatria**. v.77, n.1, 2010. Disponível em: <<http://jped.com.br>>. Acesso em: 15 set. 2018.

ROGENSKI, N.M.B.; KURCGANT, P. Incidência de úlceras por pressão após a implementação de um protocolo de prevenção. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.20, n.2, p:[07 telas] mar.-abr. 2012.

ROLIM, Jaiany et al. Prevenção e tratamento de úlceras por pressão no cotidiano de enfermeiros intensivistas. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 14, n. 1, 2013.

SALES, Maria Cecília Moreira; BORGES, Eline Lima; DONOSO, Miguir Terezinha Vieccelli. Risco e prevalência de úlceras por pressão em uma unidade de internação de um hospital universitário de Belo Horizonte. **remE – Rev. Min. Enferm.**; v.14, n.4, p: 566-575, out./dez., 2010.

SALOMÉ, G.M. Ocorrência de úlcera por pressão em indivíduos internados em uma Unidade de Terapia Intensiva. **Redalyc, Saúde Coletiva**; 07(42): 183-188, 2010.

SANTOS, C.T.; OLIVEIRA, M.C.; PEREIRA, A.G.S.; SUZUKI, L.M.; LUCENA, A.F. Indicador de qualidade assistencial úlcera por pressão: análise de prontuário e de notificação de incidente. **Rev Gaúcha Enferm.**; v.34, n.1, p:111-118, 2013.

SILVA, E.W.N.L.E.; ARAÚJO, R.A.; OLIVEIRA, E.C.; FALCÃO, V.T.F.L. Aplicabilidade do protocolo de prevenção de úlcera de pressão em unidade de terapia intensiva. **Rev Bras Ter Intensiva.**; v.22, n.2, p:175-185, 2010.

SILVA, R.C.L.da; FIGUEIREDO N.M.A.; MEIRELES, I.B. **Feridas: fundamentos e atualizações em enfermagem**. 2.ed., São Caetano do Sul SP: Yendis, 2009.

SIMÃO, C.M.F.; CALIRI, M.H.L.; SANTOS, C.B. Concordância entre enfermeiros quanto ao risco dos pacientes para úlcera por pressão. **Acta Paul Enferm.**; v.26, n.1, p:30-5, 2013.

SOUZA, Marcela Tavares de; SILVA, Michelly Dias da; CARVALHO, Rachel de. Revisão integrativa: o que é e como fazer?. **Revista Einstein.**; n. 8(1 Pt 1), p:102-6, 2010.

STEIN, Emanoeli Agnes et al. Ações dos enfermeiros na gerência do cuidado para prevenção de úlceras por pressão em unidade de terapia intensiva. **Revista de Pesquisa: Cuidado é [S.l.]**, v. 4, n. 3, p. 2605-2612, aug. 2012.

USO DO PRESERVATIVO EM CORTADORES DE CANA DE AÇÚCAR

Juliana Pontes Soares

Universidade Federal da Paraíba – UFPB
João Pessoa - Paraíba

Adriana de Melo Correia

Faculdade de Enfermagem Nova Esperança –
FACENE
João Pessoa - Paraíba

Wilton José de Carvalho Silva

Universidade Federal da Paraíba – UFPB
João Pessoa - Paraíba

Sérgio Vital da Silva Júnior

Universidade Federal da Paraíba – UFPB
João Pessoa - Paraíba

Orlando Felipe Lima Oliveira

Faculdade de Enfermagem Nova Esperança –
FACENE
João Pessoa - Paraíba

Ana Cristina de Oliveira e Silva

Universidade Federal da Paraíba – UFPB,
Departamento de Enfermagem Clínica
João Pessoa – Paraíba

RESUMO: Introdução: Infecções Sexualmente Transmissíveis persistem como problema de saúde pública devido ao seu alto poder de disseminação. O uso do preservativo continua sendo o principal método capaz de barrar essas infecções. **Objetivo:** Analisar o uso de preservativo em cortadores de cana de açúcar da Paraíba. **Método:** Estudo observacional,

de corte transversal, desenvolvido na Paraíba, de 25 de fevereiro a 1 de março de 2016, com 300 cortadores de cana de açúcar. Critérios de inclusão: ser cortador de cana de açúcar, sexo masculino, atuando na função no momento da pesquisa e 18 anos. Os dados foram coletados por meio de entrevistas individuais utilizando um questionário estruturado após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Análise estatística realizada por meio do programa Statistical Package for Social Sciences - versão 20. Projeto aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital Universitário Lauro Wanderley da Universidade Federal da Paraíba sob protocolo CAAE 53400516.8.0000.5183.

Resultados: Na análise sociodemográfica, verificou-se que 121 (40,2%) encontravam-se na faixa etária entre 30 e 39 anos, (183) 61,0% com até 4 anos de estudo. Quando questionados sobre o uso do preservativo nos últimos 12 meses, 177 (59%) referiram nunca ter utilizado o método. **Conclusão:** Características sociodemográficas da população encontradas neste estudo representam a realidade nacional de populações rurais que tradicionalmente são formadas por indivíduos de baixa escolaridade. Com relação ao uso do preservativo a maioria referiu nunca ter feito uso do método, comportamento que condiz com um menor nível de informação da população deste estudo.

PALAVRAS-CHAVE: População Rural,

ABSTRACT: Introduction: Sexually Transmitted Infections persist as a public health problem due to its high dissemination power. Using the condom is still the main method to stop these infections. **Objective:** Analyse the use of condoms by sugarcane cutters from Paraíba. **Methodology:** Observational, cross-sectional study, developed in Paraíba, from February 25th until March 1st 2016, 300 sugar cane cutters. Inclusion criteria: Sugarcane cutter, male, working on the function at the moment of the research and be 18 years old. Data were collected through individual interviews using a structured questionnaire after signature of the Term of Free and clarified informed consent. Statistical analysis performed through the software Statistical Package for Social Sciences - version 20. Project approved by the Ethics Committee of the University Hospital Lauro Wanderley of the Federal University of Paraíba under protocol CAAE 53400516.8.0000.5183. **Results:** In the social demographic analysis, it was checked that 121 (40.2%) were aged between 30 and 39 years old, 183 (61.0%) with up to 4 years studied. When asked about the use of the condom in the last 12 months, 177 (59%) said they had never used the condom. **Conclusion:** The social demographic characteristics of the population found in this study represent the national reality of rural populations that traditionally are formed by individuals with low schooling. On the use of condoms, most of them said they had never used this method, behaviour in accordance with a lower level of information of the population of this study. **KEYWORDS:** Rural Population, Sexually Transmitted Diseases, Condoms.

INTRODUÇÃO

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) persistem como problema de saúde pública, merecendo destaque devido ao seu alto poder de disseminação. O uso do preservativo continua sendo o principal método capaz de quebrar a cadeia de transmissão, reduzindo assim a incidência dessas infecções (ESTAVELA; SEIDL, 2015).

Desde a descoberta do HIV/Aids na década de 80, o uso do preservativo tem sido um aliado na prevenção dessa infecção, uma vez que os estudos mostram respostas positivas bem sucedidas à epidemia que acomete grande parte da população (PINHEIRO; CALAZANS; AYRES, 2013; BRISIGHELLI et al., 2012). Informar a população sobre o uso correto e acondicionamento do preservativo são medidas essenciais para a eficácia do método, uma vez que quando exposto ao calor ou quando a embalagem é danificada, o mesmo tem sua eficácia reduzida (BRASIL, 2015; ESTAVELA; SEIDL, 2015).

Entre as populações consideradas vulneráveis como profissionais do sexo, homens que fazem sexo com homens (HSH), caminhoneiros, usuários de drogas injetáveis (UDI), pessoas privadas de liberdade, adolescentes e populações migrantes, a adesão ao uso do preservativo é baixa quando comparada a população em geral.

Os fatores sociais, culturais, econômicos, políticos e de gênero interferem diretamente na adesão ao uso do preservativo, dificultando assim o controle das IST (ESTAVELA; SEIDL, 2015).

As populações vulneráveis possuem uma maior probabilidade de adquirir as IST, seja por comportamentos de risco ou dificuldade de acesso aos serviços de saúde. Nesta direção, evidenciam-se os cortadores de cana de açúcar como um dos segmentos populacionais inseridos neste contexto. Os mesmos são desfavorecidos, tanto na condição de acesso aos serviços de saúde e acesso a informações quanto às ações preventivas (ESTAVELA; SEIDL, 2015).

Nesse contexto, evidencia-se a ausência de estudos que abordem o uso do preservativo nos cortadores de cana de açúcar, uma vez que trata-se de uma população rural, marginalizada, de baixo poder aquisitivo, baixa escolaridade, formada por populações flutuantes, e muitas vezes migrantes, com comportamentos que os colocam em risco para o desenvolvimento das infecções sexualmente transmissíveis (ROSA; NAVARRO, 2014; MORAES; LOPES; PRIULI, 2013).

Os fatores anteriormente descritos justificam a pretensão deste estudo e ressaltam a importância de conhecer quais os potenciais fatores sociodemográficos que interferem no uso do preservativo nos cortadores de cana de açúcar de forma a subsidiar o planejamento de ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde neste grupo específico.

OBJETIVO

Analisar o uso de preservativo em cortadores de cana de açúcar da Paraíba.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo observacional, de corte transversal realizado com 300 cortadores de cana de açúcar. Definiu-se como local de estudo a Usina Japungu, unidade produtora de álcool e açúcar, localizada no Município de Santa Rita no Estado da Paraíba, Região Litorânea, Mesorregião da Mata Paraibana. A escolha do local de estudo deu-se por ser uma empresa onde o corte de cana de açúcar manual é predominante, bem como por ser a única usina com representatividade quantitativa de cortadores de cana funcionando no período estabelecido para coleta.

Os dados foram coletados de 25 de fevereiro de 2016 a 1 de março do mesmo ano, por meio de entrevistas individuais na área canavieira, conduziu-se pela pesquisadora e por auxiliares devidamente capacitados.

Definiu-se como critérios de inclusão ser cortador manual de cana de açúcar, sexo masculino, atuando na função no momento da pesquisa (fase coleta de dados), com idade igual ou superior a 18 anos. Os dados foram coletados por meio de entrevistas individuais na área canavieira, utilizando um questionário estruturado. As entrevistas

foram feitas após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A análise estatística foi realizada por meio do programa Statistical Package for Social Sciences - versão 20. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital Universitário Lauro Wanderley da Universidade Federal da Paraíba sob protocolo CAAE 53400516.8.0000.5183.

RESULTADOS

Através da descrição das características sociodemográficas, verificou-se que do total de 300 homens cortadores de cana de açúcar investigados, 40,3% encontravam-se na faixa etária entre 30 e 39 anos, 61,0% com até 4 anos de estudo, 91,3% casados/união consensual, 48,7% possuíam de 2 a 3 filhos, 61,7% com renda mensal de 1 a 2 salários mínimos.

Quanto ao uso do preservativo, 59,0% dos cortadores de cana de açúcar entrevistados afirmaram nunca ter utilizado.

Variáveis	n=300	%
Idade (anos)		
≤ 29	75	25,0%
30 a 39	121	40,3%
≥ 40	104	34,7%
Escolaridade (anos de estudo)		
≤ 4	183	61,0%
5 a 8	83	27,7%
≥ 9	34	11,3%
Estado Civil		
Casado/União consensual	274	91,3%
Solteiro	22	7,3%
Separado	3	1,0%
Viúvo	1	0,3%
Número de filhos		
1	90	30,0%
2 a 3	146	48,7%
≥ 4	64	21,3%
Renda familiar (SM)*		
≤ 1 SM	8	2,6%
1 a 2 SM	185	61,7%
> 2 SM	107	35,7%
Uso do preservativo nos últimos 12 meses		
Sempre	45	15,0%
As vezes	78	26,0%
Nunca	177	59,0%

Tabela 1. Características sociodemográficas e uso do preservativo em cortadores de cana de açúcar – João Pessoa, Paraíba - PB, 2016

Fonte: Dados da Pesquisa, 2016

*SM=Salário Mínimo= R\$ 880,00

DISCUSSÃO

No Brasil, são poucos os estudos desenvolvidos com a população de cortadores de cana de açúcar (CARVALHO JUNIOR et al., 2012; LUZ et al., 2014). Com relação ao uso do preservativo, este estudo apresenta um dos primeiros dados sobre o uso do preservativo nos cortadores de cana de açúcar da Paraíba.

A população deste estudo constituiu-se por participantes do sexo masculino, com faixa etária predominante de 30 a 39 anos, casados, possuíam de 2 a 3 filhos, de baixa escolaridade e baixas condições socioeconômicas. O conhecimento do perfil de uma população tradicional é um instrumento fundamental para o planejamento de ações que venham a contribuir para melhorar a qualidade de vida e saúde dessas pessoas (SILVA; TOMANIK, 2016).

O perfil encontrado condiz com outras populações de cortadores de cana de açúcar do estado de São Paulo, onde há uma predominância de adultos jovens do sexo masculino no corte manual da cana de açúcar (CARVALHO JUNIOR; RAMOS; TOLEDO, 2012; MORAES; LOPES; PRIULI, 2013; ROSA; NAVARRO, 2014). Este perfil justifica-se por ser um tipo de atividade que requer grande esforço e resistência física no processo de trabalho realizado sob o sol, na presença de agentes causadores de doenças, estando também vulneráveis a acidentes com animais peçonhentos (MORAES; LOPES; PRIULI, 2013; ROSA; NAVARRO, 2014). Com relação ao número de filhos, os achados divergem da tradicional população rural que geralmente possui um maior número de filhos com a finalidade de aplicar a mão-de-obra no campo (PLANCHEREL et al., 2010).

A baixa escolaridade e baixas condições socioeconômicas encontradas são características comuns entre cortadores de cana de açúcar, ribeirinhos, quilombolas e outras populações rurais (ALVES, 2003; SILVA, LOPES, MUNIZ, 2005; GUIMARAES, MARTIN, QUIRINO, 2007; SILVA, LIMA, HAMANN, 2010; ROCHA; MARZIALE; HONG, 2010; BORBA; SANTOS; BERTOLDO, 2012; MORAES; LOPES; PRIULI, 2013; FURTADO et al., 2016).

Sabe-se que as pessoas de baixa escolaridade e baixas condições socioeconômicas possuem uma menor autopercepção de risco, não possuem um nível de conhecimento suficiente para a promoção do autocuidado, bem como para o entendimento de certas questões de saúde, e esses fatores dificultam o desenvolvimento de ações preventivas (ALIMOHAMMADI et al., 2016).

Entre os cortadores de cana de açúcar, a maioria referiu nunca ter utilizado preservativo, sendo semelhante a realidade de outra população rural da Paraíba, onde 60% afirmou nunca ter feito uso do preservativo nas relações sexuais (FURTADO et al., 2016). O comportamento acima descrito quanto ao uso do preservativo encontrado entre os cortadores de cana de açúcar, justifica-se pela forte cultura machista existente na região, e que pode comprometer a saúde, principalmente no que se refere a vulnerabilidade às IST/aids (MAIA et al., 2013).

Outro fator relacionado a baixa adesão ao uso do preservativo é que perante a sociedade, relacionar-se com apenas um parceiro representa proteção contra as infecções, e o uso do preservativo traz insegurança e problemas às relações estáveis. (ESTAVELA; SEIDL, 2015). Ressalta-se que a sensação de prazer mencionada por muitos se sobressai ao risco de contrair IST/aids (ESTAVELA; SEIDL, 2015). A baixa adesão ao uso do preservativo também se relaciona ao fato das pessoas enxergarem o método não apenas como prevenção, mas sim como sinônimo de doenças. Subtende-se que as pessoas que utilizam o preservativo são portadoras de alguma patologia e não apenas uma forma de prevenção (QU et al., 2016).

A percepção negativa em relação ao uso do preservativo foi relatada por uma população rural de Pernambuco, e entre eles a auto percepção de risco de contrair IST/aids era baixa (ALVES, 2003). A baixa auto percepção de risco também foi relatada por uma população rural de Minas Gerais, onde a maioria dos participantes percebia a aids como uma doença presente apenas nos grandes centros urbanos e que a mesma não poderia está presente em áreas rurais (GUIMARÃES; MARTIN; QUIRINO, 2007).

Os fatores sociodemográficos e a baixa adesão ao uso de preservativo aqui apresentados, mostram a população de cortadores de cana de açúcar como uma população vulnerável às infecções sexualmente transmissíveis.

Nesse contexto, sente-se a necessidade da elaboração de políticas públicas direcionadas a esse segmento populacional que reconheçam a diversidade e características dessas pessoas, para um melhor desenvolvimento das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde nesse grupo específico.

Evidencia-se também a necessidade de um novo olhar dos profissionais de saúde para essa população do campo, a fim de planejar ações preventivas que se adequem e sejam eficazes para esses indivíduos.

CONCLUSÃO

Os cortadores de cana de açúcar desta pesquisa eram do sexo masculino, majoritariamente era um grupo na faixa etária de 30 a 39 anos, casados, baixa escolaridade e baixa condição socioeconômica. A maioria dos participantes relatou não fazer uso do preservativo, fato que pode ser explicado pela forte cultura machista existente na região, bem como condiz com um menor número de informação presente nesta população.

A relevância deste trabalho está relacionada à ampliação do conhecimento do objeto de estudo em um cenário ainda pouco explorado. Entretanto, reconhecem-se as limitações do presente estudo no que se diz respeito à coleta de dados, uma vez que a mesma ocorreu em apenas uma usina, podendo não representar a população de cortadores de cana de açúcar.

Espera-se que este estudo possa servir como base para o desenvolvimento de outras investigações, que melhor possam avaliar os resultados aqui apresentados

e contribuir para implementação de ações de saúde direcionadas a esse segmento populacional, uma vez que os cortadores de cana de açúcar são imperceptíveis perante a sociedade, sendo vistos apenas por sua mão de obra para fins lucrativos e não como um ser humano que necessita de cuidados e atenção.

REFERÊNCIAS

ALIMOHAMMADI, N. et al. **Vulnerable women's self-care needs in knowledge, attitude and practice concerning sexually transmitted diseases.** IJCBNM., v. 4, n. 3, p. 219-228, 2016.

ALVES, M. P. F. **Sexualidade e Prevenção de DST/AIDS: representações sociais de homens rurais de um município da Zona da Mata Pernambucana, Brasil.** Cad. saúde pública., v. 19, p. S429-439, 2003. Suplemento 2.

BORBA, F. V. N.; SANTOS, A. M.; BERTOLDO, E. **O precário mundo do trabalho dos cortadores de cana e sua relação com a escolaridade.** Rev. lug. educ., v. 2, n. 1, p. 65-77, 2012. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rle>>. Acesso em: 30 Out 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico - AIDS e DST.** Semanas Epidemiológicas Julho a Dezembro de 2014/ Janeiro a Junho de 2015. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.

BRISIGHELLI, A. B. et al. **Revisão sobre eficácia do preservativo em relação a proteção contra doenças sexualmente transmissíveis e gestação.** Diagnóstico e Tratamento., v.14, n.3, p.123-125, 2009.

CARVALHO JUNIOR, L. C. S. et al. **Assessment of health-related quality of life sigarcane cutters in the pre-harvest and harvest periods.** Rev. saúde Pública., v. 46, n. 6, p. 1058-65, 2012.

ESTAVELA, A. J.; SEIDL, E. M. F. **Vulnerabilidade de gênero práticas culturais e infecção pelo HIV em Maputo.** Psicologia & Sociedade., v. 27, n. 3, p. 569-578, 2015.

FURTADO, F. M. S. F. et al. **30 Anos Depois: representações sociais acerca da Aids e praticas sexuais de residentes em cidades rurais.** Rev. Esc. Enferm USP., v. 50, n. esp., p. 74-80, 2016.

GUIMARÃES, P. N.; MARTIN, D.; QUIRINO, J. **Aids em Área Rural de Minas Gerais: abordagem cultural.** Rev. Saúde Pública., v. 41, n. 3, p. 412-18, 2007.

LUZ, V. G. et al. **Consumo alimentar e condições de trabalho no corte manual de cana de açúcar no estado de São Paulo.** Saúde Soc., v. 23, n. 4, p. 1316-28, 2014.

MAIA, C. C. et al. **Influencia da cultura machista na educação dos filhos e na prevenção das doenças de transmissão sexual: vozes de mãe de adolescentes.** Adolesc. Saúde., v. 10, n. 4, p. 17-24, 2013.

MORAES, M. S.; LOPES, J. C. C.; PRIULI, R. M. A. **Questões socioeconômicas, laborais e de saúde na cadeia produtiva do agronegócio da cana-de-açúcar na região do Nordeste Paulista.** Saúde Soc., v. 22, n. 3, p. 673-86, 2013.

PINHEIRO, T. F.; CALAZANS, G. J.; AYRES, J. R. E. M. **Uso de camisinha no Brasil: um olhar sobre a produção acadêmica acerca da prevenção de HIV/Aids (2007-2011).** Temas em Psicologia., v.21, n.3, p.815-836, 2013.

PLAMCHEREL, A. A. et al. **Perfil do canavieiro e relações de trabalho na atual agroindústria açucareira de Alagoas.** In: VII Seminário do Trabalho: trabalho, educação e sociabilidade, 2010, Marília-SP. Anais... São Paulo: UNESP; 2010. p.1-19.

QU, L. et al. **A cross-sectional survey of HIV transmission and behaviour among men who have sex with men in diferente áreas of Inner Magnóia Autonomus Region, China.** BMC public health., v. 16, n. 1, p. 1-10, 2016.

ROCHA, F. L. R.; MARZIALE, M. A. P.; HONG, O. **Work and health condicions of sugar cane workers in Brazil.** Rev. Esc. Enferm. USP., v. 44, n. 4, p. 974-79, 2010.

ROSA, L. A.; NAVARRO, V. L. **Trabalho e Trabalhadores dos canaviais: perfil dos cortadores de cana da região de Ribeirão Preto (SP).** Cad. psicol. soc. trab., v. 17, n. 1, p. 143-160, 2014.

SILVA, A. R.; LOPES, C. M.; MUNIZ, P. T. **Inquérito do preservativo em ribeirinhos do Rio Acre: porte, acondicionamento, uso e risco de infecção pelas DSTs.** Rev. Bras Enferm., v. 58, n. 1, p. 17-21, 2005.

SILVA, M. J. G.; LIMA, F. S. S.; HAMANN, E. M. **Uso soa serviços de saúde para DST/HIV/aids por comunidades remanescentes de quilombolas no Brasil.** Saúde Soc. v. 19, p. S109-20, 2010. Suplemento 2.

SILVA, D. M. P. P.; TOMANIK, E. A. **Condições de vida de famílias ribeirinhas moradoras nas residências populares do município de Porto Rico, estado do Paraná, Brasil.** Acta Scientiarum Health Sciences., v. 33, n. 1, p. 119-33, 2016.

ASSÉDIO MORAL NO TRABALHO EM ENFERMAGEM

Ellen Maria Hagopian

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Departamento de Orientação Profissional, São Paulo, SP, Brasil.

Genival Fernandes Freitas

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Departamento de Orientação Profissional, São Paulo, SP, Brasil.

Patrícia Campos Pavan Baptista

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Departamento de Orientação Profissional, São Paulo, SP, Brasil.

São Paulo, SP, Brasil. pavanpati@usp.br

RESUMO: Objetivo: compreender as vivências dos enfermeiros resultantes da exposição ao assédio moral no ambiente de trabalho. Método: pesquisa qualitativa em que foram realizadas nove entrevistas com enfermeiros de um hospital privado do Município de São Paulo. O referencial teórico metodológico utilizado apoiou-se na fenomenologia sociológica de Alfred Schütz. Resultados: os principais resultados encontrados referem-se às consequências físicas e psíquicas, que afetam tanto a vida pessoal quanto o desempenho profissional dos enfermeiros, fato que envolve o medo que esses profissionais têm de se posicionar em relação à situação vivenciada. Conclusão: ao entender a vivência

dos profissionais diante das consequências do assédio moral, pôde-se mostrar que eles submetem-se a situações degradantes, a fim de se protegerem e manterem a estabilidade de seu dia a dia. Como reflexo, sofrem as consequências como vítimas do assédio moral. apelos enfermeiros àtendo em ae , (avaliar se esta conclusão responde ao objetivo proposto, como recomendam as Diretrizes da RBE)

PALAVRAS-CHAVE: Violência no Trabalho; Enfermeiros; Comportamento Social.

ABSTRACT: Objective: understand the experiences of nurses resulting from exposure to moral harassment at their workplace. Method: qualitative research in which nine interviews were conducted with nurses of a private hospital in the city of São Paulo. The adopted theoretical framework was based on the social phenomenology of Alfred Schütz. Results: the main results found refer to the physical and psychic consequences that affect both the personal and the professional performance of nurses, which involves the fear these professionals feel to face the situation experienced. Conclusion: by understanding the experience of the professionals in face of the consequences of moral harassment, it was possible to evidence that they are subjected to degrading situations, in order to protect themselves and keep the stability of their day.

As a reflex, they suffer the consequences as victims of moral harassment.

KEYWORDS: Workplace Violence; Nurses; Social Behavior.

INTRODUÇÃO

A violência, em sentido amplo, possui diversas causas e significados e insere-se em um contexto sociocultural em que não há como estabelecer uma definição universal, cabendo a cada sociedade, diante de seus valores e critérios, estabelecer suas definições e limites (FARREL, 2012).

A violência no trabalho é definida como um comportamento ou ação negativa na relação entre duas ou mais pessoas, que se expressa pela agressividade. Pode ocorrer esporadicamente ou não, de forma inesperada, e os trabalhadores ficam expostos a intimidações, humilhações e ameaças (VASCONCELLOS, 2012). Nesse contexto, insere-se o assédio moral, referido como: “Um comportamento irracional, repetido, em relação a um determinado empregado ou a um grupo de empregados, que cria um risco para a saúde e para a segurança física. No caso, trata-se do uso de um sistema ou prática de trabalho como meio para humilhar, debilitar ou ameaçar.” (OMS, 2004).

entendi que o trecho foi extraído da p. 11 da fonte 3. Confirmar

O mercado de trabalho propicia o aumento da competição por espaço e visibilidade na tentativa de os trabalhadores manterem-se seguros nos seus cargos e empregos, garantindo sua estabilidade pessoal e profissional. Este fato pode ser potencializado e resultar em consequências como a precariedade do trabalho desenvolvido, a flexibilização das relações, e aceleração da economia com interesse na otimização de recursos mediante a diminuição de custos. O aumento do desemprego, a terceirização e o crescimento do setor informal tornam-se, portanto, a ponta do *iceberg* de uma sociedade que se mobiliza para o avanço da competição profissional, em que as relações interprofissionais modulam-se de acordo com os critérios de cada instituição (HASHIZUME, 2014).

No mundo corporativo, as metas levam à seleção de trabalhadores com perfís de maior competitividade para tarefas específicas e individuais. O perfil do trabalhador assemelha-se a um jogo esportivo, no qual é cultuado um desempenho elevado (EHRENBERG, 2010).

Em um cenário de globalização e neoliberalismo, o trabalhador em enfermagem é influenciado por fatores sociais, como a precarização e a flexibilização das leis que regulam atividades profissionais no mercado e que determinam as condições de trabalho nas instituições de saúde. Os enfermeiros são submetidos a um forte movimento de flexibilização dos vínculos trabalhistas (FREITAS, 2015).

Pesquisa realizada pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEn), divulgada em 2014, em parceria com pesquisadores da Fundação Osvaldo Cruz (FioCruz) sobre o perfil da enfermagem brasileira, estampa os “subsálarios” e a situação de desgaste dos profissionais, o que torna mais difícil o trabalho e a segurança do próprio

trabalhador da enfermagem, contrariando as normas estabelecidas pela resolução do próprio COFEn sobre o dimensionamento de pessoal(COFEN, 2015).

Pesquisas feitas na última década evidenciam que os trabalhadores da enfermagem podem apresentar diversos processos de desgaste com repercussões em sua saúde física e mental, que impactam na capacidade e produtividade para o trabalho(BAPTISTA,2015).

A formação tecnicista dos profissionais enfermeiros prevalece para atender a demanda do mercado neoliberal. Por esse motivo a conjuntura atual pode estar contribuindo para amordaçar esse profissional e reduzir as possibilidades de conquista de seus direitos sociais.

No tocante ao assédio, a própria natureza da atividade torna-os vulneráveis a situações de violência no trabalho, visto que trabalham em equipes multiprofissionais com organização rígida e sob constante pressão, além de lidarem diariamente com conflitos oriundos das relações interpessoais com pacientes, familiares, colegas e demais profissionais da saúde. Tal entendimento é compartilhado em estudo que identifica a forte vinculação entre a atuação desses profissionais e a aceitação e reprodução do assédio(FONTES,2011).

O assédio moral nas relações de trabalho em enfermagem pode não ser detectado ou sentido e pode ser enfrentado de diversas maneiras. O profissional tanto pode achar que está sendo assediado e tratar-se apenas de um desajuste nos processos de trabalho, que requer medidas simples para sua resolução, como pode estar sendo assediado e não saber identificar o fato. Em todos os casos, a dificuldade em configurar com precisão o assédio torna difícil seu enfrentamento, o que demonstra a importância de estudar a vivência dos profissionais acerca de sua ocorrência e formas de manifestação para fortalecer o enfermeiro e sua atuação em equipe(LOPER, 2002).

A estrutura rígida do ambiente hospitalar, na qual predominam relações verticais de hierarquia, também favorece o assédio moral. Esta estrutura, aliada ao subdimensionamento de pessoal, à precariedade de materiais, e a um ritmo desgastante de trabalho em turnos, bem como, entre outros fatores, a exigências cognitivas e emocionais múltiplas, resultam no aumento da vulnerabilidade do profissional ao fenômeno do assédio.

Pesquisas a respeito do sofrimento psíquico dos trabalhadores em enfermagem evidenciam a importância dos aspectos organizacionais referentes à hierarquia, liderança e supervisão (MININEL,2011). Nesse cenário, na rotina de trabalho em enfermagem, o assediador prefere manifestar-se de forma não verbal, para dificultar o desmonte de sua estratégia, bem como o revide da vítima. Citam-se como exemplos: suspiros, sorrisos, trocadilhos, jogos de palavras de cunho sexista, indiferença, erguer de ombros, olhares de desprezo, silêncio forçado, ignorar a existência da vítima e o ato de cantar (BARRETO, 2013).

A sutileza do abuso oculta estratégias que a vítima, por vezes, acredita ser uma abordagem de “conflito normal” no ambiente de trabalho. Estudos sobre este

tipo de violência na área da enfermagem precisam ser explorados, para que a noção de “abordagem normal” *versus* “assédio moral” seja informada ainda na época da formação profissional, contribuindo para que o assunto possa ser identificado quando ocorrer.

Na área da enfermagem, em particular, as relações interpessoais, pela própria natureza da atividade e pela organização hierarquizada do trabalho, envolvem normas e rotinas preestabelecidas que predisõem a um comportamento subserviente, que pode ser um fator desencadeante para o assédio moral (PERES, 2009).

Delineou-se como objetivo do presente estudo compreender as vivências dos enfermeiros acerca das consequências da exposição ao assédio moral no ambiente de trabalho.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa realizada com metodologia qualitativa sob a vertente teórico-filosófica da Teoria Fenomenológica da Ação Social de Alfred Schütz. Esta metodologia permite que se compreenda a vivência dos enfermeiros em seu ambiente de trabalho por meio dos achados e motivos “para” e “porque” do tipo vivido.

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP) e aprovada sob o número 1.105.439, o que atende à Resolução n. 446/12 do Conselho Nacional de Saúde. No início da coleta de dados, foram fornecidos aos profissionais a serem entrevistados informações sobre o propósito do estudo e foi-lhes entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), elaborado conforme a citada Resolução n. 446/12, que versa sobre os aspectos éticos em pesquisas que envolvem seres humanos.

A região de inquérito é definida como a região de perplexidade em que estão relacionadas as preocupações do pesquisador que não envolvem um determinado espaço físico, e sim um conceito em contexto específico no qual as pessoas agem. “Região de inquérito” é definida como o assunto sobre o qual se aborda com as pessoas analisadas (MERIGHI, 2003). Essa região foi composta por nove enfermeiros de um hospital privado do município de São Paulo que, nos últimos três anos, vivenciaram as consequências do assédio moral e verbalizaram o medo de falar sobre o assunto no ambiente laboral.

O referencial teórico de Alfred Schütz é uma ciência descritiva. Nas entrevistas com os enfermeiros, obtiveram-se depoimentos sobre suas experiências em vivências traumáticas de assédio moral no ambiente de trabalho. Como critérios de inclusão dos profissionais pesquisados foi delimitado que o entrevistado deveria: ser enfermeiro atuante no Hospital durante a realização da coleta de dados, isto é, não estar na vigência de licença médica, férias ou outros afastamentos; possuir, no mínimo, três anos de serviços prestados no hospital; e ter vivenciado o assédio moral no ambiente de trabalho nos últimos três anos.

Para a coleta de dados, realizada no período de julho/2015 a janeiro/2016, optou-se pela entrevista semiestruturada com questões norteadoras, visando o alcance do objetivo. Esta técnica correlaciona-se com o referencial teórico-filosófico escolhido. As entrevistas foram gravadas, permitindo maior liberdade de expressão e maior fidelidade no processo de captação das ideias. Após cada entrevista, os discursos foram transcritos, respeitando-se sua sequência, a linguagem, as pausas e as repetições.

A relação *face a face* entre pesquisador e pesquisado foi estabelecida de forma espontânea, o que possibilitou captar o significado subjetivo dos depoimentos. Para a análise dos discursos coletados, foi utilizada a metodologia de análise proposta por estudiosos de Fenomenologia Social, desenvolvendo-se um percurso para análise compreensiva de forma gradativa e em seis passos: leitura atenta dos discursos, a fim de apreender a vivência do assédio moral no trabalho dos participantes; releitura das transcrições, para identificação de aspectos comuns; agrupamento das unidades de significado extraídas dos discursos que apresentavam convergências de conteúdo, a fim de se compor as categorias do concreto; estabelecimento dos significados do ato social de vivenciar o assédio moral no ambiente de trabalho pelo típico dos discursos dos participantes, a fim de obter-se a tipologia vivida; constituição do tipo vivido com base na análise das categorias; análise compreensiva dos agrupamentos de significado embasado na fenomenologia social de Alfred Schütz; e referenciais do tema(JESUS,2013).

Cada discurso foi identificado pela letra E seguida de numeral em ordem crescente, como E1, E2 etc., que significa: Entrevistado 1, Entrevistado 2 etc.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As consequências que o assédio moral ocasionaram na vida dos enfermeiros estão relatadas a seguir. Vale ressaltar que parte significativa deles, além de relatarem suas vivências, indicaram suas observações com relação aos colegas de profissão que tiveram sua saúde abalada diante do sofrimento ocasionado pelo assédio moral.

Com certeza, o assédio moral pode causar problemas de saúde física e mental, pois eu já passei e fiquei muito doente por isso, e assim eu entendi esse lado. Você acha que está aguentando e depois de um tempo você percebe que esta situação está afetando a sua vida pessoal, social, sua saúde; e eu acredito que realmente isso pode afetar a sua saúde [...] tem aquele outro tipo de assédio que é devagarzinho, é silencioso, que acontece todo o dia. É aquele que te faz sair todo o dia do trabalho se sentindo incompetente e que tudo a culpa é sua. Se a culpa realmente for sua, é papel sempre do outro te informar, pois não é culpa, é ajuste; graças a Deus eu superei, mas tive que mudar de setor. (E1). (como é fala do mesmo depoente, juntei)

O assédio moral pode causar problemas de saúde. Eu já tive e tenho amigos e colegas de trabalho que já saíram da Instituição, não estão mais, e até hoje eles sofrem por conta do assédio que sofreram. Então, as pessoas entram em depressão, têm problemas físicos, e isto traz uma má qualidade de vida dele fora do hospital. Ele adoece por conta do assédio, como se fosse um acidente de trabalho, uma

síndrome de burnout. E hoje muitas empresas grandes estão trabalhando o burnout e não estão trabalhando o assédio, porque o assédio e o burnout estão juntos. (E2).

Eu fiquei tão desconcertada, tão entristecida com aquilo, que eu fui no banheiro e chorei, chorei tanto; voltei com os olhos cheios de lágrimas. Então o problema foi a forma como ela falou, a entonação da voz e no meio de todo mundo, na frente, e aquilo me constrangeu muito, me fez passar uma vergonha, que eu fiquei extremamente desconcertada. E por um bom tempo foi assim [...] quando se fala em uma determinada coordenadora, você nem dormia se você tinha que trabalhar com ela... (E5). (também aqui, juntei os trechos do mesmo depoente)

Isso interferiu em meu resultado, na minha motivação em continuar trabalhando naquele setor, embora as atividades nunca me eram um problema. Eu gostava do que eu fazia, mas estava difícil eu organizar isso, um ambiente que, quando ela não estava, parecia que eu era uma outra pessoa; e quando ela estava, eu travava e não conseguia nem olhar para o lado, não conseguia interagir com minhas colegas de trabalho, pois ela estava ali naquele ambiente. Isso mexia muito com meu psicológico e até hoje, quando eu lembro das situações vividas, é muito ruim. Trata-se de uma pessoa que me bloqueou profissionalmente e pessoalmente também. Eu ainda tenho muita revolta. (E7).

Eu fiquei desacreditada da minha competência, minada por fofocas maldosas dos pares. Sinto-me estigmatizada, desacreditada eternamente pelas ocorrências e vejo favoritismo dos pares considerados “puxa-saco”. (E9).

Como observado nos relatos, o assédio moral concretiza-se por meio de atos, gestos, palavras e situações de degradação à dignidade da pessoa humana; invade de forma integral a vida do profissional atingido (vítima) e possibilita a ocorrência de consequências referentes à sua integridade físico-psíquica, que podem prejudicar o convívio social e familiar, bem como a autoestima tanto pessoal como profissional (16) (ALKIMIN,2013). Este quadro mostra semelhanças com o descrito em estudo ^{7: 13}informar página da citação que assim conceitua o assédio moral: “[...] gera tensão psicológica, angústia, medo, sentimento de culpa e autovigilância acentuada. Desarmoniza as emoções e provoca danos à saúde física e mental, constituindo-se em fator de risco à saúde nas organizações de trabalho.” (BARRETO, 2013, p.13)

Pesquisa realizada com 250 enfermeiros em cinco hospitais da Austrália, com o objetivo de investigar formas de supervisão abusiva, mostrou que ocorriam ataques pessoais, tarefas excessivas e isolamento (RODWELL, 2014)⁽¹⁸⁾. Os enfermeiros relataram que o assédio sofrido por eles no ambiente de trabalho refletiu-se também na vida pessoal e ocasionou estresse. Os depoimentos colhidos no presente trabalho corroboram os publicados no citado estudo.

As consequências do assédio moral são temerosas e prejudiciais à saúde física e mental da pessoa submetida a esse tipo de sofrimento. Nesse sentido, estudo realizado no Rio de Janeiro mostra que memórias perturbadoras, evitar pensar, permanecer vigilante e preocupação em manter atividades profissionais penosas foram as mais citadas em uma amostra de 1.425 profissionais (XAVIER,2008).

Em estudo de revisão integrativa, destacaram-se como manifestações psíquicas

da exposição ao assédio moral: depressão, sentimento de cansaço, recordações frequentes dos comportamentos de assédio moral vivenciados, comprometimento na vida fora do trabalho, tristeza extrema ao recordar os comportamentos, ansiedade, solidão e medo. Como manifestações físicas, sobressaíram: dores de cabeça, queixas gastrointestinais, distúrbios do padrão do sono, dor no peito, palpitações, aumento ou falta de apetite e estresse (FONTES, 2011).

Nos relatos a seguir, pôde-se observar que, após o assédio moral, o medo de falar e o descrédito no próprio futuro profissional sobrepõem-se à coragem, pois os profissionais querem proteger seus empregos. Assim, diante do receio, suportam situações que afetam sua dignidade.

Se for meu superior que está assediando, eu acho muito complicado passar por cima do superior imediato. Então, de repente, existe uma pessoa acima que você pode, de uma forma bem delicada, explicar a situação, mas é uma forma de exposição. Então, eu entendo que, para quem está sendo assediado, é um problema procurar alguém acima do chefe, pois ele pode ser prejudicado. (E1).

Dentro da instituição é complicado abordar, pois, partindo de onde vem o assédio, por exemplo, se o seu assédio vem do superior, do superintendente, não tem para onde você correr; então, você vai ter que correr para o órgão necessário [...] acham que vão ser expostos, acham que a Instituição irá mandar embora. Existe ainda um tabu. Tanto que é, se a gente for no COREN, fazer um levantamento sobre assédio, não vai ter uma porcentagem grande de pessoas que denunciam o assédio. Não condizente com o real. (E2).

[...] eu acho que devia ser, sim, notificado, mas acho que, justamente pelo assédio moral, a gente não notifica, por medo de, sei lá, ter alguma represália. (E4).

[...] eu, sinceramente, tinha muita vontade de trazer isso para uma instância maior, mas, como a gente tem uma orientação entre o intermédio entre a gente e uma instância maior passar, no caso, por ela, eu não tinha total noção do quanto essa instância maior sabia da nossa realidade. E isso é muito angustiante, pois, à medida que as pessoas foram saindo do setor, elas não voltavam atrás, para expor as situações por medo... você pensa “eu não quero me prejudicar”, porque falar com toda a clareza a realidade pode vir contra mim. Até porque eu sei que a relação dela com a chefe dela é boa, é forte. Eu ouvi dizer algumas vezes que pessoas saíram do hospital e, como não tinham nada a perder, foram se expor com a chefe dela e nada foi feito. Então, assim, por mais que eu tinha muita vontade de falar, por eu ser a assediada, não sei também se iria trazer resultado pela pessoa que ia receber essa informação. Como ela passaria a me enxergar? (E7).

[...] ninguém vai ficar do seu lado ou na sua defesa, pois todos têm medo de perder o emprego, mesmo presenciando a injustiça [...] mesmo tendo um serviço terceirizado para tratar desses assuntos, não me sinto segura para expor o assédio moral, pois isso envolve citar nomes e, como diz o ditado, “a corda sempre arrebenta para o lado mais frágil”. Acho que, por isso, o assédio é escondido. Pois, reunir provas do assédio é complicado, porque todos, ou a maioria, teme perder o emprego, e principalmente por causa dos outros. Imagina, se você não perde o emprego, mas defendeu fulana, você acaba sendo estigmatizada também. (E9).

O receio de expor o ocorrido nas instituições está presente, sobretudo, por receio

de perder o emprego. Hoje o emprego é mais importante que tudo e perdê-lo significa castigo⁽¹⁷⁾. Desse modo, os trabalhadores preferem ser desacreditados e suportar até o momento em que suas forças terminem. Segundo o relato dos entrevistados, o ganho de experiência em situações às quais estão expostos, cria neles “mecanismos de defesa” para se articularem intimamente diante da exposição ao assédio moral. É possível defender que este silêncio potencializa, cada vez mais, o sofrimento e as consequências da violência.

Cabe enfatizar que não somente a vítima sofre os efeitos do assédio, mas toda a equipe, ou ao menos parte dela, o que pode comprometer o fluxo de trabalho, uma vez que o medo da exposição, da punição ou até da perda do emprego mostram que os atos concretos geralmente não são explicitados, e podem prosseguir insidiosamente, muitas vezes por longo tempo.

Medo de se expor, perder o emprego, entre outras consequências, envolvem uma atmosfera de imparcialidade e muitos optam pela neutralidade e não se colocam frente à situação. Muitas vezes a intensidade dos atos ocasiona adoecimentos difíceis de serem revertidos.

Estudo desenvolvido no Rio de Janeiro mostra que 38,4% das vítimas de assédio moral tiveram como reação à violência sofrida relatar o ocorrido a seu chefe. Em contrapartida, 27,2% não esboçaram nenhuma reação. Quanto aos motivos de não relatar o ocorrido, 53,4% responderam não acreditar que alguma providência seria tomada e, dentre os que relataram a ocorrência ao chefe, apenas 20% informaram que foi efetivo, 51,4% estavam muito insatisfeitas com as providências tomadas e apenas 8,6% ficaram satisfeitas(CAHÚ,2014)⁽²¹⁾.

Na maioria das vezes, os profissionais que presenciam o assédio, por medo de perder o emprego ou de serem também humilhados, rompem os laços afetivos com a vítima e, frequentemente, reproduzem as ações do agressor no ambiente de trabalho, instaurando um “pacto de tolerância e silêncio”, enquanto a vítima, gradativamente, se desestabiliza e fragiliza, “perdendo sua autoestima” (MERIGHI, 2003).

Fica claro que o reflexo da exposição de um profissional a um relacionamento interprofissional estabelecido por meio do assédio resulta em consequências temerosas à saúde do trabalhador, como as relatadas nas entrevistas que envolvem a autoestima baixa, ansiedade, culpabilização, sentimento de incompetência, sintomas físicos, como dor de estômago e taquicardia, entre outros. O medo de falar é motivado pelo desejo de proteger a estabilidade no trabalho e o anseio de não expor a situação, por causa da quebra da possibilidade de ascensão profissional. Alguns relatos mostram que os enfermeiros somente conseguiram “vencer” o assédio após mudarem silenciosamente de setor, porém ainda sentem as suas consequências nas lembranças ou situações que lhes soam semelhantes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A investigação possibilitou a compreensão dos significados atribuídos pelos enfermeiros à vivência do assédio moral no ambiente de trabalho e suas consequências à sua saúde física e psíquica. A análise dos discursos dos entrevistados revelou, com base em suas reflexões, o contexto dos motivos existenciais vividos em seu cotidiano de trabalho.

A vivência, pelos enfermeiros, do assédio e suas consequências trouxe uma contribuição quanto à necessidade de criação de uma política institucional em relação ao assédio, tendo em vista a necessidade de os profissionais enfrentarem esta situação para minimizar os danos pessoais e profissionais que a violência pode ocasionar, como relatado nos depoimentos.

Ao entender a vivência dos profissionais diante das consequências do assédio moral, pôde-se mostrar que eles submetem-se a situações degradantes, a fim de se protegerem e manterem a estabilidade de seu dia a dia. Como reflexo, sofrem as consequências como vítimas do assédio moral e somatizam essas situações, culpando-se pelos ataques; têm medo de se expor e, conseqüentemente, desenvolvem problemas de saúde física e mental. Além disso, a vida social e profissional é também prejudicada.

Conclui-se que há necessidade de ampliar o conhecimento a respeito do fenômeno estudado, no contexto das vivências dos enfermeiros, por ser a área da saúde perpassada por campos de saberes e práticas hierarquizadas, com forte inculcação ideológica da dominação política entre os atores sociais envolvidos. Novos estudos poderão desvelar outros aspectos das práticas de assédio moral, tanto na equipe de enfermagem como entre esta e outros profissionais da área da saúde ou clientela assistida.

REFERÊNCIAS

Alkimin MA. **Assédio moral na relação de trabalho**. 3ª ed. Curitiba: Juruá; 2013.

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 [Internet]. 2015 Dec [citado 2016 maio 11];49(spe2):122-8.

Barreto MMS. **Violência, saúde e trabalho (uma jornada de humilhações)**. São Paulo: Educ; 2013.
Barreto MMS. **Assédio moral: trabalho, doenças e morte**. In: Lima CQB, Oliveira JA, Maeno M. Seminário compreendendo o assédio moral no ambiente de trabalho. São Paulo: Fundacentro; 2013. p.13-26

Cahú GRP, Costa SFG, Costa ICP, Batista PSS, Batista JBV. **Situações de assédio moral vivenciadas por enfermeiros no ambiente de trabalho**. Acta Paul Enferm. 2014;27(2):151-6.

Conselho Federal de Enfermagem. **Pesquisa inédita traça perfil da enfermagem** [Internet]. Brasília; 2015. [Citado 2016 abr 19]. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/pesquisa-inedita-traca-perfil-da-enfermagem31258.html>

Ehrenberg A. **O culto da performance: da aventura empreendedora à depressão nervosa.** São Paulo: Ideias e Letras; 2010.

Farrel GA, Shafiei T. **Workplace aggression, including bullying in nursing and midwifery: a descriptive survey: the SWAB study.** Int J Nurs Stud. 2012;49(11):1423-31.

Freitas GF, Hagopian EM, Silva TA, Mattozinho FCB, Silva EC, Mecone. **Regulação do trabalho de enfermagem.** In: Vale EG, Peruzzo SA, Felli VEA, organizadoras. PROENF Programa de Atualização em Enfermagem: Gestão: Ciclo 5/ Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2015. p.109-136 inicial-final do texto de Freitas, Hagopian e Silva.

Fontes KB, Pelloso SM, Carvalho MDB. **Tendência dos estudos sobre assédio moral e trabalhadores de enfermagem.** Rev Gaúcha Enferm. 2011;32(4):815-22.

Hashizume CM. **Violência simbólica no trabalho: considerações exploratórias sobre a nova ontologia do trabalhador na pós-modernidade.** Rev Ambival. 2014;2(4):137-50.

Jesus MCP, Capalbo C, Merighi MAB, Oliveira DM, Tocantins FR, Rodrigues BMRD, et al. **A fenomenologia social de Alfred Schütz e sua contribuição para a enfermagem.** Rev Esc Enferm USP. 2013;47(3):736-41.

Loper A. **Assédio moral no trabalho: o ilícito silencioso.** Dourados, MS: Unigran; 2002.

Merighi MAB, Praça NS. Abordagens teórico-metodológicas qualitativas. **A vivência da mulher no período reprodutivo.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003.

Mininel VA, Baptista PCP, Felli VEA. **Psychic workloads and strain processes in nursing workers of Brazilian University Hospitals.** Rev Latino Am Enferm. 2011;19(2):340-7.

Organização Mundial da Saúde. **Sensibilizando sobre o assédio psicológico no trabalho.** Série Proteção da Saúde dos Trabalhadores. Genebra; 2004.

Peres RM. **A visão do enfermeiro gestor sobre o assédio moral no trabalho: uma reflexão bioética [dissertação].** São Paulo: Centro Universitário São Camilo; 2009.

Rodwell J, Demir D, Shacklock K, Farr-Waharton R. **Abusive supervision and links to nurse intention to quit.** J Nurs Scholarsh. 2014;46(5):357-65.

Vasconcellos IRR, Abreu AMM, Maia EL. **Violência ocupacional sofrida pelos profissionais de enfermagem do serviço de pronto atendimento hospitalar.** Rev Gaúcha Enferm. 2012;33(2):167-75.

é;;Mattozinho FCB, Silva EC, Mecone MCCinformar os seis primeiros autores Vale EG, Peruzzo SA, Felli VEA, organizadoras. ;p.109-136 inicial-final do texto de Freitas, Hagopian e Silva.. Pesquisa inédita traça perfil da enfermagem [Internet]. Brasília; 2015. [Citado 2016 04 19ano mês dia].omaio : Unigran;;d.et al.;p.13-26 inicial-final do texto de Barreto.Xavier ACH, Barcelos CRV, Lopes JP, Chamarelli PG, Ribeiro SS, Lacerda LS, et al. **Assédio moral no trabalho no setor saúde no Rio de Janeiro: algumas características.** Rev bras saúde ocup. 2008;33(117):15-22.

ESTRESSE ADQUIRIDO NO AMBIENTE DE TRABALHO: TRATAMENTO COM A SOMATIC EXPERIENCING®

Wandecleide Lucena Fernandes

Enfermeira da Coordenação de Qualidade de Vida, Saúde e Segurança do Trabalho da Universidade Federal da Paraíba (UFPB);
Docente do Curso de Pós-graduação em Naturologia da Faculdade Estratégico.

Luciana de Medeiros Lima

Enfermeira da UTI-Neonatal (HULW-UFPB);
Docente da Faculdade de Enfermagem São Vicente de Paula.

Liane Santos Pereira Pinto

Docente do Curso de Pós-graduação em Psicotraumatologia Junguiana do Instituto Junguiano da Bahia (IJBA).

Soraya Maria de Medeiros

Docente do Curso de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).

RESUMO: O estresse é resultado de uma soma de respostas físicas, emocionais e mentais causadas por determinados estímulos externos, denominados de estressores, que permitem ao ser humano conviver com determinadas situações que alteram o mecanismo do corpo. Acredita-se que o estresse pode ser amenizado ou tratado utilizando-se a Somatic Experiencing® (SE®), um método naturalista que foi criado por Peter Levine, PhD, psicólogo e doutor em Biofísica Médica. Trata-se de um estudo do tipo analítico, com intervenção

terapêutica, com uma abordagem qualitativa, em que se utiliza o método de análise de discurso de linha francesa. Objetiva analisar o resultado do Somatic Experiencing®, como uma terapêutica naturalista, em um grupo de residentes multiprofissionais com sofrimento psíquico advindo de estresse adquirido no ambiente de trabalho. Para a coleta dos dados da pesquisa, foram realizadas sessões em grupo. A técnica de coleta foi empregada com base nos discursos dos sujeitos, e o corpus foi analisado por meio da Análise de Discurso de Pêcheux. As sessões terapêuticas foram gravadas, transcritas e analisadas à luz do método do SE®. O resultado foi avaliado durante o processo terapêutico, proveniente da utilização das ferramentas do SE®. O resultado da aplicação desse método, como processo terapêutico naturalista, ofereceu aos sujeitos da pesquisa a oportunidade de superar o estresse através da autorregulação fisiológica e de liberação gradual e segura. Constatou-se que o SE® pode ser adotado na política de atenção à saúde do trabalhador para ser utilizado como uma nova possibilidade de melhorar a qualidade de vida dos trabalhadores.

KEYWORDS: Somatic Experiencing®; Estresse; Equipe multiprofissional.

ABSTRACT: Stress is a result of a sum of physical, emotional and mental responses

caused by certain external stimuli, known as stressors, that allow the human being to live and try to overcome with certain situations that alter the mechanism of the body. It is believed that stress can be ameliorated or treated using Somatic Experiencing® (SE®), a naturalistic method that was created by Peter Levine, PhD, a psychologist and doctor in Medical Biophysics. It is a study of the analytical type, with therapeutic intervention, with a qualitative approach, using the French line discourse analysis method. Aims to analyze the results of Somatic Experiencing® as a naturalistic therapy in a group of multiprofessional residents with psychic suffering from the stress acquired in the work environment. In order to collect the research data, group sessions were conducted. The collection technique was used based on the subjects' discourses, and the corpus was analyzed through the Pêcheux Discourse Analysis. The therapeutic sessions were recorded, transcribed and analyzed in the light of the Somatic Experiencing® method. The result was evaluated from the speeches of the individuals during the therapeutic process, from the use of SE® tools. The result of the application of this method as a naturalistic therapeutic process offered the subjects of the research the opportunity of overcoming the traumas through physiological self-regulation and gradual and safe release. It was found that the SE® is a naturalistic method that can be adopted an option to be used in the health care policy of the worker as a new possibility to improve the quality of worker's lives.

KEYWORDS: Somatic Experiencing®; Stress; Multiprofessional team.

1 | INTRODUÇÃO

O estresse tornou-se uma condição peculiar ao ser humano, na contemporaneidade, e inclui desde situações cotidianas até eventos de maior magnitude, como: estímulos externos, denominados de estressores, devido à insegurança, alteração da vida cotidiana, problemas de relacionamentos interpessoais e acontecimentos traumáticos, dentre eles, experiências de combate a catástrofes naturais ou causadas pelo homem e graves acidentes. Resulta de uma soma de respostas físicas, emocionais e mentais causadas por determinados estímulos externos, denominados de estressores, que permitem ao ser humano conviver com determinadas situações que alteram o mecanismo do corpo, de modo positivo ou negativo, e tentar superá-las.

Para Serafim e Mello (2010), quando um evento se apresenta ameaçador, há uma reação que, geralmente, inicia-se no corpo e provoca uma reação imediata, para, em seguida, apresentar a reação psicológica. Inicia com uma descarga adrenal pela via simpática e de cortisol, via sistema hipotálamo-pituitária-adrenal. E quando um indivíduo com saúde passa por situação de estresse intenso, pode apresentar sintomas como choro, raiva, medo ou insônia, todos como respostas normais, esperadas.

Os profissionais que atuam na área de saúde do trabalhador, em especial, aqueles com qualificação para atuarem na área de saúde mental, devem intervir com uma

terapêutica não medicalizante, para reabilitar servidores às suas atividades laborais principalmente quando acometidos por adoecimento ocasionado pelo ambiente de trabalho. Como acomete o indivíduo com um quadro clínico de sintomas físicos e mentais, o estresse deve ser tratado com uma terapêutica naturalista, que contribua para que ele participe de suas atividades laborais com uma qualidade de vida melhor.

Podemos dizer que o estresse e o trauma dão respostas neurofisiológicas com diversas reações corporais desreguladas, portanto, requerem como tratamento um método terapêutico que seja direcionado para resolver esses sintomas corporais (FERNANDES, 2016).

Na busca por uma prática terapêutica mais adequada ao tratamento de pessoas com estresse e trauma, na disciplina Psiconeuroimunologia, oferecida no Curso de Naturologia - Terapias Naturais e Holísticas - surgiu um novo olhar para as diversas terapias naturais existentes.

Alminhana e Noé (2010) afirmam que a Psiconeuroimunologia, como uma área de pesquisa emergente, vem contribuindo com o entendimento da saúde e da doença como uma cadeia de redes complexas que interligam sistemas neurológicos, endócrinos e imunológicos e, ao mesmo tempo, toda a gama das respostas emocionais de cada pessoa. Dentre as terapias naturais existentes, optou-se pela Somatic Experiencing® (SE®), por se enquadrar em um modelo de abordagem naturalista desenvolvido por Peter A. Levine, PhD, psicólogo e doutor em Biofísica Médica, que vem se dedicando ao estudo desse tema há mais de quatro décadas. O trauma e o estresse, segundo a SE®, são compreendidos como fisiológicos. Os sintomas relacionados ao processo de estresse traumático são considerados sinais ou indicações de respostas neurofisiológicas incompletas e fixas de luta, fuga ou imobilidade tônica, portanto, um processo autonômico, iniciado e comandado por estruturas cerebrais primitivas, ou seja, pelo Sistema Nervoso Autônomo (FERNANDES *et al.*, 2013).

A justificativa para esta pesquisa surgiu a partir da visão da coordenadora da Ênfase em Saúde da Criança de uma Residência Multiprofissional, ao receber um grupo de residentes que se aproximavam do término do programa, percebeu que eles apresentavam uma carga de estresse intensa, demonstrada por meio de verbalização cotidiana. Esses residentes faziam parte de sete categorias profissionais distintas, a saber: Psicologia, Nutrição, Enfermagem, Fisioterapia, Serviço Social, Fonoaudiologia e Farmácia.

O estresse referido pelo grupo era decorrente de certo descontentamento devido aos inúmeros problemas no transcurso da residência: cobrança no cumprimento de carga horária elevada, ao cumprimento da agenda de compromissos inerentes à própria residência e a necessidade de entregar trabalhos das disciplinas, considerados como fatores de estresses para esses profissionais.

Segundo Seligmann-Silva (2011), o adoecimento decorrente de situações que têm relação com a organização do trabalho e que provoquem constrangimentos como pressão e imposição pode desorganizar o equilíbrio psicofisiológico e/ou mental do

trabalhador.

Com base na problemática apresentada, os autores deste estudo se sensibilizaram e motivaram o desenvolvimento deste estudo, na perspectiva de colaborar com o referido grupo que vivenciava situações de estresse e suscitou o seguinte questionamento: O tratamento com SE® poderá diminuir o quadro de estresse vivenciado pelos residentes e melhorar sua vida pessoal e profissional?

Eis que surgiu uma proposta para se aplicar a SE®, como ferramenta de cuidado, com vistas a contribuir com o trabalho do grupo como um todo, individual ou coletivamente, e de melhorar a vida desses residentes. Considerou-se essencial a prerrogativa de cuidar do cuidador, porque esse profissional - residente hospitalar - desempenha um papel fundamental na dinâmica da assistência à clientela hospitalizada.

Os residentes que atuam em hospitais públicos federais passam por muitas situações de estresse no ambiente de trabalho e não têm como eliminar a energia retida no sistema nervoso autônomo, o que se reflete negativamente em sua vida e em seu trabalho. Nesse sentido, pode-se dizer que o SE® é um método que contribui significativamente para se lidar com o estresse.

Consideram-se estressores psicossociais no trabalho o excesso de atividades e a pressão de tempo e trabalho repetitivo; os conflitos de papéis entre subordinados e superiores; a falta de apoio social da chefia, dos colegas e da família; os estressores físicos, como produtos químicos e ruídos; a tecnologia de produção em série, que gera trabalhos automatizados e trabalhos em turnos (CAMARGO, CAETANO, GUIMARÃES, 2010).

Assim, considerando esses aspectos referidos, esta pesquisa tem como objetivo analisar o resultado da SE® como uma terapêutica naturalista em um grupo de residentes com sofrimento psíquico advindo do estresse adquirido no ambiente de trabalho.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo do tipo analítico e intervencionista, com uma abordagem qualitativa. Para proceder à interpretação analítica dos dados, optou-se pelos pressupostos teóricos da Análise de Discurso de Michel Pêcheux. A escolha por essa abordagem se justifica por ser uma *disciplina de entremeio*, que se constitui a partir da relação entre as três regiões do conhecimento: a Psicanálise, a Linguística e o Marxismo, uma vez que o discurso

não é de modo servil e trabalha uma noção – a de discurso – que não se reduz ao objeto da Linguística, nem se deixa absorver pela Teoria Marxista e tampouco corresponde ao que teoriza a Psicanálise. Interroga a Linguística pela historicidade que ela deixa de lado, questiona o Materialismo perguntando pelo simbólico e se demarca da Psicanálise pelo modo como, considerando a historicidade, trabalha a

Neste estudo, analisou-se o resultado da aplicação do SE® em discursos de residentes multiprofissionais de um hospital público universitário, instalado na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba-Brasil, que se encontravam com quadro de estresse e que se dispuseram a participar da pesquisa. Como critério de inclusão, foram aceitas as residentes que concordaram livremente em participar do estudo. Elas foram informadas sobre os objetivos e a importância do estudo e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Assim, a amostra foi composta de cinco sujeitos do sexo feminino, que passaremos a chamar de R1, R2, R3, R4 e R5. A escolha por cinco sujeitos se justifica porque facilitar a implementação da intervenção terapêutica em grupo com o SE®.

Ao iniciar a pesquisa, primeiramente no Hospital Universitário onde os residentes assistiam aula, houve uma reunião com todos para apresentar o projeto e o método terapêutico do SE®. Em seguida, identificaram-se os residentes que gostariam de participar da pesquisa.

Depois de feito um contato prévio com os sujeitos, foram agendadas as sessões de SE®, com dia e horário definidos, que seriam realizadas no Hospital Universitário onde era feita a residência multiprofissional. Depois de serem informados sobre como seria realizada a pesquisa e sua metodologia, os sujeitos foram convidados a participar do estudo e lhes foi garantido o direito de recusar.

As sessões aconteciam uma vez por semana, em grupo, em uma sala de aula da residência, e duravam, aproximadamente, 60 minutos. Foram dez sessões de acordo com o protocolo que foi pré-estabelecido.

Os dados foram coletados através da gravação das sessões de SE® em áudio, utilizando-se dois aparelhos de gravador sony, estrategicamente posicionados na sala, a fim de que nenhuma fala fosse perdida. Além das gravações, foram realizadas anotações em um diário de campo. Ao término de cada sessão, o material era transcrito, visando assegurar o sigilo acordado com os colaboradores da pesquisa.

A análise foi feita na modalidade de análise de discurso e considerou a mudança ocorrida nos residentes com história de estresse, a partir do tratamento com a SE®. A análise do material empírico foi realizada com base na discursividade dos sujeitos produzida nas gravações feitas durante as intervenções terapêuticas com SE®, que resultou cada uma como uma unidade de análise.

O material discursivo foi orientado com base na seguinte questão: **Quais os resultados apresentados durante o processo do tratamento com SE® que repercutiram na vida pessoal e profissional dos residentes antes e depois do tratamento?**

Este projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética ligado à Plataforma Brasil e aprovado conforme CAAE: 18916613.9.0000.5183. Por ocasião da realização

da pesquisa, os sujeitos da pesquisa assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TECLE) e recebeu uma cópia, conforme preconiza a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os sujeitos desta pesquisa são cinco servidores residentes multiprofissionais. Para manter o sigilo sobre sua identidade, eles foram representados pela letra "R" e por um número que indica a sequência dada aleatoriamente no transcurso do período em que ocorreram as transcrições dos áudios gravados das sessões de SE®.

GÊNERO	IDADE	PROFISSÃO	TEMPO DE FORMAÇÃO	ESTADO CIVIL
FEMININO	29	ENFERMEIRA	4 ANOS	CASADA
FEMININO	31	FONOAUDIÓLOGA	3 ANOS	CASADA
FEMININO	30	NUTRICIONISTA	7 ANOS	CASADA
FEMININO	24	ASSISTENTE SOCIAL	2 ANOS	SOLTEIRA
FEMININO	26	FARMACÊUTICA	2 ANOS	SOLTEIRA

Tabela 01 – Perfil sociodemográfico dos sujeitos da pesquisa

No que se refere aos dados sociodemográfico, todos os sujeitos que participaram da pesquisa são sexo feminino, sendo três casadas, o que nos levar a fazer inferências sobre a dupla jornada de trabalho que essas mulheres enfrentam no dia a dia. E como a maioria tem pouco tempo de formação, é preciso dirigir um olhar sobre esses hospitais-escolas quanto ao acompanhamento das formas como os residentes se adaptam ao novo ambiente de trabalho.

Em pesquisa realizada por Lima e Bianchi (2010), esses autores verificaram que quanto menor o tempo de formação acadêmica, maior é o estresse.

1ª FORMAÇÃO DISCURSIVA: Quais os sinais de estresse apresentados no início do processo do tratamento com SE® que repercutiram na vida pessoal e profissional dos residentes?

Sequências discursivas	Fragmentos discursivos
“... estou me sentindo profundamente irritada... ”	“...estou me sentindo profundamente irritada...estressada... eu estou com nenhuma vontade mais de vir para essa residência... (R1)
“... estressada e triste... todos os dias quando venho para cá. ”	“...eu me sinto cansada...desestimulada...estressada e triste...é assim que eu me sinto todos os dias quando venho para cá.” (R2)

“...me sinto estressada ... sem força de vontade de vir e sem ânimo...”	“...eu me sinto estressada...muito estressada nessa residência, porque eu estou sem força de vontade de vir e sem ânimo...” (R3)
“Eu me sinto ansiosa ...sem expectativa... isso me deixa bastante angustiada . ”	“Eu me sinto ansiosa...sem expectativa... Eu acho que é angustia de ter que esperar até a conclusão do prazo [fim da residência] que é no ano que vem...isso me deixa bastante angustiada. ” (R4)
“...hoje eu estou angustiada ... estou estressada ... vontade de chorar [choro].”	“Hoje eu estou sentindo desânimo...desânimo é o sentimento predominante quase todos os dias...hoje eu estou angustiada... estou estressada... vontade de chorar [choro].” (R5)

Quadro 1 – Discursos da primeira e da segunda sessões de SE®.

O estudo apontou que as residentes passam por um forte estresse psicossocial no trabalho, associado a um quadro de angústia, de ansiedade e de irritabilidade autorreferida, além do desejo de evitar ir ambiente de trabalho.

Os sujeitos R1, R2 e R3 se esforçavam para evitar o ambiente de trabalho. A evitação é um comportamento típico da maioria dos indivíduos que viveram experiências estressantes e traumáticas intensas. Para Ross (2014), no nível emocional, a pessoa traumatizada apresenta sentimento de isolamento e de alienação, enquanto no nível comportamental, geralmente, apresenta retraimento e comportamentos antissociais.

O processo de esquiva pode ser constatado pela tentativa de evitar locais, pessoas ou até pensamentos que estejam associados ao evento estressor, o que provoca um entorpecimento emocional. Na manifestação da excitabilidade aumentada, ou seja, a hiperestimulação autonômica, a ocorrência de insônia, de irritabilidade, de hipervigilância e de reações de sobressalto aumenta (MELLO; FIKS, 2011; NETTO, 2013; AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994). Para além das esquivas, nos fragmentos discursivos dos sujeitos R2, R4 e R5, também se constatou sofrimento psíquico intenso, devido às exposições internas que enfrentam no ambiente de trabalho e que são evocadas pelas memórias do estresse.

O estresse no ambiente de trabalho provoca mudanças psicofisiológicas que fragilizam emocionalmente o trabalhador e podem fazê-lo adoecer, porque

Os sentimentos são a estrada pela qual traçamos nosso caminho no mundo. Os estados emocionais (fixados), ao contrário, originam-se de impulsos frustrados ou do acionamento, da mobilização de emergência (luta/fuga/congelamento). (LEVINE,2012, p. 299)

Para Izquierdo (2011, p. 87), “o estado de ânimo, as emoções, o nível de alerta, a ansiedade e o estresse modulam fortemente as memórias.” E quando essas memórias causam um estado de estimulação do sistema simpático e do parassimpático, exercem ação antagônica sobre os órgãos que enervam (Figura 01).

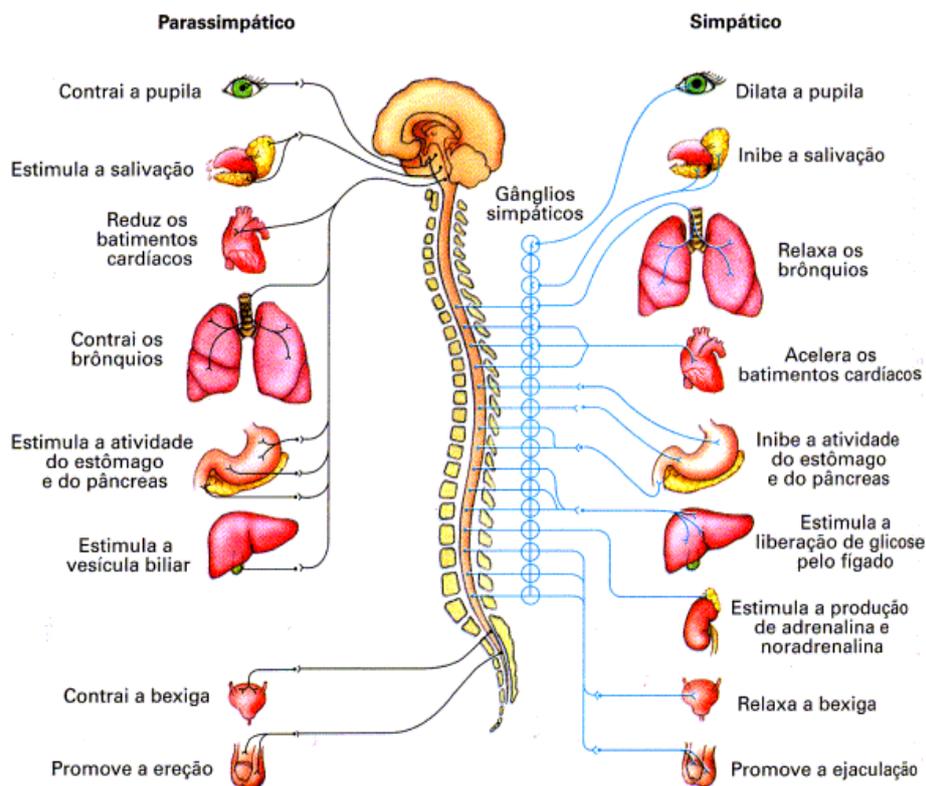


Figura 01 – Sistema nervoso simpático e parassimpático

Fonte: Figura retirada de Lopes (2002)

O método SE[®] pode promover e restaurar o funcionamento neurofisiológico do sistema límbico hipotalâmico, região subcortical responsável pelas memórias e pelas emoções. Payne, Levine e Crane-Godreau (2015) afirmam que essa reorganização pode ser conseguida com a atenção focada na interocepção, e não, na cognição. Os impulsos traumáticos e estressores são atratores, e se não forem modificados, conduzirão o indivíduo a um ciclo vicioso de medo intenso, angústia e culpa que causam a retraumatização.

O terapeuta deverá conduzir a sessão para que seu interagente possa experimentar a sensopercepção corporal, utilizando as ferramentas do método SE[®], principalmente para liberar a ativação simpática provocada pelo estresse retido no sistema nervoso (SN) e que, conseqüentemente, provoca reações neurofisiológicas.

Essas conseqüências fisiológicas e emocionais provocadas pelo estresse vivenciadas por essa equipe multiprofissional pode trazer prejuízos na assistência ao doente que procura os serviços de saúde. Por isso é imprescindível cuidar do cuidador.

2ª FORMAÇÃO DISCURSIVA: Quais os resultados apresentados durante o processo do tratamento com SE[®] que repercutiram na vida profissional dos residentes?

Sequências discursivas	Fragmentos discursivos
“...respiro, me concentro, penso em mim e muitas vezes não me estresso. ”	“...essa terapia de SE [®] que a gente não conhecia foram validas, realmente assim hoje antes de eu me estressar eu paro, respiro me concentro, penso em mim e muitas vezes não me estresso.” (R1)

“... me sinto realmente relaxada (...) agradecer...obrigada.”	“... hoje eu consigo, eu me sinto realmente relaxada, então para mim foi uma evolução muito grande, então tenho que agradecer...obrigada.” (R2)
“... antes eu ia com mais ansiedade para o seminário integrador, (...) não tive ansiedade, estava tranquila. ”	“Eu acho que antes eu ia com mais ansiedade para o seminário integrador, com mais expectativa em obter resposta, e nesse não tive ansiedade, estava tranquila.”(R3)
“... estou mais relaxada , não estou mais tão nervosa não...”	“Foi tranquila minha semana, está sendo mais tranquila agora, estou mais relaxada, não estou mais tão nervosa não.” (R4)
“...eu ficava muito angustiada, muito ansiosa e eu só via o lado ruim dos problemas.”	“...eu ficava muito angustiada, muito ansiosa e eu só via o lado ruim dos problemas eu não conseguia ver o lado bom e hoje eu já consigo tirar algumas coisas boas.” (R5)

Quadro 2 – Discursos da terceira à décima sessão de SE®

Ao analisar os fragmentos discursivos do quadro 2 dos sujeitos pesquisados, ao se referirem a percepção de si mesmos, verificou-se que, na SE®, foi possível rastrear a sensopercepção corporal; reduzir o padrão de ativação do Sistema Nervoso Simpático, para desacoplar a associação condicionada à raiva, como descarga neurofisiológica gradual; aliviar os sintomas do estresse e autorregular e restaurar o equilíbrio dinâmico psicobiológico.

No método do SE®, utiliza-se o processo de rastreamento da sensopercepção corporal com ferramentas específicas, para diminuir o padrão de ativação do sistema nervoso simpático e promover uma renegociação¹ do trauma. Através do sistema sensorial, os indivíduos são informados sobre os estados internos, como interocepção, que é um conceito que inclui nossos sentimentos conscientes e o monitoramento inconsciente de processos corporais (PORGES, 2012).

Corroborando esse pensamento, Payne, Levine e Crane-Godreau (2015) afirmam que os sistemas subcorticais têm mecanismos intrínsecos para restabelecer a autorregulação e o equilíbrio autônomo. Nesse caso, é papel do terapeuta facilitar esse processo durante as sessões de SE® usando técnicas específicas em um ambiente tranquilo.

Nas sessões de SE®, o terapeuta deve ajudar o cliente a desenvolver a consciência e a lidar com suas sensações físicas e seus sentimentos (LEVINE, 2012). Esse processo terapêutico ocorre nas sessões de SE® e provoca autorregulação, quando o interagente, encorajado pelo terapeuta, consegue desacoplar a emoção da sensação e, lidando de forma gradual com as sensações corporais, consegue liberar a energia retida no sistema nervoso.

Para o criador do método, o terapeuta de SE® pode

ajudar os pacientes a cultivarem e a regularem a capacidade de tolerar sensações extremas – mediante a autoconsciência refletiva e apoio à auto aceitação – faz que eles consigam modular sensações e sentimentos desconfortáveis. Agora eles podem tocar nessas sensações e emoções intensas por períodos mais longos à

¹ Levine (2012) utiliza o termo *renegociação* para se referir ao ato de *retrabalhar* uma experiência traumática, e não, de *revivê-la*.

medida que aprendem a como controlara sua ativação. Uma vez que o paciente vivencia o “entrar e voltar para fora” sem desmoronar, sua janela de tolerância vai se consolidando. Isso acontece quando se alcança uma interação sutil entre sensações, sentimentos, percepções e pensamentos. (LEVINE, 2012, p. 131)

É no interdiscurso dos residentes que o sofrimento psíquico provocado pelo estresse, que também pode ser chamado de sofrimento da alma, expresso no corpo através de reações neurofisiológicas, toma outra importância, ao se perceber que, na verdade, o estresse está dentro de nós, e não, na maneira como lidamos com ele.

Em seus relatos, os sujeitos apontaram os seguintes resultados, durante as sessões de SE[®]: tiveram sensação de liberdade, de alívio do estresse, de leveza e de equilíbrio, apreenderam a tomar decisões, a respirar, a aceitar o problema com tranquilidade, a controlar a ansiedade, a compreender a leitura corporal como uma experiência inédita e a lidar melhor com as emoções e com o estresse em prol do relacionamento familiar.

Quando se usa o SE[®] no processo terapêutico, criam-se estados fisiológicos, sensoriais e afetivos que transformam efeitos e sintomas provocados pelo estresse e trauma, na percepção das sensações corporais físicas sentidas e nas descargas naturais do corpo das energias que ficaram retidas no sistema nervoso simpático. Essa experiência conduz a uma consciência corporal e favorece a autorregulação do sistema nervoso, proporcionando uma sensação de bem-estar, de segurança e de impulso para a vida (LEVINE, 2012; FERNANDES *et al*, 2013).

Levine (2012) refere que essa capacidade de autorregulação que os indivíduos apresentam ajuda-os a lidar com os estados de ativação do sistema nervoso autônomo e com suas emoções mais difíceis.

Na perspectiva do método SE[®], depois das sessões, os sujeitos da pesquisa conseguiram liberar a ativação simpática retida no sistema nervoso. Através da autorregulação, ocorria uma sensação de bem-estar corporal. Seus discursos denotaram que houve uma mudança em relação à maneira como os residentes passaram a enfrentar as situações de estresse no ambiente de trabalho.

4 | CONCLUSÕES

As vivências de SE[®] suscitaram nos sujeitos da pesquisa com sintomas de estresse e em sofrimento psíquico sensações de melhoria no corpo físico e no mental. Houve mudanças comportamentais, como estratégias de ajustes em situações estressantes e fortalecimento da capacidade de enfrentar situações desafiadoras. Portanto, saber lidar com estresse passou a ser um desafio para os residentes, que aprenderam a conviver com situações de estresse e a superá-las. Essa é uma condição essencial para a saúde integral dos trabalhadores.

Assim, considerando o objetivo do trabalho, concluiu-se que o SE[®] é uma nova

ferramenta que pode ser empregada para lidar com o estresse, tendo em vista o progresso constatado pelas falas e a aplicabilidade desse método em uma situação de estresse.

No mundo científico, a SE[®] é um novo método terapêutico que trouxe possibilidades de tratamento para o estresse de forma eficaz e natural, porque, ao analisar os discursos dos sujeitos da pesquisa, constatou-se um resultado positivo que essa terapêutica naturalista trouxe para as pessoas estressadas. Para intervir na recuperação da saúde do trabalhador, essa ferramenta poderá ser um novo caminho a ser trilhado para os servidores das instituições públicas federais superarem o estresse.

Assim, considerando os resultados encontrados na pesquisa, podemos afirmar que ela trouxe contribuições significativas para o campo científico, tendo em vista a falta de pesquisa e a relevância do tema pesquisado. As publicações provenientes dela possibilitarão o compartilhamento dos conhecimentos gerados com profissionais das áreas de saúde do trabalhador, saúde mental, terapias naturalistas e, em especial, uma nova possibilidade para o campo da Enfermagem, entre outros. Entretanto, há que se considerar que só a perspectiva individual de cada sujeito nos enfrentamentos do estresse não dá conta da problemática desse processo causador de sofrimento psíquico no trabalho, porquanto o enfrentamento deve ser coletivo, com estratégias institucionais empregadas de forma ordenada e contínua.

Essas estratégias também devem considerar a especificidade de cursos de formação na modalidade em residência e as características de estudantes com um perfil híbrido de profissional e de aluno, com todas as implicações que essa situação possa trazer. Porém, concluiu-se que, quaisquer que sejam os tipos de estratégias propostas individuais e/ou coletivas, a utilização do SE[®] sempre será uma possibilidade terapêutica muito válida para que os profissionais que trabalham em hospitais possam enfrentar o sofrimento psíquico.

REFERÊNCIAS

ALMINHANA, L. O.; NOÉ, S. V. Saúde e espiritualidade: contribuições da Psiconeuroimunologia e das técnicas mente-corpo para o tratamento do câncer. **Estudos Teológicos**, v. 50, n. 2, p. 260-272, 2010. Disponível em: <http://www.est.com.br/periodicos/index.php/estudos_teologicos/article/view/101> Acesso em: 05 out. 2017.

AMERICAN Psychiatric Association. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. 4th ed. Washington, D.C., 1994. Disponível em: <<http://www.mental-health-today.com/ptsd/dsm.htm>>. Acesso em: 01 set. 2012.

CAMARGO, D. A.; CAETANO, D.; GUIMARÃES, L. A. M. **Psiquiatria ocupacional: aspectos conceituais, diagnósticos e periciais dos transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho**. São Paulo: Atheneu, 2010.

FERNANDES, W. L. **Somatic Experiencing[®] no Tratamento do Transtorno do Estresse Pós-Traumático: discursadores públicos federais**. 2016. 170 f. Tese (Doutorado) – Curso de Doutorado em Salud Pública, Escuela de Postgrado, Universidad de La Integración de Las Américas, Asunción, 2016.

FERNANDES, W. L. *et al.* Fobia de dirigir: resolução do trauma através da experiência somática. In: ROSSI, C. P.; NETTO, L. (Org.). **Práticas psicoterápicas e resiliência: diálogo com a experiência somática.** São Paulo: Scortecci, 2013.

LEVINE, P. A. **Uma voz sem palavras: como o corpo libera o trauma e restaura o bem-estar**/Peter A. Levine; tradução de Carlos Silveira Mendes Rosa e Cláudia Cruz - São Paulo: Summus, 2012.

LIMA G. F, BIANCHI E. R. F. Estresse entre enfermeiros hospitalares e a relação com as variáveis sociodemográficas. **REME Rev Min Enferm.** 2010;14(2):210-8. Disponível em: <<http://reme.org.br/artigo/detalhes/108>>. Acesso em: 25 set. 2016.

LOPES, SÔNIA. **Bio 2.** São Paulo, Ed. Saraiva, 2002.

MELLO, M. F.; FIKS, J. P. **Transtorno de estresse pós-traumático: violência, medo e trauma no Brasil.** São Paulo: Atheneu, 2011.

NETTO, L. Um protocolo de tratamento do transtorno de estresse pós-traumático através da experiência somática. In: ROSSI, C. P.; NETTO, L. (Org.). **Práticas psicoterápicas e resiliência: diálogo com a experiência somática.** São Paulo: Scortecci, 2013.

ORLANDI, E. P. **Análise de Discurso: princípios e procedimentos.** 10. ed. Campinas, SP: Pontes, 2012.

PAYNE, P.; LEVINE, P. A.; CARNE-GODREAU, M. A. Somatic experiencing: using interception and proprioception as core elements of trauma therapy. **Front Psychol**, v. 6, p. 1-18, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4316402/>>. Acesso em: 05 fev. 2015.

PORGES, S. W. **Teoria polivagal: fundamentos neurofisiológicos das emoções, apego, comunicação e autorregulação.** Rio de Janeiro: Senses Aprendizagens e Comunicação, 2012

ROSS, G. **Do trauma à cura.** Tradução Marilu A. dos Reis. 1.ed. São Paulo: Summus, 2014.

SELIGMANN-SILVA, E. Transtorno do estresse pós-traumático. In: GLINA, D. M. R. ROCHA, L. E. (Org.). **Saúde mental no trabalho: da teoria à prática.** São Paulo: Roca, 2010.

SERAFIM, P. M.; MELLO, M. F. Transtornos de estresse agudo e pós-traumático. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)**, Ribeirão Preto. v. 6, n. spe, p. 460-470, nov. 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180669762010000300006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em; 25 set. 2016.

FATORES SOCIOPROFISSIONAIS E SAÚDE DOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM NO CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO

Marize Barbosa silva

Universidade Federal do Rio de Janeiro,
Escola de Enfermagem Anna Nery
Rio de Janeiro – RJ

Lucas Silva Maia

Universidade Estácio de Sá
Rio de Janeiro - RJ

Regina Célia Gollner Zeitoune

Universidade Federal do Rio de Janeiro,
Escola de Enfermagem Anna Nery
Rio de Janeiro – RJ

RESUMO: Objeto de estudo: fatores socioprofissionais e saúde dos trabalhadores de enfermagem no Centro de Material e Esterilização (CME). Objetivos: analisar características socioprofissionais dos trabalhadores de enfermagem do CME; descrever fatores intervenientes à saúde do trabalhador na percepção dos profissionais de enfermagem de um Centro de Material e Esterilização. Método: estudo qualitativo, descritivo, de campo. Participaram 52 profissionais de enfermagem: enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, com tempo de atuação no CME superior a um ano; ambos os sexos; todos os graus de escolaridade; diferentes vínculos empregatícios, e escalas de plantão. Exclusão: trabalhadores afastados das atividades laborais durante a realização

da pesquisa e estagiários. Adotou-se como técnica de coleta de dados questionário com dados sociodemográficos, laborais e condições de saúde, entrevista individual e grupo focal. Os dados contidos nas entrevistas foram submetidos à análise de conteúdo temática. Resultados: Dos 52 profissionais de enfermagem entrevistados 39 eram do sexo feminino, correspondendo a 75,0% dos participantes da pesquisa, apontando à histórica predominância de mulheres entre profissionais de enfermagem. 50% dos entrevistados contavam mais de 10 anos de trabalho em CME, plantonistas escala 12x60 (53.9%), no turno diurno (69.2%) possibilitando-lhes maior domínio na organização dos processos de trabalho. Conclusão: os trabalhadores de enfermagem cumprem jornada de trabalho intensa. Enfrentam o estigma de ser um grupo profissional com limitações laborais, podendo repercutir negativamente em sua saúde psicossocial. É necessária a elaboração de estratégias e intervenções à percepção do trabalhador de enfermagem do CME, sua identidade laboral e autoestima refletida no reconhecimento de seu papel profissional.

PALAVRAS-CHAVE: Esterilização. Enfermagem. Saúde do Trabalhador.

ABSTRACT: The paper studied socioprofessional factors and health of nursing

workers in the Central Sterile Supply Department (CSSD). Objectives: analyze socioprofessional characteristics of the CSSD nursing workers; describe intervening factors to the health of the worker from the perspective of nursing workforce in a Central Sterile Supply Department. Method: qualitative, descriptive, field approach. Fifty-two nursing professional participants: nurses, technicians and nursing assistants, with more than one-year skills in CSSD; both sexes; all levels of schooling; different job links, and shift scales. Exclusion: workers away from work activities during the research and trainees. A questionnaire was used to collect sociodemographic, occupational, and health data; individual interview, group discussion and focal group. The data contained in the interviews were submitted to the thematic content analysis. Results: Among 52 nursing professionals interviewed, 39 were female, corresponding to 75, 0% of the study participants, pointing to the historical predominance of women among nursing professionals. 50% of respondents had more than 10 years of work in CSSD, on-callers 12x60 (53, 9%), day shift (69, 2%), enabling them to master the organization of work processes. Conclusion: nursing workers have an intense workday in the CSSD. Besides that they face the stigma of being a professional group with work limitations which may lead to a negative impact on their psychosocial health. It is necessary the elaboration of strategies and interventions to the perception of the CSSD nursing worker, their work identity and self-esteem reflected in the recognition of their professional role.

KEYWORDS: Sterilization. Nursing. Occupational Health.

1 | INTRODUÇÃO

O trabalho do Centro de Material e Esterilização (CME) é fortemente estigmatizado pelo desprestígio que ligado às questões históricas socioculturais intimamente relacionadas às questões do gênero feminino inerentes à profissão, além de outros fenômenos que advêm de questões organizacionais e dos modelos assistenciais e administrativos existentes nos estabelecimentos de saúde, mesclados a fatores vivenciados na prática, podem favorecer o adoecimento biopsíquico do trabalhador de enfermagem (ANDRADE; CARDOSO, 2013).

Nesse setor encontram-se funcionários com depressão, licenças médicas, absenteísmo, concorrendo com sentimentos de insatisfação e desprazer relacionados à ausência de um contato direto com o paciente (VASCONCELOS; COSTA; CAMPELO, 2015).

O trabalho no CME é marcado por tarefas monótonas, repetitivas, realizadas em espaço físico isolado dos demais setores hospitalares imposto pelo fluxo de barreira unidirecional característico ao setor e demanda grande responsabilidade e atenção dos profissionais que ali atuam.

O ritmo de trabalho intenso exige profissionais de enfermagem com empenho intelectual, físico e emocional, pois o setor é diretamente responsável pelo controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Diante disso, observa-se que,

de uma forma equivocada, pouco esclarecedora, os trabalhadores do CME se veem estigmatizados pela classe de enfermagem. Percebem-se trabalhadores de enfermagem sujeitos ao tédio laborativo, a desconcentração no desempenho das atividades e ao isolamento social, com riscos ao desenvolvimento de hipertensão, insônia, estresse e depressão (ROSSI; PERREWÉ; SAUTER, 2008).

Essa é uma realidade que a prática tem mostrado. Existe uma desvalorização histórica para o trabalho realizado no CME, caracterizado por muitos como um trabalho que não tem visibilidade, paradoxos entre a visão na prática, evidências científicas e diretrizes políticas que normatizam as ações de enfermagem do referido setor.

Para tanto, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), mediante a Resolução n.º 424, de 19 de abril de 2012, normatizou as atribuições dos profissionais de Enfermagem em Centro de Material e Esterilização e em empresas processadoras de produtos para saúde. Tal Resolução dispõe que o perfil do profissional de enfermagem, para atuar no CME, inclua características como: responsabilidade; iniciativa; equilíbrio emocional; habilidade no trato com o público e para o trabalho em equipe; capacidade de organização e concentração; facilidade em memorizar especificações e padronizações; bom condicionamento físico e agilidade.

Assim, o estudo objetivou analisar as características socioprofissionais dos trabalhadores de enfermagem do CME; descrever fatores intervenientes à saúde do trabalhador na percepção dos profissionais de enfermagem de um Centro de Material e Esterilização.

2 | MÉTODOS

Os participantes do estudo foram os trabalhadores de enfermagem do CME de um Hospital Universitário situado na cidade do Rio de Janeiro. Todos os participantes que concordaram em participar desta pesquisa foram previamente orientados e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Resolução n.º 466/2012 – Conselho Nacional de Saúde.

Participaram 52 profissionais de enfermagem, com tempo de atuação no CME superior a um ano; ambos os sexos; todos os graus de escolaridade; diferentes vínculos empregatícios, e escalas de plantão. Como critério de exclusão, não participaram da pesquisa os profissionais de enfermagem que estavam em licença para tratamento de saúde, período de férias, substituição de escala diária de plantão ou em estágio, e os que não foram encontrados durante buscas consecutivas na ocasião do processo de coleta de dados.

A seleção do grupo de pesquisa deve ter uma adequação prática ao delineamento do objeto. Dessa forma, foi realizado um levantamento prévio dos prováveis participantes no CME (MINAYO, 2015). Estudo de natureza qualitativa, descritiva, de campo. Adotou-se como técnica de coleta de dados um questionário com dados

sociodemográficos, laborais e condições de saúde, entrevista individual e grupo focal. Os dados contidos nas entrevistas foram submetidos à análise de conteúdo temática (BARDIN, 2011).

3 | ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A Tabela 1, apresentada a seguir, mostra a caracterização dos participantes em relação a sexo, idade, estado civil, escolaridade e raça. Os dados foram obtidos por meio do preenchimento do questionário sociodemográficos laboral e condições de saúde. Faz-se necessário conhecer a realidade dos sujeitos para melhor compreender suas práticas e seus saberes (FREIRE, 2002).

Indicadores	n	%
Idade		
30 – 39 anos	13	25,0
40 – 49 anos	08	15,4
50 – 59 anos	23	44,2
60 – 69 anos	08	15,4
Sexo		
Feminino	37	71,2
Masculino	15	28,8
Situação conjugal		
Casado (a) ou vive em união	37	71,2
Solteiro (a)	12	23,0
Separado (a) ou divorciado (a)	03	5,8
Raça		
Branca	20	38,5
Parda	18	34,6
Preta	14	26,9

Tabela 1 - Dados sociodemográficos dos participantes do estudo. Rio de Janeiro / RJ, 2016. (n=52)

Dos 52 (100%) participantes do estudo, 37 (71,2%) eram do sexo feminino, coadunando com o histórico protagonismo feminino na enfermagem, profissão que tem o cuidado ao ser humano como objeto de trabalho. A idade predominou na faixa de 50 a 59 anos (44,2%) e 37 participantes declararam - se casados ou viver em união estável (71,2%). A respeito da cor ou raça, 20 (38,5%) participantes se classificaram brancos.

A Tabela 2 apresenta os dados profissionais dos participantes do estudo.

Indicadores	n	%
Escolaridade*		
Ensino Médio Completo	28	53,9
Especialização	15	28,8
Ensino Superior Completo	08	15,4
Ensino fundamental	01	1,9
Tempo de Formação		
Mais de 15 anos	33	63,5
05 – 10 anos	10	19,2
11 – 15 anos	06	11,5
Até 05 anos	03	5,8
Cargo		
Técnico em Enfermagem	32	61,5
Auxiliar de Enfermagem	13	25,0
Enfermeiro	07	13,5
Turno de Trabalho		
Diurno	36	69,2
Noturno	16	30,8
Escala de Trabalho (mensal)		
12 x 60	28	53,9
12 x 36	22	42,3
Diarista	02	3,8
Vínculo empregatício		
Regime Jurídico Único	39	75,0
Extraquadro	13	25,0
Lotação anterior ao CME*		
Não se aplica	16	30,8
SEICL	14	26,9
SEICR	13	25,0
Ambulatórios	05	9,6
SME	03	5,8

Radiodiagnóstico	01	1,9
Tempo no CME		
Mais de 10 anos	26	50,0
Mais de 01 ano a 10 anos	24	46,2
Entre 6 meses e 01 ano	02	3,8

Tabela 2 – Dados profissionais dos participantes do estudo

Rio de Janeiro/ RJ, 2016 (n=52)

Quanto à escolaridade entre os trabalhadores de enfermagem do CME, 28 (53,9%) responderam que possuíam o ensino médio completo, coadunando com o quantitativo de participantes técnicos em enfermagem, correspondendo a 61,5% dos participantes. 63,5% possuíam mais de 15 anos de formação. 50% atuavam na CME há mais de 10 anos.

Observou-se, também, que a maioria dos profissionais de enfermagem trabalhavam em jornada de trabalho plantonista (53,9%) na escala 12x60, no turno diurno (69,2%).

Dentre os 52 participantes do estudo, 14 (26,9%) foram remanejados do Serviço de Enfermagem de Internações Clínicas (SEICL) para o CME; 13 (25%) do Serviço de Enfermagem de Internações Cirúrgicas (SEICR); 05 (9.6%) dos ambulatórios, 03 (5.8%) vieram do SME e 01 (1.9%) do setor de radiodiagnóstico para compor o quadro de trabalhadores do CME.

Dos 16 (30,8%) participantes da pesquisa que responderam "não se aplica" ao item lotação anterior ao CME, 13 pertenciam ao quadro de trabalhadores terceirizados (extraquadro) e chegaram ao CME por meio do Curso de Extensão "Treinamento em Serviço para Técnicos em Enfermagem e Enfermeiros", promovidos pela Coordenação de Educação Permanente (COEP) e a Divisão de Enfermagem (DEN) do hospital, local do estudo em parceria com a Coordenadoria de Atividades Escolares.

No que tange a saúde do trabalhador de enfermagem no CME, as condições de saúde dos participantes do estudo estão apresentadas abaixo, na tabela 3.

Indicadores	n	%
Fatores de risco para desenvolvimento de doença coronariana	38	73,1
Alergias respiratórias	36	69,2
DORT/LER	26	50,0
Obesidade	20	38,5
Problemas circulatórios (varizes)	15	28,8

Problemas dermatológicos	15	28,8
Saúde mental	13	25,0
Problemas gástricos	08	15,4
Distúrbios auditivos	07	13,5
Doença renal	05	9,6
Doença do sangue	03	5,8

Tabela 3 - Condições de saúde dos participantes do estudo*

Rio de Janeiro/RJ, 2016. (n=52)

Nota: *Nesta questão foi permitida mais de uma resposta por participante. Fonte: SILVA, 2016.

Conforme se pode observar na Tabela 3, 38 trabalhadores (73,1%) relataram possuir fator de risco para desenvolver doença coronariana, e 36 relataram ter desenvolvido alergias respiratórias. Observou-se também que 50% dos participantes do estudo sofriam com as Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho e com Lesões por Esforço Repetitivo, e 20 (38,5%) informaram terem sido diagnosticados obesos.

Os profissionais entrevistados afirmaram ser acometidos por outros problemas de saúde, tais como: problemas circulatórios (28,8%), dermatológicos (28,8%), distúrbios mentais (25%), gástricos (15,4%), distúrbios auditivos (13,5%), doença renal (9,6%) e doença do sangue (5,8%).

A despeito das características socioprofissionais dos trabalhadores de enfermagem no CME a lotação no setor foi destacada pelos trabalhadores como significativa em sua trajetória profissional na unidade hospitalar e contribuiu para a representação do coletivo acerca da unidade. A prática tem mostrado que dentre as justificativas para a lotação no CME estão as limitações laborais apresentadas pelos trabalhadores, sejam estas físicas, psíquicas, emocionais ou até mesmo de formação.

Eu vim para cá readaptado há dois anos por um problema cardiológico e estou em um serviço leve, eu não posso pegar peso e é um serviço, pra mim, razoável... Tranquilo. PT10

No meu exame admissional foi detectado sobrepeso. Então fui alocada na central de material visto que eu estava com obesidade avançada e aqui seria um setor ideal devido as minhas restrições. Eu não gostei porque tinha feito um curso de pós-graduação em cardiorrespiratória e a minha primeira opção foi ficar na cardiologia. PT30

Eu trabalhava na clínica médica. Por motivos hormonais tive estresse e depressão.

Tive que fazer tratamento, fiquei afastada e quando voltei, voltei para a Central. Eu pedi para voltar a trabalhar e eles não me liberaram para voltar a trabalhar na enfermaria e me transferiram para cá [...]. PT33

Ao ser remanejado para outro setor, o profissional de enfermagem nem sempre está qualificado para desempenhar a nova função, além de, por vezes, ser recebido como mais um problema. Suas atividades, na maioria das vezes, são consideradas menos complexas, portanto, desvalorizadas (BATISTA; JULIANI; AYRES, 2010), semelhante ao que ocorre no CME.

A situação da readaptação é significativa na enfermagem, pois há um crescente e insidioso número de adoecimentos, em que o trabalhador é afastado por um longo tempo e só consegue retornar ao trabalho em nova função ou em local que possua carga de trabalho compatível com sua limitação (COSTA, 2008).

Ainda no que diz respeito à readaptação no CME, existe a visão ingênua do trabalhador em pensar sua limitação “resolvida” ao realizar somente atividades mais leves ou em estar alocado em um departamento onde não há o cuidado direto com o paciente e, por essa razão, encontra-se, equivocadamente, longe da exposição aos agentes que poderiam comprometer a sua saúde. Cabe ao gestor utilizar o pensamento estratégico ao deslocar o trabalhador de um setor para o outro, no qual ele continuará apresentando limitações.

O estresse no trabalho ocorre quando há um desacordo entre o indivíduo, o local de trabalho e a organização. Nessa perspectiva, para estudiosos na Colômbia, entende-se o estresse como uma forma de o indivíduo responder às demandas excessivas ou ameaças em seu ambiente de trabalho e que pode comprometer o seu bem-estar ou integridade (RICO; HERRERA; OSPINA, 2017), haja vista o enfrentamento ao estresse vivido pelos trabalhadores de enfermagem no CME.

Os resultados deste estudo evidenciaram que questões pessoais de não identificação com os processos de trabalho no CME e a falta de desejo de atuar no setor, podem ser consideradas elementos potencializadores do sentimento de insatisfação em não terem suas expertises reconhecidas e valorizadas, corroborando com outro estudo no qual os profissionais de enfermagem relataram não optar em trabalhar no CME, devido à falta de conhecimento e experiência necessários para exercer função no setor (RUBINI et al., 2014).

As pessoas que estão velhas e estão sem condições de atender o paciente são colocados na central de material. PT13

Todo mundo acha que aqui é o depósito de inválidos. Que aqui só vem quem tem "problema". Quem tem tudo de ruim está aqui. PT7

Eu vim para cá não foi por opção. Foi por uma escolha da diretora. Com anos de experiência na assistência. Acabei me adaptando ao setor, mesmo não estando capacitada para isso. PE1

Portanto, faz-se necessário mobilizar ativamente os trabalhadores, em sua unicidade, portadores de projetos e desejos, para que tenham a oportunidade de realizar seu trabalho e vivências subjetivas de modo mais prazeroso e salutar (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 1994).

Diante desse entendimento, se a instituição não tiver uma política de readaptação e de realocação voltada para as necessidades do trabalhador, estas poderão trazer prejuízos biopsicossociais ao trabalhador.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

É necessária a elaboração de estratégias à percepção do trabalhador de enfermagem do CME sobre sua identidade laboral, autonomia, saúde e importância do seu protagonismo. Quanto aos agravos à saúde, associados ao trabalho realizado no CME, foram referidos DORT, LER e varizes. Os demais fatores com implicações para a saúde do trabalhador permearam entre o estresse, depressão, alergias e o acometimento por doenças potencialmente relacionadas ao trabalho.

A participação dos trabalhadores durante todo o processo de construção do estudo serviu de estímulo à reflexão e busca de estratégias, visando solucionar ou minimizar problemas a ele atrelados, além de instrumentalizar os participantes para a transformação da realidade vivida por eles.

O presente estudo permitiu propiciar futuras investigações sobre a temática discutida, ampliar a reflexão acerca do profissional do CME, contribuindo para sua visibilidade no coletivo hospitalar.

Desse modo, os objetivos deste estudo foram alcançados e, mediante discussões em grupo e reflexões acerca do (re) conhecimento sobre o teor científico que envolve toda a prática de enfermagem no CME, acredita-se ser possível alcançar o reconhecimento do trabalho do setor.

Porém, se faz necessária, sobremaneira, uma mudança de cultura no ambiente laboral, no que tange aos processos de trabalho do CME, atentando para a valorização do trabalhador e de sua capacidade de compartilhar ativamente das decisões nas rotinas, pelo desenvolvimento de um comportamento crítico reflexivo do pensar e do fazer na prática.

Para a pesquisa, as possibilidades do estudo sobre o tema não se esgotaram, e há recomendações de outros que apontem para a valorização do trabalho no CME.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, V. L. F. S.; CARDOSO, F. S. **A visão da equipe de saúde frente ao enfermeiro no ambiente hospitalar.** In: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, 17, 2013, Natal. Anais eletrônicos... Natal: ABEn, 2013.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2011.

BATISTA, J. M.; JULIANI, C. M.; AYRES, J. A. **O processo de readaptação funcional e suas implicações no gerenciamento em enfermagem**. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v.18, n.1, jan./fev. 2010. Disponível em <https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/11967/S0104-11692010000100014-pt.pdf?sequence=3>

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução n.º 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”.

Brasília: **Diário Oficial da União**, n.78, seção I, p.186, 23 abr. 2012(a). Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-4242012_8990.html>

COSTA, F. B. da. **Invisibilidade social**. 2008. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho**: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas; 1994.

FREIRE, P. **Pedagogia da esperança**: um reencontro com a Pedagogia do oprimido. 9. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 34. ed. Petrópolis: Vozes, 2015.

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.

RICO, E. A. A.; HERRERA, G. A. R.; OSPINA, Y. N. **Estrés laboral y sus incidencias en los trabajadores del sector salud**. Estudio de caso Unidad de Conductas Adictivas Psico en Cartago, Valle del Cauca, Colombia. Lumen Gentium, Colombia, v.1, n.1, 2017.

RUBINI, B. et al.. **O trabalho de enfermagem em centro de material e esterilização no Brasil: uma revisão de literatura**. Revista UNINGÁ Review, [S.l], v.20, n.1, p.51-55, out./dez. 2014. Disponível em: <http://www.mastereditora.com.br/review>

VASCONCELOS, G. A.; COSTA, M. R.; CAMPELO, D. C. C. A. **Conhecimento da equipe de Enfermagem de uma central de material sobre reprocessamento de artigos de uso único**. Revista de Pesquisa em Saúde, v. 15, n. 2, 2015.

INTERVENÇÃO ERGONÔMICA E RESPONSABILIDADE SOCIAL NO TRINÔMIO, HOSPITALAR: GESTÃO, ENFERMAGEM E PACIENTES

Franklin José Pereira

Colégio Militar do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro

Nathalia Rodrigues de Oliveira Habib Pereira

Unigranrio – Duque de Caxias
Rio de Janeiro

Sílvia Teresa Carvalho de Araújo

Escola de Enfermagem Anna Nery
Rio de Janeiro

RESUMO: A necessidade de alicerçar o trinômio constituído pela Instituição Empregadora/Assistencial no que se refere à gestão, os profissionais que administram a hemodiálise e os pacientes, com o intuito de promover um contexto onde responsabilidade social seja o fator preponderante, abordando e aplicando no período de atuação integrado, um envolvimento mais aprazível, viável e eficaz entre os atores desse processo de hemodiálise, é que se entende a importância de estruturar um diálogo profissional e profícuo, em que todas as partes tenham voz ativa e se façam presentes nos procedimentos elencados no trinômio retromencionado. Objetiva-se identificar as principais queixas posturais e fatores predisponentes aos trabalhadores da enfermagem durante o tratamento de pacientes portadores de doenças renais crônicas em

hemodiálise; promover e restabelecer mecânica postural quanto à atuação dos trabalhadores de enfermagem propondo a melhoria ergonômica e ergométrica com a implementação de atividades ergonômicas em um grupo controle de profissionais da enfermagem e de pacientes. Trata-se de um ensaio etnográfico de abordagem qualitativa, descritiva, onde serão coletados dados através de um questionário com perguntas abertas e fechadas, o qual objetiva capturar a rotina diária dos pacientes do setor de hemodiálise. Entrevistas com perguntas semiestruturadas dirigida aos profissionais de enfermagem e pacientes envolvidos no tratamento da hemodiálise, quanto ao desconforto e adoecimento físico no cotidiano relacionado às práticas assistenciais. A partir da coleta de dados e da discussão em grupo, buscar-se-á propor intervenções e tratamento para correção postural dos atores, oportunizando uma condição mais saudável no transcorrer da sua vida laborativa e funcional.

PALAVRAS-CHAVE: Nefropatias. Engenharia Humana. Responsabilidade Social. Enfermagem.

ABSTRACT: The need to base the trinomium constituted by the Employee and Assistance Institution with regard to the management, the professionals who administer hemodialysis and the patients, in order to promote a context

where social responsibility is the preponderant factor, approaching and applying in the period of integrated action, a more enjoyable, viable and effective involvement among the actors in this hemodialysis process is the importance of structuring a professional and profitable dialogue, in which all parties have an active voice and are present in the procedures listed in the trinomial. The aim of this study was to identify the main postural complaints and predisposing factors for nursing workers during the treatment of patients with chronic renal diseases on hemodialysis; promote and restore postural mechanics regarding the performance of nursing workers, proposing the ergonomic and ergonomics improvement with the implementation of ergonomic activities in a control group of nursing professionals and patients. This is an ethnographic essay with a qualitative, descriptive approach, where data will be collected through a questionnaire with open and closed questions, which aims to capture the daily routine of patients in the hemodialysis sector. Interviews with semi-structured questions addressed to nursing professionals and patients involved in the treatment of hemodialysis, regarding the discomfort and physical illness in the daily life related to the care practices. Based on the data collection and the group discussion, it will be sought to propose interventions and treatment for postural correction of the actors, providing a healthier condition in the course of their working and functional life.

KEYWORDS: Kidneys; Human Engineering; Social Responsibility; Nursing.

1 | INTRODUÇÃO

Os gestores no âmbito da Saúde necessitam buscar, a todo o momento, opções para suprir as deficiências que ocorrem, seja na formação dos profissionais seja na modernização de equipamentos, métodos e práticas de atuação. Num processo de intervenção nas diversas formas de educar, em qualquer parâmetro, é preciso propor aportes que traduzam uma visão holística e com dispositivos inovadores e tecnológicos, com o intuito de atender as demandas encontradas nesse percurso.

Balsanelli, et.al. 2011, p. 33 cita que:

“Ao abordar o significado do processo ensino-aprendizagem, as formas como ele ocorre e as estratégias que possibilitam a reafirmação do comportamento, teve-se como objetivo central mudar o foco da visualização do enfermeiro. Afirma-se que é necessário utilizar lentes ou óculos que nos permitam ver a realidade sob outro prisma em nosso cotidiano”.

Na economia globalizada, a comunicação organizacional deixa de ser vertical como antes, se posiciona como a grande interlocutora entre as relações que envolvem as organizações, seja no jogo interno entre os gestores e colaboradores, ou entre organizações e público externo (BERGUE, 2011).

A comunicação de “mão dupla” (diálogo), entre profissionais e usuários, baseia-se na crença de que o usuário e o profissional são pessoas iguais na sua essência

humana, portanto não é compatível com uma relação autocrática de nenhuma das partes (TRENTINI, PAIM e VÁSQUEZ, 2011).

No pressuposto de que as organizações são compostas por pessoas, e que as mesmas possam opinar para o bom andamento do serviço, é que a comunicação figura como elemento essencial para que gestores transmitam suas ideias, bem como os trabalhadores da Instituição de Saúde possam expressar a realização de suas ideias, convertidas no fazer junto ao pacientes.

Pode-se, então, delinear um quadro de atuação teórico-prática onde o atendimento às pessoas portadoras de doenças renais crônicas, doravante PPDRC, pelos profissionais da saúde, através de uma participação mútua seja, para ambos, uma corresponsabilidade no objeto de construção de uma Saúde mais viável, através de conhecimentos compartilhados buscando soluções para os problemas de maneira facilitadora. Por essa ótica, quanto mais informações se acumulam, mais opções de intervenção aparecem, produzindo efeitos exitosos, de um *feedback* gerado em conjunto.

Nesse entendimento parceiro, alinhado entre o profissional de saúde, o paciente e o ambiente institucional, para que estejam em perfeita harmonia, é que se obtém uma aderência ao tratamento de forma educativo-constructiva, proporcionando a troca de experiências e a solidez nesse relacionamento de forma mais salutar e com qualidade para o trinômio (LOPES; LADEIRA, 2013).

A confiança que o paciente adquire no convívio com o profissional de enfermagem e demais integrantes da equipe multidisciplinar, torna-se fator de grande importância no que tange à sua frequência, regularidade e aceitação do tratamento impingido a ele. Entende-se que a recíproca é verdadeira, ou seja, os membros das equipes de enfermagem também farão adesão ao seu próprio tratamento, como partícipes, com o profissional de Educação Física.

Por isso a necessidade de se trabalhar num foco educacional/profissional, haja vista que a equipe de saúde tem no seu escopo, a difusão da educação e manutenção de zelo pela vida garantindo a valorização da equipe que inevitavelmente refletirá no cuidado de enfermagem ao usuário (TRENTINI, PAIM e VÁSQUEZ, 2011).

Estudos evidenciam que quanto mais o homem se capacita e se utiliza do seu capital intelectual, mais ele aumenta seu compromisso profissional, relegando, em segundo plano, o seu bem estar físico e psicossocial devido à baixa adesão às atividades físicas.

Observa-se que há negligência tanto dos hábitos alimentares quanto do padrão satisfatório de sono, necessários para manutenção de uma vida saudável (COELHO et al., 2012);(TEIXEIRA & SILVA, 2014).

Portanto, o trabalhador de enfermagem com o acúmulo de atividades, muitas vezes até com tripla jornada, não se cuida como deveria, ou seja, abandona suas atividades físicas e recreativas interrompendo, assim, o ganho da sua condição orgânica, com o inadequado consumo de energia, proteína, vitaminas e minerais

(ZAMBRA; HUTH, 2010).

Esquece que não só de trabalho vive o homem, e o desleixo toma forma nesse contexto, onde a apatia e fadiga o levam a não se posicionar positivamente quanto à sua saúde. Essa atitude pode estar associada ao cansaço, falta de sono, excesso de horas trabalhadas, depressão, estresse, entre outras.

Este estudo tem por objetivo identificar as principais queixas posturais e fatores predisponentes aos trabalhadores de enfermagem durante o tratamento de pacientes portadores de doenças renais crônicas em hemodiálise; promover e restabelecer mecânica postural quanto à atuação dos trabalhadores de enfermagem; avaliar e discutir, no trinômio hospitalar, a melhora ergonômica e ergométrica com a implementação de atividades ergonômicas em um grupo controle de profissionais da enfermagem e de pacientes, desvelando os episódios da atuação em saúde junto à equipe de enfermagem no setor de hemodiálise, durante a assistência prestada aos pacientes portadores de doenças renais crônicas (SOUZA, 2012).

Com base no exposto, o profissional de Educação Física propõe uma análise do ambiente e do cuidado para mapeamento postural durante as quatro horas de interação entre profissional de enfermagem e paciente para investigar a ergonomia voltada à preservação da saúde postural, a recuperação do bem-estar e a promoção de uma condição física mais saudável durante o cuidado na sessão de hemodiálise, coadunando com estudiosos na temática (ABDALLA et al., 2014); (MORAES; FONTANA, 2014).

2 | JUSTIFICATIVA

A inquietação desse estudo suscitou do engajamento no grupo de pesquisa Comunicação em Enfermagem Hospitalar, no ano de 2014 e acompanhando os estudos desenvolvidos por outros membros do grupo. Convivência essa demarcada, ampliando novas possibilidades, visto que os estudos ali realizados são, predominantemente, na temática de doenças crônicas e a oportunidade de desenvolver o projeto na área hospitalar, especialmente no setor de hemodiálise junto aos portadores de insuficiência renal crônica.

Se o engajamento do profissional de enfermagem é grande ao longo das sessões de hemodiálise e sua participação durante toda jornada de plantão é contínua e incessante, essa investigação poderá, sob certa medida, contribuir como uma aproximação e possibilidade viável para um diagnóstico sobre o corpo da pessoa, neste caso, o paciente e as principais respostas físicas apresentadas por ele, durante as sessões, sentado na poltrona para realização da hemodiálise.

É mister afirmar que a vida pode se apresentar de forma mais saudável se durante toda a dinâmica do cuidado realizado, cuidados especiais forem dispensados ao corpo, a sua expressividade, dinâmica e postura, já que são inevitáveis posições,

quase estáticas, durante as quatro horas necessárias a ultrafiltração do sangue, que afetam as respostas físicas desprendidas durante a realização dos procedimentos pelo profissional.

Entende-se que a relevância desse estudo se faz presente enquanto existirem, ainda, pacientes e profissionais queixosos de dores motivadas pela manipulação e os riscos laborais, bem como, a comunidade em que transita, familiares e comunidade acadêmica, pois os resultados poderão auxiliar a alimentar novas pesquisas e transmitir a importância de uma vida mais saudável, que é fundamental para esse segmento da saúde.

3 | MÉTODO

O processo criativo da pesquisa, com a utilização combinada de diferentes métodos de coleta e análise de dados é um, dentre tantos desafios, que o pesquisador enfrenta, na escolha do método de aferição da relação entre variáveis ou entre categorias de análise. Mesmo que se valha da metáfora da construção, não se pretende expressar ou discutir uma visão ontológica, que afaste ou aproxime o pesquisador e o seu objeto de investigação (VASCONCELLOS, 2016).

A pesquisa se ancora em uma metodologia que descreve o ambiente, o método aplicado, as etapas, a análise e o tratamento dos dados, bem como a identificação dos participantes dessa produção. Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa, buscando identificar os fenômenos através das situações observadas e das informações que serão coletadas através de um questionário semiestruturado, com perguntas abertas e fechadas, o qual se objetiva descobrir a rotina dos pacientes, no que se refere a sua doença, tipo de diálise que lhe é administrado, bem como dados laboratoriais encontrados nos prontuários e conversas com os profissionais de enfermagem envolvidos nos cuidados cotidiano desses pacientes, aos esforços despendidos e possibilidade de acidentes nesse período de tratamento. Ensaio etnográfico com observação participante, no segundo turno da hemodiálise, transcrevendo as queixas relacionadas a posturas e desconfortos por parte dos pacientes (POLIT e BECK, 2011).

Após a observação participante, o pesquisador irá formar grupos de discussão com os profissionais de enfermagem e, a partir das falas dos participantes irão emergir intervenções como propostas para mudanças na prática.

Nesse caminho, pode-se definir a pesquisa descritiva como a observação direta do comportamento dos escolhidos e quando o pesquisador se aproxima das pessoas estudadas sem controle imposto; sendo que o mesmo objeto de estudo serve como fonte de informação para o pesquisador.

A pesquisa descritiva explora, identifica suas mudanças ou regularidades. Portanto, como forma de atender aos pressupostos elencados nos objetivos e objeto

da pesquisa, a avaliação dos participantes quanto ao comportamento e ambiente, no tratamento de hemodiálise auxilia a aplicação desse estudo.

4 | DISCUSSÃO

Entende-se que o dinamismo, motivação, energia, resistência, criatividade são algumas das qualidades que o profissional de enfermagem deve possuir para se constituir como um profissional competente, construindo uma credibilidade aceita por todos os atores que constituem esse “Teatro de Operações”, utilizando o jargão militar em tempo de guerra que é, guardadas as devidas proporções, o seu ambiente de atuação, pois Florence Nightingale desvelou, desde a guerra da Criméia, os caminhos a serem percorridos, auxiliando os médicos nas rondas noturnas, com sua lâmpada, nos hospitais de campanha, muitas vezes improvisados em lugares inóspitos ou anti-higiênicos, levando conforto aos pacientes. Florence é o modelo a ser seguido. Seu compromisso, sua dinâmica levaram a colocar em primeiro plano o paciente.

De acordo com Padoveze, 2014, p. 120

O futuro da enfermagem não deve ser algo que simplesmente acontece, mas sim consequência de planejamento e deliberação, visando a progressão da categoria. Para isso é preciso vigor e compromisso, seja em tempos de guerra, seja em tempos de “paz”.

Assim como Nightingale no período de guerra, as condições que a equipe de enfermagem encontra no cotidiano, podem ser consideradas análogas, levando-se em conta a “anatomia ambiental” do local de trabalho, definida pelo autor deste estudo como: “ao conjunto de todas as coisas, pessoas que habitam e transitam na sala de tratamento, ou seja, máquinas de hemodiálise, materiais de esterilização, materiais de curativos, capotes, luvas, medicação, pacientes, profissionais de enfermagem, espaço físico, mobiliários, computador, televisão, prontuários, etc ...”.

Incontinenti, encontra-se a dicotomia embutida no conceito que o profissional de enfermagem é o cuidador do paciente e o paciente seu “cúmplice” auxiliando o tratamento. Será? Como atender uma demanda, que não é pequena, com habilidade, qualidade, operacionalidade e eficácia, sem causar riscos ou acidentes de trabalho?

Segundo Aquino et. al., 2014, p. 149,

Os riscos ocupacionais que acometem trabalhadores das instituições de saúde são oriundos de fatores físicos, químicos, biológicos e ergonômicos, os quais representam fatores capazes de prejudicar a produtividade, a qualidade da assistência prestada e a saúde ocupacional.

A portaria n.º 3.214/78 do Ministério do Trabalho e Emprego classifica e define os riscos da seguinte maneira:

Riscos Físicos – calor, frio, ruído, vibrações, pressões anormais, radiações ionizantes e não ionizantes, umidade, sendo todos bem descritos nas Normas Regulamentadoras 9 e 15;

Riscos Químicos – substâncias, compostos ou produtos que possam invadir o organismo, seja pela via respiratória – nas formas de poeiras, fumos, névoas, neblinas, gases ou vapores – ou que, devido à natureza da exposição, possam ter contato com a pele ou serem absorvidos por ingestão; esses agentes são caracterizados e avaliados qualiquantitativamente;

Riscos Biológicos – são bactérias, fungos, bacilos, parasitas, protozoários, vírus, entre outros;

Riscos Ergonômicos – fatores físicos e organizacionais que afetam o conforto da atividade profissional e, conseqüentemente, as características psicofisiológicas do trabalhador.

Em cada risco elencado, pode-se observar o que afeta a equipe no cotidiano assistencial. Porém, criando um *link* entre os riscos ergonômicos, que, diretamente, estão relacionados à consecução desta pesquisa, com os riscos de acidentes, ter-se-á um campo de atuação, vasto, para alicerçar a produção dos resultados inerentes aos dados coletados nesses itens retromencionados.

O turno diário de um profissional de enfermagem começa pela recepção do plantão, a partir daí, distingue-se os de serviço diurno (SD) dos de serviço noturno (SN), haja vista que possuem relativas diferenças, quanto ao trato com pacientes e suas atividades rotineiras. Nesse escopo, os riscos citados que perpassam por essas atividades, serão definidos para melhor esclarecimento sobre o binômio enfermagem/educação física.

Riscos ergonômicos

Esforço físico intenso - considera-se como esforço físico intenso as atividades que demandem um engajamento do profissional de enfermagem, na manipulação de equipamentos e pacientes, num período constante, sem intervalos e/ou descansos, num plantão que possua muitos atendimentos, o que, conseqüentemente, exigirá uma atuação mais exaustiva, podendo ocasionar lesões musculares e outras conseqüências.

Levantamento e transporte manual de peso - na rotina do plantão, diversos são os casos que o profissional tem que levantar, suportar e transportar material com quilagem superior a recomendada pelas boas práticas, devido a falta de equipamento apropriado e/ou reforço humano no plantão;

Exigência de postura inadequada "- ao interagir com o paciente, o profissional no instinto assistencial de proteção e conforto ao cliente, muitas vezes priva-se de seu próprio conforto, o que ocasiona posturas desviantes do padrão. Por isso, lesões musculares, de coluna como um todo, joelho e tornozelo aparecem com frequência.

Controle rígido de produtividade - Muitas instituições hospitalares, incluindo-se

clínicas e postos de saúde neste rol, procuram promover junto aos seus profissionais, tabelas quantitativas de atendimentos, ou seja, “cotas” para estatística. Nesse procedimento, a resultante recai sobre a carga horária e a necessidade de superar as citadas “cotas”, ocasionando muitas vezes o estresse físico e psicossocial.

Imposição de ritmos excessivos - corroborando com os demais itens supramencionados, os ritmos excessivos impostos estão intrinsecamente atrelados aos turnos, carga horária, controle rígido de produtividade e boas práticas produzindo, assim, uma falsa imagem de “superprofissionais”, sem se preocupar com os riscos laborais e adventos desses procedimentos.

Trabalho em turno diurno e noturno - o trabalho em turnos é uma forma de organização diária do trabalho, na qual estão envolvidas várias equipes, que trabalham de modo sucessivo, com extensão dos horários de trabalho. É organizado em jornadas que podem ocorrer em diferentes horários do dia, de maneira fixa ou em forma de rodízio. No período matutino, vespertino e noturno de modo contínuo nas 24 horas do dia, ou seja, a atividade de trabalho é desenvolvida continuamente.

A área da saúde é um setor que utiliza os esquemas de trabalho em turnos pela necessidade de assistência ao indivíduo e família nas 24 horas.

Contextualizando os riscos ergonômicos com os de acidentes percebe-se que os primeiros se relacionam com a própria individualidade do profissional de enfermagem, ou seja, os procedimentos que realiza durante seu turno, enquanto os segundos estão diretamente ligados à complexidade de materiais, seus defeitos e a manipulação com animais peçonhentos. Portanto, os riscos à saúde assumem conceitos dúbios, inerentes a fatores endógenos (do profissional) e exógenos (materiais e animais).

A *World Health Organization* (WHO) demonstra que existem várias formas de promover e manter saúde, reportando-se às circunstâncias que abrangem desde o crescimento até o envelhecimento, ou seja, um ciclo de vida que atua nessas consequências do nascer, crescer e morrer.

Esses fatores de riscos estão interligados com o aparato encontrado no momento do tratamento pré, trans e pró, os materiais de uso diário, as proteções de roupas, luvas, o cuidado em se movimentar na sala de tratamento, a manipulação das máquinas de alta complexidade, a limpeza, manutenção e a desatenção por sono, cansaço, estresse e outros.

Os profissionais que estão, constantemente, sujeitos a pressões por resultados, por cotas, metas e planilhas de rendimento a cumprir, muitas vezes encontram dificuldades para atingirem esses padrões e, por conseguinte, sofrem os sintomas inerentes ao estresse no seu organismo, desvelando mazelas físicas, mentais, sociais, econômicas e psicológicas, provocando o adoecimento laboral e o desgaste nas Instituições a que estão filiados com relação à chefia, colegas/colegas e pacientes/clientes.

De acordo com Schmidt, 2013,

Entende-se que o estresse ocupacional é aquele oriundo do ambiente de trabalho, ou seja, é o conjunto de fenômenos que se apresentam no organismo do trabalhador e que, por este motivo, pode afetar sua saúde. Os principais fatores geradores de estresse presentes no ambiente de trabalho envolvem os aspectos da organização, administração e sistema de trabalho e qualidade das relações humanas, porém a quantidade de estresse que cada pessoa experimenta pode ser modulada por fatores como sua experiência no trabalho, o nível de habilidade, o padrão de personalidade e autoestima. [...] A demanda psicológica se refere às exigências psicológicas que o trabalhador enfrenta na realização das suas tarefas, envolvendo pressão de tempo, nível de concentração requerida, interrupção das tarefas e necessidade de esperar pelas atividades realizadas por outros trabalhadores.

O Estabelecimento de Assistência à Saúde – EAS, por outro prisma, visa proporcionar a profilaxia e a assistência curativa, através de materiais sofisticados, profissionais engajados e capacitados, espaço/ambiente acolhedor visando o melhor atendimento a todos.

A Instituição, então, tem como dever patronal fornecer as mínimas condições aos funcionários para que desenvolvam suas funções precípuas, com o máximo de proteção e conforto, reduzindo qualquer possibilidade de riscos. Abarcando essa ideia e normatizando os deveres dos empregadores, quanto a esses cuidados, tem-se a Norma Regulamentadora 9 – NR 9, que no seu artigo inicial, na íntegra, explicita:

9.1 – Esta Norma Regulamentadora – NR estabelece a obrigatoriedade da elaboração e implementação, por parte de todos os empregadores e instituições que admitem trabalhadores como empregados, do Programa de Prevenção de Riscos Ambientais – PPRA, visando à preservação da saúde e da integridade dos trabalhadores, através da antecipação, reconhecimento, avaliação e conseqüente controle da ocorrência de riscos ambientais existentes ou que venham a existir no ambiente de trabalho, tendo em consideração a proteção do meio ambiente e dos recursos naturais.

Partindo dessa premissa, o EAS precisa se adequar as normas quanto à segurança do trabalho, assim a espinha dorsal desse equipamento deve ser composta de “todas as vértebras”, sem que ocorram hiatos ou hérnias que afetem o bom funcionamento dessa complexidade estrutural.

Caso não seja possível, ao empregador, atender as medidas preventivas tangíveis à proteção de funcionários, é importante que promova alternativas capazes de amenizar essas formas de proteção.

Além de atos diretivo-gerenciais e administrativos, o fornecimento, para os profissionais enfermeiros e equipe, do Equipamento de Proteção Individual – EPI, enquadrado na NR 9 pelo risco iminente da função que desempenham, é fundamental, devendo empregar todos os esforços para que tenham o mínimo de condições quanto à segurança.

Corroborando com a legislação retromencionada, tem-se o Decreto n.º 6.833, de 29 de Abril de 2009, que institui o SISS - Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal, bem como o Comitê Gestor que monitora a saúde do servidor

em questão. Dessa forma, o decreto tem por objetivo a coordenação e integração de ações e programas de saúde relacionados à saúde do trabalhador oportunizando a assistência à saúde através de:

Inciso I – Ações que visem a prevenção, a detecção precoce e o tratamento de doenças e, ainda, a reabilitação da saúde do servidor, compreendendo as diversas áreas de atuação relacionadas à atenção do servidor público federal; No **Inciso III**, a promoção, prevenção e acompanhamento da saúde: ações com o objetivo de intervir no processo de adoecimento do servidor, tanto no aspecto individual quanto nas relações coletivas no ambiente de trabalho.

O estado laboral, dessa equipe de enfermagem, caso não seja bem trabalhado, as consequências se multiplicam e podem gerar fatos negativos que aportam, desde a saturação física até um estado neurofisiológico decadente. Todo profissional, num espectro amplo, nesse contexto, deve se adaptar aos materiais, meios auxiliares, locais de atuação e ao relacionamento interpessoal junto aos seus pares, para, em primeiro plano, gostar da sua tarefa e a partir daí, gerar frutos, lucros e satisfação tanto “*per si*” quanto à Instituição, reduzindo falhas e danos.

Da mesma forma o profissional de educação física busca uma visão holística para intervir com dispositivos inovadores e tecnológicos, com o intuito de atender as demandas encontradas nesse percurso, através de conhecimentos compartilhados e de soluções para os problemas de maneira facilitadora.

Entende-se então, que a aderência a qualquer tipo de programa ou tratamento é inerente ao compromisso, à vontade de engajar-se, ao comprometimento com o que é oferecido e o despertar de um interesse a isso. Pode-se enfatizar que a personalidade, idade, sexo e a frequência à participação em um determinado programa são fatores concorrentes à adesão.

Tomando por base um recorte da Educação Física, o qual a atividade física seja o viés implementado, visualiza-se que além dos elementos retromencionados, se inserem o estado de saúde, a mobilidade, a composição físico-orgânica, o planejamento dessas atividades quanto às condições meteorológicas, dias de atuação, duração e nível de desempenho.

Em indivíduos que mantém uma vida sedentária, abolindo a atividade física das suas opções, ocorre o aumento da perda de funcionalidade muscular, o que contribui para a doença cardiovascular, que é a principal causa de morte, também, para pacientes em hemodiálise (OLVERA-SOTO, M^a. GUADALUPE, et al., 2016).

É de conhecimento que os programas de exercícios em pacientes em hemodiálise (HD) são seguros e eficazes. A evidência mostrou que o exercício pode melhorar a força muscular, prevenir a perda de massa muscular, melhorar a capacidade funcional, função cardiovascular, o que reduz o risco cardiovascular e ajuda a melhorar a sobrevivência (HERNÁNDEZ, A; MONGUÍ, K; ROJAS, Y, 2016)..

Outros estudos evidenciam que os resultados da pesquisa mostram que 97,5%

dos pacientes com doença renal realizaram atividades diárias menores ou iguais a 3 METs, refletindo estilos de vida sedentários.

A informação contida no presente estudo mostrou que a atividade física intensa na maioria dos pacientes (3 e 4 METs - unidade metabólica em repouso) foi associada a atividades diárias básicas, tais como banhar-se, vestir-se, caminhar, entre outras. Isto permite-nos demonstrar que os pacientes podem iniciar o exercício com intensidades entre 3 e 4 MET, começando com intensidades de exercícios leves, e na sequência de uma progressão gradual tolerada por eles. O exercício acaba por ser uma atividade bastante segura, dependendo do estado de saúde de cada paciente. (HERNÁNDEZ; MONGUÍ; ROJAS, 2016).

Outro fator de interferência quanto à prática de atividades físicas, desportivas e de lazer na vida de pacientes em tratamento em hemodiálise, seria a doença em estágio crônico, afetando, assim, sua qualidade de vida, haja vista que a fraqueza muscular, esforço físico, fadiga e câibras alteram, de maneira considerável, a qualidade de vida. A avaliação sobre a qualidade de vida objetiva monitorar a condição de saúde, diagnosticar a fonte e o grau de comprometimento e avaliar os efeitos do tratamento. A *Kidney Disease and Quality-of-Life Short-Form (KDQOL-SF)* é o instrumento utilizado para essa avaliação.

O impacto estabelecido pela associação da DRC e o tratamento dialítico, causa um alto grau de modificações fisiológicas, psíquicas e sociais que se tornam limitantes à qualidade de vida destes pacientes, tendo que adaptar-se a sua nova condição de vida e as atividades diárias (ALMEIDA, et al., 2016).

Resultados globais nos estudos de composição corporal, força muscular e atividade física nos pacientes em tratamento de HD, mostraram que os mesmos relataram qualidade de vida adequada, agrupados em dimensões físicas e mentais, no entanto, com o aumento da idade e do tempo de HD, em ambas as dimensões, se afeta principalmente a dimensão física. Isto está de acordo com as conclusões de uma revisão da Sociedade Espanhola de Nefrologia, em 2008, na qualidade de vida em pacientes renais crônicos sem diálise, aonde determinaram que em adultos, a dimensão física foi mais afetada que as dimensões mentais e sociais (HERNÁNDEZ; MONGUÍ; ROJAS, 2016).

Numa abordagem voltada à atuação de pacientes que trafegam no ambiente de atenção aos PDRC, em hemodiálise, pode-se entender que há possibilidade de assumir condições de risco, quanto ao equipamento, ambiente inadequado quanto à localização do mobiliário e maquinário; horas utilizadas além da recomendação padrão; diferença de horário (diurno, vespertino e noturno), dentre outros.

Numa perspectiva ergonômica, o local de trabalho deve estar adequado às necessidades, dos pacientes, pois a anatomia ambiental precisa atender os parâmetros legais contidos nas Normas Reguladoras e na Legislação pertinente. Isto visa demonstrar que o espaço físico e os instrumentos utilizados no dia a dia, devem

corresponder ao conforto do paciente e do profissional de enfermagem.

Num aporte comparativo quanto à necessidade de se produzir um ambiente seguro, confortável e que não cause futuros danos àqueles que dele se utilizam é que foi desenvolvido um estudo no Chile referente à ergonomia de mobiliário adequado aos estudantes de Valparaíso.

Na literatura, existe uma variabilidade considerável nas equações que podem ser usadas para testar desigualdade entre medidas antropométricas e dimensões do mobiliário. Neste caso, foram definidas três categorias: (i) “Correspondência” quando as dimensões do móvel estiverem entre os limites mínimo e máximo; (ii) “Desajustamento elevado” nível máximo, quando o limite máximo da equação é inferior à dimensão do móvel, indicando que a dimensão do mobiliário é maior do que o necessário; e finalmente, (iii) nível de “Baixa incompatibilidade”, quando o limite da equação é maior do que as dimensões - neste caso, as dimensões do móvel são inferiores ao recomendado (CASTELLUCCI, et al., 2015).

As condições anatômicas e ambientais da sala de tratamento das PPDRC deverão se ajustar a um modelo de comodidade, o qual considerará a luminescência, ruídos ou sons, a temperatura desejada, a disposição dos materiais, aparelhos e a visibilidade. Essa estrutura influenciará, positiva ou negativamente aos interessados, retromencionados, no funcionamento da sala, pois caso essas sugestões sejam implementadas, o estado ideal ora apresentado, possibilitará a redução dos riscos e danos. Esses procedimentos proporcionarão a criação de um espaço agradável e seguro ao binômio paciente/profissional.

Vale ressaltar que a qualidade do ambiente se aplica de maneira individual, levando-se em consideração fatores endógenos e exógenos, que transitam desde o local de moradia até sexo e idade. Assim, a individualidade biológica norteará o profissional de Educação Física na construção da espinha dorsal do tratamento binomial. Não existe receita pronta. O estudo do somatotipo, da condição física, do maquinário e mobiliário não pode ser relegado a segundo plano. Esse estudo é importante para fundamentar essa construção de uma proposta de trabalho aos atores envolvidos no processo hemodialítico.

A evolução da ergonomia acompanha o trajeto das grandes modificações interdisciplinares, avançando, sobremaneira, como as diversas engenharias: civil, elétrica, eletrônica, mecatrônica, dentre outras, bem como a medicina, ciências físicas, biológicas, químicas e todas as que compõem o elenco de modalidades interessantes e participativas em benefício de uma qualidade de vida mais apropriada gerando bem-estar e conforto.

Conforme o conceito de saúde preconizado pela Organização Mundial da Saúde, temos no seu escopo uma visão de quase perfeição aplicada ao indivíduo e esse parâmetro é acompanhado pela Organização Internacional do Trabalho – doravante denominada OIT, com as variantes de uma melhor observação da probabilidade de redução de acidentes nos locais de tratamento, de maneira atender as normas de

segurança, de zelo pelo bem-estar do profissional e com a constante preocupação em preservar a integridade física, mental e social da equipe de enfermagem, médica e pacientes.

Entende-se, dessa forma, que a organização do trabalho perpassa por fatores que influenciam o resguardo do profissional quanto aos riscos e danos. Pode-se citar que o *modus operandi*, a distribuição de tarefas, a forma de atuação quanto ao tempo e ritmo, bem como o seguimento das normas vigentes ao serviço desenvolvido, são fundamentais para a equação saúde/desempenho.

Num conceito amplo sobre o que a ergonomia apresenta e representa pode-se elencar os tipos de domínio e as aplicações dos conceitos ergonômicos abaixo.

A Ergonomia apresenta como domínios de especialização: a ergonomia física, cognitiva ou organizacional. A ergonomia física trata da relação das características anatômicas, antropométricas, fisiológicas e biomecânicas do homem com a atividade física realizada, envolvendo, por exemplo, o estudo do posto de trabalho, posturas, alcances, distúrbios, entre outros. A ergonomia cognitiva compreende os processos mentais (percepção, memória, raciocínio) nas interações do homem com os elementos de um sistema, envolvendo o estudo das cargas de trabalho, estresse, desempenho, entre outros. Por fim, a ergonomia organizacional busca a melhoria do sistema como um todo (estrutural, política e processual), incluindo o estudo das comunicações, cooperatividade, participação, gestão da qualidade, entre outros. A atuação da Ergonomia na área da saúde pode ser denominada de Ergonomia Hospitalar que, mesmo pouco difundida, apresenta pesquisas significativas na área de equipamentos médicos e procedimentos. (PICHLER, et al., 2015).

Vale frisar que, não somente, a organização do trabalho é fundamental, mas outros componentes fazem parte desse contexto, aos quais navegam desde a estrutura física do paciente até o local de hemodiálise. O somatório dessas intervenções proporciona uma viabilidade de melhor segurança ao profissional no transcorrer do seu turno e, conseqüentemente, a satisfação de um desempenho mais produtivo e que esteja de acordo com a chefia da Instituição.

Inicialmente, tinha-se como base, para definir, o que era a forma de administrar, “o sistema onde o controle de pessoas e tarefas era realizado de modo austero e, assim, promover a eficácia de uma administração”. Com o passar dos anos e com a necessidade de adaptação aos “novos tempos” as administrações passaram a trabalhar no binômio eficiência e eficácia, ou seja, recursos e objetivos atingidos; haja vista que é o que melhor atende aos atores envolvidos neste contexto.

Numa gestão produtiva tem-se um organograma que consta em demonstrar a “cadeia organizacional” que a Instituição, Empresa e demais Firms detém na sua constituição. Da mesma forma é o “cronograma de atividades e/ou tarefas” que permeia a divisão promovida por um líder, ou seja, aquele que verifica, com seus auxiliares a elaboração, confecção, implementação, ..., para saber se o produto final foi atingido conforme o previsto no planejamento.

Por este viés, todo gerenciamento tem como função primordial promover

o crescimento das Organizações, seja através de um efetivo controle, seja pela sequência elaborada nos planos empresariais. É esse trabalho gerencial que atualiza a empresa e tal qual um técnico de equipe desportiva polariza suas ações para o bem comum da agremiação e torcedores. Dessa maneira, todo gestor pode e deve tomar as atitudes que visem dirimir problemas e concatenar o sistema empresarial como um todo uníssono.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Espera-se que os trabalhadores de enfermagem, do setor de hemodiálise, tenham a oportunidade de participar do programa de exercícios físicos dirigidos à manutenção da ergonomia, tanto durante o período da hemodiálise quanto em sua residência. Os enfermeiros líderes de equipe darão suporte às atividades após um treinamento e o profissional de educação física atuará como mediador, desde o processo da elaboração de conceitos aos exercícios, da adesão ao programa, como um todo, pelo grupo de enfermagem, até a plena participação deles no estudo proposto.

Espera-se ainda, que os profissionais participantes do projeto, com a implementação de atividades físicas de forma extensiva e adaptada aos pacientes, consigam uma melhoria na sua qualidade de atendimento, considerando que, a possibilidade de aquisição e aprimoramento de condição física refletirá positivamente no cuidado prestado. O preparo físico de ambos pode deixá-los mais fortes, mais adaptados ao desconforto no período de hemodiálise o que facilitará a realização dos procedimentos.

Com essa relação de interatividade, a saúde do profissional de enfermagem terá um *“upgrade”*, pois um ambiente mais ergonômico produzirá, como resultado, vantagens que vão desde a redução da carga operacional de trabalho ao consequente entendimento de uma jornada laboral melhor sucedida, desvelando conceitos gerenciais, melhorando a sua qualidade de vida, sem desgaste excessivo, o que tornará seu plantão mais ameno, satisfatório e com uma atuação eficaz, deixando clara a noção do dever cumprido. Ressaltando que, ergometricamente falando, o estudo observará o desempenho e esforço dos atores participantes durante o período em que estiverem sob a utilização de máquinas e outros equipamentos.

O paciente renal crônico em hemodiálise terá melhor qualidade de vida quando for informado e apoiado pela equipe de saúde acerca de sua doença e tratamento; este sólido sistema de suporte dos serviços de saúde oferece estratégias de reabilitação ao paciente para que seja capaz de levar uma vida ativa, produtiva e autossuficiente (ZAMBRA; HUTH, 2010).

A responsabilidade sócio-política da enfermagem frente à gestão da saúde humana corresponde à tarefa profissional de busca crescente de modos concretos para expressar novas estratégias de humanização nas práticas do cuidado (TRENTINI,

PAIM e VÁSQUEZ, 2011).

Portanto, o trinômio, Instituição, profissionais e pacientes terá entre si, um contexto de responsabilidade social abordado no período de atuação integrado contabilizando esforços entre os envolvidos no processo de hemodiálise.

REFERÊNCIAS

ABDALLA et al., 2014. **Riscos biomecânicos posturais em trabalhadores de enfermagem**. Fisioter. Mov.

ALMEIDA, André Carvalho de et al. **Efeitos do protocolo de reabilitação fisioterapêutica na melhora da qualidade de vida e capacidade funcional de pacientes em hemodiálise**. Revista Amazônia Science & Health. 2016 Abr/Jun.

AQUINO, Jael Maria de. **Centro de material e esterilização: acidentes de trabalho e riscos ocupacionais**. Rev. SOBECC, São Paulo. Jul/set. 2014; 19(3): 119-177.

BALSANELLI, Alexandre Pazetto et. al. **Competências gerenciais: desafio para o enfermeiro**. 2. Ed. São Paulo: Martinari, 2011.

BERGUE, S. T. **Modelos de Gestão em Organizações Públicas: teorias e tecnologias gerenciais para a análise e transformação organizacional**. Caxias do Sul: EducS, 2011.

CASTELLUCCI, Héctor Ignacio, et al. **Evaluation of the match between anthropometric measures and school furniture dimensions in Chile**. *Work*. 2015;53(3):585-95.

COELHO, Martina Pafume et al., 2012. **Prejuízos nutricionais e distúrbios no padrão de sono de trabalhadores da Enfermagem**. Rev Bras Enferm. 2014 set-out;67(5):832-42.

DENISE, F. Polit; CHERYL Tatano Beck. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem**, 2011.

HERNÁNDEZ, A., MONGUÍN, K., & ROJAS, Y. (2016). **Descripción de la composición corporal, fuerza muscular y actividad física en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis**. Rev Andal Med Deporte. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ramd.2016.09.005>.

<http://www.normaslegais.com.br/legislacao/trabalhista/nr/nr9.htm>.

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D6833.htm.

http://www.trtsp.jus.br/geral/tribunal2/ORGaos/MTE/Portaria/P3214_78.html.

J Bras. Nefrol. 2011; 33(1). 93-108.

LADEIRA, A.M.S.; LOPES, M.T. **O desafio da comunicação interna na contemporaneidade - Estudo de Caso**: CAEd. CES Revista – Juiz de Fora, v.27, n.1, p.167-184, 2013

MORAES, Morais Edinara, FONTANA, Rosane Teresinha. **A unidade dialítica como um cenário de exposição a riscos**. Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online, vol. 6, núm. 2, abril-junio, 2014, pp. 539-549 .

OLVERA-SOTO Ma. Guadalupe et al. **Effect of Resistance Exercises on the Indicators of Muscle Reserves and Handgrip Strength in Adult Patients on Hemodialysis**, 2016.

PADOVEZE, Maria Clara. **A enfermagem e suas perspectivas**. Rev. SOBECC, São Paulo. jul./set. 2014; 19(3): 119-122.

PICHLER, Rosimeri Franck. **Erros de medicação: análise ergonômica de utensílios da sala de medicação em ambiente hospitalar**. Cad. Saúde Colet., 2014, Rio de Janeiro, 22 (4): 365-71.

SCHMIDT, Denise Rodrigues Costa. **Modelo Demanda - Controle e estresse ocupacional entre profissionais de enfermagem: revisão integrativa**. Rev. bras. enferm. [online]. 2013, vol.66, n.5 [cited 2018-10-14], pp.779-788.

SOUZA, M G. **Visão dos trabalhadores acerca das suas condições de trabalho em um centro integrado de saúde**. Rio de Janeiro; s.n; 2012. 116p graf,tab.

TEIXEIRA, Leonardo Pereira. SILVA, Thiago Augusto Monteiro da. **Doenças ocupacionais na enfermagem - Quando o trabalho adocece**. Revista Pró-UniverSUS. 2014 Jul./Dez.; 05 (2): 19-24. 2014.

TRENTINI, Mercedes, PAIM, Lygia, VÁSQUEZ, Marta Lucía. **A responsabilidade social da enfermagem frente à política da humanização em saúde**. Colombia Médica Vol. 42 N° 2 (Supl 1), 2011 (Abril-Junio).

VASCONCELLOS, *Sílvio Luís de*. O processo criativo de escolha e utilização de diferentes métodos de investigação. Revista Alcance – Eletrônica – vol. 23 – n. 3 – jul./set. 2016.

ZAMBRA, B.; HUTH, A. **Terapia nutricional em pacientes portadores de insuficiência renal crônica em hemodiálise**. REVISTA CONTEXTO & SAÚDE IJUÍ EDITORA UNIJUÍ V. 10 N. 19 JUL./DEZ. 2010 P. 67-72

SOBRE A ORGANIZADORA

Isabelle Cordeiro de Nojosa Sombra - Enfermeira. Doutoranda em Obstetrícia - UNIFESP/UFC (DINTER). Mestre em Saúde Coletiva PPSAC/UECE. Especialização em Saúde Pública - UECE. Especialização em Enfermagem Obstétrica e Saúde da Mulher - 4 Saberes (em conclusão). Docente do Centro Universitário Estácio do Ceará e do Centro Universitário Pitágoras de Fortaleza

Agência Brasileira do ISBN
ISBN 978-85-7247-169-5

