

A Enfermagem Centrada na Investigação Científica 6



**Marcus Fernando da Silva Praxedes
(Organizador)**

Atena
Editora

Ano 2020

A Enfermagem Centrada na Investigação Científica 6



**Marcus Fernando da Silva Praxedes
(Organizador)**

Atena
Editora

Ano 2020

Editora Chefe

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Assistentes Editoriais

Natalia Oliveira

Bruno Oliveira

Flávia Barão

Bibliotecário

Maurício Amormino Júnior

Projeto Gráfico e Diagramação

Natália Sandrini de Azevedo

Camila Alves de Cremonesi

Karine de Lima

Luiza Batista 2020 by Atena Editora

Maria Alice Pinheiro Copyright © Atena Editora

Edição de Arte Copyright do Texto © 2020 Os autores

Luiza Batista Copyright da Edição © 2020 Atena Editora

Revisão Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora

Os Autores pelos autores.



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

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. 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.

A Atena Editora não se responsabiliza por eventuais mudanças ocorridas nos endereços convencionais ou eletrônicos citados nesta obra.

Conselho Editorial

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Alexandre Jose Schumacher – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso

Prof. Dr. Américo Junior Nunes da Silva – Universidade do Estado da Bahia

Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof. Dr. Antonio Gasparetto Júnior – Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais

Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília

Prof. Dr. Carlos Antonio de Souza Moraes – Universidade Federal Fluminense

Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa

Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia

Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Farias – Universidade Estácio de Sá

Prof. Dr. Elson Ferreira Costa – Universidade do Estado do Pará

Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima

Prof. Dr. Gustavo Henrique Cepolini Ferreira – Universidade Estadual de Montes Claros
Prof^ª Dr^ª Ivone Goulart Lopes – Instituto Internazionale delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Prof^ª Dr^ª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Prof. Dr. Luis Ricardo Fernandes da Costa – Universidade Estadual de Montes Claros
Prof^ª Dr^ª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Pontifícia Universidade Católica de Campinas
Prof^ª Dr^ª Maria Luzia da Silva Santana – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof^ª Dr^ª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof^ª Dr^ª Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof. Dr. Rui Maia Diamantino – Universidade Salvador
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof^ª Dr^ª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. William Cleber Domingues Silva – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Ciências Agrárias e Multidisciplinar

Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano
Prof. Dr. Antonio Pasqualetto – Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Prof. Dr. Cleberton Correia Santos – Universidade Federal da Grande Dourados
Prof^ª Dr^ª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Prof^ª Dr^ª Diocléa Almeida Seabra Silva – Universidade Federal Rural da Amazônia
Prof. Dr. Écio Souza Diniz – Universidade Federal de Viçosa
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Fágner Cavalcante Patrocínio dos Santos – Universidade Federal do Ceará
Prof^ª Dr^ª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Jael Soares Batista – Universidade Federal Rural do Semi-Árido
Prof. Dr. Júlio César Ribeiro – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof^ª Dr^ª Lina Raquel Santos Araújo – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Pedro Manuel Villa – Universidade Federal de Viçosa
Prof^ª Dr^ª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Prof^ª Dr^ª Talita de Santos Matos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Tiago da Silva Teófilo – Universidade Federal Rural do Semi-Árido
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

Ciências Biológicas e da Saúde

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília
Prof^ª Dr^ª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves -Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Prof^ª Dr^ª Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília
Prof^ª Dr^ª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Prof^ª Dr^ª Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Profª Drª Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia
Profª Drª Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas
Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Profª Drª Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá
Profª Drª Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino
Profª Drª Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

Ciências Exatas e da Terra e Engenharias

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto
Prof. Dr. Alexandre Leite dos Santos Silva – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Carlos Eduardo Sanches de Andrade – Universidade Federal de Goiás
Profª Drª Carmen Lúcia Voigt – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Douglas Gonçalves da Silva – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Profª Dra. Jéssica Verger Nardeli – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho
Prof. Dr. Juliano Carlo Rufino de Freitas – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Luciana do Nascimento Mendes – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Marques – Universidade Estadual de Maringá
Profª Drª Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

Linguística, Letras e Artes

Profª Drª Adriana Demite Stephani – Universidade Federal do Tocantins
Profª Drª Angeli Rose do Nascimento – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
Profª Drª Denise Rocha – Universidade Federal do Ceará
Prof. Dr. Fabiano Tadeu Grazioli – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Profª Drª Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso
Profª Drª Miranilde Oliveira Neves – Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará
Profª Drª Sandra Regina Gardacho Pietrobon – Universidade Estadual do Centro-Oeste
Profª Drª Sheila Marta Carregosa Rocha – Universidade do Estado da Bahia

Conselho Técnico Científico

- Prof. Me. Abrãao Carvalho Nogueira – Universidade Federal do Espírito Santo
Prof. Me. Adalberto Zorzo – Centro Estadual de Educação Tecnológica Paula Souza
Prof. Me. Adalto Moreira Braz – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Adaylson Wagner Sousa de Vasconcelos – Ordem dos Advogados do Brasil/Seccional Paraíba
Prof. Dr. Adilson Tadeu Basquerote Silva – Universidade para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí
Prof. Me. Alexsandro Teixeira Ribeiro – Centro Universitário Internacional
Prof. Me. André Flávio Gonçalves Silva – Universidade Federal do Maranhão
Prof^a Ma. Anne Karynne da Silva Barbosa – Universidade Federal do Maranhão
Prof^a Dr^a Andreza Lopes – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Acadêmico
Prof^a Dr^a Andrezza Miguel da Silva – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
Prof. Dr. Antonio Hot Pereira de Faria – Polícia Militar de Minas Gerais
Prof. Me. Armando Dias Duarte – Universidade Federal de Pernambuco
Prof^a Ma. Bianca Camargo Martins – UniCesumar
Prof^a Ma. Carolina Shimomura Nanya – Universidade Federal de São Carlos
Prof. Me. Carlos Antônio dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Ma. Cláudia de Araújo Marques – Faculdade de Música do Espírito Santo
Prof^a Dr^a Cláudia Taís Siqueira Cagliari – Centro Universitário Dinâmica das Cataratas
Prof. Me. Daniel da Silva Miranda – Universidade Federal do Pará
Prof^a Ma. Daniela da Silva Rodrigues – Universidade de Brasília
Prof^a Ma. Daniela Remião de Macedo – Universidade de Lisboa
Prof^a Ma. Dayane de Melo Barros – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Me. Douglas Santos Mezacas – Universidade Estadual de Goiás
Prof. Me. Edevaldo de Castro Monteiro – Embrapa Agrobiologia
Prof. Me. Eduardo Gomes de Oliveira – Faculdades Unificadas Doctum de Cataguases
Prof. Me. Eduardo Henrique Ferreira – Faculdade Pitágoras de Londrina
Prof. Dr. Edwaldo Costa – Marinha do Brasil
Prof. Me. Eliel Constantino da Silva – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita
Prof. Me. Euvaldo de Sousa Costa Junior – Prefeitura Municipal de São João do Piauí
Prof^a Ma. Fabiana Coelho Couto Rocha Corrêa – Centro Universitário Estácio Juiz de Fora
Prof. Dr. Fabiano Lemos Pereira – Prefeitura Municipal de Macaé
Prof. Me. Felipe da Costa Negrão – Universidade Federal do Amazonas
Prof^a Dr^a Germana Ponce de Leon Ramírez – Centro Universitário Adventista de São Paulo
Prof. Me. Gevair Campos – Instituto Mineiro de Agropecuária
Prof. Dr. Guilherme Renato Gomes – Universidade Norte do Paraná
Prof. Me. Gustavo Krahl – Universidade do Oeste de Santa Catarina
Prof. Me. Helton Rangel Coutinho Junior – Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro
Prof^a Ma. Isabelle Cerqueira Sousa – Universidade de Fortaleza
Prof^a Ma. Jaqueline Oliveira Rezende – Universidade Federal de Uberlândia
Prof. Me. Javier Antonio Albornoz – University of Miami and Miami Dade College
Prof. Me. Jhonatan da Silva Lima – Universidade Federal do Pará
Prof. Dr. José Carlos da Silva Mendes – Instituto de Psicologia Cognitiva, Desenvolvimento Humano e Social
Prof. Me. Jose Elyton Batista dos Santos – Universidade Federal de Sergipe
Prof. Me. José Luiz Leonardo de Araujo Pimenta – Instituto Nacional de Investigación Agropecuaria Uruguay
Prof. Me. José Messias Ribeiro Júnior – Instituto Federal de Educação Tecnológica de Pernambuco

Profª Drª Juliana Santana de Curcio – Universidade Federal de Goiás
Profª Ma. Juliana Thaisa Rodrigues Pacheco – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Kamilly Souza do Vale – Núcleo de Pesquisas Fenomenológicas/UFPA
Prof. Dr. Kárpio Márcio de Siqueira – Universidade do Estado da Bahia
Profª Drª Karina de Araújo Dias – Prefeitura Municipal de Florianópolis
Prof. Dr. Lázaro Castro Silva Nascimento – Laboratório de Fenomenologia & Subjetividade/UFPR
Prof. Me. Leonardo Tullio – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Ma. Lilian Coelho de Freitas – Instituto Federal do Pará
Profª Ma. Liliani Aparecida Sereno Fontes de Medeiros – Consórcio CEDERJ
Profª Drª Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás
Prof. Me. Lucio Marques Vieira Souza – Secretaria de Estado da Educação, do Esporte e da Cultura de Sergipe
Prof. Me. Luis Henrique Almeida Castro – Universidade Federal da Grande Dourados
Prof. Dr. Luan Vinicius Bernardelli – Universidade Estadual do Paraná
Prof. Dr. Michel da Costa – Universidade Metropolitana de Santos
Prof. Dr. Marcelo Máximo Purificação – Fundação Integrada Municipal de Ensino Superior
Prof. Me. Marcos Aurelio Alves e Silva – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de São Paulo
Profª Ma. Maria Elanny Damasceno Silva – Universidade Federal do Ceará
Profª Ma. Marileila Marques Toledo – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Prof. Me. Ricardo Sérgio da Silva – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Me. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados
Profª Ma. Renata Luciane Polsaque Young Blood – UniSecal
Prof. Me. Sebastião André Barbosa Junior – Universidade Federal Rural de Pernambuco
Profª Ma. Silene Ribeiro Miranda Barbosa – Consultoria Brasileira de Ensino, Pesquisa e Extensão
Profª Ma. Solange Aparecida de Souza Monteiro – Instituto Federal de São Paulo
Prof. Me. Tallys Newton Fernandes de Matos – Faculdade Regional Jaguaribana
Profª Ma. Thatianny Jasmine Castro Martins de Carvalho – Universidade Federal do Piauí
Prof. Me. Tiago Silvio Dedoné – Colégio ECEL Positivo
Prof. Dr. Welleson Feitosa Gazel – Universidade Paulista

A enfermagem centrada na investigação científica

6

Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira
Bibliotecário: Maurício Amormino Júnior
Diagramação: Natália Sandrini de Azevedo
Edição de Arte: Luiza Batista
Revisão: Os Autores
Organizador: Marcus Fernando da Silva Praxedes

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

E56 A enfermagem centrada na investigação científica 6 [recurso eletrônico] / Organizador Marcus Fernando da Silva Praxedes. – Ponta Grossa, PR: Atena, 2020.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader.

Modo de acesso: World Wide Web.

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-5706-201-2

DOI 10.22533/at.ed.012202307

1. Enfermagem – Pesquisa – Brasil. 2. Saúde – Brasil.
I. Praxedes, Marcus Fernando da Silva.

CDD 610.73

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

Atena Editora

Ponta Grossa – Paraná – Brasil

Telefone: +55 (42) 3323-5493

www.atenaeditora.com.br

contato@atenaeditora.com.br


Ano 2020

APRESENTAÇÃO

O fortalecimento da Enfermagem, como ciência, perpassa o desenvolvimento de um corpo de conhecimento alicerçado em uma base de evidências de estudos científicos bem desenhados e que tenham implicações para uma prática segura. A investigação científica confiável e de qualidade, portanto, garante o reconhecimento das áreas dos saberes da enfermagem e dos profissionais e pesquisadores envolvidos.

Diante do exposto, temos o prazer de apresentar a coleção “A Enfermagem Centrada na Investigação Científica”. Trata-se de uma obra que reúne trabalhos científicos relevantes das mais diversas áreas de atuação do fazer Enfermagem. Aqui, docentes, estudantes, profissionais e os participantes das pesquisas são atores principais de uma ciência holística que a cada dia se fortalece, em decorrência do engajamento e empoderamento desses.

O objetivo central foi apresentar de forma categorizada e clara estudos desenvolvidos em diversas instituições de ensino e pesquisa do país. O terceiro volume traz estudos relacionados à prática da enfermagem baseada em evidências com ênfase à Sistematização da Assistência da Enfermagem (SAE) nos mais diversos cenários de cuidado à saúde e a importância do desenvolvimento de uma cultura de segurança do paciente. O quarto volume concentra, principalmente, experiências relatadas através de projetos de pesquisa e extensão, demonstrando a importância dos mesmos para a formação acadêmica e profissional.

O quinto volume aborda a saúde da mulher na gestação, parto e puerpério, bem como dos recém-nascidos, crianças e adolescentes. O último capítulo traz a importância da assistência da enfermagem diante da violência sexual contra mulheres. Tema de fundamental relevância, principalmente em tempos de pandemia.

O destaque para atenção primária à saúde e para questões vivenciadas na prática profissional é dado pelo sexto volume. Por fim, o sétimo e último volume, traz estudos com temas variados, principalmente relacionados à saúde da população idosa, estudos epidemiológicos e às doenças infectocontagiosas. Ressaltamos a relevância da divulgação científica dos trabalhos apresentados, para que os mesmos possam servir de base para a prática segura dos profissionais de saúde. Nesse sentido, a Atena Editora se destaca por possuir a estrutura capaz de oferecer uma plataforma consolidada e confiável para estes pesquisadores exporem e divulguem seus resultados.

Marcus Fernando da Silva Praxedes

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	1
ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA: ESTRATÉGIAS PARA PRÁTICAS DE CUIDADO DE UM PRÉ-ESCOLAR	
Andreza de Lima Rodrigues	
Aline Sampaio Rolim de Sena	
Francisca Clarisse de Sousa	
Maria Jucilene Nascimento dos Santos	
Thiago Peixoto da Silva	
Daniel Gomes de Lima	
Sara Teixeira Braga	
Tayne Sales Silva	
Vithória Régia Teixeira Rodrigues	
Gledson Micael Silva Leite	
Mikaelle Ysis da Silva	
Álissan Karine Lima Martins	
DOI 10.22533/at.ed.0122023071	
CAPÍTULO 2	12
A IMPORTÂNCIA DA ASSISTÊNCIA MULTIPROFISSIONAL NO PRÉ-NATAL DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA	
Michelle Araújo Moreira	
Polliana Santos Ribeiro	
DOI 10.22533/at.ed.0122023072	
CAPÍTULO 3	24
A REDE DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DA MULHER E O PROGRAMA REDE CEGONHA: UMA REVISÃO DE LITERATURA	
Jaciele Cristina da Silva Belone	
Angélica de Godoy Torres Lima	
Marilene Cordeiro do Nascimento	
Juliana de Castro Nunes Pereira	
Shirley Sayonara Bezerra de Melo Torres	
Eliane Braz da Silva Arruda	
Thamyris Vieira de Barros	
DOI 10.22533/at.ed.0122023073	
CAPÍTULO 4	35
PERFIL SÓCIODEMOGRÁFICO DOS GESTORES DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE PORTO VELHO, RONDÔNIA, BRASIL	
Jônatas Marcondes dos Santos	
Tainan Fabrício da Silva	
Soraya Nedeff de Paula	
DOI 10.22533/at.ed.0122023074	
CAPÍTULO 5	46
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL (2009-2018): REVISÃO INTEGRATIVA	
Igor de Oliveira Reis	
Moacir Portela de Moraes Junior	
Ignês Cruz Elias	
Natália Rayanne Souza Castro	
Alexandre Tadashi Inomata Bruce	

CAPÍTULO 6 58

FERRAMENTAS DE ABORDAGEM FAMILIAR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Raquel Linhares Sampaio
Tacyla Geyce Freire Muniz Januário
Carla Andréa Silva Souza
Maria Lucilândia de Sousa
Lívia Monteiro Rodrigues
Jessyca Moreira Maciel
Sheron Maria Silva Santos
Rayanne de Sousa Barbosa
Karine Nascimento da Silva
Edilma Gomes Rocha Cavalcante

DOI 10.22533/at.ed.0122023076

CAPÍTULO 7 68

SAÚDE E QUALIDADE AMBIENTAL: CONSCIENTIZANDO A COMUNIDADE SOBRE A IMPORTÂNCIA DA SEGREGAÇÃO DOS RESÍDUOS SÓLIDOS

Nilva Lúcia Rech Stedile
Ana Maria Paim Camardelo
Fernanda Meire Cioato
Taís Furlanetto Bortolini

DOI 10.22533/at.ed.0122023077

CAPÍTULO 8 78

BAIXA COBERTURA VACINAL: IMPACTO DO FAKE NEWS E DA FALHA DO GERENCIAMENTO DE ENFERMAGEM

Erika Luci Pires de Vasconcelos
Mariana Braga Salgueiro
Lucca da Silva Rufino
Alice Damasceno Abreu
Lara Rocha de Brito Oliveira
Cláudia Cristina Dias Granito
Benisia Maria Barbosa Cordeiro Adell
Giovanna de Oliveira Villalba
Lucas de Almeida Figueiredo
Maria Laura Dias Granito Marques

DOI 10.22533/at.ed.0122023078

CAPÍTULO 9 87

FATORES ASSOCIADOS AOS ACIDENTES COM MATERIAL BIOLÓGICO COM OS TRABALHADORES DO SERVIÇO DE LIMPEZA

Larissa Bandeira de Mello Barbosa
Marina Pereira Rezende
Andréa Mara Bernardes da Silva

DOI 10.22533/at.ed.0122023079

CAPÍTULO 10 103

SÍNDROME DO ESGOTAMENTO PROFISSIONAL NA ENFERMAGEM EM TEMPOS DE COVID- 19

Kariny Assis Nogueira
Karen Gomes da Silva Costa
Ana Claudia Moreira Monteiro

Nandara Lorrane Minervino Desiderio
Luciana Ferreira
Giselle Freiman Queiroz
Sueli Maria Refrande
Janaína Luiza dos Santos

DOI 10.22533/at.ed.01220230710

CAPÍTULO 11 115

ESTRESSE PSICOSSOCIAL E QUALIDADE DO SONO EM TRABALHADORES DE ENFERMAGEM EM UM CENTRO CIRÚRGICO NO RIO DE JANEIRO

Aline Ramos Velasco
Joanir Pereira Passos
Érika Almeida Alves Pereira
Renata da Silva Hanzelmann
Luciane de Souza Velasque

DOI 10.22533/at.ed.01220230711

CAPÍTULO 12 126

OS FATORES DESENCADEANTES DA SÍNDROME DE BURNOUT EM ENFERMEIROS DURANTE A JORNADA DE TRABALHO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Hugo Leonardo Guimarães Costa Silva
Deirevânio Silva de Sousa
Daniela Nunes Nobre
Dominic Nazaré Alves Araújo
Alinne Gomes do Nascimento
Larícia Nobre Pereira
Lara Cavalcante de Sousa
Maria Natália Machado Gomes
Erveson Alves de Oliveira
Maria Quintino da Silva Neta
Quézia Maria Quintino Almeida
Crystianne Samara Barbosa Araújo

DOI 10.22533/at.ed.01220230712

CAPÍTULO 13 134

AS SITUAÇÕES GERADORAS DE PROBLEMAS INTERPESSOAIS NO TRABALHO DO ENFERMEIRO

Simone Grazielle Silva Cunha
Laura Andrade Pinto
Maria José Menezes Brito

DOI 10.22533/at.ed.01220230713

CAPÍTULO 14 145

DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL DE ENFERMAGEM PARA TERAPIA INTENSIVA: CONTRADIÇÕES ENTRE O REGULAMENTADO E O FEITO

Antônio César Ribeiro
Kaoanny Jonatas Matias Marques Silva
Lucas dos Santos Ribeiro
Raiany Katchussa Ignatz de Andrade
Roseany Patrícia Silva Rocha
Yara Nãna Lima

DOI 10.22533/at.ed.01220230714

CAPÍTULO 15 158

A REPRESENTAÇÃO SOCIAL DA MORTE PARA ENFERMEIROS DE DIFERENTES RELIGIÕES

Priscila Cristina da Silva Thiengo de Andrade

Alba Nunes da Silva
Antônio Marcos Tosoli Gomes
Alba Benemerita Alves Vilela
Glaudston Silva de Paula
Luiz Carlos Moraes França
Magno Conceição das Mercês
Pablo Luiz Santos Couto
Virginia Paiva Figueiredo Nogueira
DOI 10.22533/at.ed.01220230715

CAPÍTULO 16 169

PROPOSTA DE INSERÇÃO DO ENFERMEIRO NO PROCESSO DE REGULAÇÃO

José Luiz da Silva
Lucrecia Helena Loureiro
Ilda Cecília Moreira

DOI 10.22533/at.ed.01220230716

CAPÍTULO 17 180

**VIOLÊNCIA CONTRA PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO TRABALHO DA ATENÇÃO BÁSICA –
CONTRIBUIÇÕES DA COMUNIDADE CIENTÍFICA BRASILEIRA**

Thiago Kroth de Oliveira
Potiguara de Oliveira Paz
Gimerson Erick Ferreira
Dagmar Elaine Kaiser

DOI 10.22533/at.ed.01220230717

CAPÍTULO 18 199

**VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA NO ESPAÇO DE CUIDADO: PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS
DE SAÚDE DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

Maria Aparecida Moreira Raposo
Franciéle Marabotti Costa Leite
Paulete Maria Ambrósio Maciel

DOI 10.22533/at.ed.01220230718

CAPÍTULO 19 214

CONDUTAS E SABERES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE DOENÇA DE CHAGAS

Yohana Pereira Vieira
Jonata Mello
Pedro de Souza Quevedo
Sidnei Petroni

DOI 10.22533/at.ed.01220230719

CAPÍTULO 20 228

ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE A ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL

Rosângela da Silva Santos
Ana Cláudia Mateus Barreto
Isabel Cristina dos Santos Oliveira
Luíza Pereira Maia de Oliveira
Leila Leontina do Couto

DOI 10.22533/at.ed.01220230720

SOBRE O ORGANIZADOR..... 243

ÍNDICE REMISSIVO 244

CAPÍTULO 1

ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA: ESTRATÉGIAS PARA PRÁTICAS DE CUIDADO DE UM PRÉ-ESCOLAR

Data de aceite: 01/07/2020

Data de submissão: 03/04/2020

Andreza de Lima Rodrigues

Universidade Regional do Cariri- URCA
Crato – CE

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4006561646623937>

Aline Sampaio Rolim de Sena

Universidade Regional do Cariri- URCA
Crato – CE

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1536229580087110>

Francisca Clarisse de Sousa

Universidade Regional do Cariri- URCA
Crato – CE

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3017414094686483>

Maria Jucilene Nascimento dos Santos

Universidade Regional do Cariri- URCA
Crato – CE

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4374063704276515>

Thiago Peixoto da Silva

Universidade Regional do Cariri- URCA
Crato – CE

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2286239336337678>

Daniel Gomes de Lima

Universidade Regional do Cariri- URCA
Crato – CE

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5091539055155467>

Sara Teixeira Braga

Universidade Regional do Cariri- URCA
Crato – CE

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1645478447953168>

Tayne Sales Silva

Universidade Regional do Cariri- URCA
Crato – CE

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0852722539636349>

Vithória Régia Teixeira Rodrigues

Universidade Regional do Cariri- URCA
Crato – CE

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4232679478251655>

Gledson Micael Silva Leite

Universidade Regional do Cariri- URCA
Crato – CE

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7015854546013564>

Mikaelle Ysis da Silva

Universidade Regional do Cariri- URCA
Crato – CE

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9103508005240708>

Álissan Karine Lima Martins

Universidade Regional do Cariri- URCA
Crato – CE

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9488295463653611>

RESUMO: Objetiva-se relatar experiência da utilização de estratégias DE cuidado de enfermagem em saúde mental durante o acompanhamento de um pré-escolar na

atenção básica. Trata-se de um relato de experiência, realizado a partir da vivência do estágio da disciplina de Enfermagem no Processo de Cuidar em Saúde Mental da Universidade Regional do Cariri (URCA), no período de Abril à Maio de 2019 em uma unidade básica de saúde localizado no interior do Estado do Ceará. A experiência contou com cinco discentes, uma mestrandia em enfermagem e a docente da disciplina. Para escolha e aplicação das estratégias de cuidado foi elaborado um cronograma. Diante do cronograma elaborado, as práticas definidas foram: Visita Domiciliar, Sistematização da Assistência em Enfermagem, Genograma e Ecomapa e Projeto Terapêutico Singular (PTS). Com a visita domiciliar juntamente ao levantamento do histórico de Enfermagem foi possível descrever o histórico de enfermagem: pré-escolar, sexo masculino, introspectivo, diagnosticado com autismo e com hipótese diagnóstica de esquizofrenia; dificuldade de interação social e comunicação, indiferença a terceiros e baixas condições socioeconômicas da família. Com a realização do Genograma e Ecomapa foi possível identificar as relações familiares e sociais do menor. Por último deu-se a construção do PTS, onde verificou-se os principais problemas, estando esses principalmente relacionados as questões sociais no que diz respeito a dificuldade de comunicação e interação social, como também à vulnerabilidade socioeconômica. Foi traçado um plano terapêutico como alternativa para minimizar e/ou tratar a problemática que envolveram a participação dos profissionais de saúde da equipe e da própria família da criança. A utilização de ferramentas para prática do cuidado em enfermagem mostrou-se como uma experiência exitosa à medida que propiciou estratégias para identificação, reflexão sob as problemáticas apontadas e a busca por resoluções para o caso, tanto no âmbito biológico e psíquico quanto na esfera social.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem; Saúde Mental; Pré-Escolar; Atenção Básica.

ABSTRACT: The objective is to report the experience of using strategies for the practice of nursing care during the monitoring of a preschool with an emphasis on mental health. This is an experience report, carried out from the experience of the Nursing discipline internship in the Mental Health Care Process at the Regional University of Cariri (URCA), without a period from April to May 2019 in a basic health unit located in the interior of the State of Ceará. The experience reported with five students, a nursing belt and a discipline document in question. To choose and apply the care strategies, a schedule was drawn up. In view of the elaborated schedule, the following practices were applied: Home Visit, Nursing Care Systematization, Genogram and Ecomap and Singular Therapeutic Project (PTS). With a home visit associated with the survey, it was possible to identify who the preschooler is and an introspective child, diagnosed with autism and diagnosed with schizophrenia. He shows difficulty in social interaction and communication, is indifferent to third parties and lives in low socioeconomic conditions. With the realization of Genogram and Ecomap, it was possible to identify as family and social relationships of the child. Finally, there was the construction of the PTS, where it was possible to identify the main problems, including them mainly as social issues, which concern the problem of difficulty in communication and social interaction, as well as socioeconomic vulnerability. A therapeutic plan was drafted as an alternative to

minimize and / or treat a problem, which involves the participation of health professionals and the family of the child. The use of tools for the practice of nursing care is shown as an exotic experience, with measurements that identify strategies, reflection on pointed problems, and search for tests for cases, both in statistical and psychological terms, as well as in social areas.

KEYWORDS: Nursing; Mental Health; Preschoo; Primary Care.

1 | INTRODUÇÃO

Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) indicam que aproximadamente 10 a 20% da população infanto-juvenil mundial possuem transtornos psíquicos, sendo que de 3% a 4% desse total demandam terapia integral em saúde mental (LUZ et al, 2018). A presença de condições crônicas na infância interfere em todos os processos de vida da criança, restringem atividades cotidianas, compromete o crescimento e desenvolvimento infantil e afetam a rotina dos membros da família, que por sua vez também necessitam de assistência da equipe de saúde (VICENTE; HIGARASHI; FURTADO, 2015).

A atenção primária a saúde é um setor estratégico na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) mais indicado para oferta de ações em saúde mental. Na atenção básica (AB), os cuidados abrangem atividades voltadas ao controle sintomático, prevenção de reincidência e diminuição do risco de internação. Pode-se ainda realizar o diagnóstico precoce e tratamento, no qual inclui a prescrição de psicotrópicos, como também é realizado o acompanhamento do usuário e ações de promoção à saúde (GERBALDO et al, 2018).

A Reforma Psiquiátrica brasileira propôs a substituição do modelo manicomial, incentivando a desinstitucionalização das pessoas com sofrimento psíquico, surgindo então dispositivos como o Centro de Atenção Psicossocial infanto-juvenil (CAPSi) voltado ao atendimento de crianças e adolescentes com sofrimento psíquico intenso e persistente. Diante das especificidades e necessidades desse público, é fundamental a articulação entre os diversos serviços na rede de cuidado em saúde mental. As ações devem ser executadas em conjunto com outros segmentos, vinculando os recursos da RAPS para atender demandas afetivas, sanitárias, sociais, econômicas, culturais, religiosas, educacionais e de lazer (PRADO; et al, 2017).

É essencial que o profissional enfermeiro detenha habilidades específicas para a condução do cuidado de enfermagem no campo da saúde mental a fim de identificar as necessidades dos usuários (MESQUITA; SANTOS, 2015). Destaca-se ainda que exista a necessidade de uma preparação mais ampla da atuação dos profissionais enfermeiros no campo da saúde mental, com uma qualificação desde a formação acadêmica de modo a perpetuar através da educação permanente para garantir uma assistência resolutiva (SILVA et al., 2015).

Tendo em vista o papel da APS no âmbito da saúde mental e o profissional enfermeiro

como um agente potencial para se fazer presente nos processos do cuidado, vislumbra-se a necessidade de identificar estratégias exitosas utilizadas em um serviço de AB, com a finalidade de difundi-las e qualificar o processo assistencial direcionado a estes usuários da RAPS, em específico ao público infantil.

Diante disso, o presente estudo objetiva relatar a experiência da utilização de estratégias para a prática do cuidado de enfermagem em saúde mental durante o acompanhamento de um pré-escolar na atenção básica.

2 | MÉTODO

Trata-se de um estudo do tipo relato de experiência de abordagem qualitativa e caráter descritivo realizado a partir da vivência da prática curricular da disciplina Enfermagem no Processo de Cuidar em Saúde Mental da Universidade Regional do Cariri (URCA), no período de Abril a Maio de 2019 em uma unidade básica de saúde de um município localizado no interior do Estado do Ceará.

A experiência contou com cinco discentes, uma mestrandia em enfermagem e a docente da. Para escolha e aplicação das estratégias de cuidado foi elaborado um cronograma de atividades pelos discentes, mestrandia, docente e enfermeira da unidade de saúde sendo definidas datas, estratégias e etapas a serem seguidas para realização da prática do cuidado. Diante do cronograma elaborado, as práticas definidas foram: Visita Domiciliar (VD), Sistematização da Assistência em Enfermagem (SAE), Genograma, Ecomapa e Projeto Terapêutico Singular (PTS).

Mediante o planejamento prévio, a primeira etapa para realização do processo de cuidado foi a visita domiciliar, que segundo Albuquerque e Bosi (2009) caracteriza-se como um dispositivo de saúde que possibilita a inserção no meio habitual do indivíduo, propiciando o estreitamento do vínculo entre cuidador e cliente e a compreensão do contexto social e familiar que a pessoa em questão está envolvida.

A segunda etapa deu-se com a utilização da SAE por meio do Processo de Enfermagem (PE) para o levantamento de dados com o histórico de Enfermagem, o reconhecimento dos principais diagnósticos de Enfermagem (DE), o planejamento das intervenções a serem realizadas, a implementação das intervenções traçadas e a avaliação das intervenções aplicadas. A sistematização da assistência proporciona maior organização, segurança para o usuário e identificação precisa dos principais agravos das respostas humanas, direcionando a prestação dos cuidados (TANNURE; PINHEIRO, 2010).

A terceira etapa configurou-se com a construção do Genograma e Ecomapa, ferramentas de cuidado em saúde coletiva utilizados para demonstrar de uma forma visual a complexidade das relações familiares e as dinâmicas de relacionamento, por meio do Genograma, e as interações e meios de apoio social que a família possui, através do

Ecomapa (PEREIRA et al., 2009).

A quarta etapa englobou a realização do PTS, construído pelos discentes de Enfermagem, sob a supervisão da mestranda e da docente responsável. Posteriormente, o PTS foi apresentado para a equipe multiprofissional da UBS e para família a qual a criança pertence. O PTS configura-se por um envolvimento de toda a equipe de saúde e da família a qual o indivíduo pertence com o intuito de conhecer os principais agravos a saúde, traçar metas para tratamento, alcançar melhoria da qualidade de vida e estimular os responsáveis para oferta desses cuidados a serem prestados (PINTO et al., 2011).

O estudo em questão por trata-se de um relato de experiência, não possui parecer do Comitê de Ética e Pesquisa, seguindo precauções específicas que visa a não identificar dos usuários envolvidos no relato.

3 | RESULTADOS

O cuidado de enfermagem direcionado ao pré-escolar efetivou-se através das estratégias do cuidado traçadas pela equipe composta pelos discentes, mestranda, docente e enfermeira da unidade. Diante disso, os resultados apresentam-se em um tópico, sendo este intitulado: 1. Estratégias utilizadas no cuidado de enfermagem em saúde mental na atenção básica como um meio potencial na garantia assistencial. Com três subtópicos: 1. 1 Visita Domiciliar (VD) e Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE); 1.2 Genograma e Ecomapa; 1. 3 Projeto Terapêutico Singular (PTS).

3.1 Estratégias utilizadas no cuidado de enfermagem como um meio potencial na garantia assistencial

3.1.1 Visita Domiciliar (VD) e Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE)

Conforme identificação do caso utilizou-se de estratégias viáveis e potenciais para alcançar o acompanhamento através do cuidado de enfermagem. Foi realizada a visita domiciliar à criança e sua família para estabelecimento do vínculo e identificação do histórico, de suas respectivas intervenções e resultados esperados.

Com a visita domiciliar juntamente ao levantamento da anamnese e exame físico foi possível apresentar o seguinte histórico: pré-escolar, sexo masculino, introspectivo; diagnosticado com autismo (CID:F80-F84) e hipótese diagnóstica de esquizofrenia (CID:F20-F29); demonstra dificuldade de interação social e comunicação; apresenta-se indiferente a terceiros. A criança vive em baixas condições socioeconômicas, sendo o benefício do programa social Bolsa Família e um auxílio financeiro por parte de um familiar as únicas fontes de renda.

A genitora relata que o filho apresentou sensibilidade aos sons desde os sete meses

de vida e um comportamento agressivo desde os três anos de idade, sofre com frequentes crises convulsivas, que conforme características apontadas são do tipo tônico-clônicas; tem dificuldade de se relacionar com outras pessoas, incluindo crianças mesma idade; fobia a multidões e locais públicos. Apresenta episódios de agressividade com a genitora, os irmãos, colegas da escola e contra si mesmo por meio da automutilação, segundo relatos da genitora.

No âmbito escolar, o menor precisou ser transferido de uma instituição para outra por questões de inadequação ao meio, o que resultou em um ano letivo de atraso, tem dificuldade de concentração e leitura, mas atualmente tem demonstrado melhor rendimento na nova instituição.

Quanto às questões alimentares, possui Alergia a Proteína do Leite de Vaca (APLV) (CID:Z888) e apresenta resistência aos alimentos com uma falsa crença de que “comer faz mal”. Além disso, demonstra preocupação excessiva com as condições socioeconômicas da família, apesar da sua pouca idade. Por vezes recusa-se a se alimentar por medo de “não ter nada para comer amanhã”. Segundo as informações colhidas, também demonstra dificuldade para dormir e enurese noturna.

A genitora ainda refere que a criança é muito apegada a um único brinquedo e repete a mesma brincadeira que é “jogar a bicicleta no chão por várias vezes”. Realiza movimentos estereotipados e repetitivos como “cruzar os braços” e dar risadas sem sentido e por vezes relata alucinações visuais e auditivas.

O menor, segundo relato da genitora, foi levado a algumas consultas médicas quando ainda lactente, pois já apresentava alguns sinais que lhe preocupava, como a repulsa por terceiros, aversão aos barulhos e os episódios convulsivos. E, em todas as consultas recebia a mesma resposta, que os sinais apresentados eram normais para idade. Atualmente realizou uma consulta médica, devido um novo episódio convulsivo e recebeu encaminhamento para neuropediatra, psicólogo, terapeuta ocupacional e fonoaudiólogo, dentre estas só foi possível realizar a consulta com a neuropediatra, devido dificuldade de acesso aos serviços pelo SUS na cidade em que reside.

Diante da identificação do caso e acompanhamento através da visita domiciliar, foi possível discorrer o histórico e traçar os diagnósticos de enfermagem, intervenções e os resultados esperados, utilizando as taxonomias *North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)*, *Nursing Interventions Classification (NIC)* e *Nursing Outcomes Classification (NOC)*. Ressalta-se que os diagnósticos e intervenções foram construídos conforme um instrumento intitulado como Roteiro para o Atendimento de Enfermagem com Ênfase nos Aspectos Psicossociais (OLIVEIRA, 2014) conforme Quadro 1:

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES	RESULTADOS ESPERADOS
<p>Nutrição desequilibrada menor que as necessidades corporais relacionada a ingesta alimentar insuficiente, evidenciado por aversão a alimentos e consumo menor que as necessidades.</p>	<p>Esclarecer para criança de forma que ele consiga compreender a importância da alimentação adequada (utilização do lúdico); Identificar e fornecer alimentos de sua preferência para facilitar o processo; Orientar a mãe a tentar deixar o momento das refeições mais dinâmicos para atrair a criança; Encorajar a mãe a oferecer alimentos com maior frequência e menor quantidade para que o menor acostume-se mais facilmente.</p>	<p>Compreensão pela criança acerca da importância da alimentação para crescimento e desenvolvimento; Incentivar a ingesta de alimentos saudáveis; Diminuir a resistência alimentar do menor; Transformar o momento da alimentação como processo tranquilo e prazeroso.</p>
<p>Risco de glicemia instável relacionada a longo período sem ingesta alimentar.</p>		
<p>Comportamento de saúde propenso a risco relacionado a compreensão inadequada, evidenciado por recusa de ingesta alimentar e agressividade.</p>		
<p>Dinâmica alimentar ineficaz da criança relacionada a momento de refeições estressantes, evidenciado por alimentação insuficiente.</p>		
<p>Comunicação verbal prejudicada relacionada a transtorno emocional, evidenciado por dificuldade para falar e manter comunicação.</p>	<p>Incentivar a comunicação e a interação da criança com outras pessoas; Buscar estreitar os laços da criança com as pessoas de seu convívio diário, incluindo os professores, funcionários e colegas da escola, como também os profissionais de saúde que mantem contato com a família.</p>	<p>Propiciar interação social da criança com outras pessoas além da genitora e irmãos; Estreitar os laços e criar com vínculo de confiança entre a criança e os profissionais que o acompanham.</p>
<p>Interação social prejudicada relacionada a processo de pensamento conturbado, evidenciado por desconforto em situações sociais.</p>		
<p>Controle de impulsos ineficaz relacionado a transtorno mental, evidenciado por comportamento violento.</p>	<p>Orientar a mãe a manter a paciência com a situação e tentar acalmar a criança com dialogo; Ouvir a criança atentar-se quanto a possíveis desencadeadores; Encorajar o uso das medicações prescritas para controle do comportamento;</p>	<p>Diminuir episódios de agressividade para com outros e consigo mesmo; Diminuir estressores para a criança; Promover a interação social de forma passiva; Manter a integridade física e mental preservados.</p>
<p>Risco de violência relacionada a outros relacionado a padrão de violência contra outros.</p>		
<p>Risco de violência direcionado a si mesmo relacionado a autoagressão.</p>		
<p>Automutilação relacionada comportamento instável evidenciada por relato familiar de compressões de parte do corpo com lápis.</p>		
<p>Risco de desenvolvimento atrasado relacionado a nutrição inadequada e patologias de comprometimento psíquico.</p>	<p>Orientar a mãe e os professores a incentivar a alimentação adequada da criança, oferecer alimentos com maior frequência e realizar atividades que estimulem os processos cognitivos como ler, escrever, desenhar, pintar e manter interação com as pessoas; Esclarecer que é necessário paciência com o menor; Estimular a ida a unidade de saúde para acompanhamento do desenvolvimento por meio de avaliação frequente.</p>	<p>Promover o crescimento e desenvolvimento adequado da criança.</p>

Eliminação urinária prejudicada relacionada a transtorno mental evidenciado por enurese noturna.	Estimular a mãe a incentivar o uso adequado do banheiro; Promover o conforto da criança evitando umidade; Orientar quanto aos cuidados com a pele da criança para prevenir lesões.	Auxiliar no aprendizado da senso-percepção; Evitar maceração ou dermatite de pele por umidade.
Distúrbio no padrão de sono relacionado a transtorno mental evidenciado por relato familiar de sono prejudicado.	Orientar a mãe a estabelecer uma rotina para hora de dormir e promover maior conforto possível para a criança.	Oferecer um padrão de sono adequado para a criança.

Quadro 1: Plano de cuidados de enfermagem para criança escolar na atenção básica. Crato, CE, 2019.

Fonte: Arquivo original.

3.2 Genograma e Ecomapa

Posterior a esse processo, seguiu-se com a realização/elaboração/ estruturação/ construção do Genograma e do Ecomapa, com a finalidade de conhecer suas redes e relação familiares, como também dos processos de relações sociais. Com a construção do Genograma foi possível visualizar os conflitos de relacionamento que o menor e sua família enfrentamento, e com o Ecomapa identificou-se uma rede de relacionamentos frágeis por ausência de apoio social e da presença de outros integrantes da família. Além de expressar a ausência de momentos de lazer.

3.3 Projeto Terapêutico Singular (PTS)

Outra estratégia fomentada foi o desenvolvimento do PTS, com o objetivo de identificar os principais agravos, definir metas conforme a identificação dos problemas e estabelecer um plano terapêutico. O PTS construído foi posteriormente discutido e validado junto ao menor e sua genitora, como também pela equipe multiprofissional da UBS que acompanha a família, com a finalidade de permear a continuidade do cuidado estabelecido.

Com a construção do projeto terapêutico singular foi possível identificar que os principais problemas estão relacionados as questões sociais no que diz respeito a dificuldade de comunicação e interação social, como também a vulnerabilidade socioeconômica. E questões psicobiológicas relacionados ao Transtorno do Espectro Autista, episódios convulsivos, alucinações, alterações no padrão de sono e APLV.

De acordo com os principais agravos identificados foi traçado um plano terapêutico como alternativa para minimizar e/ou tratar a problemática, que envolve a participação dos profissionais de saúde e da própria família do menor. O plano pretende envolver os transtornos psíquicos apresentados pelo pré-escolar, a adesão para importância da alimentação adequada, e as questões socioeconômicas apresentadas. Os diagnósticos de enfermagem identificados englobam as questões de relacionamento, desenvolvimento, alimentação e agressividade.

A partir disso, foram desenvolvidas atividades junto ao menor e sua genitora que se dispuseram em uma atividade de educação em saúde, que teve como temática os principais transtornos prevalentes na infância, sendo que o momento contou com a participação de outras mães e menores vinculadas a UBS que também apresentam crianças e/ou adolescentes com transtornos mentais, estabelecendo um compartilhamento de vivências relatadas.

Houve a realização de outros momentos com o pré-escolar e sua genitora, que envolveu a utilização de técnicas lúdicas, para discorrer sobre a importância da alimentação adequada, na busca de reduzir a resistência aos alimentos pelo menor, proporcionar maior interação social e um meio propício para promover o processo de comunicação.

4 | DISCUSSÕES

No estudo em questão foi possível constatar a relevante contribuição das estratégias utilizadas junto ao cuidado direcionado ao pré-escolar com ênfase as questões de saúde mental, planejados através de estratégias que permearam a assistência por meio da construção de um plano de cuidados, que apresenta fatores potenciais, como o próprio benefício ao usuário assistido, a organização de mecanismo de trabalho, o fortalecimento da equipe e um desempenho eficaz do profissional de enfermagem na assistência direcionada ao usuário (MESQUITA; SANTOS, 2015).

A aplicação da SAE no campo da saúde mental contribui de tal maneira para a prática de uma enfermagem eficaz, por possibilitar a prestação de uma assistência singular, buscando o alcance da promoção do cuidado direcionado aos usuários neste campo, lhes proporcionando bem-estar biopsicossocial, seja no público geral ou infantil (MONTEIRO et al., 2015).

Em específico a realização da VD, foi um momento crucial para obtenção de informações essenciais do pré-escolar, sendo possível a identificação do seu seio familiar e social, e assim pressupor o engajamento das informações colhidas para o desenvolvimento das estratégias de cuidado. A VD pode apresenta-se como um meio aliado para o planejamento das estratégias, diante da aproximação com o seio familiar e social do usuário, podendo identificar aspectos quanto aos desafios de garantia assistencial através da Rede de Atenção à Saúde (RAS) (PEREIRA et al., 2014).

Ressalta-se que em todos os momentos utilizou-se de uma linguagem viável ao nível de compreensão da genitora e do menor, visando o alcance da compreensão dos envolvidos (MESQUITA; SANTOS, 2015). A utilização de um cuidado integral e sensível as necessidades da criança incluindo a família nesse processo, gera a corresponsabilização e autonomia dos mesmo.

Enfatiza-se a importância do envolvimento da genitora junto aos mecanismos estratégicos do cuidado direcionados ao pré-escolar, como um meio favorável para o

alcance das metas de cuidados. A atenção aos pais deve ser desempenhada, pois estes contribuem diretamente para o alcance da qualidade da saúde mental de seus filhos, apresentando-se como um grande desafio a proposta de torna-los aliados a proposta terapêutica (DIAS; CARVALHO, 2017).

Em específicos as atividades lúdicas realizadas com o pré-escolar, com destaque as questões de uma melhor comunicação verbal e adesão às boas práticas alimentares, estas se mostraram aliadas as questões envoltas para o alcance do plano de cuidados traçados. Através do lúdico as crianças podem alcançar a compreensão específica de determinadas questões, possibilitando o desenvolvimento do seu potencial e maior adesão à terapêutica do cuidado (LINS et al., 2013).

Diante das estratégias utilizadas reafirmamos a importância de utilização de meios eficazes para o alcance do cuidado de enfermagem, como enfatizou o estudo de Mesquita; Santos (2015), acerca da valorização dos usuários com problemas psíquicos, devendo esta ser alcançada a fim de acolher a necessidade do indivíduo, rompendo com o paradigma biomédico ainda prevalente.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A utilização das ferramentas, genograma, ecomapa, PTS, VD e o processo de enfermagem, para prática do cuidado mostrou-se como uma experiência exitosa à medida que propiciou estratégias para identificação, reflexão sob as problemáticas apontadas e a busca por resoluções para o caso, tanto no âmbito biológico e psíquico, quanto no sentido social. Trazendo consigo a relevância da utilização de dispositivos que auxiliem no desenvolvimento do cuidado.

Os profissionais da unidade básica de saúde que acompanham o caso, tiveram a oportunidade de se inteirar mais sobre as questões que rodeiam o menor e sua família, subsidiando meios para prestação adequada da assistência. Além de engajar sua família na tomada de decisão sobre as melhores estratégias para amparo dos agravos e problemáticas.

A partir dessa experiência, foi possível também uma maior interação entre ensino-serviço-usuário, possibilitando que os três contextos se entrelançassem na busca de um cuidado adequado para o caso, manifestando a importância dessa interação para uma assistência resolutiva e de qualidade. Além de proporcionar aos discentes, mestrandos e docente uma vivência do contexto do cuidado de forma completa, instigando a utilização do pensamento crítico, o manuseio e aplicação de dispositivos de enfermagem para o alcance de um cuidado efetivo e integro.

O estudo incube contribuições diretas para a enfermagem e para o cenário da atenção primária a saúde, quanto o relato de estratégias eficazes utilizadas para efetivação do cuidado de enfermagem junto a um usuário pré-escolar, ao mesmo tempo que permeia o

desafio de buscar soluções para um caso complexo que envolve para além de aspectos em saúde mental, como as vulnerabilidades socioeconômicas.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, Adriana Bezerra Brasil de; BOSI, Maria Lúcia Magalhães. **Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil.** Cadernos de Saúde Pública, v. 25, p. 1103-1112, 2009.
- COELHO, Bianca Pereira et al. **Saúde mental no trabalho do Enfermeiro da Atenção Primária de um município no Brasil.** Revista Cubana de Enfermería, v. 31, n. 1, 2015.
- DIAS, José Carlos Baltazar; CARVALHO, José Carlos. **Enfermagem em pedopsiquiatria: especificidades do cuidar.** Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, n. 17, p. 65-70, 2017.
- GERBALDO, Tiziana Bezerra et al. **Avaliação da organização do cuidado em saúde mental na atenção básica à saúde do Brasil.** Trabalho, Educação e Saúde, v. 16, n. 3, p. 1079-1094, 2018.
- LINS, Wylisson Marcelo Almeida et al. **Atividade lúdica como instrumento terapêutico no CAPSi: experiência pró/pet saúde mental.** ANAIS DO CBMFC, n. 12, p. 398, 2013.
- LUZ, Rosália Teixeira et al. **Saúde mental como dimensão para o cuidado de adolescentes.** Revista Brasileira de Enfermagem, v. 71, 2018.
- MESQUITA, K.S.F; SANTOS, C.M.R. **Assistência de enfermagem na saúde mental com elaboração de um plano de cuidados.** Revista Contexto & Saúde. V.15, n.29, Jul./Dez. 2015.
- MONTEIRO, A.R.M; MARTINS, M.G.Q; LOBÔ, S.A; FREITAS, P.C.A; BARROS, K.M; TAVARES, S.F.V.T.F. **Sistematização da assistência de enfermagem à criança e ao adolescente em sofrimento psíquico.** J. res.: fundam. care. online. V.7, n.4, p.3185-3196, 2015.
- OLIVEIRA, Maria Laura de Jesus. **Sistematização da assistência de enfermagem com enfoque na atenção psicossocial.** 2014. 41f. Monografia (Graduação em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina. 2018.
- PINTO, Diego Muniz et al. **Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva.** Texto and Contexto Enfermagem, v. 20, n. 3, p. 293, 2011.
- PRADO KANTORSKI, Luciane et al. **Atenção Psicossocial Infantojuvenil: interfaces com a rede de saúde pelo sistema de referência e contrarreferência.** Texto & Contexto Enfermagem, v. 26, n. 3, 2017.
- SOUZA PEREIRA, Amanda Priscila de et al. **O genograma e o ecomapa no cuidado de enfermagem em saúde da família.** Revista Brasileira de Enfermagem, v. 62, n. 3, 2009.
- SOUZA PEREIRA, Sandra et al. **Visita domiciliar aos pacientes portadores de transtorno mental: ampliando as opções terapêuticas possíveis em um serviço ambulatorial.** Saúde & Transformação Social/Health & Social Change, v. 5, n. 1, 2014
- TANNURE, Meire Chucre-PINHEIRO; MARIA, Ana. **SAE Sistematização da Assistência de Enfermagem.** 2ª Edição. 2010.
- VICENTE, Jéssica Batistela; HIGARASHI, Ieda Harumi; FURTADO, Maria Cândida de Carvalho. **Transtorno mental na infância: configurações familiares e suas relações sociais.** Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, v. 19, n. 1, p. 107-114, 2015.

A IMPORTÂNCIA DA ASSISTÊNCIA MULTIPROFISSIONAL NO PRÉ-NATAL DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Data de aceite: 01/07/2020

Data de submissão: 28/03/2020

Michelle Araújo Moreira

Universidade Estadual de Santa Cruz
Ilhéus-BA

<http://lattes.cnpq.br/7310566538375094>

Polliana Santos Ribeiro

Universidade Estadual de Santa Cruz
Ilhéus-BA

<http://lattes.cnpq.br/0698757665597947>

RESUMO: A assistência multiprofissional no pré-natal da Estratégia de Saúde da Família (ESF) caracteriza-se por ações voltadas à gestante com o propósito de assegurar um desenvolvimento saudável ao binômio, considerando os aspectos culturais e psicossociais para a garantia de um parto isento dos riscos. Dessa maneira, tem-se como objetivo principal: relatar a importância da assistência multiprofissional no pré-natal da ESF. Trata-se de um relato de experiência, desenvolvido a partir de vivências das consultas multiprofissionais e do grupo de gestante, realizados por residentes da odontologia, psicologia, assistência social, nutrição, fisioterapia e enfermagem, na Unidade de Saúde da Família (USF) Aurivaldo Peixoto

Sampaio, do município de Itabuna-Bahia. Verificou-se maior confiança das gestantes durante todo o acompanhamento pré-natal, ampliação do empoderamento sobre temáticas pouco discutidas, melhor compreensão sobre as mudanças corporais, maior vínculo com a equipe de residentes, conhecimento e compreensão dos direitos sociais, segurança quando a escolha da via e sinais de parto, mudança de hábitos alimentares, diminuição de queixas odontológicas e maior atenção quanto ao calendário vacinal, início da puericultura e importância da assistência no puerpério. Conclui-se que é de suma importância uma assistência multiprofissional na assistência pré-natal, ainda no âmbito da atenção primária, com maior resolutividade, efetividade e humanização.

PALAVRAS-CHAVE: Assistência integral à saúde; Cuidado pré-natal; Saúde da família; Saúde da mulher.

THE IMPORTANCE OF
MULTIPROFESSIONAL ASSISTANCE IN
THE PRENATAL OF THE FAMILY HEALTH
STRATEGY: AN EXPERIENCE REPORT

ABSTRACT: Multiprofessional assistance in the prenatal care of the Family Health Strategy

(FHS) is characterized by actions aimed at pregnant women with the purpose of ensuring a healthy development for the binomial, considering the cultural and psychosocial aspects to guarantee a risk-free delivery. Thus, the main objective is to: report the importance of multiprofessional assistance in the prenatal care of the FHS. This is an experience report, developed from experiences of the multiprofessional consultations and the group of pregnant women, carried out by residents of dentistry, psychology, social assistance, nutrition, physiotherapy and nursing, at the Family Health Unit (USF) Aurivaldo Peixoto Sampaio, from the municipality of Itabuna-Bahia. There was a greater confidence of pregnant women throughout the prenatal care, expansion of empowerment on topics little discussed, better understanding of body changes, greater bond with the team of residents, knowledge and understanding of social rights, security when choosing the route and signs of childbirth, change in eating habits, decrease in dental complaints and greater attention to the vaccination schedule, beginning of childcare and the importance of assistance in the puerperium. We conclude that multiprofessional assistance in prenatal care is of utmost importance, even within the scope of primary care, with greater resolution, effectiveness and humanization.

KEYWORDS: Comprehensive health care; Prenatal care; Family health; Women's health.

1 | INTRODUÇÃO

A assistência pré-natal apresenta-se falha e de baixa qualidade em quase todo o país, contabilizando na maioria dos casos menos de 6 consultas de acompanhamento como preconizado pelo Ministério da Saúde (MS), especialmente nas regiões Norte e Nordeste (LEAL et al., 2020). O programa do pré-natal é de extrema relevância, pois permite ações voltadas à mulher, bebê e família, assegurando um desenvolvimento saudável, um parto e pós-parto isento de riscos, sobretudo quando centrado na atuação multiprofissional (BRASIL, 2012; FRANKE; LANISKI; HAAS, 2018).

Sabe-se que, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) caracteriza-se como uma iniciativa de cuidado centrado no sujeito e na família, com resolutividade das demandas de saúde envolvendo saberes distintos, permitindo vínculo entre usuárias e equipe, além de uma escuta qualificada, especialmente na atenção pré-natal (TOMAZZETTI et al., 2018; FRANKE; LANISKI; HAAS, 2018).

Sendo assim, o atendimento de pré-natal na atenção primária destina-se a um grande grupo populacional, em sua maioria mulheres com baixa escolaridade, com gravidez não planejada, em situação de violência, com conflitos de diferentes ordens e de classe social desfavorecida (GOUDARD et al., 2016). Nesse sentido, a qualificação dos profissionais de saúde nas Unidades de Saúde da Família (USF), as mudanças nas práticas durante o processo de trabalho e uma equipe multiprofissional motivada são elementos fundamentais para o êxito do cuidado mãe e bebê durante o pré-natal (LEAL et al., 2020).

Ressalta-se ainda que, em 2004, o MS lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), direcionada por princípios e diretrizes que envolvem não apenas os aspectos fisiológicos e reprodutivos, mas as questões de gênero, socioeconômicas e culturais, contribuindo para a desconstrução do modelo biomédico que insiste em incidir sobre o cuidado pré-natal (BRASIL, 2004).

Dessa forma, a atenção no pré-natal demanda uma equipe multiprofissional extremamente preparada para lidar com necessidades distintas de cada gestante, envolvendo parcerias, familiares e demais redes de suporte social. A equipe multiprofissional se define como um grupo de profissionais agindo de forma integrada com objetivo comum de proporcionar o bem-estar da usuária, com compartilhamento de informações, articulando ações coletivas e individuais (ANJOS FILHO; SOUZA, 2017).

Desse modo, cabe destacar que a aproximação com a temática deu-se por meio de práticas desenvolvidas ao longo do Curso da Residência Multiprofissional em Saúde da Família, na Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC), em ações voltadas especificamente às gestantes como: consultas de acompanhamento (agendadas e por demanda espontânea) e grupos de cuidado, momento em que a equipe era composta por enfermeira, odontólogo, nutricionista, assistente social, fisioterapeuta e psicólogo. Essa equipe centrava suas práticas com foco na família, utilizando abordagens de clínica ampliada.

Portanto, a pesquisa justifica-se pela escassez de estudos científicos com uma abordagem multiprofissional voltada para o cuidado pré-natal, tendo em vista que as pesquisas atuais concentram-se na caracterização epidemiológica da gestação e na morbimortalidade materna por causa evitáveis.

Diante disso, definiu-se como objetivo principal: relatar a importância da assistência multiprofissional no pré-natal da ESF.

Por fim, a relevância social e científica centra-se na importância da assistência multiprofissional no pré-natal, em especial, na atenção primária, oportunizando que os gestores possam atuar de acordo com as demandas das gestantes, descaracterizando o modelo biomédico, fragmentado e muitas vezes limitado. Além disso, contribuirá no despertar de aluno(a)s da graduação e demais profissionais da saúde sobre a necessidade de articulação e trabalho em equipe de caráter multiprofissional com foco na clínica ampliada, potencializando mudanças nas práticas e no processo de trabalho.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência, desenvolvido ao final de um período de 2 anos, tempo de realização da Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Entende-se que, o relato de experiência inspira o aspecto reflexivo sobre algo vivenciado, potencializando

a prática discursiva sobre determinado conteúdo ou fenômeno social (VIEIRA; CHAGAS; ALVES, 2017).

O local do estudo foi a USF Aurivaldo Peixoto Sampaio, no município de Itabuna-Bahia, com uma população aproximada de 2.964 pessoas cadastradas no e-SUS, em sua maioria mulheres com ensino fundamental incompleto, negras, com ocupação informal, baixa escolaridade, alto índice de violência e prevalências patológicas mais significativas: hipertensão, diabetes, sofrimento mental e gravidez.

A equipe multiprofissional era composta por enfermeira, fisioterapeuta, odontólogo, psicóloga, assistente social e nutricionista, com tempo de formação variada. Destaca-se ainda que, as consultas no pré-natal aconteciam de acordo com o preconizado pelo MS, mensalmente até a 28^a semana gestacional, quinzenalmente da 28^a a 36^a semana, e semanalmente a partir da 36^a semana até o parto.

O primeiro contato com a gestante era realizado pela enfermeira residente, devido à maior proximidade com a mulher e com o serviço, profissional que também conduzia a consulta, composta por acolhimento, anamnese, exame físico, orientações, prescrição de exames e suplementos, verificação de calendário vacinal, orientações e teste rápido.

Especificamente o processo de anamnese era conduzido pela enfermeira com o suporte de dois ou mais profissionais da equipe multiprofissional, de acordo com a necessidade e a partir do consentimento da gestante para realização da consulta compartilhada. Durante o atendimento garantia-se o cuidado focado no respeito e confiança da gestante, momento em que era explicada a categoria de cada profissional, e a importância de sua permanência. Após consentimento da gestante, procedia-se ao levantamento das queixas atuais, histórico, aceitação sobre sua gravidez e condição familiar, ocupação, alimentação, queixas odontológicas, benefícios governamentais, renda, moradia, englobando os espaços de convívio e condições para gestar.

Após tais condutas, a gestante era orientada sobre seu novo estado fisiológico e emocional, exames passavam a ser solicitados, prescrições e agendamentos eram realizados para garantir as consultas subsequentes ou aquelas conduzidas por outras especialidades, a exemplo do odontólogo, fisioterapeuta, nutricionista, assistente social e psicólogo. Além disso, durante o exame físico e realização do teste rápido, a mulher era mantida apenas na companhia da enfermeira para minimizar qualquer tipo de desconforto ou exposição desnecessária.

As consultas subsequentes passavam a ser conduzidas pela enfermeira em companhia estritamente da mulher e/ou familiar, e a partir das demandas identificadas durante aquela consulta, a profissional de acordo com o seu núcleo de saber, solicitava uma consulta compartilhada, priorizando sempre a corresponsabilidade e o trabalho em equipe.

Acrescido a essas estratégias, surgiu o grupo de gestantes que se reunia quinzenalmente no auditório da referida USF, com a participação da equipe multiprofissional (enfermeira,

odontólogo, fisioterapeuta, psicóloga, nutricionista e assistente social). Ressalta-se que, para o surgimento e sucesso do grupo de gestantes, houve um planejamento para melhor adesão, com definições a exemplo das consultas, do grupo no Whatsapp e de convites que eram entregues em suas casas pelos agentes comunitários de saúde (ACS). Os dias, horários e temáticas para os encontros eram definidos entre componentes da equipe e gestantes, respeitando a disponibilidade e interesse das mulheres.

De posse das temáticas elencadas, definiu-se o tempo máximo de 1 hora para abordar os assuntos, visando não ter esgotamento físico e psíquico por parte das gestantes. Utilizou-se materiais diversos, a exemplo de multimídia (Datashow, caixa de som, notebook), além de cartazes, bonecas, tatame, mesa, folhetos informativos, cadeiras, dentre outros, e lanches a cada encontro, explorando frutas e alimentos benéficos para a gestante.

Ressalta-se que, as temáticas exploradas pela equipe foram: pertencimento da gravidez, direitos das gestantes, alimentação adequada, saúde bucal, aleitamento materno, manejo com o recém-nascido, tipos de parto, distúrbios emocionais, violência obstétrica, queixas e afecções ginecológicas, exercícios para musculatura pélvica, métodos de relaxamento, alongamento, posições para dormir, dentre outros.

Cada reunião era conduzida por um profissional, de acordo com a temática escolhida, e contava com o apoio dos demais, que participavam de toda a dinâmica e planejamento dos encontros, com o propósito de ampliar o conhecimento, compromisso e corresponsabilidade.

Durante os encontros foram realizadas oficinas, exibição de documentários de média duração com posterior discussão, apresentações em power point, dinâmicas como mitos e verdades, conversas com trocas de experiência, sorteios de brindes e um ensaio fotográfico.

O levantamento bibliográfico para sustentar o relato ancorou-se nas bases de dados online do *Scientific Electronic Library Online* - SciELO, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde - LILACS, e Biblioteca Virtual em Saúde - BVS, com período atemporal e utilizando as palavras-chave: Assistência integral à saúde; Cuidado pré-natal; Saúde da família; Saúde da mulher.

3 | APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Consultas de pré-natal compartilhadas na ESF

A experiência na assistência pré-natal deu-se após primeiro contato com a equipe multiprofissional, reconhecimento de território e levantamento do perfil epidemiológico da área coberta.

Durante as consultas, realizava-se a escuta qualificada da gestante, valorizando

suas demandas e anseios referentes à saúde física, emocional, condição social e cultural da gravidez, momento em que os profissionais tiravam dúvidas, faziam encaminhamentos, agendavam retorno ou adotavam condutas assistenciais com resolutividade. Essa etapa era conduzida pela enfermeira, com a presença das demais categorias, e as informações eram colhidas no momento da anamnese, a partir da identificação das necessidades.

Cada profissional participava ativamente nas orientações de acordo com a necessidade da mulher. Tal prática reduzia o encaminhamento desnecessário para os outros níveis da atenção à saúde e minimizava o fenômeno de peregrinação causado por falhas na rede.

Destaca-se que, o compartilhamento das consultas possibilitava múltiplos olhares sobre cada demanda, aprofundamento nas orientações, e ampliação da possibilidade terapêutica. Após as consultas, os profissionais se reuniam e discutiam o contexto das gestantes em situações mais complexas, com exposição de possíveis diagnósticos, alinhando estratégias e condutas.

A partir de cada gestante assistida verificava-se uma maior segurança da equipe multiprofissional para lidar com a variedade de assuntos referentes ao pré-natal, protocolos e rotinas. As gestantes com o passar do tempo demonstravam maior interesse na prática do autocuidado e compreendiam a importância de cada profissional na sua assistência, além de possibilitar uma maior adesão ao próprio serviço.

Salienta-se ainda que, no momento do exame físico obstétrico e realização do teste rápido, a gestante permanecia apenas na companhia da enfermeira, salvo quando desejasse a presença de outra pessoa.

Evidenciou-se, a partir dos discursos, a satisfação das gestantes pela diversidade de profissionais no atendimento de pré-natal, com destaque para consultas ativas e esclarecedoras, cuidado continuado, conjunto e de forma corresponsável.

Nesse sentido, o momento de troca entre gestantes e equipe multiprofissional apresentou-se extremamente enriquecedor, devido a uma maior ampliação do olhar sobre a mulher na fase da gestação, a exemplo de situações de violência doméstica, depressão, demandas nutricionais, odontológicas, e de caráter social, compreendendo a realidade de cada uma de maneira empática e atenta. Percebeu-se então que, conhecer a realidade das gestantes é de fundamental importância para o planejamento correto das ações e oferta de cuidados (ABREU; BRANDÃO; TORRES, 2019).

Nota-se que, a ausência de uma assistência integral no pré-natal ocasiona sérias complicações e inseguranças no período perinatal, acarretando riscos ampliados no momento do parto (TOMAZZETTI et al., 2018).

Ademais, uma assistência pré-natal de maneira organizada e acolhedora, com a proposta de apoiar a mulher e seu núcleo familiar, apresenta-se como uma importante estratégia de promoção do cuidado, autonomia e melhoria da qualidade de vida (ABREU; BRANDÃO; TORRES, 2019).

Convém destacar que, nos casos de violência doméstica, as gestantes eram acolhidas, direcionadas para as autoridades competentes e orientadas sobre as questões biológicas, emocionais e legais, em conjunto com a psicóloga e assistente social, considerando todas as dificuldades, realidade social e sofrimento mental.

As gestantes eram acompanhadas pela psicóloga, através de consultas pré-agendadas. Todas as práticas desenvolvidas reforçavam o empoderamento feminino, a autonomia e a superação das fragilidades emocionais. Por sua vez, a assistente social também prestava toda assessoria quanto aos caminhos para a autonomia financeira, benefícios governamentais, direitos sociais e rede de apoio.

Nesse sentido, afirma-se que a violência contra a mulher não se restringe a perspectiva biológica e epidemiológica, sendo influenciada pela cultura do patriarcado, fruto da desigualdade entre os gêneros, e pelo sentimento de domínio masculino (OLIVEIRA et al., 2018).

Tais características reforçam e evidenciam a necessidade de assistência multiprofissional, principalmente na gestação, fator que potencializa o risco de violência e depressão nesse período. Ramalho et al. (2017) afirmam que, o estresse durante a gravidez potencializa intercorrências, o aparecimento de doenças crônicas e infecções agudas, além de trazer sérias consequências no período puerperal.

Ademais, foram feitas abordagens às gestantes com distúrbios alimentares, hiperêmese gravídica, obesidade, baixo peso, além de outras condições alimentares, todas com abordagem individual e coletiva da nutricionista em conjunto com os demais profissionais, garantido maior efetividade da assistência.

A nutricionista após escuta atenta das condições sociais, rotina de alimentação e alimentos disponíveis, realizava orientações e retirava dúvidas sobre substâncias e estado nutricional, considerando o cálculo de Índice de Massa Corpórea (IMC) e idade gestacional, além da condição clínica da mulher. Posteriormente era realizado um plano alimentar individual de acordo com cada realidade, e o acompanhamento continuava até o final da gestação e do pós-parto, com resultados positivos sobre as queixas alimentares e a diminuição do abandono nutricional, reforçando a necessidade da avaliação nutricional para diminuição de riscos e complicações.

Santos et al. (2017) afirmam que, o estado nutricional da mulher durante a gestação ligado a obesidade ou desnutrição está intimamente relacionado a condição clínica e nutricional do recém-nascido, corroborando nos índices de morbimortalidade materna e infantil.

Em se tratando do odontólogo, realizava-se a avaliação oral da gestante, orientações quanto aos cuidados com a saúde bucal, principais mudanças e cuidados com a higiene oral do recém-nascido, além de ações preventivas. Quando havia queixa ou alteração realizava-se atendimento no consultório odontológico durante todo o pré-natal e mantinha-se no pós-parto, através de visitas, sempre que necessário. A eliminação e prevenção

de queixas causadas por alterações odontológicas durante o pré-natal e puerpério são fundamentais, pois dificultam o bem estar da mulher e a continuidade das suas atividades diárias.

As mudanças fisiológicas na gestação, a frequência alimentar, as alterações hormonais e náuseas frequentes, proporcionam uma dificuldade na manutenção da higiene oral da gestante, com o aparecimento de queixas e alterações na cavidade, demonstrando a necessidade do pré-natal odontológico com maior confiança da gestante quanto aos cuidados e procedimentos (FERREIRA et al., 2016).

Além disso, dentre as inúmeras queixas mencionadas e alterações fisiológicas, foi possível observar recorrentes queixas quanto à algia pélvica, lombar e geniturinária, insegurança quanto ao medo da dor durante o trabalho de parto. Sendo assim, a partir das demandas identificadas, histórico obstétrico, idade e hábitos de vida, a fisioterapeuta acolhia essa mulher, e trabalhava suas queixas ainda na unidade, utilizando tecnologias leves e leves-duras, de acordo com a disponibilidade de materiais e exercícios sem restrição, explorando a prática da orientação com caráter preventivo.

Cabe ressaltar que, a assistência fisioterapêutica possuía considerável limitação no uso de materiais para reabilitação, pois se utilizava de doações, equipamentos improvisados com objetos domésticos ou de uso dos próprios profissionais, porém era perceptível a evolução na terapeuta a partir dos discursos das gestantes e melhoria das queixas.

Desse modo, verifica-se que a presença de um(a) fisioterapeuta na assistência ao pré-natal torna-se necessário, em especial na atenção primária, objetivando o tratamento de possíveis doenças, minimizando ou evitando lesões do assoalho pélvico ou do musculoesquelético. Salienta-se ainda que, o(a) fisioterapeuta pode contribuir de forma positiva no trabalho de parto, tornando a mulher confiante e protagonista do seu processo (BRANDOLF et al., 2017).

Em conjunto com todas essas ações, encontra-se a enfermeira, compondo a equipe multiprofissional. Aquela que alia assistência, práticas de promoção da saúde, prevenção de doenças, ações intersetoriais e intrassetoriais, visitas domiciliares e atividades de educação permanente.

A enfermeira conduzia as consultas apresentando-se como elo entre as gestantes e os demais profissionais, realizava a captação precoce das mulheres ainda no primeiro trimestre junto com o(a)s agentes comunitárias de saúde, definia classificação de risco, solicitava e avaliava os exames, coletava citologia, procedia ao exame físico obstétrico, cálculo de idade gestacional e data provável do parto, avaliava o calendário vacinal, realizava teste rápido, acolhia e procedia a escuta atenta, assistia na visita puerperal, orientava sobre as mudanças corporais, aspectos emocionais, amamentação, alimentação, cuidados com o recém-nascido, atividade sexual, dentre tantas outras.

Suas práticas apresentam-se sempre em consonância com os demais profissionais,

articulando estratégias para resolutividade das demandas, quando necessário. Exerce a autonomia e responsabilidade sobre as ações prestadas, ancorada nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), acarretando vínculo, confiança, segurança e boa adesão na assistência pré-natal.

Sabe-se que, a assistência pré-natal na ESF é associada aos cuidados diretamente prestados pela enfermeira, sustentada na qualidade do cuidado, empatia e vinculação, utilizando-se das mais diversas técnicas de forma ativa e empoderada, com práticas singulares desde a concepção até o puerpério (MOREIRA, CARVALHO, RIBEIRO, 2016).

Para tanto, a enfermeira deve ter capacidade técnica e científica para identificação precoce de fatores de riscos comportamentais e fisiológicos, fruto do seu processo de formação, pautado em todas as nuances que envolvem o período gravídico-puerperal (LIMA et al., 2019).

Sendo assim, evidencia-se que os cuidados de enfermagem durante a gestação tornam-se cruciais para prevenção de doenças e agravos, passíveis de comprometer a saúde da mãe e do bebê (ARAÚJO et al., 2019). Por este motivo, as visitas domiciliares realizadas pela enfermeira em conjunto com outros membros da equipe foram necessárias para a melhoria na vida das gestantes. Ademais, as atividades de educação permanente com conteúdos como: cuidados com a higiene oral do bebê, assistência humanizada e acolhimento, de acordo com a Política Nacional de Humanização, principais situações de sofrimento mental, rede de assistência para mulheres em situação de violência, dentre outras também foram realizadas pela equipe multiprofissional, permitindo um olhar aprofundado sobre os projetos terapêuticos singulares e discussão de casos.

Schmitt et al. (2018) inferem ainda que é de suma importância a efetiva comunicação entre profissionais, para estabelecimento e fortalecimento de uma rede de apoio no intuito de compreender e abarcar as reais necessidades das gestantes em todo o ciclo gravídico-puerperal.

3.2 Grupo de gestantes

Sabe-se que, as práticas assistenciais dos profissionais da saúde são de suma importância para a qualidade do cuidado no pré-natal, principalmente quando caracterizadas por trocas e incentivo a participação em grupos de gestantes, eliminando o sentimento de ansiedade, incertezas e proporcionando tranquilidade (SCHMITT et al., 2018).

O grupo de gestante surgiu a partir da compreensão da equipe multiprofissional, quanto à necessidade de maior discussão e espaço de trocas com as gestantes, para um maior empoderamento quanto aos seus direitos, às mudanças no seu corpo, ao desenvolvimento do seu bebê, ao cumprimento dos seus direitos sociais.

Após apresentada a proposta de grupo e de ter sido acordado o melhor dia e horário para a realização das reuniões, todas as gestantes e familiares foram convidados. Verificou-se relevante adesão das mulheres, momento em que as demandas eram

levantadas para as próximas reuniões, desconstruindo mitos de forma lúdica e com uma linguagem simples.

Henriques et al. (2015) afirmam que, o grupo de gestantes é um importante instrumento de educação em saúde na promoção da saúde materna, devido as trocas de experiências e informações, contribuindo para um período gestacional mais seguro, assim como uma assistência de qualidade.

Sendo assim, o grupo de gestante idealizado pela equipe multiprofissional, possibilitou uma gama de informações de diversas áreas, sem sobrecarregar apenas uma categoria, além de ampliar o conhecimento dos profissionais com as múltiplas trocas. Cada encontro era conduzido por uma categoria profissional, respeitando os saberes das gestantes e de seus familiares.

Utilizavam-se métodos como a demonstração de práticas com os bebês utilizando próteses, posições para amamentação, além de outros cuidados com recém-nascido e sexualidade durante a gestação. Oficinas sobre elaboração de temperos naturais, práticas de relaxamento e fortalecimento do assoalho pélvico dentre outros, sem desconsiderar seus conhecimentos e protagonismo no processo de gestar e parir.

Quental et al. (2017) afirmam que, o uso de práticas ativas como dinâmicas, oficinas e jogos, apresentam-se como importante estratégia para potencializar a efetividade das ações e participação ativa das gestantes.

Ademais, nota-se que os grupos de gestantes se constituem por pessoas distintas com histórias e realidades diferentes, porém com propósitos semelhantes, que se articulam e reúnem-se para discutir e refletir sobre temas de comum interesse, constituindo saberes, a partir do coletivo e superando limitações, tendo como reflexo o atendimento integralizado (DOMINGUES, PINTO, PEREIRA, 2018).

No final, percebeu-se que, as gestantes retornavam para as consultas subsequentes cada vez mais empoderadas, confiantes e seguras quanto à fase da gravidez, compreendendo a USF não apenas como espaço de cura para doenças, mas como um local de convivência e prevenção de doenças, com trocas de experiência, maior aproximação com os familiares e equipe, ampliando a rede social para viver o momento da gestação.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que, é de total relevância a presença de uma equipe multiprofissional na assistência pré-natal, principalmente na atenção primária, considerando o maior grau de vulnerabilidade das gestantes. A assistência multiprofissional possibilita maior tranquilidade, menos peregrinação e maior confiança para gestar e vivenciar a maternidade, considerando a oferta de um cuidado integral pela equipe e centrado em todas as dimensões que envolvem saúde e maternidade.

O mecanismo de consultas compartilhadas potencializou a ampliação do conhecimento das gestantes, autonomia na tomada de decisões, empoderamento sobre sua condição, com a compreensão real das necessidades, desconsiderando o modelo biomédico, muitas vezes frio, impessoal e fragmentado. Quanto à equipe multiprofissional, as práticas possibilitaram expansão de conhecimento sobre as diversas áreas, troca de conhecimento entre as categorias e maior entendimento sobre o programa de pré-natal.

REFERÊNCIAS

ABREU, Karoliny; BRANDÃO, Adriana; TORRES, Michelle. Qualidade de vida de gestantes acompanhadas na atenção primária à saúde. **Rev Saúde em Redes**, v. 5, n. 1, p. 59-73, 2019. Disponível em: <<http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/1697>>.

ANJOS FILHO, Nilton Correia; SOUZA, Ana Maria Portela. A percepção sobre o trabalho em equipe multiprofissional dos trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil. **Rev Comunicação Saúde Educação**, v. 21, n. 60, p. 63-76, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141432832017000100063&script=sci_abstract&tlng=pt>.

ARAÚJO, Regilda Bacelar et al. Cuidados de enfermagem no pré-natal de baixo risco na estratégia de saúde da família: uma análise em periódicos nacionais. **Rev UNINGÁ**, v. 56, n. 2, p. 160-73, 2019. Disponível em: <<http://revista.uninga.br/index.php/uninga/article/view/2419>>.

BRANDOLF, Joice de Abreu et al. Atuação fisioterapêutica para redução do quadro algico no trabalho de parto ativo. **Rev Inova Saúde**, v. 6, n. 2, p. 20-34, 2017. Disponível em: <<http://periodicos.unesc.net/Inovasauade/article/view/2554/3889>>.

BRASIL, Ministério da Saúde. Caderno de atenção básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília (DF), 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf>.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**. Brasília (DF), 2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf>.

DOMINGUES, Flávia; PINTO, Flávia Santos; PEREIRA, Valdina Marins. Grupo de gestantes na atenção básica: espaço para construção do conhecimento e experiências na gestação. **Rev Fac Ciência Médicas de Sorocaba**, v. 20, n. 3, p. 150-4, 2018. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/RFCMS/article/view/30648>>.

FERREIRA, Suélem Maria Santana Pinheiro et al. Pré-natal odontológico: acessibilidade e ações ofertadas pela atenção básica de Vitória da Conquista-BA. **Rev FOL Faculdade de Odontologia de Lins/Unimep**, v. 26, n. 2, p. 3-16, 2016. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/311989851_Pre-Natal_Odontologico_Acessibilidade_e_Acoes_Ofertadas_pela_Atencao_Basica_de_Vitoria_da_Conquista-BA>.

FRANKE, Caroline Maria; LANISKI, Valéria Baccarin; HAAS, Linda Cristina Sangoi Haas. O Atendimento Compartilhado na Perspectiva da Atuação Multiprofissional na Atenção Primária à Saúde. **Rev Contexto & Saúde**, v. 18, n. 35, p. 111-5, 2018. Disponível em: <<https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/7081>>.

GOUDARD, Marivanda Julia Furtado et al. Inadequação do conteúdo da assistência pré-natal e fatores associados em uma coorte no nordeste brasileiro. **Rev Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 4, p. 1227-38, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232016000401227&script=sci_abstract&tlng=pt>.

HENRIQUES, Amanda Haissa Barroso et al. A revelação de puérperas na assistência pré-natal em estratégias de saúde da família. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, v. 28, n. 1, p. 23-31, jan./mar., 2015. Disponível em: <<https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/5968>>.

LEAL, Maria do Carmo et al. Assistência pré-natal na rede pública do Brasil. **Rev Saúde Pública**, v. 54, n. 9, p. 1-12, 2020. Disponível em: <<http://www.rsp.fsp.usp.br/artigo/assistencia-pre-natal-na-rede-publica-do-brasil/>>.

LIMA, Kelly Mikaelly de Souza Gomes et al. Assistência de Enfermagem no Pré-Natal de Alto risco. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 2, n. 4, p. 3183-97, 2019. Disponível em: <<http://www.brjd.com.br/index.php/BJHR/article/view/2173>>.

MOREIRA, Michelle Araújo; CARVALHO, Lorena Lima de; RIBEIRO, Polliana Santos. Percepção de gestantes sobre a atuação da enfermeira na assistência pré-natal: estudo analítico. **Rev Arq ciênc saúde**, v. 23, n. 1, p. 78-82, 2016. Disponível em: <<http://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/view/217/168>>.

OLIVEIRA, Ana Paula Reis et al. Violência contra a mulher: facilidades e dificuldades relacionadas à atenção multiprofissional. **Rev Saúde col UEFS**, v. 8, n. 10, p. 54-61, 2018. Disponível em: <<http://periodicos.uefs.br/index.php/saudecoletiva/article/view/2094>>.

QUENTAL, Líbna Laquis Capistrano et al. Práticas educativas com gestantes na atenção primária à saúde. **Rev enferm UFPE on line**, v. 11, n. 12, p. 5370-81, 2017. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-33863>>.

RAMALHO, Naiany Monise Gomes et al. Violência doméstica contra a mulher gestante. **Rev enferm UFPE**, v. 11, n. 12, p. 4999-5008, 2017. Disponível em: <[file:///C:/Users/polli/Downloads/22279-75636-1-PB%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/polli/Downloads/22279-75636-1-PB%20(2).pdf)>.

SANTOS, Dayse Kellen de Sousa et al. Estado nutricional pré-gravídico e gestacional: detecção de desvios nutricionais entre gestantes atendidas pela rede pública de saúde de Talmas-TO. **Rev Desafios**, v. 4, n. 3, p. 83-90, 2017. Disponível em: <<http://rdu.unicesumar.edu.br/handle/123456789/2396>>.

SCHMITT, Patrícia Menezes et al. A revelação de puérperas na assistência pré-natal em estratégias de saúde da família. **Rev Saúde e Pesq**, v. 11, n. 1, p. 129-37, jan./abr. 2018. Disponível em: <<https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/5968>>.

TOMAZZETTI, Bárbara Maldonado et al. A qualidade da assistência pré-natal sob olhar multiprofissional. **Rev Ciência e Saúde**, v. 11, n. 1, p. 41-50, 2018. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/324577111_A_qualidade_da_assistenciapre-natal_sob_olhar_multiprofissional>.

VIEIRA, Silvares Vieira; CHAGAS, Sonia dos Santos; ALVES, Lana Mara. Relato de experiência sobre a importância da consulta de enfermagem em puericultura. **Rev Enferm Brasil**, v. 16, n. 4, 2017. Disponível em: <<https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/1264/2400>>.

A REDE DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DA MULHER E O PROGRAMA REDE CEGONHA: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Data de aceite: 01/07/2020

Data de submissão: 28/05/2020

Thamyris Vieira de Barros

Centro Universitário do Vale do Ipojuca,
UNIFAVIP/DEVRY, Caruaru-PE, <http://lattes.cnpq.br/8256549015578362>

Jaciele Cristina da Silva Belone

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia - IFPE *campus* Belo Jardim, Belo Jardim-PE, <http://lattes.cnpq.br/2247088645671239>

Angélica de Godoy Torres Lima

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia - IFPE *campus* Belo Jardim, Belo Jardim-PE, <http://lattes.cnpq.br/3267022204553537>

Marilene Cordeiro do Nascimento

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia - IFPE *campus* Belo Jardim, Belo Jardim-PE, <http://lattes.cnpq.br/1790306376764731>

Juliana de Castro Nunes Pereira

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia - IFPE *campus* Belo Jardim, Belo Jardim-PE, <http://lattes.cnpq.br/3343917709259253>

Shirley Sayonara Bezerra de Melo Torres

Universidade Federal de Pernambuco - UFPE, Recife-PE, <http://lattes.cnpq.br/0969094259381441>

Eliane Braz da Silva Arruda

Universidade Federal de Pernambuco, UFPE/CAV, Vitória de Santo Antão-PE, <http://lattes.cnpq.br/0063496258537839>

RESUMO: Objetivo: analisar na bibliografia nacional, trabalhos publicados sobre a rede de atenção primária a Saúde da Mulher. **Métodos:** Trata-se de um estudo de Revisão de Literatura, sendo norteado a partir da pergunta: Como está adequação da assistência ao pré-natal baseado na portaria da rede cegonha? Participou da pesquisa artigos encontrados relacionados ao tema. **Resultados:** A maioria dos artigos analisados quando se refere a acessibilidade ao pré-natal demonstra facilidade de encontrar uma oferta de assistência e as solicitações de exames padronizados pela portaria vigente; porém ao analisar a acessibilidade ao parto percebe-se a forte frequência de buscas inválidas ao acesso do local de parto. **Conclusão:** Os resultados encontrados refletem o quanto é necessário investimentos públicos na área de saúde da mulher, contribuindo para a redução de danos materno-infantil.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem, Cuidado pré-natal, Assistência de Enfermagem.

THE NETWORK OF PRIMARY CARE TO WOMEN'S HEALTH AND THE STORK NETWORK PROGRAM: AN INTEGRATIVE REVIEW

ABSTRACT: Objective: To analyze the national bibliography, published works on the network of primary care Women's Health. **Methods:** This is a study of Integrative review, being guided from the question: How is the adequacy of prenatal care based on the ordinance Stork network? Participated in the survey articles found related to this issue. **Results:** Most of the articles analyzed when it comes to accessibility to prenatal demonstrates ease of finding an offer of assistance and requests for standardized tests by current ordinance; But when considering the accessibility childbirth perceives the strong frequency invalid to access the place of delivery quests. **Conclusion:** The results reflect how much is needed public investments in the area of women's health, contributing to the reduction of maternal and child injury.

KEYWORDS: Nursing, Prenatal Care, Nursing Care.

INTRODUÇÃO

Apesar de existirem políticas públicas firmadas em Leis que regulam a universalidade e equidade de forma integral, projetos muito bem elaborados como o da Rede Cegonha, a criação do PAISM (Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher), que trouxeram outro olhar a saúde da mulher, ainda estamos vivenciando pontos críticos no que se refere ao fluxo de forma ordenada e programada da assistência. Entretanto, as indagações relacionadas à qualidade da assistência e especialmente no que se refere à assistência ao pré-natal e parto continuam; já que os indicadores maternos-neonatal continuavam alarmantes (SILVA et. al., 2014).

Contudo, não podemos deixar de reconhecer que vivenciamos momentos históricos na Saúde Pública do Brasil com a efetivação da criação do Sistema Único de Saúde – SUS a partir da Constituição de 1988. Com a melhoria do acesso a questões primárias com a formalização do PSF (Programa de Saúde da Família) em 1994, com a busca por condições melhores de reestruturar a assistência, com o Pacto pela saúde em 2006, e por fim visando à melhoria da atenção a mulher a criação do PAISM em 2004, bem como a implantação do Programa da Rede Cegonha através da Portaria do Ministério da Saúde de nº 1.459 de Junho de 2011 (SCHWARTZ et. al., 2010).

O PSF foi iniciado quando o Ministério da Saúde formulou em 1991 o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), com o objetivo de contribuir para a diminuição das mortalidades infantil e materna, com prevalência nas regiões Norte e Nordeste. Devido os grandes números de óbitos de mulheres e crianças no nosso país, o Governo Federal viu a necessidade de implantar dentro da rede básica de saúde a rede cegonha, de forma que o profissional de saúde poderá acompanhar mais de perto a mulher dentro de um

contexto amplo, onde terá todo acesso a assistência de forma específica e aos programas implantados na rede pública. (CAVALCANTI et.al, 2013).

Em 2011 foi lançado o programa nacional de assistência obstétrica e infantil pelo Ministério da saúde, que “consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, parto e puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis” (BRASIL, 2011a).

A rede cegonha tem por finalidade acompanhar a mulher desde o planejamento reprodutor, assistência no pré-natal, no parto, no puerpério até o crescimento e desenvolvimento da criança, garantindo a atenção materno-infantil de determinados territórios os quais tem acesso a rede básica de saúde. A Portaria nº 1.459, de junho de 2011 possui cinco diretrizes, as quais são: 1. Garantia do acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal; 2. Garantia de vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro; 3. Garantia das boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento; 4. Garantia da atenção à saúde das crianças de zero a vinte e quatro meses com qualidade e resolutividade; e 5. Garantia de acesso às ações do planejamento reprodutivo. A portaria da Rede Cegonha tem sua organização a partir de quatro componentes: Pré-Natal; Parto e Nascimento; Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança; e Sistema Logístico, Transporte Sanitário e Regulação. Além de promover o acesso a realização de diversos exames na rotina do pré-natal, e oferta de kits na área de saúde da mulher para as Unidades Básicas de Saúde, gestantes e parteiras (BRASIL, 2011b).

O modelo cuidador voltado para o programa de atenção primária na Estratégica de Saúde da Família vem aumentando de forma significativa as melhorias da atenção integral ao pré-natal. A unidade de saúde deve ser um local acolhedor, retirando todos os obstáculos que impeça esta gestante de expressar suas preocupações, angústias e o seu medo e percepção sobre a gravidez. Desta forma o atendimento deve ser o mais humanizado possível, além de resolutivo, integral e articulado com os demais serviços que garantam a continuidade da assistência. (ANDRADE, 2013).

Torna-se necessário verificar a qualidade do acesso aos serviços de atenção à saúde, visando identificar e comparar a realidade das mulheres com as políticas públicas vigentes. Tal estudo configura-se com bastante relevância para a saúde pública, visto que as mulheres nesta fase do ciclo da vida tornam-se vulnerável e frágil; que desde a fertilização até o parto, passando por constantes alterações emocionais e fisiológicas.

O objetivo deste estudo é analisar na Bibliografia nacional, trabalhos publicados sobre a rede de atenção primária a Saúde da Mulher especificamente no ciclo gravídico/Pré-natal, observando inclusive seu acesso a assistência.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão da literatura. A revisão de Literatura segundo Santos (2012), visa mostrar o estágio atual da contribuição acadêmica em torno de um dado assunto. Ela consegue proporcionar uma visão mais abrangente de pesquisas e contribuições anteriores, dando sequência ao ponto necessário para investigações futuras e contribuindo significativamente para o desenvolvimento de estudos posteriores. Desta forma ela comprova a relevância acadêmica do trabalho realizado por determinado pesquisador.

Adotou-se como critério de inclusão ter melhor adequação ao tema proposto, com objetivos de avaliar a assistência pré-natal e/ou acessibilidade ao parto e estudos que tratassem da portaria da rede cegonha. Os critérios de exclusão foram artigos com o texto completo indisponível e que não se adequavam ao tema proposto.

Foi realizada uma leitura crítico-analítica dos materiais estudados e encontrado nas bases de dados, buscando um foco maior e uma fidedignidade do ponto de vista de diversos estudo e autores. Foram utilizados os descritores (Desc da BVS): Assistência, Enfermagem, Pré-Natal.

A base de coleta de dados foi realizada entre os meses de junho a agosto de 2014 com busca nas bases de dados em Enfermagem (BDENF), e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e na biblioteca eletrônica Scientific Electronic Library Online (SciELO). Estas bases de dados e biblioteca foram selecionadas por entender que atingem a literatura publicada nos países da América Latina e Caribe, e por incluírem periódicos bem conceituados da área da saúde; além de Portarias e Manuais vigentes pelo Ministério da Saúde.

Após a coleta, as informações foram confrontadas para identificação de mesmos resultados. Para a coleta, foi considerada a questão norteadora: Como está a adequação da assistência ao pré-natal na atenção primária? Os artigos foram coletados a partir do processo: 1º Leitura do título e identificação de sua relação com a questão norteadora, caso o mesmo tenha identificação, passou-se para o segundo passo: 2º Leitura do resumo, caso o artigo permanecesse, passa-se para o terceiro passo: 3º Leitura integral do artigo e coleta das informações.

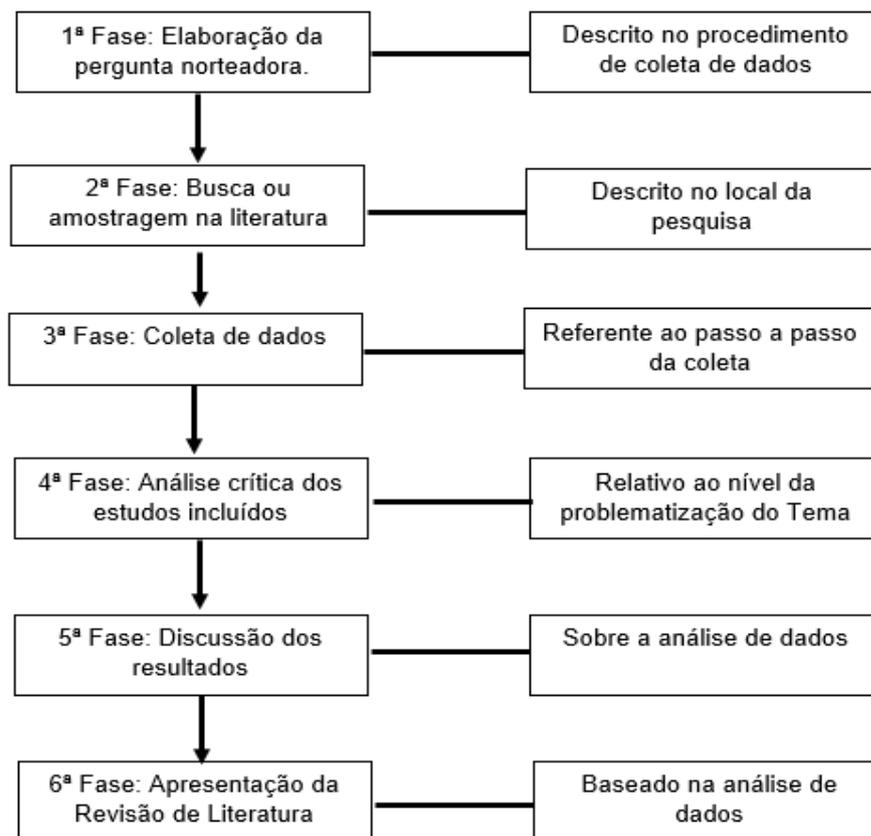


Figura 1. Representação gráfica baseada no estudo de Souza, Silva e Carvalho (2010) e adaptado pelas autoras.

Foram selecionados na base de dados 73 artigos. Realizou-se a leitura do resumo de cada artigo e os que se adequavam ao tema proposto eram separados para próxima etapa, totalizando 45 resumos selecionados. Na etapa seguinte que era a leitura completa dos artigos, participaram do total 13 artigos para a conclusão deste estudo. Os artigos coletados/utilizados foram sintetizados em um quadro contendo: título, autores e ano de publicação.

TÍTULO	AUTOR(ES)	ANO
Percepção das puérperas sobre a assistência prestada pela equipe de saúde no Pré-natal	Vieira et al.	2011
Assistência de enfermagem ao pré-natal: reflexão sobre a atuação do enfermeiro para o processo educativo na saúde gestacional da mulher	Teixeira IR, Amaral RMS, Magalhães SR	2010
Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) e Rede Cegonha	Martinelli KG et al.	2014
O acompanhamento de Pré-natal: Uma revisão de literatura	Andrade, MU	2013
Um modelo lógico da Rede Cegonha	Cavalcanti et al.	2013
O acesso à assistência ao parto para parturientes adolescentes nas maternidades da rede SUS	Barbastefano PS, Girianelli VR, Vargens OMC.	2010
O parto como eu vejo... ou como eu o desejo? Expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica	Hotimsky et al.	2002
Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto	Leal MC, Gama SGN, Cunha CB	2005
Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil	Domingues et al.	2012
Características do atendimento pré-natal na Rede Básica de Saúde	Costa et al.	2013
Adequação da assistência pré-natal em gestantes atendidas em dois hospitais de referência para gravidez de alto risco do SUS, na cidade de Recife, estado de Pernambuco	Carvalho VCP, Araújo TVB	2007
Adequação da atenção à saúde da mulher e da criança no município do Paudalho segundo olhar da Rede Cegonha.	Alves, MLP	2012
Humanização do parto: Política pública, comportamento organizacional e <i>ethos</i> profissional	Maia MB	2010

Tabela 1. Síntese dos artigos selecionados para a revisão de literatura.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Assistência Pré-Natal

A saúde da mulher tem ocupado espaço de grande repercussão e discussões com o passar dos anos. A gestação é um período que traz muitas mudanças na vida de uma mulher, com o nascimento do bebê, a mãe presencia e vive uma sensação única, e para isso, é necessário ser tratados de forma privilegiada e especial por profissionais qualificados, pela equipe multiprofissional, e pelos que de maneira direta ou indireta fazem parte da assistência (VIEIRA et al., 2011).

O conhecimento da gestante no que se refere à importância das consultas no acompanhamento pré-natal é limitado, além da pouca informação sobre os benefícios maternos e para o bebê acerca da amamentação, da pontualidade e atualização do quadro vacinal e dos preparativos para o parto, bem como seus sinais para o trabalho de parto. Ao observar tal cenário, o enfermeiro torna-se o principal veiculador das informações que

servirão de base para orientá-las, com a finalidade de diminuir as possíveis complicações no período que antecede o parto. A enfermagem trabalha com educação em saúde e deve atuar com maior foco no aconselhamento e detecção precoce de situações de risco (TEIXEIRA et al., 2010).

Estudo realizado na capital do Recife, em relação à adequação a assistência pré-natal, foi identificado que apenas 31% das mulheres entrevistadas haviam realizado todos os procedimentos clínicos obstétricos que são essenciais e preconizados como básicos pelo Ministério da Saúde no pré-natal. Além de ter detectado início tardio ao pré-natal, e dificuldades de acessibilidade aos serviços de saúde, sendo o acesso essencial para a qualidade da atenção à saúde (CARVALHO e ARAUJO, 2007).

A primeira consulta precoce, a assistência adequada e as atividades educativas e preventivas executadas pela equipe têm contribuído para a redução dos índices de mortalidade materna e infantil. A gestante atendida por uma unidade básica de saúde, isto é, aquela que faz parte da população adscrita de determinada comunidade tem mais facilidade em iniciar o pré-natal no primeiro trimestre, reduzindo as chances de buscas insatisfatórias de um atendimento. (ANDRADE, 2013)

Segundo Costa et al. (2013), cabe aos gestores evoluir, priorizando metas e propondo soluções definitivas para o melhoramento da infraestrutura das unidades básicas de saúde, além de investir em capacitação continuada dos profissionais das equipes de saúde que lidam com este público, para a realização dos procedimentos básicos preconizados pelo Programa de Humanização do Parto e do Nascimento (PHPN Portaria/GM nº 569, de 1/6/2000). Ainda em seu estudo, foi evidenciado o início tardio a rede de pré-natal e à reduzida participação em atividades educativas. Esses dados revelam que não está sendo dada atenção integral por parte de toda a equipe de saúde, especificamente a enfermagem, sendo necessário adotar métodos mais eficazes para a promoção do acolhimento e da participação da mulher na rede de atenção básica à saúde.

Pesquisa realizada por Domingues et. al. (2012), buscando identificar a adequabilidades às consultas e resultados de exames durante a gestação, identificou-se que 74,4% das entrevistadas apresentaram um início a primeira consulta antes de 16^a semana de gestação e apenas 2% iniciaram tardiamente no terceiro trimestre. Observando a referência do Ministério da saúde que pede no mínimo seis consultas pré-natais, só foi possível estar em conformidade com a recomendação as que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre.

Acessibilidade ao parto

Atualmente, sabe-se da dificuldade encontrada pelas gestantes em ter acesso facilitado a centros especializados de assistência à saúde, especificamente, a maternidades. Muitas vezes as gestantes peregrinam, ou seja, tentam atendimento em várias unidades de saúde,

até obter assistência. Não tendo sucesso na busca de assistência ao parto, busca esta, que coloca em risco a própria vida e a do novo ser que está para nascer; aumentando as chances de morbimortalidade materno-infantil, conforme demonstrado em estudos que a acessibilidade aos serviços de saúde e parto está inferior ao que é preconizado pelo Ministério da Saúde (BARBASTEFANO, GIRIANELLI e VARGENS, 2010).

O momento do parto convoca os gestores, os profissionais de saúde e a população a pensar e transformar o modelo de atenção ao parto e ao nascimento atualmente praticado no país, que não tem seguido as normas e portarias vigentes que retratam a saúde da mulher, anulando a gestante/parturiente do centro das atenções, como protagonista durante gestação e parto, fazendo intervenções desnecessárias, retirando da mulher a experiência da gravidez, do parto e da maternidade de forma segura (CAVALCANTE et al, 2013).

Segundo Hotimsky et al. (2002), um dos principais fatores para a ocorrência de morte materna no município de São Paulo tem tido total correlação com a dificuldade de acesso às maternidades; ainda em seu estudo evidenciou que a falta de vagas nos hospitais e a peregrinação hospitalar são frequentes e que estes, são motivos de grande angústia para as gestantes.

Leal, Gama e Cunha (2005) identificaram uma proporção altíssima de mulheres que não conseguiram obter assistência necessária ao parto na primeira maternidade que teve acesso, além das porcentagens de peregrinação ter sido desproporcional em relação a etnia na busca de atendimento, ficando as negras com 31,8%, as pardas com 28,8% e as brancas atingindo 18,5%.

Tal fato retrata as taxas de mortalidade materna ainda elevadas de forma gigantescas, apesar de nas últimas décadas o sistema de saúde da mulher ter tido uma significativa melhoria em inúmeros indicadores de saúde que refletem na saúde das mulheres. Arelado a esta realidade, a mortalidade neonatal precoce, tem demonstrado que a pouca qualidade da assistência obstétrica tem sido o componente da mortalidade infantil que tem sofrido pequena redução nas últimas décadas (MAIA, 2010).

Sendo assim, as práticas assistenciais precisam ser revisadas e mudadas para que haja uma melhor organização das redes prestadoras de serviços a fim de articular o campo da gestão e do cuidado de forma indissociável (ALVES, 2012).

Programa Rede Cegonha

Em 2007 foi aprovada a lei 11.634 que dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação a maternidade onde receberá assistência no âmbito do SUS. Esta lei está associada ao Programa Rede Cegonha, que estabelece que a gestante possui o direito de saber e conhecer com antecedência o local de realização do seu parto, direito a realização de exames durante a gestação e a uma boa qualidade de assistência à saúde (BRASIL, 2011b).

Os parâmetros que fazem parte da Rede Cegonha permitem interferir diretamente na qualidade da assistência pré-natal dentro dos serviços do Sistema Único de Saúde. Com isso, as taxas reduzidas de adequação do processo do pré-natal em vários níveis da assistência podem ocasionar resultados indesejáveis como nascimento de crianças prematuras e com baixo peso no nascimento, além de contribuir significativamente para o aumento da mortalidade materna e perinatal. (MARTINELLI et al, 2014).

Para que o Pré-natal seja considerado como um marcador de qualidade segundo o Programa da Rede Cegonha, o mesmo deve possuir alguns componentes importantes, dentre eles os principais são: o componente da qualidade Pré-Natal, Componente parto e nascimento, componente puerpério e atenção integral à saúde da criança e componente sistema logístico: transporte sanitário e regulação; os quais iremos destacar os dois primeiros com base no Manual Prático para Implementação da Rede Cegonha, do Ministério da Saúde.

Componente da qualidade pré-natal

1. Captação Precoce da gestante – Início do Pré-natal antes de 12 semanas de gestação. Devendo as UBS dar atenção integral a todas as mulheres em idade fértil, oferecendo teste rápido de gravidez.
2. Realizar os exames de rotina e ter os resultados em tempo oportuno, assegurando quando necessário com base nos resultados, seu encaminhamento ao alto risco.
3. Acolhimento qualificado e regular de cada gestante.
4. Vinculação da gestante desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto – a equipe da UBS em parceria com o gestor local deve mediar esta visita antecipadamente ao local de parto.
5. Alimentação do Sistema de Informação – SISPRENATAL WEB
6. Garantir apoio financeiro ao deslocamento das gestantes para a realização das consultas de pré-natal e para o local onde será realizado o parto.

Componente parto e nascimento

1. Incorporação de boas práticas no parto de atenção à saúde baseada em evidências científicas;
2. Realização de acolhimento com classificação de risco nos serviços de atenção obstétrica e neonatal;
3. Implementação de equipes horizontais do cuidado nos serviços de atenção obstétrica e neonatal;
4. Implementação de Colegiado Gestor nas maternidades e outros dispositivos de cogestão tratados na Política Nacional de Humanização;
5. Ambiente adequado dos serviços de saúde que realizam partos, (RDC) nº 36/2008 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).
6. Garantia da oferta de leitos obstétricos e neonatais (UTI, UCI e Canguru), quando

necessário á puérpera e neonato.

Em seu componente parto e nascimento, priorizou ações relacionadas às boas práticas de atenção ao parto e nascimento, associadas a investimentos para o aumento e qualificação da capacidade instalada e para melhoria da eficiência gestora do sistema de saúde, estando atrelada a redução do número de cesarianas e melhora humanizada no parto.

CONCLUSÃO

A assistência Pré-natal tem entrado em contradição com a realidade das mulheres quando comparadas com o Programa Rede Cegonha conforme demonstrado através deste artigo, com base nas literaturas encontradas em artigos publicados. Tal fato nos faz refletir que, se existem políticas e leis que regulamentam o direito das gestantes, por que ainda existe tanto descaso com a mulher, justamente no período de maior tensão e vulnerabilidade como no momento da gestação e parto.

É sabido, que a alta demanda associada a poucos centros de referência especializados, transparece a falta de estrutura e organização dos serviços de saúde, resultando em superlotação e levando a uma assistência fragmentada. Cada nível de atenção à saúde deve estar interligado, realizando o princípio de referência e contra referência devendo estes oferecer suporte e qualidade de vida da mulher, desde a atenção primaria na realização do pré-natal, bem como, na média e alta complexidade quando esta procura o serviço para a realização do parto.

Por isso a atenção à saúde da mulher necessita ser integral, devendo abranger todo o período evolutivo da mulher, além de atuar de forma a promover a educação em saúde, promovendo prevenção de patologias potenciais para o processo saúde-doença.

Por isso, a minoria de serviços especializados para o público materno-infantil, atrelados a precariedade dos serviços de referência e contra referência, refletem o quanto é necessário investimentos públicos em construção de hospitais com foco na área de saúde da mulher, contribuindo para a redução de danos materno-infantil.

REFERÊNCIAS

ALVES, M. L. P. **Adequação da atenção à saúde da mulher e da criança no município do Paudalho segundo olhar da Rede Cegonha.** Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2012.

ANDRADE, M. U. **O acompanhamento de pré-natal: uma revisão de literatura.** [Monografia]. Universidade Federal de Minas Gerais, Bom Despacho, 2013. 32f.

BARBASTEFANO, P. S.; GIRIANELLI, V.R.; VARGENS, O. M. C. O acesso à assistência ao parto para parturientes adolescentes nas maternidades da rede SUS. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 31, n. 4, p. 708-714, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual Prático Para Implementação Da Rede Cegonha**. Brasília, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Portaria nº 1.459, 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Cegonha**. Diário Oficial da União, Brasília, 2011b. Seção 1.

CARVALHO, V. C. P.; ARAÚJO, T. V. B. Adequação da assistência pré-natal em gestantes atendidas em dois hospitais de referência para gravidez de alto risco do Sistema Único de Saúde, na cidade de Recife, Estado de Pernambuco. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v. 7, n. 3, p. 309-317, 2007.

CAVALCANTI, P. C. S. et al. Um modelo lógico da Rede Cegonha. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 23, n. 4, p. 1297-1316, 2013.

COSTA, C. S. C. et al. Características do atendimento pré-natal na Rede Básica de Saúde. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 15, n. 2, p. 516-522, 2013.

DOMINGUES, M. R. S. M. et al. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 28, n. 3, p. 425-437, 2012.

HOTIMSKY, S. N. et al. O parto como eu vejo... ou como eu o desejo? Expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. **Cad. Saúde Pública**, v. 18, n. 5, p. 1303-1311, 2002.

LEAL, M. C.; GAMA, S. G.; CUNHA, C. B. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. **Rev. Bras. Saúde Pública**, v. 39, n. 1, p. 100-107, 2005.

MAIA, M. B. **Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e *ethos* profissional**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

MARTINELLI, K. G. et al. Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) e Rede Cegonha. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, v. 36, n. 2, p. 56-64, 2014.

SANTOS, V. O que é e como fazer revisão da literatura na pesquisa teológica. **Fides Reformata**, v. 17, n. 1, p. 89-104, 2012.

SCHWARTZ, T. D. et al. Estratégia Saúde da Família: avaliando o acesso ao SUS a partir da percepção dos usuários da Unidade de Saúde de Resistência, na região de São Pedro, no município de Vitória (ES). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 4, p. 2145-2154, 2010.

SILVA, L. C. F. P. et al. Novas leis e a saúde materna: uma comparação entre o novo programa governamental rede cegonha e a legislação existente, **Âmbito Jurídico**, 2014. Disponível em: <https://ambitojuridico.com.br/edicoes/revista-93/novas-leis-e-a-saude-materna-uma-comparacao-entre-o-novo-programa-governamental-rede-cegonha-e-a-legislacao-existente/>. Acesso em: 10/07/2014.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. C. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010.

TEIXEIRA, I. R.; AMARAL, R. M. S.; MAGALHÃES, S. R. Assistência de enfermagem ao pré-natal: reflexão sobre a atuação do enfermeiro para o processo educativo na saúde gestacional da mulher. **E-Scientia**, v. 3, n. 2, p. 26-31, 2010.

VIEIRA, S. M. et al. Percepção das puérperas sobre a assistência prestada pela equipe de saúde no pré-natal. **Texto Contexto Enferm.**, v. 20, n. Esp., p. 255-62, 2011.

PERFIL SÓCIODEMOGRÁFICO DOS GESTORES DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE PORTO VELHO, RONDÔNIA, BRASIL

Data de aceite: 01/07/2020

Jônatas Marcondes dos Santos

Enfermeiro pela Universidade Federal de Rondônia.

Tainan Fabrício da Silva

Enfermeiro pela Universidade Federal de Rondônia.

Soraya Nedeff de Paula

Professora Doutora do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Rondônia

RESUMO: Objetivos: esse estudo buscou determinar o perfil sóciodemográfico dos gestores das UBS que integram a Estratégia Saúde da Família e Policlínicas no Município de Porto Velho, Estado de Rondônia, além de conhecer as principais necessidades de qualificação desses profissionais. **Método:** trata-se de uma pesquisa transversal, descritiva de abordagem quantitativa. Foi realizado com os gestores das dezesseis Unidades Básicas de Saúde e cinco Policlínicas da zona urbana do Município de Porto Velho-RO. A coleta de dados ocorreu por meio de um questionário aplicado durante o mês de junho de 2014. **Resultados:** a pesquisa mostrou que: 73,7% dos gestores são do sexo feminino; 47,5% estão na faixa etária de 33 a 40 anos; 40,0% dos

homens têm ensino médio completo; 28,6% das mulheres têm ensino superior completo; 57,9% são casados; 84,2% consideraram-se de cor parda; 80,0% dos homens têm renda individual de 3 a 4 salários mínimos; 71,4% das mulheres tem renda individual de 1 a 2 salários mínimos; 80% dos homens e 100,0% das mulheres possuem casa própria; 47,3% consideraram a maior dificuldade na gestão a insuficiência de recursos humanos; 100% consideraram a atualização necessária e 73,7% sugeriram capacitação sobre gerenciamento em PSF. **Conclusão:** espera-se que este estudo possa subsidiar o gestor municipal frente sua atuação em Porto Velho, refletindo em ações e serviços de saúde resolutivos e de qualidade, que é o que se espera como resposta de uma gestão eficiente.

PALAVRAS-CHAVE: Gestão em Saúde. Estratégia Saúde da Família. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT: Objectives: this study sought to determine the socio-demographic profile of the managers of the UBS that integrate the Family Health Strategy and Polyclinics in the Municipality of Porto Velho, State of Rondônia, in addition to knowing the main qualification

needs of these professionals. **Method:** this is a cross-sectional, descriptive study with a quantitative approach. It was carried out with the managers of the sixteen Basic Health Units and five Polyclinics in the urban area of Porto Velho-RO. Data collection occurred through a questionnaire applied during the month of June 2014. **Results:** the research showed that: 73.7% of managers are female; 47.5% are in the 33 to 40 age group; 40.0% of men have completed high school; 28.6% of women have completed higher education; 57.9% are married; 84.2% considered themselves to be brown in color; 80.0% of men have an individual income of 3 to 4 minimum wages; 71.4% of women have an individual income of 1 to 2 minimum wages; 80% of men and 100.0% of women own their own homes; 47.3% considered the insufficient human resources to be the most difficult to manage; 100% considered the update necessary and 73.7% suggested training on FHP management. **Conclusion:** it is hoped that this study can support the municipal manager in face of his performance in Porto Velho, reflecting on resolute and quality health actions and services, which is what is expected as an answer to an efficient management.

KEYWORDS: Health Management. Family Health Strategy. Health Unic System.

1 | INTRODUÇÃO

Os termos gestão e administração referem-se ao ato de governar pessoas, organizações e instituições sendo, portanto, uma política. Gestão diz respeito à capacidade de dirigir e confunde-se com o exercício do poder (1). Para o Ministério da Saúde (2) os gestores são formuladores e produtores de políticas e estratégias institucionais, isto é, dirigentes, comandantes, condutores e difusores dos sistemas institucionalizados de ação, conformam e constituem um campo de poder governamental em que ocorrem tensionamentos, mediações políticas contínuas e permanentes.

Corroborar-se (3) que a política de saúde é a resposta social (ação ou omissão) de uma organização, como o Estado, diante das condições de saúde dos indivíduos e das populações e seus determinantes, bem como em relação à produção, distribuição, gestão e regulação de bens e serviços que afetam a saúde humana e o ambiente.

Dentro desse amplo campo da gestão em saúde pública, destaca-se, portanto, a gestão das Unidades Básicas de Saúde que integram a Estratégia Saúde da Família configurada como política de saúde nos termos da Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica que tem na saúde da família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica (4).

A qualificação da Estratégia Saúde da Família e da organização da Atenção Básica deverão seguir as diretrizes da Atenção Primária em Saúde, conformando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades locoregionais (4). Com isso, torna-se imprescindível que os gestores no que se refere aos princípios e as direcionalidades do Sistema Único de Saúde, tenham entendimento sobre a sua natureza

diversa, complexa e polivalente (2). Afirma-se que os atores que incorporam à gestão do Sistema Único de Saúde são, na verdade, co-gestores deste sistema (5).

Na atualidade, a baixa capacidade gerencial dos profissionais vem agravando a situação da saúde no país, isso associado ao sucateamento dos equipamentos e à desqualificação dos recursos humanos resultando na precariedade do atendimento prestado nos serviços públicos de saúde (6).

A falta de conhecimento em saúde pública, gestão, administração e liderança são as principais dificuldades enfrentadas pelos gestores das Unidades Básicas de Saúde (7). Isso compromete em muito a gestão, levando os gestores a tomarem decisões fora dos moldes do Sistema Único de Saúde, o que dificulta o funcionamento das Unidades Básicas de Saúde por mínima falta de conhecimento (2).

A ascensão à posição de gestor não é decorrente de uma avaliação meritória, mas proveniente de indicação política, relações de amizade e confiança mantidas com o superior hierárquico imediato ou com instâncias políticas superiores. Por exemplo, cada vez que muda o prefeito, ocorrem indicações para cargos considerados de confiança, que se estendem também aos escalões técnicos no âmbito dos serviços de saúde, gerando descontinuidade de ações em função de interesses partidários e não em função de avaliações ancoradas em necessidades reais (8).

Diante dessas discussões buscou-se por meio desta pesquisa, determinar o perfil sóciodemográfico dos gestores das Unidades Básicas de Saúde que integram a Estratégia de Saúde da Família e Policlínicas no Município de Porto Velho, Estado de Rondônia, a partir do conhecimento de que a maioria dos gestores no Brasil é por indicação política e relações de amizade, visto que tal situação não é diferente nesse município. Além disso, foi possível identificar a percepção do gestor frente a sua atuação no serviço e conhecer as principais necessidades de qualificação desses profissionais.

Acredita-se que, uma vez traçado esse perfil, este estudo poderá subsidiar o gestor municipal a reorientar suas práticas, melhorando o cenário da Atenção Primária em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde.

2 | MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa transversal, descritiva, de abordagem quantitativa. Foi realizada com os gestores das 16 (dezesesseis) Unidades Básicas de Saúde e 05 (cinco) Policlínicas da zona urbana do município de Porto Velho-RO, totalizando vinte e um gestores. No entanto, um encontrava-se de licença e outro não concordou em participar da pesquisa, totalizando dezenove gestores.

A coleta de dados foi realizada por meio de um questionário elaborado com perguntas abertas e fechadas destinadas aos gestores das unidades. O questionário foi validado após 04 aplicações piloto. A aplicação do questionário foi realizada durante os dias 02

a 13 do mês de junho de 2014, no período da tarde, com horário e data pré-agendados, pelos próprios pesquisadores.

O questionário abrangeu perguntas pertinentes às variáveis sociodemográficas como: sexo, idade; escolaridade; estado civil; cor da pele; renda per capita; número de filhos; idade dos filhos; número de dependentes; idade dos dependentes; tempo de atuação profissional; vínculo empregatício; quantidade de funcionários sob sua gestão e dificuldades enfrentadas por cada gestor em sua gestão.

Os critérios de elegibilidade da pesquisa foram todos os gestores das Unidades Básicas de Saúde e Policlínicas da zona urbana de Porto Velho que aceitaram participar, com prévia assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram excluídos da pesquisa os gestores em férias ou licenças e unidades que não funcionam com equipes de saúde da família.

O projeto deste estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Universidade Federal de Rondônia – UNIR, sob o CAAE 30620514.4.0000.5300. A pesquisa só foi realizada após a autorização do Secretário Municipal de Saúde, CEP/ UNIR e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos participantes, atendendo os preceitos da Resolução n.º 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

O levantamento bibliográfico para fundamentação do estudo foi realizado nas bases de dados Bireme e Scientific Eletronic Library Online – SCIELO e consulta a livros científicos e de saúde pública, a partir dos seguintes descritores: Gestão em Saúde, Estratégia Saúde da Família e Sistema Único de Saúde.

Os dados encontrados foram tabulados utilizando o programa Microsoft Office Excel® 12.0, apresentados sob a forma de frequências absolutas e relativas, representados sob a forma de tabelas e a interpretação realizada à luz da literatura proposta.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na delimitação do perfil sóciodemográfico dos gestores das Unidades Básica de Saúde de Porto Velho, verificou-se que 73,7% (N=14) dos gestores eram do sexo feminino e 26,3% (N=5) do sexo masculino. Esses dados mostram a tendência da força de trabalho da mulher como gestora dos serviços de saúde em Porto Velho. A atuação das mulheres vem crescendo nas posições de liderança e empreendedorismo, representando 46,0% do total de empreendedores brasileiros (9).

No passado, as mulheres exerciam apenas o papel de esposas, mães e donas de casa, enquanto o trabalho era uma função extremamente masculina. Porém, houve a necessidade de as mulheres passarem a trabalhar para ajudarem seus maridos. Começou, então, uma luta contra preconceitos e discriminações que, com muito sacrifício e força de vontade, se transformaram, aos poucos, em conquistas femininas assumindo papel de líderes capazes tanto quanto os homens (10).

VARIÁVEIS	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
IDADE						
De 25 a 32 anos	-	-	2	14,3	2	10,5
De 33 a 40 anos	2	40,0	7	50,0	9	47,5
De 41 a 48 anos	1	20,0	3	21,4	4	21,0
Igual ou Maior que 50 anos	2	40,0	2	14,3	4	21,0
ESCOLARIDADE						
Ensino Médio Incompleto	1	20,0	-	-	1	5,3
Ensino Médio Completo	2	40,0	4	28,6	6	31,7
Ensino Superior Incompleto	1	20,0	3	21,4	4	21,0
Ensino Superior Completo	1	20,0	3	21,4	4	21,0
Pós-Graduação	-	-	4	28,6	4	21,0
ESTADO CIVIL						
Solteiro	1	20,0	4	28,6	5	26,3
Casado	2	40,0	9	64,3	11	57,9
Divorciado	2	40,0	-	-	2	10,5
Viúvo	-	-	1	7,1	1	5,3
COR DA PELE						
Branca	1	20,0	-	-	1	5,3
Parda	4	80,0	12	85,7	16	84,2
Preta	-	-	2	14,3	2	10,5
TOTAL	5	100,0	14	100,0	19	100,0

TABELA 1 – Distribuição da idade, escolaridade, estado civil e cor segundo o sexo dos gestores das Unidades Básicas de Saúde e Policlínicas de Porto Velho – RO, em 2014

De acordo com a Tabela 1 constatou-se que 47,5% (N=9) dos gerentes das Unidades Básicas de Saúde estavam na faixa etária de 33 a 40 anos. Esses dados encontrados no Município de Porto Velho - RO corroboram-se quando (7) 83,0% dos gestores das Unidades Básicas de Saúde encontravam-se na faixa etária de 36 e 50 anos, o que de acordo com esses autores, os profissionais jovens, ou em início de carreira, têm tido menos oportunidades de assumir cargo de gerente naquele município.

Quanto a variável idade, observou-se que 40,0% (N=2) dos homens possuíam ensino médio completo, enquanto 28,6% (N=4) das mulheres com ensino superior completo, o que vem corroborar (11) que a proporção de mulheres jovens com curso universitário é quase duas vezes superior à dos homens. Esses dados mostram que a reversão do hiato de gênero no curso superior foi a conquista mais significativa das mulheres, pois elas não apenas reduziram um diferencial de quase 20 vezes, como alcançaram um diferencial de quase duas vezes em relação ao sexo masculino.

Quanto ao estado civil e cor da pele constatou-se que 57,9% (N=11) dos gestores eram casados e 84,2% (N=16) consideraram-se de cor parda.

Em relação ao estado civil, em Porto Velho encontraram-se dados semelhantes à pesquisa realizada no Brasil (12), em que as mulheres casadas vêm avançando de forma significativa no mercado de trabalho: apenas na década passada ocorreu um incremento

de 24,0% na atividade feminina.

Quanto à cor da pele, ser predominantemente parda, possivelmente está relacionada à criação da cidade de Porto Velho caracterizada pela força de trabalho proveniente da construção da estrada de ferro Madeira Mamoré que (13) foi constituída por negros caribenhos, italianos, ingleses, portugueses e norte americanos o que favoreceu a miscigenação racial no município.

VARIÁVEIS	HOMENS		MULHERES		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
RENDA FAMILIAR						
De 1 a 2 Salários Mínimos	1	20,0	5	35,7	6	31,6
De 3 a 4 Salários Mínimos	3	60,0	8	57,1	11	57,9
Igual ou Maior que 5 Salários Mínimos	1	20,0	1	7,2	2	10,5
RENDA INDIVIDUAL						
De 1 a 2 Salários Mínimos	1	20,0	10	71,4	11	57,9
De 3 a 4 Salários Mínimos	4	80,0	4	28,6	8	42,1
MORADIA						
Própria	4	80,0	14	100,0	18	94,7
Alugada	1	20,0	-	-	1	5,3
TOTAL	5	100,0	14	100,0	19	100,0

TABELA 2 – Distribuição da renda familiar, renda individual e tipo de moradia segundo o sexo dos gestores das Unidades Básicas de Saúde e Policlínicas de Porto Velho – RO, em 2014

Quanto à distribuição da renda segundo o sexo dos gestores das Unidades Básicas de Saúde de Porto Velho, Tabela 2, observou-se que 60,0% (N=3) dos gestores homens possuíam renda familiar de 3 a 4 salários mínimos e 57,1% (N=8) das gestoras também possuíam renda familiar de 3 a 4 salários mínimos.

Na renda individual dos gestores de Porto Velho há diferença, pois 80,0% (N=4) dos homens possuíam renda de 3 a 4 salários mínimos e 71,4% (N=10) das mulheres possuíam renda individual de 1 a 2 salários mínimos. Esses dados vêm corroborar (14) o fato de que os homens ganham mais que as mulheres em todas as faixas de idade, níveis de instrução, tipo de emprego ou de empresa. Apesar da crescente participação das mulheres na atividade econômica e seu maior peso no conjunto da força de trabalho, elas não conseguiram reverter ainda a desigualdade de gênero no trabalho remunerado, que se manifesta em salários inferiores, maior desemprego, maior informalização do trabalho, ocupações de menor prestígio social e menos direitos trabalhistas e previdenciários (15).

Diante do exposto, torna-se necessário a elaboração de novas pesquisas quanto a variável remuneração relacionada ao tempo de trabalho e experiência profissional para a confirmação ou não da hipótese de que os homens ganham mais que as mulheres por atuarem mais tempo como gestores.

Ainda de acordo com a Tabela 2, constatou-se que 80,0% (N=4) e 100,0% (N=14)

dos homens e mulheres, respectivamente, possuíam casa própria. A moradia é um direito constitucional sendo, portanto, um bem indispensável ao ser humano. A aquisição da casa própria faz parte dos mais diversos fatores associados à qualidade de vida. A classe média no Brasil cada vez mais está adquirindo a casa própria (16).

VARIÁVEIS	HOMENS		MULHERES		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
VÍNCULO EMPREGATÍCIO						
Cargo estatutário	3	60,0	5	35,7	8	42,1
Cargo comissionado	2	40,0	9	64,3	11	57,9
TEMPO DE ATUAÇÃO NO EMPREGO ATUAL						
Menos de 1 ano	2	40,0	2	14,3	4	21,0
De 1 a 2 anos	-	-	6	42,9	6	31,6
De 3 a 4 anos	-	-	3	21,4	3	15,8
Igual ou Maior que 7 Anos	3	60,0	3	21,4	6	31,6
FUNCIONÁRIOS SOB SUA GERÊNCIA DIRETA						
8 a 14 funcionários	-	-	1	7,1	1	5,3
15 a 21 funcionários	-	-	1	7,1	1	5,3
Igual ou Maior que 22 funcionários	5	100,0	12	85,8	17	89,4
TOTAL	5	100,0	14	100,0	19	100,0

TABELA 3 – Distribuição do vínculo empregatício, tempo de atuação no emprego e funcionários sob a gerência direta, segundo o sexo dos gestores das Unidades Básicas de Saúde e Policlínicas de Porto Velho – RO, em 2014

Referente ao vínculo empregatício, tempo de atuação no emprego e funcionários sob a gerência direta, segundo o sexo dos gestores, Tabela 3, percebeu-se que 60,0% (N=3) dos gestores do sexo masculino eram estatutários e 40,0% (N=2) eram comissionados. Entre as mulheres, 35,7% (N=5) eram estatutárias e 64,3% (N=9) eram comissionadas. No geral, homens e mulheres, 42,1% (N=8) disseram ser estatutários e 57,9% (N=11) cargo comissionado. Diferentemente de Porto Velho-RO, em pesquisa realizada em Belo Horizonte-MG, verificou-se que a ascensão ao cargo de gerente está intimamente ligada aos profissionais já inseridos no serviço. Identificou-se que 44,7% dos gerentes foram escolhidos por seleção interna, entre os profissionais que já atuavam no próprio serviço (7).

Quanto ao tempo de trabalho 60,0% (N=3) dos homens encontrava-se com igual ou maior que sete anos de atuação e 42,9% (N=6) das mulheres de 1 a 2 anos. No total entre homens e mulheres 21,0% (N=4) disseram ter menos de um ano de atuação, 31,6% (N=6) de 1 a 2 anos, 15,8% (N=3) de 3 a 4 anos e 31,6% (N=6) igual ou maior que 7 anos de atuação como gestor o que pode confirmar que a cada gestão ocorre a troca dos gestores por pessoas de sua rede de confiança. A ascensão à posição de gestor de Unidade Básica de Saúde não é decorrente de uma avaliação meritória, mas proveniente de indicação

política, relações de amizade e confiança mantidas com o superior hierárquico imediato ou com instâncias políticas superiores (8).

Em relação à quantidade de funcionários, em gerência direta, Tabela 3, verificou-se que 89,4% (N=17) dos gerentes afirmaram ter igual ou maior que 22 funcionários sob sua gerência. A área da saúde se caracteriza por uma grande demanda de mão de obra qualificada, o que exige adoção de políticas e práticas de gestão de recursos humanos capazes de responder a esse contexto. Com a crescente necessidade em buscar novas configurações capazes de proporcionar uma gestão mais flexível, notadamente por intermédio de parcerias entre o ente público e uma organização de direito privado, a dimensão gerencial de recursos humanos assume uma relevância ímpar (17).

HÁ NECESSIDADE DE TER CAPACITAÇÃO PARA OS GESTORES?	N	%
Sim, há necessidade de ter capacitação	19	100,0
Não há necessidade de ter capacitação	-	-
TIPO DE CAPACITAÇÃO NECESSÁRIA A SER REALIZADA		
Gerenciamento em PSF	14	73,7
Atribuições e Competências dos Gestores	1	5,3
Relações Interpessoais	1	5,3
Humanização	3	15,7
TOTAL	19	100,0

TABELA 4 – Distribuição dos relatos dos gestores das Unidades Básicas de Saúde e Policlínicas quanto à capacitação técnica, no município de Porto Velho – RO, em 2014

A Tabela 4 mostra o relato dos gestores referente à necessidade de capacitação técnica para atuação nas Unidades Básicas de Saúde e Policlínicas. Em relação à necessidade de ter capacitação para os gestores, 100,0% (N=19) deles consideraram necessária essa capacitação confirmando a afirmativa (7) de que a capacitação gerencial constitui elemento imprescindível na atenuação de dificuldades que possam ser enfrentadas, uma vez que constitui importante instrumento para a elaboração e implementação de estratégias adequadas.

Quanto ao tipo de capacitação que deve ser realizada, Tabela 4, 73,7% (N=14) sugeriram que a capacitação seja sobre gerenciamento em Programa Saúde da Família. Considera-se importante a sugestão realizada, pois na atualidade, a baixa capacidade gerencial dos profissionais vem agravando a situação da saúde no país (6). Gestores que participaram de capacitação sobre gerenciamento em PSF (18) apresentaram um bom desempenho no exercício do cargo, visto que toda dinâmica do gerenciamento nesse programa requer competência técnico-gerencial exercida com conhecimento e responsabilidade.

É necessária a formulação de novas estratégias voltadas para a transformação desses trabalhadores em profissionais comprometidos, capacitando-os aos princípios de

uma gestão humanizada e qualificada que compõem a nova ordem do Sistema Único de Saúde. A necessidade de adequação profissional exige modificações nas capacitações, pois muitas vezes os cursos, treinamentos e outras modalidades de educação ocorrem desarticulados do contexto dos serviços e nem sempre respondem às necessidades dos gestores e trabalhadores (19).

QUAL A MAIOR DIFICULDADE ENFRENTADA NA SUA GESTÃO?	N	%
Recursos Humanos Insuficientes	9	47,3
Relações Interpessoais Díficeis entre Funcionários	5	26,3
Falta de Insumos	2	10,5
Estrutura Física Inadequada	1	5,3
Demanda Espontânea (Área Descoberta)	1	5,3
Falta de Acolhimento para com os usuários	1	5,3
TOTAL	19	100,0

TABELA 5 – Maior dificuldade enfrentada pelos gestores nas Unidades Básicas de Saúde e Policlínicas, no município de Porto Velho – RO, em 2014

Na Tabela 5 observou-se que 47,3% (N=09) dos gestores afirmaram como a maior dificuldade enfrentada a insuficiência dos recursos humanos. A insuficiência dos recursos humanos resulta na precariedade do atendimento prestado nos serviços públicos de saúde (6).

Esse dado é corroborado (20), em estudo realizado no Rio de Janeiro, quando afirma que 63,2% dos estabelecimentos de saúde sofrem com a necessidade de recursos humanos capazes de suprir a demanda de saúde da população. Em um diagnóstico situacional realizado em uma Unidade Básica de Saúde na região de Barreiro, Minas Gerais, mostrou que tal estabelecimento que funciona com 95,0% do seu quadro funcional completo, apresentou um melhor desempenho na assistência em saúde, diminuindo assim, muitos agravos e problemas na unidade (21).

4 | CONCLUSÃO

Conclui-se pelos resultados sociodemográficos obtidos que:

- a. 73,7% dos gestores eram do sexo feminino; 47,5% estavam na faixa etária de 33 a 40 anos; 40,0% dos homens possuíam ensino médio completo; 28,6% das mulheres possuíam ensino superior completo com pós-graduação; 80,0% dos gestores homens possuíam renda individual de 3 a 4 salários mínimos; 71,4% das gestoras possuíam renda individual de 1 a 2 salários mínimos; quanto ao vínculo empregatício, 60,0% do sexo masculino eram estatutários e 64,3% das mulheres eram de cargo comissionado;

- b. Em relação à maior dificuldade enfrentada pelos gestores 47,3% referiram a insuficiência de recursos humanos;
- c. Quanto à importância de capacitações 100,0% dos gestores afirmaram ser necessária; 73,7% sugeriram capacitação sobre gerenciamento em PSF; 73,6% dos gestores afirmaram como prioridade na sua gestão prestar um atendimento humanizado e de qualidade ao usuário.

Espera-se que este estudo possa subsidiar além do gestor municipal frente a sua atuação em Porto Velho, outros gestores, para que possam refletir suas ações e serviços de saúde, procurando envolver pessoas com qualificação adequada ou qualificá-las, para que atuem de forma resolutiva e de qualidade, que é o que se espera como resposta de uma gestão eficiente.

REFERÊNCIAS

Pereira IB, Lima JCF. Dicionário da educação profissional em saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. Disponível em < <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/Dicionario2.pdf>>. Acesso em: 04 fev. 2014.

Brasil. Gestores do SUS: olhares e vivências. Série c. projetos, programas e relatórios. 1ª edição. Brasília, 2006. Disponível em < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestores_sus_olhares_vivencias.pdf>. Acesso: 10 fev. 2014.

Paim JS, Teixeira CF. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. Revista Saúde Pública, 2006. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40nspe/30625.pdf> >. Acesso em: 04 fev. 2014.

Brasil. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, Brasília, 2011. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 10 fev. 2014.

Melo CMM, Santos TA. A participação política de enfermeiras na gestão do sistema único de saúde em nível municipal. Revista Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis- SC, 2007. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072007000300007&script=sci_arttext >. Acesso em: 04 fev. 2014.

Ramires EP, Lourenção LG, Santos MR. Gerenciamento em unidades básicas de saúde: conhecendo experiências. Revista Arq. Ciências da Saúde, 2004. Disponível em < http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/Vol-11-4/02%20-%20id%2045.pdf>. Acesso em: 04 fev. 2014.

Alves M, Penna CMM, Brito MJM. Perfil dos gerentes de unidades básicas de saúde. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília-DF, 2004. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n4/v57n4a11.pdf> >. Acesso: 10 fev. 2014.

André AM, Ciampone MHT. Competências para a gestão de unidades básicas de saúde: percepção do gestor. Revista Esc. Enfermagem USP, 2008. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41nspe/v41nspea16.pdf> >. Acesso: 10 fev. 2014.

Jonathan EG. Mulheres empreendedoras: medos, conquistas e qualidade de vida. Psicologia em Estudo. Maringá, 2005. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/pe/v10n3/v10n3a04> >. Acesso em: 03 jul. 2014.

Assis RH, Zanusso RCGS. A inserção da mulher no mercado de trabalho. Convibra, 2009. Disponível em: < http://www.convibra.com.br/2009/artigos/140_0.pdf >. Acesso em: 03 jul. 2014.

Beltrão KI, Alves JED. A reversão do hiato de gênero na educação brasileira no século XX. Cadernos de Pesquisa. São Paulo, 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/cp/v39n136/a0739136.pdf> >. Acesso em: 03 jul. 2014.

Costa AO. Contraste entre sexos, contraste entre mulheres. Cadernos de Pesquisa, 2013. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-15742013000200002&script=sci_arttext >. Acesso em: 03 jul. 2014.

Teixeira MAD, Fonseca DR. História Regional: Rondônia. Porto Velho: Rondônia, 2001.

Atal JP, Ñopo H, Winder N. New century, old disparities: gender and ethnic wage gaps in latin america. Inter-American Development Bank, Department of Research and Chief Economist, 2009. Disponível em: < <http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=2208929> >. Acesso em: 03 jul. 2014.

Leone ET, Baltar P. Diferenças de rendimento do trabalho de homens e mulheres com educação superior nas metrópoles. Revista brasileira de Estatística Populacional. São Paulo, 2006. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v23n2/a10v23n2.pdf> > Acesso em: 03 jul. 2014.

Ronchi JP, Avellar LZ. Família e ciclo vital: a fase de aquisição. Psicologia em Revista, Belo Horizonte, 2011. Disponível em < <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v17n2/v17n2a04.pdf>>. Acesso em: 03 de julho 2014.

Morici MC, Barbosa ACQ. A gestão de recursos humanos em hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS) e sua relação ao modelo de assistência: um estudo em hospitais de Belo Horizonte, Minas Gerais. Revista de Admiração Pública, Rio de Janeiro, 2013. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/rap/v47n1/v47n1a09.pdf> >. Acesso em: 03 de jul. 2014.

Vanderlei MIG. O gerenciamento na estratégia da saúde da família: o processo de trabalho dos gestores e dos gerentes municipais de saúde no estado do Maranhão. Tese de doutorado apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Ribeirão Preto – São Paulo, 2005. Disponível em: < <http://www.bing.com/search?q=gerenciamento%20em%20psf%20pdf&pc=cosp&ptag=ABE0>> Acesso em: 05 jul. 2014.

Silva JAM, Ogata MN. Capacitação dos trabalhadores de saúde na atenção básica: impactos e perspectivas. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 09, n. 02, p. 389 - 401, 2007. Disponível em: < <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a08.htm>> Acesso em: 04 de jul. 2014.

Gil CRR. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: < <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v21n2/15.pdf>>. Acesso em: 05 jul. 2014.

Santos LC, Rezende AC, Santos C, Biazini H, Miranda MM, Castro RC. Diagnóstico Situacional da Unidade Básica de Saúde Barreiro de Cima. Trabalho apresentado ao Grupo Tutorial Barreiro de Cima do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) como parte de desenvolvimento de artigo científico. Belo Horizonte, 2010. Disponível em: <https://www.ufmg.br/portalprosaudebh/images/pdf/BC_diagnostico.pdf> Acesso em: 05 jul. 2014.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL (2009-2018): REVISÃO INTEGRATIVA

Data de aceite: 01/07/2020

Data de submissão: 10/04/2020

Igor de Oliveira Reis

Faculdade Estácio do Amazonas

Manaus - Amazonas

<http://lattes.cnpq.br/4319770551200541>

Moacir Portela de Moraes Junior

Faculdade Estácio do Amazonas

Manaus – Amazonas

<http://lattes.cnpq.br/0766788481340806>

Ignês Cruz Elias

Faculdade Estácio do Amazonas

Manaus – Amazonas

<http://lattes.cnpq.br/3817584730071033>

Natália Rayanne Souza Castro

Escola de Enfermagem de Manaus –

Universidade Federal do Amazonas (EEM/UFAM)

Manaus – Amazonas

<http://lattes.cnpq.br/5975389346250660>

Alexandre Tadashi Inomata Bruce

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto –

Universidade de São Paulo (EERP/USP)

Ribeirão Preto – São Paulo

<http://lattes.cnpq.br/4297997907959321>

Lilian de Oliveira Corrêa

Faculdade Estácio do Amazonas

Manaus - Amazonas

<http://lattes.cnpq.br/8454226206441802>

RESUMO: O objetivo principal do estudo foi analisar a assistência de enfermagem às vítimas de violência na esfera da Atenção Primária à Saúde no Brasil, no período de 2009 a 2018. Tratou-se de uma Revisão Integrativa da Literatura, utilizando as bases de dados: LILACS, BDNF, MEDLINE e SCIELO. Para a seleção dos artigos consultou-se o DeCS e o MeSH, com os descritores: Cuidados de Enfermagem, Atenção Primária à Saúde, Violência e Brasil. Selecionou-se 12 artigos que apontavam seis tipos diferentes de violência: violência de gênero, sexual, física, psicológica, doméstica e obstétrica. A assistência é abordada principalmente sobre o conhecimento e percepção dos enfermeiros. Constatou-se que a assistência às vítimas de violência abrange diferentes setores nos quais o enfermeiro atua sendo na prevenção, no acolhimento, na realização de procedimentos do cuidar e até mesmo na superação de traumas. Há necessidade de capacitação dos profissionais, sendo fundamental para o desenvolvimento de um trabalho mais efetivo.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidados de Enfermagem; Atenção Primária à Saúde; Violência; Brasil.

NURSING ASSISTANCE TO VICTIMS OF VIOLENCE IN THE CONTEXT OF PRIMARY HEALTH CARE IN BRAZIL (2009-2018): INTEGRATIVE REVIEW

ABSTRACT: The main objective of the study was to analyze nursing care for victims of violence in the field of Primary Health Care in Brazil from 2009 to 2018. This is an Integrative Literature Review, using the databases: LILACS, BDNF, MEDLINE and SCIELO. For the selection of articles, DeCS and MeSH were consulted, with the descriptors: Nursing Care, Primary Health Care, Violence and Brazil. Twenty-two articles were selected that pointed to six different types of violence: gender, sexual, physical, psychological, domestic and obstetric violence. Assistance is mainly addressed about nurses knowledge and perception. It was found that care for victims of violence covers different sectors in which the nurse works, preventing, promoting, performing care procedures and even overcoming traumas. Professional training is essential, essential for the development of more effective work.

KEYWORDS: Nursing Care; Primary Health Care; Violence; Brazil.

ASISTENCIA DE ENFERMERÍA A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA EN EL CONTEXTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN BRASIL (2009-2018): REVISIÓN INTEGRATIVA

RESUMEN: El objetivo principal del estudio fue analizar la atención de enfermería para víctimas de violencia en el ámbito de la Atención Primaria de Salud en Brasil de 2009 a 2018. Esta fue una Revisión Integral de Literatura, utilizando las bases de datos: LILACS, BDNF, MEDLINE y SCIELO. Para la selección de artículos, se consultó a DeCS y MeSH, con los descriptores: Atención de Enfermería, Atención Primaria de Salud, Violencia y Brasil. Se seleccionaron doce artículos que señalaban seis tipos diferentes de violencia: violencia de género, sexual, física, psicológica, doméstica y obstétrica. La asistencia se aborda principalmente sobre el conocimiento y la percepción de las enfermeras. Se descubrió que la asistencia a las víctimas de la violencia abarca diferentes sectores en los que trabaja la enfermera, previniendo, acogiendo, llevando a cabo procedimientos de atención e incluso superando traumas. Hay una necesidad de capacitación de profesionales, lo cual es esencial para el desarrollo de un trabajo más efectivo.

PALABRAS CLAVE: Atención de enfermería; Atención Primaria de Salud; Violencia; Brasil.

1 | INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a violência como o uso de força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que resulte ou possa resultar em sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação (OMS, 1996). Com base nessa definição e na constatação do impacto na vida das populações, a violência se impõe como problema complexo não só para a área da saúde como para outros setores da sociedade.

A violência, em geral, é vista como um fenômeno abrangente, que exige ser compreendido nas suas diferentes dimensões e requer uma ação sistêmica e resiliente. Este processo é complexo e dinâmico, que por sua gravidade e alcance exige a participação dos profissionais da saúde, entre eles os enfermeiros, pois este exerce papel essencial na prevenção e restabelecimento da saúde das populações (GOMES, 2015).

Nesse cenário, a Atenção Primária à Saúde (APS) têm um papel importante enquanto principal porta de acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS), e como proponente de uma atenção integral realizada em rede. Seus propósitos de humanização, manutenção do cuidado e territorialização coloca a APS como ponto estratégico e essencial na rede para a prevenção, identificação, notificação e coordenação do cuidado e assistência às pessoas em situação de violência (BRASIL, 2010; SCHRAIBER, 2007).

A APS pode atuar de modo central na articulação de parcerias entre os diversos setores sociais, tais como: saúde, educação, serviço social e justiça. Agrega condições de interligar diferentes fatores na atenção integral à saúde, quais sejam, socioeconômicos, culturais, familiares, comunitários, individuais e de gênero, estruturantes da sociedade e de composições plurais da violência (RODRIGUES et al., 2018).

Visto que é um problema de saúde pública e está sendo cada vez mais enfrentada pelos profissionais da área, principalmente no âmbito em estudo, o enfermeiro torna-se essencial na discussão da assistência ao usuário vítima de violência, pois gerencia o cuidado e faz a articulação entre os demais profissionais e serviços (RÜCKERT et al., 2008).

Em decorrência disso, o objetivo do estudo foi analisar na literatura científica a assistência de enfermagem prestada às pessoas em situação de violência no contexto da APS no cenário brasileiro.

2 | MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura que foi desenvolvida nas seguintes etapas: problema e objetivo de pesquisa; busca na literatura; critérios de inclusão e exclusão; análise dos artigos; apresentação e discussão dos resultados (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008). Desse modo, problematizou-se por meio da questão norteadora: **“Como a equipe de enfermagem brasileira atua na assistência às vítimas de violência no âmbito da APS?”**.

Quanto aos critérios de inclusão, foram empregados artigos na íntegra, disponíveis online, sendo feitas leituras de títulos e resumos dos estudos publicados entre 2009 e 2018, nos idiomas inglês, espanhol e português. Os critérios de exclusão relacionaram a estudos que não atendiam a pergunta de pesquisa, estudos duplicados, revisões bibliográficas e estudos realizados em outros países.

A coleta foi realizada de abril a junho de 2019 nas seguintes bases de dados e biblioteca

virtual: LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde), BDENF (Base de Dados em Enfermagem), MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online) e SCIELO (Scientific Electronic Library Online). Para seleção consultou-se os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e Medical Subject Headings (MeSH) da U.S. National Library of Medicine, utilizando: Cuidados de Enfermagem; Atenção Primária à Saúde; Violência; Brasil; fazendo o cruzamento com o operador booleano “and”.

Organizou-se os estudos de maneira concisa em uma planilha de dados contendo as variáveis: procedência, título, autor, ano, metodologia e principais resultados. Mediante avaliação metodológica, os estudos foram classificados em níveis de evidências, sendo eles: nível 1 (estudos clínicos); nível 2 (pesquisas experimentais); nível 3 (quase-experimentais); nível 4 (descritivos ou qualitativos); nível 5 (relatos de experiência); e nível 6 (opiniões de especialistas) (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010). O conteúdo foi interpretado por meio de categorização. A seguir, um fluxograma sintetiza a busca dos artigos que compuseram a amostra final da revisão (Figura 1).

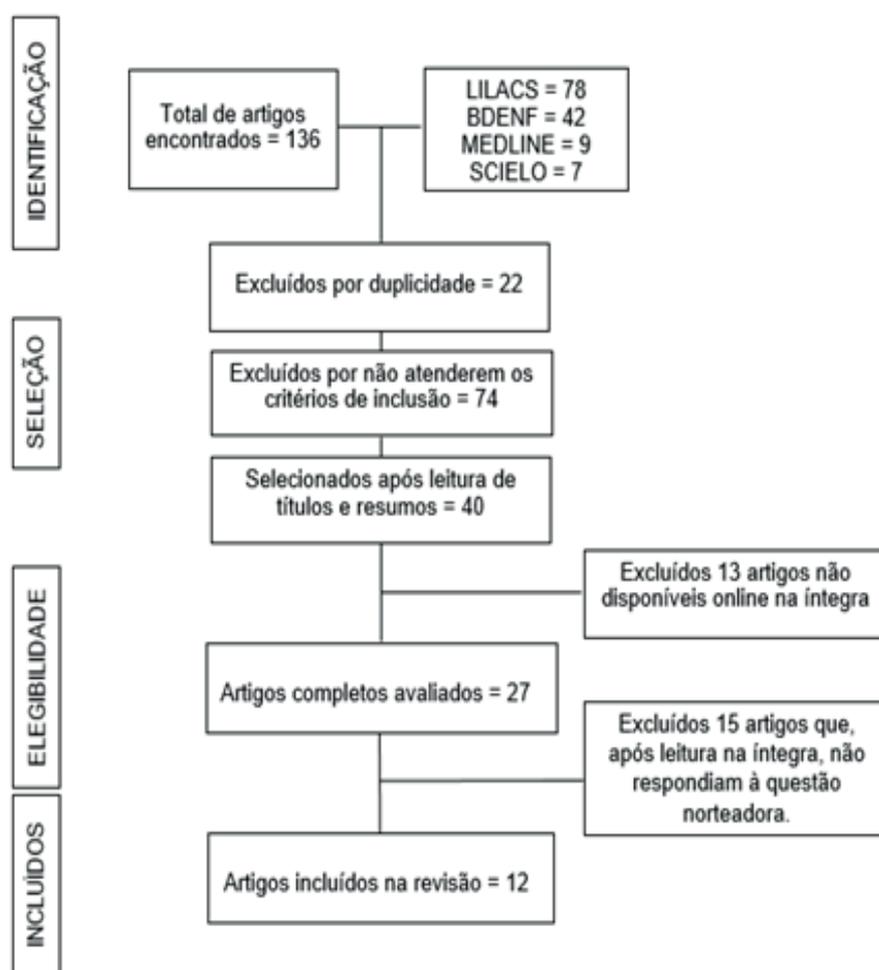


Figura 1 – Fluxograma do processo de seleção dos artigos, segundo as bases de dados.

3 | RESULTADOS

Foram selecionados 12 artigos para a composição da amostra, sendo 58,34% (n=7) deles concentrados na LILACS, 25% (n=3) na BDNF, 8,33% (n=1) na MEDLINE, e 8,33% (n=1) na SCIELO. Em relação ao nível de evidência dos estudos a maioria foi classificado no nível 4, que relacionam a estudos descritivos e qualitativos. Todos são no idioma português. Os artigos apontam seis tipos diferentes de violência: gênero, sexual, física, psicológica, doméstica e obstétrica, com abordagem em crianças, mulheres e idosos.

	Base de Dados	Título	Autores / Ano	Método	Principais resultados
1	SCIELO	Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero – uma alternativa para a APS	OLIVEIRA, A. F. P. L.; SCHRAIBER, B. L.; HANADA, H.; DURAND, J. 2009	Relato de Experiência	Os profissionais envolvidos na APS são capacitados para que ocorra uma acolhida adequada e durante o atendimento o profissional saiba detectar a violência do caso, sem causar constrangimento a vítima. Observa-se que as mulheres querem e precisam dialogar sobre os fatos.
2	LILACS	O cuidado de enfermagem a vítimas de violência doméstica	FERRAZ, M. I. R.; LACERDA, M. R.; LABROCINE, L. M.; MAFTUM, M. A.; RAIMONDO, M. L. 2009	Análise reflexiva	Cuidar destas vítimas é um desafio para os profissionais de saúde que em sua maioria podem possuir dúvidas, uma vez que não existe um modelo estruturado de como fazê-lo. Entretanto, existem algumas recomendações. O cuidado deve ser planejado para promover segurança, acolhimento, respeito e satisfação das necessidades individuais e, isto, será possível se for estabelecida uma relação de cuidado entre profissional e cliente.
3	BDNF	A criança vítima de violência doméstica: limites e desafios para a prática de enfermagem	GOMES, A. V. O.; ANTUNES, J. C. P.; SILVA, L. R.; NASCIMENTO, M. A. L.; SILVA, M. D. B. 2010	Revisão de Literatura	Formulou-se as seguintes categorias temáticas: A dicotomia: violência doméstica e ambiente familiar saudável; Enfermidade na criança: consequências no desenvolvimento biopsicossocial e; Formação profissional: o despreparo teórico-prático do enfermeiro diante da violência doméstica contra a criança.
4	LILACS	Atuação profissional da atenção básica de saúde face à identificação e notificação da violência infanto-juvenil	LIMA, M. C. C. S.; COSTA, M. C. O.; BIGRAS, M.; SANTANA, M. A. O.; ALVES, T. D. B.; NASCIMENTO, O. C.; SILVA, M. R. 2011	Quantitativo	88,9% dos profissionais eram mulheres; 62,8% da ESF; os ACS e os Técnicos de Enfermagem identificaram casos na visita domiciliar e por informação de terceiros, enquanto médicos e enfermeiros, na consulta. Segundo relato dos profissionais, a violência física e sexual foi mais frequente entre vítimas com até 11 anos e sexo feminino 67,9%. A notificação foi citada por 56,9%, embora 17,8% dessas tenham sido efetuadas pelo profissional; notificação nos Conselhos Tutelares 45,2% e Delegacias 33,6%.

5	LILACS	Elementos de integralidade nas práticas profissionais de saúde a mulheres rurais vítimas de violência	COSTAL, M. C.; LOPES, M. J. M. 2012	Qualitativo	Foram mencionados como elementos de cuidados não só os dispositivos relacionais como o acolhimento, vínculo e diálogo, mas também a construção de ações coletivas por meio de atividades grupais, reconhecidas como potencializadoras da promoção da saúde e do empoderamento individual e coletivo na dimensão dos eventos violentos. Verificou-se que nas práticas de cuidado há um direcionamento para a inclusão das usuárias rurais como protagonista do cuidado, estabelecendo uma relação entre trabalhador-usuária para a produção da integralidade.
6	LILACS	Violência contra a mulher na rede de atenção básica: o que os enfermeiros sabem sobre o problema?	BARALDI, A. C. P.; ALMEIDA, A. M.; PERDONÁ, G. C.; VIEIRA, E. M. 2012	Quantitativo	Os enfermeiros acertaram de 76% a 90,2% das questões sobre definição de violência de gênero e 78% obtiveram altos escores em questões sobre epidemiologia da violência; no entanto, 70,6% apontaram desconhecer sua epidemiologia nos serviços de pré-natal. 83,7% dos enfermeiros tem bom conhecimento sobre como abordar as vítimas para obter a revelação da violência ocorrida e 52% apresentaram conhecimento elevado sobre o manejo dos casos.
7	LILACS	Conhecimento dos enfermeiros frente ao abuso sexual	ÁVILA, J. A.; OLIVEIRA, A. M. N.; SILVA, P. A. 2012	Qualitativo	Após a análise temática dos dados, os resultados indicam que os profissionais se sentem despreparados, desprotegidos e decepcionados com relação às medidas tomadas para confirmar ou não os casos de suspeita de abuso sexual. Evidencia-se também que não há um protocolo de atendimento às vítimas que dá respaldo aos profissionais, o que dificulta o atendimento a essa clientela.
8	BDEF	Conhecimento de Enfermeiras em Unidade de Saúde sobre a Assistência à Mulher Vítima da Violência	SANTOS, J.; ANDRADE, L. R.; REIS, L. A.; DUARTE, S. F. P. 2014	Quantitativo	Evidenciou-se que 80% das enfermeiras consideram o tema violência de seu interesse, e 75% o tema violência de seu interesse. Dessas, metade considera a violência contra mulher um problema de cunho social, jurídico, cultural e social.
9	LILACS	Como os profissionais da Atenção Básica enfrentam a violência na gravidez?	BARRIENTOS, D. M. S.; MIURA, P. O.; MACEDO, V. D.; EGRY, E. Y. 2014	Qualitativo	A análise dos discursos identificou: invisibilidade da violência doméstica diante do baixo número de notificações de casos; falta de formação e capacitação dos profissionais de saúde com relação ao fenômeno; dificuldades desses profissionais no processo de identificação e intervenção devido a questões pessoais, a posturas preconceituosas e moralistas e ao método de trabalho pautado nos aspectos biológicos e, por fim, a análise identificou a importância do vínculo entre os profissionais da saúde e a mulher grávida no processo de identificação e intervenção da violência doméstica

10	BDEF	Assistência de enfermagem às mulheres vítimas de violência doméstica	LIMA, L. A. A.; OLIVEIRA, J. C.; CAVALCANTE, F. A.; SANTOS, W. S. V.; SILVA, F. J. G.; MONTEIRO, C. F. S. 2017	Revisão Integrativa	Observou-se como ações realizadas pelo enfermeiro para atender às mulheres vítimas de violência, a visita domiciliar, o acolhimento, estabelecimento de vínculo, investigação da violência com a inclusão de perguntas e protocolos padrões para identificação e assistência nesses casos.
11	LILACS	Percepções de enfermeiros da ESF acerca das causas da violência contra a pessoa idosa	WINCK, D. R.; ALVAREZ, A. M. 2018	Qualitativo	Para os enfermeiros a violência contra a pessoa idosa é influenciada pelo estilo das pessoas em família na sociedade contemporânea, a história familiar de violência e a desestruturação familiar.
12	MEDLINE	Notificação da violência infantil, fluxos de atenção e processo de trabalho dos profissionais da APS	EGRY, E. Y.; APOSTÓLICO, M. R.; MORAES, T. C. P. 2018	Qualitativo	Apontou-se dificuldades e fragilidades da rede de atenção no enfrentamento de questões, a necessidade de ações intersectoriais e a capacitação de profissionais para lidar com situações de violência.

Quadro 1 – Descrição dos artigos selecionados segundo procedência, título, autor, método e principais resultados, Manaus-AM, 2020.

4 | DISCUSSÃO

Optou-se por classificar a organização dos artigos encontrados em duas categorias, são elas: Abordagem, identificação, notificação e estratégias do cuidado às pessoas em situação de violência; e, Formação profissional: conhecimento teórico-prático do enfermeiro diante da violência.

4.1 Abordagem, identificação, notificação e estratégias do cuidado às pessoas em situação de violência

Quando se fala sobre a atuação do profissional da saúde em casos como estes, percebemos que a grande maioria dos estudos publicados, relatam a dificuldade destes frente a violência relatada pelos pacientes e também na sua identificação. FERRAZ et al (2009), relata que há uma dificuldade pelos profissionais em lidar com o problema. Nos fala também que há uma importância na investigação a violência, uma vez que não existe um modelo estruturado para realizá-lo.

Quanto a atuação GOMES et al (2010), pontua sobre a importância do envolvimento da família em situações de abuso, ressaltando que o enfermeiro deve obter conhecimento

sobre o assunto, para então orientar essas famílias, através de palestras, criando programas educativos para os pais, atuando na educação em saúde. Pontua também a importância da atuação, não somente o enfermeiro, como de todos os profissionais, de forma intersetorial, com ações preventivas, educativas e participativas, além da necessidade do conhecimento sobre o tema, quanto as necessidades a serem tomadas.

Nas publicações científicas acerca do assunto, percebe-se um número maior de mulheres que sofrem abuso (tanto físico quanto psicológico), em relação aos homens. LIMA et al (2011) em sua pesquisa feita na cidade de Feira de Santana - BA, expõe que a violência física e sexual, é mais frequente em vítimas e até 11 anos de idade e do sexo feminino, e assim como outros autores, também relatam uma dificuldade por partes dos profissionais na identificação e notificação dos casos, pelo pouco domínio sobre o assunto. Entretanto, apesar da pouca formação profissional, expõe que, dentre das categorias que mais notificaram casos de violência, estão os enfermeiros, médicos e ACS's, sendo a maioria dos profissionais do sexo feminino, e que sugere uma aproximação feminina do fenômeno de violência sexual.

Além da violência sexual, evidenciou-se também as outras formas de violência, e neste contexto OLIVEIRA et al (2009), pontua que dos serviços implantados para a violência sexual, nem todos obtêm êxito, pois não abrange a demanda existente dessa violência em questão e, tampouco, das não sexuais. Em um modelo de atenção a violência, relatado no artigo desses mesmos autores, todos os trabalhadores das unidades estudadas foram sensibilizados sobre a temática violência contra mulher e relacionados. O modelo apresenta uma lista de situações possíveis que podem indicar que a paciente é vítima de algum tipo de violência, além de perguntas diretas e indiretas que podem ser feitas no diálogo, enfatizando a importância da história de violência, bem como a clínica.

Observa-se que dentro do contexto de atendimento primário às mulheres que passaram por alguma situação de conflito familiar difícil resultante em violência física, necessita-se da adoção de medidas para a detecção desses casos. Foram identificadas algumas intervenções necessárias para o atendimento a esta população. A visita domiciliar é uma ferramenta que irá possibilitar o aumento de vínculo com a mulher, principalmente nos casos onde há omissão por constrangimento, dessa forma construindo confiança no acolhimento. Outra intervenção fundamental, é a inclusão da pauta com essa temática nas ações de campanhas, reuniões comunitárias, palestras e demais atividades que já são práticas rotineiras da atenção primária, bastando somente a capacitação dos profissionais e abertura de espaço para tal discussão (LIMA, et al. 2017).

Em uma pesquisa qualitativa realizada no Estado do Rio Grande do Sul, destacou-se a importância da atuação do Agente Comunitário de Saúde nas estratégias de detecção dos casos de violência contra a mulher, principalmente em zonas rurais. A mulher violentada precisa se sentir segura para relatar os casos, saber que ela não será julgada, ter a certeza que suas queixas serão ouvidas e valorizadas, e que ela será bem encaminhada para os

serviços de apoio. De tal maneira, após os estudos foram levantados três dispositivos tidos como essenciais para o atendimento neste âmbito: o acolhimento, a construção de vínculo e a criação de ações coletivas para essas mulheres. Cada dispositivo levantado visa a aproximação dos profissionais de saúde para uma acolhida eficaz na atenção primária, buscando uma maior investigação dos casos e elaboração de estratégias para prevenção (COSTA; LOPES, 2012).

Os estudos de Egly, Apostolico e Morais (2018), realizados no Estado de São Paulo-SP, revelam que no âmbito de assistência à criança violentada, existe uma estratégia mais normatizada constituída de Núcleo de Prevenção à Violência e um fluxograma a ser seguido, gerando uma notificação compulsória que devem ser preenchidas pelos profissionais de saúde que devem estar capacitados. Porém, o obstáculo a ser enfrentado é ausência de tais notificações por parte dos profissionais que não investigam por reducionismo da problemática.

Salcedo-Barrientos et al (2014), identificaram como um dos grandes desafios na abordagem às mulheres violentadas, a ausência da criação de vínculos em acolhimento, colocando como justificativa, a postura dos profissionais envolvidos que não possuem capacitação e reduzem a sua atenção apenas nas queixas físicas, nos riscos de patologia, sem haver um aprofundamento ou investigação nos casos.

Os estudos supracitados, enfatizam a deficiência no atendimento às vítimas de violências diversas. Percebe-se que a atuação do enfermeiro também é impotente no que diz respeito a tal situação, uma vez que estes se encontram nas UBS's, unidades que são porta de entrada para outros níveis de atendimento, porém ainda existem lacunas na formação os profissionais dificultando no atendimento, identificação, e notificação dos casos.

4.2 Formação profissional: conhecimento teórico-prático do enfermeiro diante da violência

No contexto das situações de violência torna-se imprescindível saber tratar com base em um vasto conhecimento teórico, pois a realidade desta circunstância está marcada pelo surgimento de sentimentos, medos, traumas, insegurança e problemas de ordem social às vítimas, sendo mais ainda dificultoso permitir que o julgamento do profissional se torne mais uma interferência no acolhimento, cuidado e ações desta problemática. Diante desta realidade, torna-se essencial que os profissionais saibam lidar com seus pensamentos, crenças, valores pessoais, estigmas sociais, de forma que não se deixe interferir na atuação ética e nas decisões a serem estabelecidas por parte de sua profissão (ÁVILA; OLIVEIRA; SILVA, 2012).

Em uma pesquisa de abordagem qualitativa realizada em cinco Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSFs) no Rio Grande - RS, houveram a participação de sete

enfermeiras pertencentes às sete equipes UBSFs, na qual foi possível apontar diante das falas das profissionais ao o atendimento prestado às vítimas de abuso sexual, foi evidenciado por elas o sentimento de despreparo, relatando sentir-se desprotegidas e insatisfeitas diante aos padrões a serem tomados para confirmar ou não os casos de suspeita de abuso sexual, de modo a contribuir para o desestímulo em sua atuação profissional, pois isso acaba contrapondo a sua prática profissional, que é baseada no comprometimento em prestar uma assistência de enfermagem ética e humanitária, pautada na promoção da saúde, de forma a zelar pela vida das pessoas que cuidam (ÁVILA; OLIVEIRA; SILVA, 2012).

Baraldi et al (2012), identificaram no estudo realizado em Ribeirão Preto – SP, que a formação acadêmica da rede básica de saúde do município conta com profissionais altamente graduados para o atendimento à população, possuindo algum tipo de especialização e aproximadamente um quarto deles possuía títulos de mestres ou doutores.

Wink e Alvarez (2018), apontaram que dos trinta participantes do estudo, vinte e nove cursaram entre uma e três pós-graduação, sendo que um deles possui título de mestre. Quanto a experiência, a maioria tinha entre 5 e 10 anos na atividade profissional em Saúde Coletiva. Porém, não se identifica as especificidades das áreas, se abrangem ou não o contexto da violência.

Sabe-se, contudo, que os profissionais de saúde são de grande valia na identificação de indivíduos e grupos populacionais de risco, para a violência e para a execução de iniciativas que promovam a prevenção e as intervenções mais adequadas. Isso é importante, pois a cada dia aumenta a necessidade de atendimento às vítimas de violência que chegam aos serviços de saúde. Quando o atendimento não se dá a contento, denunciam as precariedades do sistema de saúde, nelas incluído o despreparo de muitas equipes para lidar com situações relativas a essa violência (SANTOS, J.; ANDRADE, R. L.; REIS, L. A., et al. 2014, pg. 268).

A identificação da violência está pautada na participação ativa e direta de recursos internos, na sensibilidade, na prática de habilidades e competências do profissional desde acolhimento à prática da escuta ativa, bem como o grande investimento na qualificação profissional (BARALDI, et al. 2012).

A consciencialização de aprofundar conhecimentos em qualquer área é essencial para o seu desenvolvimento educacional e profissional, sendo esse o caso da violência. Compreender as consequências desse fenômeno é de suma importância para o enfermeiro cumprir com sua responsabilidade em relação à assistência profissional. Além disso, ele deve confrontar seus limites e lidar com seus próprios sentimentos e emoções acerca de pessoas que praticaram algum tipo de violência. Esse confronto traz à tona conflitos éticos e morais que precisam ser explorados ao longo de sua formação na academia, através de disciplinas que envolvam a temática para que apliquem no ambiente profissional (ALGERI et al., 2006).

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O conhecimento e o reconhecimento da violência como problema relevante para população vinculada à APS guardam, como se viu, certo descompasso entre usuários e profissionais, mostrando a necessidade de novas abordagens, cuja efetivação deve passar, necessariamente, pela retomada de preceitos básicos da APS, especialmente, para o caso, a integralidade, indispensável frente à complexidade e aos múltiplos danos causados pela violência

Constatou-se que o enfermeiro atua desde a prevenção, acolhimento, realização de procedimentos do cuidar e até mesmo na superação de traumas, sempre com os princípios da ética e da humanização. Há necessidade de capacitação dos profissionais, sendo fundamental para o desenvolvimento de um trabalho mais efetivo.

A enfermagem busca atuar com a Prática Baseada em Evidências e ao utilizar-se da revisão integrativa pode verificar as lacunas no conhecimento, explicitando onde carece de pesquisas, também buscando promover a atualização profissional na temática abordada, como a de prestar uma assistência de qualidade às vítimas de violência.

REFERÊNCIAS

ALGERI, S.; SOUZA, L. M. Violência contra crianças e adolescentes: Um desafio no cotidiano de enfermagem. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n.4, jul./ago., 2006.

ÁVILA, J. A.; OLIVEIRA, A. M. N.; SILVA, P. A. Conhecimento dos Enfermeiros frente ao abuso sexual. **Avances en Enfermería**, Bogotá, vol. X, n. 2, p. X, mai./ago., 2012.

BARALDI, A. C. P. et al. Violência contra a mulher na rede de atenção básica: o que os enfermeiros sabem sobre o problema. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 12, n. 3, p. 307-318, jul./set., 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situações de Violências. Brasília, 2010.

COSTA, M. C.; LOPES, M. J. M. Elementos de Integralidade nas práticas profissionais de saúde a mulheres rurais vítimas de violência. *Revista da Escola de Enfermagem*, v. 46, n. 5, p. 1088–1095, 2012.

D'OLIVEIRA, A. F. P. L. et al. Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero - Uma alternativa para a atenção primária em saúde. *Ciencia e Saude Coletiva*, v. 14, n. 4, p. 1037–1050, 2009.

EGRY, E. Y.; APOSTOLICO, M. R.; MORAIS, T. C. P. Notificação da violência infantil, fluxos de atenção e processo de trabalho dos profissionais da atenção primária em saúde. *Ciencia e Saude Coletiva*, v. 23, n. 1, p. 83–92, 2018.

GOMES, A.V.O. et al. A criança vítima de violência doméstica: Limites e desafios para a prática de enfermagem. *Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental online*. v. 2, n. 2, p. 902–912, 2010.

GOMES, A. Padrões de aptidão do enfermeiro forense. Lisboa, 2015. [Internet] Disponível em: <<http://>

enfermagemforense.blogspot.com/2015/05/padroes-de-aptidao-do-enfermeiro-forense.html> Acesso em: 16 mar. 2019.

ISABEL, M. et al. the Nursing Care To the Victims of Domestic Violence. *Cogitare Enferm*, v. 14, n. 4, p. 755–759, 2009.

LIMA, L. A. A. et al. Assistência de Enfermagem às mulheres vítimas de violência. *Revista de Enfermagem UFPI*, v. 6, n. 2, p. 65–68, 2017.

LIMA, M.C.C.S et al. Atuação profissional da atenção básica de saúde face à identificação e notificação da violência infanto-juvenil. *Revista Baiana de Saúde Pública*, v. 35, supl.1, p.118-137, jan./jun. 2011.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. DE C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758–764, 2008.

RODRIGUES, E. A. S. et al. Violência e Atenção Primária à Saúde: percepções e vivências de profissionais e usuários. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 4, p. 55-66, dez, 2018.

RÜCKERT, T. et al. Assistência em unidades básicas de saúde às vítimas de violência na concepção de enfermeiras. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 7, n. 2. p. 180-186, abr./jun., 2008.

SALCEDO-BARRIENTOS, D. M. et al. Como os profissionais da Atenção Básica enfrentam a violência na gravidez? **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 22, n. 3, p. 448–453, 2014.

SANTOS, J.; ANDRADE, RL.; REIS, LA, et al. Conhecimentos de Enfermeiras em Unidades de Saúde sobre a Assistência à Mulher Vítima da Violência. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 28, n. 3, p. 260-270, set./dez, 2014.

SCHRAIBER, L. B. et al. Violência contra mulheres entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 359-367, 2007.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Revista Einstein** [Internet], v. 8, n. 1, p. 102-108, jan, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0102.pdf> Acesso em: 2 fev. 2019.

WINCK, D. R; ALVAREZ, A. M. Percepções de enfermeiros da ESF acerca das causas da violência contra a pessoa idosa. **Atenção Primária à Saúde**, Juiz de Fora, v. 21, n. 1, p. 93 - 103, jan./mar., 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global consultation on violence and health. Violence: a public health priority**. Geneva: WHO, 1996 (documentWHO/EHA/ SPI)

FERRAMENTAS DE ABORDAGEM FAMILIAR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Data de aceite: 01/07/2020

Data de submissão: 27/04/2020

Raquel Linhares Sampaio

Universidade Regional do Cariri (URCA)

Crato-Ceará

<http://lattes.cnpq.br/8377297968604127>

Tacyla Geyce Freire Muniz Januário

Universidade Regional do Cariri (URCA)

Crato-Ceará

<http://lattes.cnpq.br/4007747131891701>

Carla Andréa Silva Souza

Universidade Regional do Cariri (URCA)

Crato-Ceará

<http://lattes.cnpq.br/0419513230591117>

Maria Lucilândia de Sousa

Universidade Regional do Cariri (URCA)

Crato-Ceará

<http://lattes.cnpq.br/9304286001341489>

Lívia Monteiro Rodrigues

Universidade Regional do Cariri (URCA)

Crato-Ceará

<http://lattes.cnpq.br/9509828755712530>

Jessyca Moreira Maciel

Universidade Regional do Cariri (URCA)

Crato-Ceará

<http://lattes.cnpq.br/9469562666025619>

Sheron Maria Silva Santos

Faculdade de Juazeiro do Norte (FJN)

Juazeiro do Norte-Ceará

<http://lattes.cnpq.br/1403975962494894>

Rayanne de Sousa Barbosa

Universidade Vale do Salgado (UniVS)

Icó-Ceará

<http://lattes.cnpq.br/9578582904117514>

Karine Nascimento da Silva

Universidade Regional do Cariri (URCA)

Crato-Ceará

<http://lattes.cnpq.br/7492924969340037>

Edilma Gomes Rocha Cavalcante

Universidade Regional do Cariri (URCA)

Crato-Ceará

<http://lattes.cnpq.br/9472678147369173>

RESUMO: O presente trabalho tem por objetivo relatar a experiência de acadêmicos em enfermagem na utilização do genograma, ecomapa, ciclo de vida e projeto terapêutico singular na abordagem familiar. Trata-se de um relato de experiência vivenciada por acadêmicos de enfermagem durante a utilização de ferramentas de abordagem familiar em uma Unidade de Saúde da Família de uma cidade do Cariri Cearense. No contexto prático foram aplicadas as ferramentas de abordagem ao usuário/família, apresentadas em quatro categorias. Aplicou-se o genograma,

que permitiu identificar as relações familiares e a composição da família, tipos de óbitos entre as gerações e sua interação; o ecomapa que apontou a relação das pessoas com as instituições de seu território; o ciclo de vida da família e estágios correspondentes e a descrição da assistência integrada por meio do projeto terapêutico singular. A experiência relatada permitiu que os acadêmicos de enfermagem utilizassem das ferramentas de abordagem familiar, para perceber o usuário como um ser integrante de um núcleo familiar e social. Essa percepção ampliada conduz o futuro profissional na sistematização do cuidado, por meio de um plano de cuidados individualizado com maior resolutividade e qualidade da assistência.

PALAVRAS-CHAVE: Estratégia Saúde da Família; Relações familiares; Meio social; Atenção primária à saúde.

FAMILY APPROACH TOOLS IN PRIMARY HEALTH CARE: EXPERIENCE REPORT

ABSTRACT: The present work aims to report the experience of nursing students in the use of the genogram, ecomap and life cycle and unique therapeutic project in the family approach. This is an experience report of nursing students during the use of family approach tools in a Family Health Unit in a city in Cariri Cearense. In the practical context, the user / family approach tools were applied, presented in four categories. The genogram was applied, which allowed identifying family relationships and family composition, types of deaths between generations and their interaction; the ecomap that pointed out the relationship between people and institutions in their territory; the family life cycle and corresponding stages and the description of integrated care through the unique therapeutic project. The reported experience allowed nursing students to use family approach tools to perceive the user as a member of a family and social nucleus. This expanded perception leads the professional future to systematize care through an individualized care plan with greater resolution and quality of care.

KEYWORDS: Family Health Strategy; Family Relations; Social Environment; Primary Health Care

1 | INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) se destaca modelo de atenção à família, na garantia de cuidado contínuo e integral (BRASIL, 2017). Nesse contexto é necessário pensar o usuário como um ser integrante de um núcleo familiar e social, não o dissociando de tais esferas para exercer a integralidade do cuidado (CARNUT, 2017).

A família como força social tem influência na determinação do comportamento humano e na personalidade do indivíduo. Assim, a assistência baseada nas famílias permite o conhecimento e o acompanhamento dos fatores que impactam nas condições de saúde, desse modo, pode contribuir para o desenvolvimento de ações voltadas para

promoção da saúde (NASCIMENTO et al., 2016).

Sob esse prisma, a adoção de ferramentas de abordagem familiar possibilita uma percepção ampla e sistematizada dos membros da família e seus problemas de saúde. Dentre as ferramentas de abordagem familiar, os profissionais de saúde podem se apropriar inicialmente do genograma e o ecomapa (BRANTE et al., 2016; LEAL et al., 2018).

O genograma permite a construção de um gráfico representativo do ciclo familiar, suas relações afetivas, situações de risco e vulnerabilidades. O ecomapa, por sua vez, fornece uma visão ampliada das relações familiares com o território e serviços de saúde (BRASIL, 2014).

O ciclo de vida familiar é uma ferramenta que identifica fenômenos (crises) que têm efeitos direto sobre os estágios de desenvolvimento da família, que necessitam de reorganização e cuidado (BRASIL, 2013). Quanto ao Projeto Terapêutico Singular (PTS) é um instrumento para o cuidado, que envolve a construção de ações interdisciplinares, visando à integralidade do cuidado (SILVA et al., 2017).

O uso das ferramentas, na ESF, corrobora na compreensão da estrutura e funcionamento familiar, na investigação, no planejamento de ações conjuntas, no monitoramento e na realização de intervenções terapêuticas com foco nos problemas vivenciados (SANTOS et al., 2019; JÚNIOR et al., 2019; CATTANI et al., 2020).

Assim, o presente trabalho tem por objetivo relatar a experiência de acadêmicos de enfermagem quanto à utilização de genograma, ecomapa, ciclo de vida e projeto terapêutico singular na abordagem de família.

2 | MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência de acadêmico de enfermagem quanto ao uso de ferramentas de abordagem familiar. Realizado em uma Unidade Básica de Saúde localizada na zona rural do Cariri Cearense, no ano de 2019. Foi desenvolvido durante as atividades nas disciplinas de Enfermagem no Processo de Cuidar em Saúde Coletiva II e Supervisionado I, do curso de Graduação em Enfermagem na Universidade Regional do Cariri (URCA).

As ferramentas utilizadas foram genograma, ecomapa, ciclo de vida familiar e projeto terapêutico singular, que teve como base o caderno de Atenção Domiciliar do Ministério da Saúde de 2012.

Os casos de usuários/família foram escolhidos de acordo com sua complexidade, especialmente, famílias com transtornos mentais (ideação suicida, esquizofrenia, transtorno de ansiedade e depressão), alcoolismo e comorbidades como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM). A construção das ferramentas aconteceu no primeiro contato com a família, a maioria nas visitas domiciliares, mediante observação

e conversas, que orientaram a elaboração das ferramentas. Foram necessários materiais simples como caneta e papel.

Para análise dos dados utilizou-se literatura científica sobre o tema. A descrição foi apresentada por meio de quatro categorias: Genograma e representações de suas relações familiares; Ecomapa e relações sociais dentro do território; ciclo de vida familiar; Projeto Terapêutico Singular e assistência integrada.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Categoria 1 – Genograma e suas relações familiares

Na figura 1, a seguir, tem-se um exemplo do genograma de um dos casos acompanhado durante a prática. Nesse, encontram-se apenas parte de seus componentes: composição familiar, causas de morte, idade dos membros familiar e relações familiares.

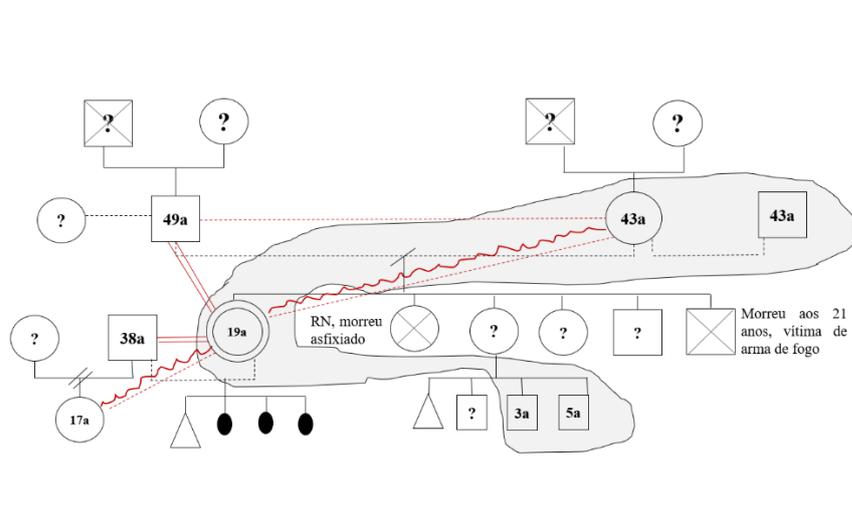


Figura 1 - Representação gráfica de um genograma dos casos nas atividades do uso da ferramenta de abordagem de família.

O genograma permite a construção de um esquema da conformação familiar, que identifica dados sobre a saúde dos integrantes, afetividade, suas relações e dependências. Tais informações são importantes para a compreensão do trajeto de problemas clínicos e, por sua vez, aponta necessidades de desenvolver ações de prevenções e intervenções em saúde (SOUZA et al., 2016).

Na prática, os genogramas construídos permitiram a análise de pelo menos três gerações familiares, com integrantes da família desenvolvendo diferentes papéis. Nesse contexto, cada membro assume uma identidade e uma função de acordo com as normas, moral e valores (SANTOS, MEKITARIAN, ANGELO, 2017; FELDNER et al., 2018).

No que se refere à dinâmica familiar, verificou-se relações intensas, fracas e continua (linhas e retas pontilhadas). Essas relações podem interferir no bem-estar

biopsicosocioespíritual de seus integrantes. Assim, cabe aos profissionais de saúde identificar possíveis problemas e pontos de apoio das famílias durante a assistência (VOIGT et al., 2016).

Quanto às relações afetivas, constatou-se que eram intensas entre mães e filhos, principalmente, quando presente transtornos mentais. Estudo aponta que a presença de transtornos mentais pode ser culturalmente associada ao apoio materno (FIGUEIREDO et al., 2017). Esse papel está enraizado na cultura brasileira e merece atenção dos profissionais de saúde.

No genograma, identificaram-se histórico de alcoolismo, DM e HAS que afetam as gerações futuras. Estudos apontam que a HAS (VIEIRA et al., 2018; SANTOS et al., 2016) e o alcoolismo são referidos principalmente por pais e irmãos (TUCCI, OLIVEIRA, 2019). Diante do exposto, ao identificar as condições crônicas da família o profissional de saúde deve implantar medidas preventivas e de promoção de saúde na perspectiva de evitar problemas de saúde e complicações futuras.

A utilização do genograma pode ajudar no planejamento assistencial, integral à saúde e no desenvolvimento de estratégias para a resolutividade dos quadros clínicos apresentados na família (LEONÍCIO et al., 2017). Diante disso, verifica-se que a utilização dessa ferramenta é importante na formação dos enfermeiros.

Categoria II – Ecomapa e suas representações sociais dentro do território

Na figura 2, tem-se o ecomapa que auxilia a entender as relações da família com os setores sociais. Na construção dessa ferramenta tem-se a possibilidade de entender o contexto da família em seu território.

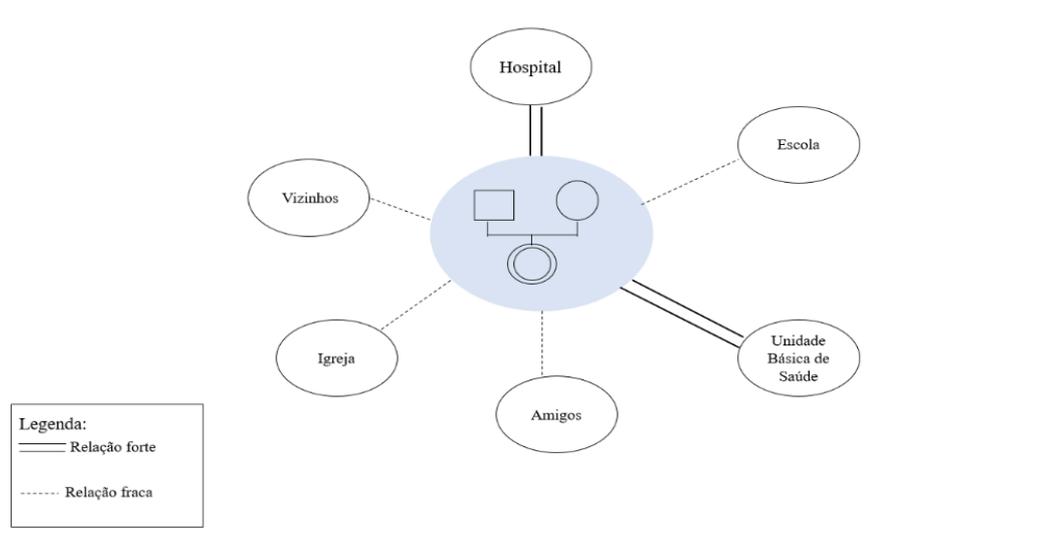


Figura 2 – Representação gráfica de um dos ecomapas trabalhados.

Conforme a representação acima, as relações fortes com as instituições educacionais como creche e escola, vizinhos e trabalho no território podem complementar o conhecimento

que os profissionais de saúde precisam saber sobre a família. A interação da família com a escola contribui com a formação do ensino/aprendizagem do aluno por meio da corresponsabilização do educar. Além de auxiliar no comportamento e desenvolvimento biopsicossocial humano (ANDRÉ, BARBOZA, 2018).

O mesmo se estende para a relação próxima entre vizinhos e trabalho, tendo em vista que os relacionamentos interpessoais proporcionam convívio social, sentimento de pertencimento, utilidade e intimidade. Esses são essenciais para uma expectativa de vida saudável, pois minimizam ansiedades, estresses e postergam o declínio físico, mental e cognitivo (DIMENSTEIN et al., 2017; VIAPINANA, GOMES, ALBUQUERQUE, 2018).

Quanto à relação da família com as instituições de saúde variou entre fracas e intensas. As relações fracas demonstraram distanciamentos com os serviços de saúde, em especial com a atenção primária. O entendimento proporcionado por meio de gráfico das relações interpessoais e laços afetivos com o serviço de saúde ajuda na identificação do processo de investigação e terapêutica (SANTOS et al., 2019).

Ainda em relação ao ecomapa, as famílias afirmaram que as atividades de lazer eram restritas ao lar, como por exemplo, ver televisão, pois a comunidade não conta com outro tipo de entretenimento. Embora o lazer seja um fenômeno singular, as atividades que envolvem tempo de tela em excesso devem ser evitadas e substituídas por meios que minimizem a inatividade física e permitam a interação interpessoal, evitando, por sua vez, adoecimentos relacionados ao psíquico (SCHAAN et al., 2019; SILVA et al., 2019).

Percebe-se que o ecomapa é uma ferramenta importante para o enfermeiro, pois permite identificar a dinâmica da família referente ao acesso no território seja relativo à saúde, ao trabalho e ao lazer. Apontam, ainda, caminhos de redes de suporte sociais que podem permitir a acessibilidade à saúde, na busca de atender suas necessidades e que devem ser visualizadas pelos profissionais de saúde na integração com a comunidade.

Categoria III - Ciclo de vida Familiar

O ciclo de vida familiar constitui outra ferramenta importante, sendo dividido em oito estágios de desenvolvimento, com papéis e tarefas específicas: I - fase em que se inicia a vida em casal; II - meio familiar com filhos pequenos; III - famílias com pré-escolares; IV - famílias com filhos em idade escolar; estágio V, famílias com adolescentes; VI - famílias com os filhos em partida; VII - casais de meia idade e VIII – famílias em estágio tardio de vida (ABREU et al., 2019).

No uso dessa ferramenta, identificaram-se dois ciclos: Família com filhos pequenos e família no estágio tardio. Neste primeiro estágio, a mulher em idade fértil e/ou com filhos pequenos se torna avó. Isto traz repercussões na família, que se depara com o aumento das responsabilidades, despesas e alterações no funcionamento de maneira geral.

As transições no ciclo familiar apontam necessidade de análise das perspectivas sistêmica da família, que podem ser positivas ou negativas em relação às novas

demandas e adoção dos papéis parentais. São situações problemas na vida de um casal que requerem ajustamento, afetividade principalmente com o nascimento do primeiro filho (SOARES, COLOSSI, 2016).

Outra situação comum identificada na área da ESF foi o envelhecimento da população, que requer percepção das mudanças de papéis, da manutenção da capacidade funcional. Essa dialógica no cuidar ao longo dos ciclos de vida familiar discorre sobre as corresponsabilidades dos processos familiares no cuidado recíproco durante os estágios que podem promover experiência de vida digna (BOECHAT, MEDEIROS, MANHÃES, 2017).

Percebe-se que a identificação da composição familiar e seus estágios permitem compreender as necessidades de saúde, desafios, mudanças e ajustes. Ao compreender os estágios e suas peculiaridades o profissional de saúde pode ajudar a família a suportar as tensões e planejar um cuidado compartilhado e interdisciplinar.

Categoria IV - Descrição da experiência da assistência integrada e uso do Projeto Terapêutico Singular

Os PTSs foram construídos a partir das informações obtidas na aplicação das ferramentas de abordagem familiar e reuniões entre os discentes da graduação junto a equipe da UBS para o planejamento do cuidado e metas. Ressalta-se que os problemas, metas, responsáveis, colaborações e prazos de um PTS devem ser cumpridos pela equipe, familiares e pacientes (MONTENEGRO, FARIAS, 2018).

Em continuidade, os planos de cuidados envolveram atividades assistenciais e de educação em saúde, executadas com base na ludicidade e uso de rodas de conversas. Os prazos estabelecidos variaram entre médio e longo prazo, a depender das necessidades do indivíduo/família. Ressalta-se que a maioria das atividades foi realizada em domicílio, com a finalidade de fortalecer o vínculo do profissional com a comunidade.

Nesse estudo, a implementação do PTS perpassou por dificuldades quanto ao envolvimento familiar no plano de cuidados proposto, ocorreu devido à resistência a mudança de hábitos, principalmente, entre as pessoas com HAS. Evidenciou-se também a dificuldade em envolver pessoas com esquizofrenia nas atividades junto à comunidade, devido ao estereótipo. O planejamento e a implementação do cuidado com o uso do PTS são percebidos na prática com dificuldades na interação dos profissionais com a família. Esse processo leva a ausência de um planejamento compartilhado podendo prejudicar a continuidade do cuidado (ANDRADE et al., 2017).

No entanto, essa ferramenta proporciona efetividade da gestão do cuidado, ao respeitar as subjetividades das pessoas e famílias (SILVA et al., 2016). A sua elaboração promove a socialização do saber e a problematização da equipe multiprofissional para atender as necessidades específicas da população, contemplar, a integralidade mediante um cuidado humanizado e o aprimoramento das práticas assistenciais (SOUSA et al.,

2019).

Nesse estudo, o uso do PTS aproximou acadêmicos de enfermagem, profissionais de saúde e famílias permitindo-lhes envolvê-los no planejamento e cuidados apoiados, que foi adaptando conforme as necessidades das famílias.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência do uso das ferramentas de abordagem de família permitiu aos acadêmicos de enfermagem um olhar amplo sobre o exercício da profissão em uma Estratégia de Saúde da Família, especialmente, em conhecer a dinâmica das famílias (interações e papéis), os recursos disponíveis para o enfrentamento dos problemas, o desenvolvimento de um plano terapêutico de cuidado e a interação da equipe interdisciplinar/família na busca do cuidado integral.

REFERÊNCIAS

ABREU, V. C.; et al. Utilização das Ferramentas de Abordagem na Reintegração Familiar. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 32, n. 800, p. 1-7, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.25248/reas.e800.2019>>. Acesso em: 21 abr. 2020.

ANDRADE, A.; et al. Projeto terapêutico singular em uma unidade de internação psiquiátrica: aproximações e distanciamentos. **Atas Investigação Qualitativa em saúde**. v.2, n. 1, p. 492-500, 2017. Disponível em: <<https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2017/article/view/1242>>. Acesso em: 21 abr. 2020.

ANDRÉ, E. L.; BARBOZA, R. J. A importância da parceria entre a família e a escola para a formação e desenvolvimento do indivíduo. **Revista Científica Eletrônica da Pedagogia**, Garça, v. 17, n. 30, p. 1-21, 2018.

BOECHAT, I. T.; MEDEIROS, C. H. S.; MANHÃES, F. C. Um dia é do cuidado; outro, do cuidador: a dialética e a dialógica no cuidar ao longo dos ciclos de vida familiar. **LINKSCIENCEPLACE - Interdisciplinary Scientific Journal**, v. 4, n. 1, p. 45-56, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.17115/2358-8411/v4n1a4>>. Acesso em: 26 abr. 2020.

BRANTE, A. R. S. D.; et al. Abordagem Familiar: aplicação de ferramentas a uma família do município de Montes Claros/MG. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 11, n. 38, p. 1-9, 2016. Disponível em <[https://doi.org/10.5712/rbmfc11\(38\)953](https://doi.org/10.5712/rbmfc11(38)953)>. Acesso em: 21 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família - **Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano Ministério da Saúde**. Ministério da saúde: Brasília-DF, 2014. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf>. Acesso em: 16 abr. de 2020.

_____. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 21 de setembro de 2017. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.htm>Acesso em: 16 abr. de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: < https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_domiciliar_melhor_casa.pdf>. Acesso em: 27 abr. 2020.

CARNUT, L. Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. **Rev. Saúde e Debate**. v. 41, n. 115, p. 1177-1186, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41n115/0103-1104-sdeb-41-115-1177.pdf>> Acesso em: 16 abr. 2020.

CATTANI, A. N.; et al. Família que convive com pessoa com transtorno mental: genograma e ecomapa. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 10, n. 6, p. 1-19, 2020. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/36517/pdf>>. Acesso em: 22 abr. 2020.

DIMENSTEIN, M.; et al. Determinação social da saúde mental: contribuições à psicologia no cuidado territorial. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 69, n. 2, p. 72-87, 2017.

FELDNER, C. B.; et al. The practice of the family approach in the context of primary care: a comparative case study. **Cultura de los cuidados**, v. 22, n. 52, p. 142-152, 2018. Disponível em: <https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/85354/1/CultCuid_52-142-152.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2020.

FIGUEIREDO, M. S. Weaving stories, strengthening bonds: a genogram experience in a multifamily group. **Nova Perspectiva Sistêmica**, v.1, n. 59, p. 87-99, dezembro 2017. Disponível em: <<http://revistanps.com.br/nps/article/download/318/296>>. Acesso em: 21 abr. 2020.

JÚNIOR, C. W. X. L.; et al. Emprego das Ferramentas de Abordagem Familiar na Estratégia Saúde da Família em Montes Claros, MG: relato de caso. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 31, n. 789, p. 1-8, 2019. Disponível em: <<https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/789>>. Acesso em: 21 abr. 2020.

LEAL, A. P. D. R.; et al. Ferramentas de abordagem familiar: um estudo de caso no contexto da estratégia saúde da família. **Unimontes Científica**, v. 20, n.1, 2018. Disponível em: <http://www.ruc.unimontes.br/index.php/unicientifica/article/view/624/500>. Acesso em: 21 abr. 2020.

LEONÍCIO É.T.; SOUZA S. R. P.; MACHADO J. L. M. Degradação do vínculo parental e violência contra a criança: o uso do genograma familiar na prática clínica pediátrica. **Rev. paul. pediatr**, v. 35, n. 2, p. 185-190, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822017000200185&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 de abril de 2020.

MONTENEGRO, S. M. S. L.; FARIAS, D. L. de. Uso de projeto terapêutico singular e transdisciplinaridade em casos difíceis de lesão por pressão do Hospital das Clínicas da USP Ribeirão Preto. **Revista Interdisciplinar de Promoção da Saúde**, v. 1, n. 4, p. 302-306, out. 2018. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/ripsunisc/article/view/13130/7990>>. Acesso em: 21 abr. 2020.

NASCIMENTO, G. B.; et al. Classificação socioeconômica e qualidade de vida de familiares de crianças e adolescentes com deficiência auditiva. **Rev. CEFAC**. v. 18, n. 3, p. 657-666, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v18n3/1982-0216-rcefac-18-03-00657.pdf>>. Acesso em: 16 abr. 2020.

SANTOS, A. A; et al. Genograma e Ecomapa: Utilização no Processo de Cuidado na Estratégia de Saúde da Família. **Braz. J. Hea. Rev.**, Curitiba, v. 2, n. 4, p. 3368-3372 jul./ago. 2019. Disponível em: <<http://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/2288/2336>>. Acesso em: 27 abr. 2020.

SANTOS, A. S. F.; et al. Trabalho com família em uma equipe multiprofissional na atenção primária à saúde. **Unimontes científica**, v. 18, n.2, p.149-157, 2016. Disponível em: <<https://pdfs.semanticscholar.org/8a8d/3ecd4d205408d2c29b7f566b0316d6dadb6.pdf>>. Acesso em: 21 abr. 2020.

SANTOS, L. G. D.; et al. Guia para entrevistas com famílias: estratégia para desenvolver habilidades no enfermeiro novato. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 6, p. 1129-1136, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n6/pt_0034-7167-reben-70-06-1129.pdf. Acesso em: 21 de abr. 2020.

SANTOS, V. C. D. O.; et al. Ferramentas de abordagem familiar na estratégia de saúde da família e genograma e ecomapa. **Revista de Odontologia Contemporânea**, v. 3, n. 1, p. 64-64, 2019. Disponível em: <<http://www.rocfpm.com/index.php/revista/article/view/341>>. Acesso em: 21 abr. 2020.

SCHAAN, C. W.; et al. Prevalência de tempo excessivo de tela e tempo de TV em adolescentes brasileiros: revisão sistemática e metanálise. **Jornal de Pediatria**, v. 95, n. 2, p. 155-165, 2019.

SILVA, A. I.; et al. Projeto terapêutico singular para profissionais da Estratégia de Saúde da Família. **Cogitare Enfermagem**, v. 21, n. 3, 2016. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45437>>. Acesso em: 21 abr. 2020.

SILVA, F. M. O. D.; et al. Fatores ambientais associados à obesidade em população adulta de um município brasileiro de médio porte. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 5, p. 1-14, 2019.

SILVA, J. L. B. V. D.; et al. A prática da integralidade na gestão do cuidado: relato de experiência. **Rev enferm UFPE on line.**, v. 11, n. 2, p. 792-797, 2017. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-30537>> Acesso em: 22 abr. 2020.

SOARES, B.; COLOSSI, P. M. Transições no ciclo de vida familiar: a perspectiva paterna frente ao processo de transição para a parentalidade. **Barbarói**, v. 1, n. 48, p. 253-276, 2016. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/6942>>. Acesso em: 26 abr. 2020.

SOUSA, F. T. L.; et al. Projeto terapêutico singular: uma ferramenta de promoção da saúde do idoso. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 24, n. 659, p. 1-7, 2019. Disponível em: <<https://www.acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/659/489>>. Acesso em: 21 abr. 2020.

SOUZA, Í. P. D.; et al. Genogram and Eco-map as tools for understanding family care in chronic illness of the young. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 25, n. 4, 1-10, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n4/pt_0104-0707-tce-25-04-1530015.pdf>. Acesso em: 21 abr. 2020.

TUCCI, B. F. M.; OLIVEIRA, M. L. F. D. Famílias de usuários de bebida alcoólica: aspectos estruturais e funcionais fundamentados no Modelo Calgary. **Rev Rene, Fortaleza**, v. 20, n. 40226, p. 1-8, 2019. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/40568/2/2019_art_bfmtucci.pdf> Acesso em: 21 de abril de 2020.

VIAPINANA, V. N.; GOMES, R. M.; ALBUQUERQUE, G. S. C. Adoecimento psíquico na sociedade contemporânea: notas conceituais da teoria da determinação social do processo saúde-doença. **Saúde Debate**, v. 42, n. 4, p. 175-186, 2018.

VIEIRA, J.T.S.; et al. Abordagem familiar no cuidado às condições crônicas de saúde. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, v. 16, n. 2, p.1-10. 2018. Disponível em: <http://periodicos.unincor.br/index.php/revistaunincor/article/view/4471/pdf_842>. Acesso em: 21 abr 2020.

VOIGT, K.; et al. Home visits in primary care: contents and organisation in daily practice. Study protocol of a cross-sectional study. **BMJ open**, v. 6, n. 2, 2016. Disponível em: <<http://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/6/2/e008209.full.pdf>>. Acesso em: 21 abr. 2020.

SAÚDE E QUALIDADE AMBIENTAL: CONSCIENTIZANDO A COMUNIDADE SOBRE A IMPORTÂNCIA DA SEGREGAÇÃO DOS RESÍDUOS SÓLIDOS

Data de aceite: 01/07/2020

Data de submissão: 05/04/2020

Nilva Lúcia Rech Stedile

Universidade de Caxias do Sul, Núcleo de Estudos e Políticas Públicas e Sociais, Professora do Mestrado em Engenharia e Ciências Ambientais

Caxias do Sul – Rio Grande do Sul
<http://lattes.cnpq.br/4657265813810622>

Ana Maria Paim Camardelo

Universidade de Caxias do Sul, Núcleo de Estudos e Políticas Públicas e Sociais, Professora do Mestrado e Doutorado em Direito Ambiental

Caxias do Sul – Rio Grande do Sul
<http://lattes.cnpq.br/8865429290882229>

Fernanda Meire Cioato

Universidade de Caxias do Sul, Núcleo de Estudos e Políticas Públicas e Sociais

Caxias do Sul – Rio Grande do Sul
<http://lattes.cnpq.br/1264212472490699>

Taís Furlanetto Bortolini

Universidade de Caxias do Sul, Núcleo de Estudos e Políticas Públicas e Sociais

Caxias do Sul – Rio Grande do Sul
<http://lattes.cnpq.br/0772537078713957>

RESUMO: O manejo dos resíduos sólidos está inteiramente atrelado às questões culturais

relacionadas aos padrões de consumo da sociedade. Quando um produto termina a sua vida útil, torna-se um resíduo, que precisa ser corretamente descartado para não oferecer riscos ao ambiente e à saúde. O trabalho objetiva identificar o conhecimento sobre o descarte de resíduos sólidos e avaliar a técnica de oficina enquanto instrumento educativo para a segregação adequada dos resíduos de origem domiciliar. Trata-se de um estudo de campo, quali-quantitativo por verificar a percepção e as práticas de descarte dos resíduos domésticos de 108 participantes de oficinas de educação ambiental. Os resultados mostram que a maior parte dos participantes possuía conhecimento prévios sobre resíduos domiciliares classificados como “orgânico” e “reciclável” e quanto ao tipo de dispositivo adequado para descarte. Os resíduos para os quais os participantes apresentaram maior dificuldade para caracterização foram o “perigoso” e “rejeito”. Mostram ainda aumento no percentual de acertos dos participantes em todas as categorias após a realização das oficinas. A inter-relação entre teoria e a prática e o estímulo à participação mostram que a oficina é um recurso adequado ao desenvolvimento das habilidades para segregar resíduos, uma vez que o público pôde relacionar as

suas experiências vividas no cotidiano com as informações recebidas, colocando-as em prática. Assim, as oficinas promovem um ambiente favorável ao desenvolvimento de aprendizagens, mostrando-se uma técnica útil para a educação ambiental.

PALAVRAS-CHAVE: Resíduos sólidos. Educação Ambiental. Saúde Ambiental.

HEALTH AND ENVIRONMENTAL QUALITY: CONSCIOUSING THE COMMUNITY ABOUT THE IMPORTANCE OF SOLID WASTE SEGREGATION

ABSTRACT: The solid waste management is fully tied to cultural issues related to society's consumption patterns. When a product ends its useful life, it becomes a waste, which must be disposed of properly so as not to pose a risk to the environment and health. The objective of this work is to identify the knowledge about the solid waste disposal and to evaluate the workshop technique as an educational tool for the adequate segregation of household waste. This is a qualitative and quantitative field study to verify the perception and practices of discarding household waste from 108 participants in environmental education workshops. The results show that most of the participants had prior knowledge about household waste classified as "organic" and "recyclable" and the type of device suitable for disposal. The waste that the participants had the greatest difficulty in characterizing were the "dangerous" and "reject". They also show an increase in the percentage of correct answers of the participants in all categories after the workshops. The interrelationship between theory and practice and the stimulus to participation show that the workshop is an adequate resource for the development of skills to segregate waste, because the public was able to relate their lived experiences with the information received, putting them into practice. Thus, the workshops promote an environment that favors the development of learning, proving to be a useful technique for environmental education.

ABSTRACT: Solid waste. Environmental education. Environmental health.

INTRODUÇÃO

Um dos complexos desafios ao modelo de desenvolvimento capitalista é a conformidade entre o crescimento econômico, o consumo consciente e a qualidade ambiental. Os padrões de consumo seguidos pela sociedade estão intensificando o desequilíbrio ambiental, uma vez que estão relacionados com a acumulação e o desperdício. Visto que a saúde é um fator que pode ser decorrente do modelo de consumo, o manejo inadequado dos resíduos pode causar efeitos tanto ambientais quanto na saúde populacional. Dos impactos do ambiente degradado à saúde humana, resulta que cerca de um quarto da carga global de doenças e mais de um terço da carga sobre crianças deve-se a fatores ambientais modificáveis (WHO, 2016).

Em 2010, mais de duas décadas da Constituição Federal, a Lei 12.305 foi aprovada,

a qual institui a Política Nacional de Resíduos Sólidos (PNRS). Essa Lei objetiva a responsabilidade da sociedade pelo ciclo de vida dos produtos. Sendo assim, cada indivíduo é responsável pelo resíduo gerado até seu destino ambientalmente correto (BRASIL, 2010). Isso se aplica a cada cidadão e às instituições em geral.

O manejo dos resíduos sólidos está inteiramente relacionado às questões culturais que se dão na sociedade, no processo produtivo, bem como quando um produto termina a sua vida útil, no que se refere ao tipo de resíduo e a maneira de descarte. Dos resíduos do sistema de coleta seletiva de Caxias do Sul, conforme a Codeca (2017), grande percentual – de 30 a 70% dependendo do bairro de procedência – é considerado rejeito pelos catadores e descartado como tal.

A reciclagem garante importante espaço nessa problemática pela possibilidade de reduzir as consequências da segregação inadequada dos resíduos, encaminhando-os a um destino ambientalmente correto. Reciclar permite reconduzir materiais aos ciclos produtivos, com economia de matéria prima e energia. Os resíduos quando separados incorretamente oferecem riscos por suas características químicas, físicas e biológicas, especialmente à saúde dos catadores, que exercem a atividade laboral no constante manejo (CAMARDELO e STEDILE, 2016). Desse modo, estratégias educativas fazem-se necessárias para ressignificação da percepção e formação de comportamentos sobre a segregação incorreta como fator ambiental modificável, com condições favorecedoras à promoção da saúde.

A Educação Ambiental (EA), como política educativa, visa que a cidadania seja desenvolvida para a mudança, como garantia da qualidade de vida (PELICIONI, 2015). A EA se destaca por tratar-se de um instrumento pedagógico capaz de problematizar a realidade, podendo formar um novo significado, construir valores e desenvolver uma nova postura social necessária para modificar realidades associadas ao meio ambiente e à saúde ambiental.

A educação ambiental pode ser vista como um processo que, se efetivo, contribuirá para a sustentabilidade. Essa ferramenta, como diz Mazzarino e Rosa (2013), por possibilitar as interrelações socioambientais, é capaz de oportunizar a compreensão da realidade e de tornar seres protagonistas de alternativas que lhes asseguram melhor qualidade de vida. Julga-se que apenas o saber não seja suficiente, sendo necessário o exercício da cidadania, o que pressupõe, um movimento de saída do pensamento individual em direção ao coletivo.

Partindo do pressuposto que a EA pode favorecer o desenvolvimento do compromisso intransferível de cada cidadão de proteger o meio tornando-se agentes ambientais (BRASIL, 1999; BRASIL, 2012), a utilização de estratégias de grupos, como oficinas, por estimular a interação e a participação, podem contribuir para o desenvolvimento de significados sobre novas formas de entender a relação entre o homem e o ambiente. Cabe destacar que oficinas, como uma técnica educativa, possibilitam o aprimoramento

de algo (pelo sujeito), por meio da aplicação de conhecimentos previamente adquiridos em um ambiente de construção e reconstrução individual e coletiva do conhecimento (ANASTASIOU E ALVES, 2015).

METODOLOGIA

O método pode ser referido como uma pesquisa de campo, com dados qualitativos obtidos mediante oficinas de capacitação sobre segregação de resíduos. Essas foram desenvolvidas com 108 participantes, entre pais de estudantes de uma escola de ensino fundamental e universitários, da cidade de Caxias do Sul-RS. As oficinas objetivavam a capacitação do público para a adequada segregação dos resíduos sólidos.

O processo de coleta de dados de diagnóstico dos conhecimentos do público participante sobre os resíduos e a potência da oficina quanto prática pedagógica para a EA deu-se em três etapas:

i) aplicação de um inventário aos participantes para análise dos conhecimentos prévios (Avaliação 1). Esse instrumento foi composto por uma lista de resíduos de caráter domiciliar, os quais deviam ser classificados em “orgânico”, “reciclável”, “perigos” e “rejeito”;

ii) execução da oficina, com o objetivo de discutir o tema resíduos sólidos e a relação com a saúde, ambiente e o trabalho do catador como agente ambiental. A estratégia foi ministrada por uma equipe de profissionais e acadêmicos das áreas da Enfermagem, Direito e Serviço Social que, devido à complexidade que envolve a temática, fez-se necessária concebê-la de forma interdisciplinar (BESERRA, ALVES, PINHEIRO e VIEIRA, 2010). Essa atividade de participação interativa foi mediada por discussão teórica e prática, essa com a segregação manual de resíduos nos quatro tipos de dispositivos;

iii) reaplicação do inventário para classificação dos resíduos, acrescido da seguinte pergunta “Em sua opinião, qual a importância da separação correta dos resíduos para o catador e para o meio ambiente?” (Avaliação 2). Nessa etapa o objetivo foi identificar conhecimentos e significados construídos após uma oficina de capacitação

A seguir estão dispostas fotografias que ilustram as dinâmicas de realização das oficinas (Figura 1).





Figura 1 – Dinâmica das oficinas de capacitação da segregação de resíduos

Fonte: registro das autoras (2019)

RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta a distribuição dos acertos dos participantes sobre resíduos sólidos domésticos.

Resíduo	Avaliação	Classificação (%)						Classificação geral	
		Tipo do dispositivo					Branco/ Nulo	Incorreto	Correto
		Orgânico	Reciclável	Perigoso	Rejeito				
I. Orgânico	Avaliação 1	96,11	1,29	-	1,85	0,75	3,89	96,11	
	Avaliação 2	96,81	-	0,45	2,74	-	3,19	96,81	
II. Reciclável	Avaliação 1	4,45	76,48	7,40	9,45	2,22	23,52	76,48	
	Avaliação 2	4,09	83,63	2,72	7,75	1,81	16,37	83,63	
III. Perigoso	Avaliação 1	0,61	16,05	63,11	16,11	3,40	36,89	63,11	
	Avaliação 2	-	7,20	75,75	15,90	1,15	24,25	75,75	
IV. Rejeito	Avaliação 1	27,95	24,38	4,47	39,66	3,54	60,34	39,66	
	Avaliação 2	15,55	2,27	3,40	77,27	1,51	22,73	77,27	
Média final							28,10	71,90	

Tabela 1 - Distribuição dos conhecimentos dos participantes sobre os resíduos sólidos

Fonte: elaborada pelas autoras (2019)

Conforme a Tabela 1, dos 108 participantes da oficina sobre o correto manejo de resíduos sólidos, percebeu-se que a maioria possuía conhecimento sobre resíduos domiciliares classificados como “orgânico” e “reciclável” conforme a avaliação 1 e quanto ao tipo de dispositivo adequado para descarte, os resíduos para os quais os participantes apresentaram maior dificuldade na caracterização quanto sua tipologia nas duas avaliações foram os classificados como “perigoso” e “rejeito”.

Os resíduos considerados como “rejeito” são aqueles para os quais não há tecnologia desenvolvida para sua transformação em um novo produto e foi o que obteve maior quantidade de erros (39,66%), os quais foram classificados como orgânico (27,95%), reciclável (24,38%) ou perigoso (39,66%) pelos participantes, ou seja, mais da metade

desses não tinha conhecimento da segregação adequada. Cabe destacar que o que se considera como rejeito em um país como o Brasil pode não ser em outros onde é possível reciclar este produto, devido a existência de tecnologia apropriada. Como não existe no sistema brasileiro o recolhimento de rejeitos, apenas de resíduo orgânico e reciclável, se indica destiná-los no dispositivo orgânico mesmo sendo ambientalmente inadequado. Portanto, se considera incorreto segregá-los como reciclável (24,38%) e perigoso (4,47%). Posteriormente a oficina, os dados da Avaliação 2 apresentam significativo aumento de acertos, o que indicam aprendizado que permite reconhecer os rejeitos.

Acerca da segregação dos resíduos orgânicos, quase a totalidade separou adequadamente os resíduos nas duas avaliações (96,11% e 96,81%). Os participantes incorporaram conhecimentos também sobre os resíduos de tipologia reciclável, observado nas diferenças significativas da primeira avaliação (76,48%) em relação à segunda (83,63%).

O resíduo perigoso merece destaque por haver mais de 30% do público sem saber diferenciá-lo do reciclável e do rejeito no primeiro teste. Essa categoria é a que oferece maiores riscos ambientais e para a saúde, devido suas características químicas, físicas e biológicas (CAMARDELO e STEDILE, 2016), além dos riscos ocupacionais para os catadores, com elevada prevalência de acidentes de trabalho (HOEFEL et al., 2003; CAMARDELO e STEDILE, 2016). Vale ressaltar a necessidade de estratégias de educação ambiental sobre os métodos corretos de destinação de resíduos de serviço de saúde em domicílio, sobretudo para paciente que realizam procedimentos a domicílio (CUNHA et al., 2017).

Com a aplicação da segunda avaliação, pôde-se perceber melhor entendimento quanto a segregação dos resíduos sólidos, que pode ser mais bem compreendido na Figura a seguir.

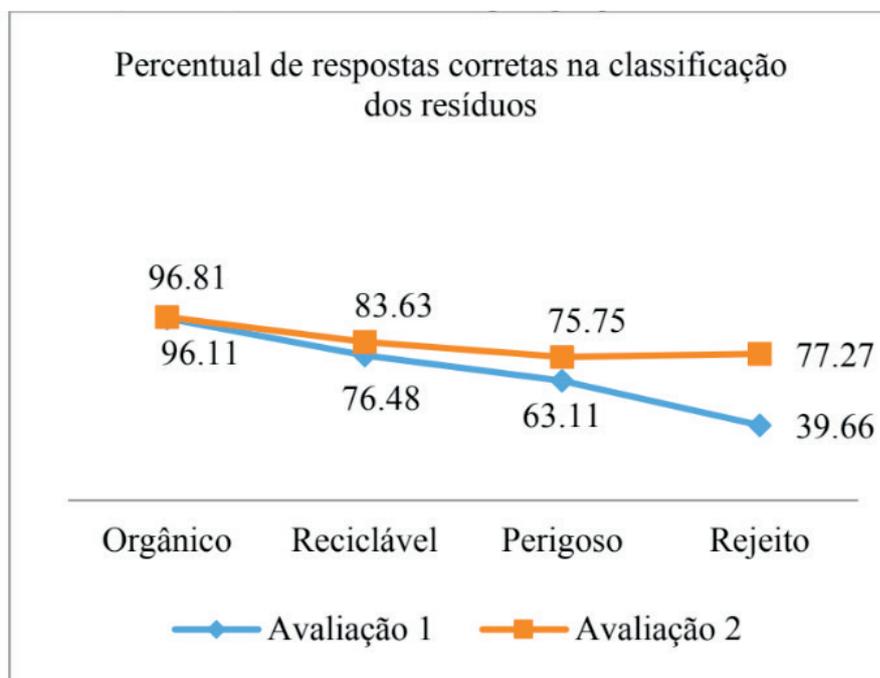


Figura 2 – Desempenho dos participantes na segregação dos resíduos antes e após a oficina
 Fonte: elaborada pelas autoras (2019)

Os dados permitem afirmar que para as questões avaliativas que envolviam os resíduos perigosos e rejeitos, os participantes tiveram mais dificuldade para a adequada segregação, entretanto foram as categorias que apresentaram maior aprendizagem quando comparadas com a Avaliação 1. Os resíduos orgânicos e recicláveis obtiveram o maior percentual de acertos nas duas avaliações e aperfeiçoamento de conhecimento após a oficina.

Acerca da pergunta: “Em sua opinião, qual a importância da separação correta dos resíduos para o catador e para o meio ambiente?”, observou-se que a maioria relaciona os resíduos como objeto de lucro para os catadores e ao ambiente como a preservação dos recursos naturais. Também foram levantados aspectos de saúde e o papel do catador para o meio ambiente, benefícios à saúde e a sociedade indiretamente; responsabilidade e cidadania, e qualidade de vida. Esses significados podem ser ilustrados na transcrição das seguintes falas:

“Respeitar o trabalho e a pessoa do catador, cuidando as condições nas quais o colocamos. Para o meio ambiente é importante por cuidar e responsabilizar nós, consumidores pelo que fazemos com recursos naturais”. (sic)

“É importante para o bem-estar do catador melhorando seu ambiente de trabalho e sua renda. Para o meio ambiente é algo imprescindível, pois contribuimos com a proteção do mesmo e de nós mesmos”. (sic)

“Quanto ao catador, para geração de receita e lucro, e quanto ao meio ambiente, para melhor utilização dos recursos naturais e redução de seu uso e aproveitamento dos resíduos em logística reversa”. (sic)

Para os catadores, no que tange as manifestações de insatisfação, destaca-se a percepção de preconceito, discriminação e incompreensão acerca do seu trabalho (COELHO et al., 2017). As concepções em relação ao papel do catador e também do ambiente ao compromisso ecológico desenvolvem-se pela construção de novas relações no mundo e interrelações da sociedade com o meio, cabendo ações educativas para pessoas, grupos e comunidades, a fim de se construir um ambiente saudável (BESERRA et al., 2010).

Acerca da interface entre a exposição a resíduos sólidos e a saúde, diversos estudos têm apontado que substâncias tóxicas podem apresentar desfechos a longo prazo clinicamente. Dumcke et al. (2019) verificaram uma associação direta da habitação próxima a sítios de reciclagem de rejeitos urbanos com escores de dificuldades emocionais e comportamentais de escolares.

O efeito da distância da habitação e dos sítios de reciclagem também foi objeto de estudo de Bálico (2019), que observou uma redução na pontuação do QI em crianças que residiam próximas a recicladoras em relação as que habitavam a mais de 150 metros de distância.

A oficina realizada com um público de diferentes idades atraiu a atenção e interesse dos participantes, os incentivando à participação. Isso sugere que, como houve interação e envolvimento da maioria dos participantes nos temas da oficina, entende-se que foi criado um ambiente facilitador ao desenvolvimento de aprendizagens. Todavia, não basta o aumento de conhecimento a respeito da possibilidade de reciclagem, mas a sua realização efetivamente.

CONCLUSÕES

Mediante a oficina de capacitação para a segregação adequada dos resíduos domiciliares, os participantes incorporaram conhecimentos conforme a tipologia de resíduo. Os resíduos orgânicos e recicláveis foram os que se obteve maior grau de acertos, apontando para existência de conhecimentos prévios adequados. Os resíduos perigosos e rejeitos foram conceitos aprofundados durante o desenvolvimento da oficina, do qual se obteve maior nível de aprendizagem.

Por meio da inter-relação da teoria e a prática e o estímulo à participação, os participantes puderam relacionar as suas experiências vividas no cotidiano com as informações recebidas na oficina. Portanto, pode-se dizer que a oficina é uma técnica educativa que, por envolver ambiente descontraído e acolhedor, e o desenvolvimento de ações práticas, pode ser considerada um recurso pedagógico favorecedor de aprendizagens sobre segregação de resíduos e para implementação de programas de

educação ambiental.

Faz-se necessário, portanto, o desenvolvimento de programas e políticas públicas de educação ambiental em ambientes formais e informais como forma de prevenção à saúde individual e coletiva, visto que todos participam do ciclo produtivo dos resíduos.

REFERÊNCIAS

ANASTASIOU, L. G. C.; ALVES, L. P. **Processos de Ensino na Universidade: pressupostos para as estratégias de trabalho em aula**. 10. ed. Joinville, SC: Univille, 2015.

BÁLICO, L. M. **Efeito da distância entre a habitação e sítios de reciclagem de resíduos sobre habilidades cognitivas em escolares**. 2019. 51 f. Dissertação (Mestrado em Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde), Universidade de Caxias do Sul, Caxias do Sul, 2019.

BESERRA, E. P. *et al.* Educação ambiental e enfermagem: uma integração necessária. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 63, n. 5, p. 848-852, 2010. Disponível em: <https://bit.ly/2WTyMjF>. Acesso em: 28 mar. 2020.

BRASIL. **Lei 9.795 de 27 de abril de 1999**. Dispõe sobre a educação ambiental, institui a Política Nacional de Educação Ambiental e dá outras providências. Disponível em: <https://bit.ly/2WREJNV>. Acesso em: 12 fev. 2019.

BRASIL. **Lei 12.305 de 02 de agosto de 2010**. Institui a Política Nacional de Resíduos Sólidos altera a Lei no 9.605, de 12 de fevereiro de 1998; e dá outras providências. Disponível em: <https://bit.ly/2Jof4Vs>. Acesso em: 12 fev. 2019.

BRASIL. **Resolução N° 2, de 15 de junho de 2012**. Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Ambiental. Brasília, DF. Disponível em: <https://bit.ly/2Unxdcc>. Acesso em: 14 fev. 2019.

CAMARDELO, A. M. P.; STEDILE, N. L. R. **Catadores e Catadoras de Resíduos: prestadores de serviços fundamentais à conservação do meio ambiente**. Caxias do Sul, RS: Educus; 2016. pp. 158.

CODECA. **Companhia de Desenvolvimento de Caxias do Sul**. Associações de Reciclagem. Caxias do Sul, Brasil. 2017. Disponível em: http://www.codeca.com.br/servicos_coletas_as_coletas.php. Acesso em: 28 mar. 2020.

COELHO, A. P. F. *et al.* Satisfaction and dissatisfaction in the work of recyclable solid waste segregators: convergent-care research. **Rev Bras Enferm.** Brasília, v. 70, n. 2, p. 402-9, 2017. Disponível em: <https://bit.ly/2xAHj0b>. Acesso em: 28 mar. 2020.

CUNHA, G. H. *et al.* Insulin therapy waste produced in the households of people with diabetes monitored in Primary Care. **Rev Bras Enferm.** Brasília, v. 70, n. 3, p. 646-53, 2017. Disponível em: <https://bit.ly/33Yabf5>. Acesso em: 28 mar. 2020.

DUMCKE, T. S.; BENEDETTI, A.; SELISTRE, L. S.; CAMARDELO, A. M. P.; SILVA, E. R. Association between exposure to urban waste and emotional and behavioral difficulties in schoolchildren. **Jornal de Pediatria**, 2019. – no prelo

HOEFEL, M. *et al.* Accidents at work and living conditions among solid waste segregators in the open dump of Distrito Federal. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 774-785, 2013. Disponível em: <https://bit.ly/2UnvRy8>. Acesso em 28 mar. 2020.

MAZZARINO, J. M.; ROSA, D. C. Práticas pedagógicas em educação ambiental: o necessário caminho da auto-formação. **Ambiente e Educação**, Rio Grande, v. 18, n. 2, p. 121-144, 2013.

PELICIONI, M. C. F. Fundamentos da educação ambiental. In: PHILIPPI JÚNIOR, A.; ROMÉRO, M.; BRUNA, G. C. (ed.). **Curso de gestão ambiental**. 2. ed. Barueri: Manole, 2014. p. 469-492.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Preventing disease through healthy environments: a global assessment of the burden of disease from environmental risks**. Geneva, 2016. Disponível em: <http://bit.ly/2J9be2l>. Acesso em: 15 jan. 2019.

BAIXA COBERTURA VACINAL: IMPACTO DO FAKE NEWS E DA FALHA DO GERENCIAMENTO DE ENFERMAGEM

Data de aceite: 01/07/2020

Data de submissão: 03/04/2020

Erika Luci Pires de Vasconcelos
Centro Universitário Serra dos Órgãos –
UNIFESO
Teresópolis – Rio de Janeiro
<http://lattes.cnpq.br/3618637491414456>

Mariana Braga Salgueiro
Centro Universitário Serra dos Órgãos –
UNIFESO
Teresópolis – Rio de Janeiro
<http://lattes.cnpq.br/2754516656444979>

Lucca da Silva Rufino
Centro Universitário Serra dos Órgãos –
UNIFESO
Teresópolis – Rio de Janeiro
<http://lattes.cnpq.br/3881136378473417>

Alice Damasceno Abreu
Centro Universitário Serra dos Órgãos –
UNIFESO
Teresópolis – Rio de Janeiro
<http://lattes.cnpq.br/9031224957642417>

Lara Rocha de Brito Oliveira
Centro Universitário Serra dos Órgãos –
UNIFESO
Teresópolis – Rio de Janeiro
<http://lattes.cnpq.br/2127569753131398>

Cláudia Cristina Dias Granito

Centro Universitário Serra dos Órgãos –
UNIFESO
Teresópolis – Rio de Janeiro
<http://lattes.cnpq.br/5081531328515179>

Benisia Maria Barbosa Cordeiro Adell
Centro Universitário Serra dos Órgãos –
UNIFESO
Teresópolis – Rio de Janeiro
<http://lattes.cnpq.br/2663378982112613>

Giovanna de Oliveira Villalba
Centro Universitário Serra dos Órgãos –
UNIFESO
Teresópolis – Rio de Janeiro
<http://lattes.cnpq.br/0548432939270431>

Lucas de Almeida Figueiredo
Centro Universitário Serra dos Órgãos –
UNIFESO
Teresópolis – Rio de Janeiro
<http://lattes.cnpq.br/6916064200197209>

Maria Laura Dias Granito Marques
Centro Universitário Serra dos Órgãos –
UNIFESO
Teresópolis – Rio de Janeiro
<http://lattes.cnpq.br/4307661597258342>

RESUMO: A volta de doenças que haviam sido erradicadas caracteriza-se como um dos acontecimentos mais preocupantes de 2018. Perante isso, vários estudos foram trazidos

acerca de compreender a motivação desta hipotética, e o nota-se que há uma correlação direta entre a queda das taxas de vacinação e o aumento das *fake news*. A vacinação é uma das medidas mais importantes na prevenção de doenças, principalmente na infância, sendo o enfermeiro responsável por esse gerenciamento dentro das unidades primárias de saúde. Presente no Brasil desde 1804, a vacinação só foi efetivada com a formulação em 1973, do Programa Nacional de Imunizações (PNI) do Ministério da Saúde, o qual atua conforme a situação epidemiológica, vulnerabilidades e especificidades sociais para garantir uma alta cobertura vacinal, no entanto, nota-se um declínio da mesma e aumento de campanhas contra o incentivo desta prática. Objetiva-se com esse trabalho discutir sobre os grupos anti-vacinas (*fake news*), a falta de informações sobre a eficácia, prevenção e reação vacinal e também a falha do gerenciamento de enfermagem. Trata-se de uma revisão bibliográfica dos aspectos históricos e epidemiológicos das vacinas na infância contidas no site Ministério da Saúde e artigos recentes sobre as campanhas *fake news*. A base de dados pesquisados foi o *Scielo*, Lillacs sobre os descritores *fake news*, enfermagem e movimentos anti-vacinas. Foram encontrados 106 artigos e selecionados alguns seguindo tais descritores correspondem a presente pesquisa. Conclui-se que a mobilização anti-vacinal juntamente com o compartilhamento da mesma em rede sociais corroborou para a queda da cobertura de todas as vacinas realizadas na fase da infância. A falha do cuidado na Enfermagem transcende o papel e também foi um importante contribuinte para esse caos. Visto que o profissional de enfermagem não realizou com eficiência estratégias que fizessem a sensibilização destas comunidades. Onde as mesmas foram atingidas com informações negativas.

PALAVRAS-CHAVE: Imunização; Enfermagem; Fake News.

LOW VACINAL COVERAGE: IMPACT OF FAKE NEWS AND FAILURE OF NURSING MANAGEMENT

ABSTRACT: The return of diseases that had been eradicated is characterized as one of the most worrying events of 2018. In view of this, several studies were brought about understanding the motivation of this hypothetical, and it is noted that there is a direct correlation between the fall vaccination rates and the increase in fake news. Vaccination is one of the most important measures in disease prevention, especially in childhood, with nurses being responsible for this management within primary health units. Present in Brazil since 1804, vaccination was only carried out with the formulation in 1973, of the National Immunization Program (PNI) of the Ministry of Health, which acts according to the epidemiological situation, vulnerabilities and social specificities to ensure high vaccination coverage, in However, there is a decline and an increase in campaigns against encouraging this practice. The objective of this work is to discuss the anti-vaccine groups (*fake news*), the lack of information on the effectiveness, prevention and reaction of vaccines and also the failure of nursing management. This is a bibliographic review of the historical and epidemiological aspects of childhood vaccines

contained on the Ministry of Health website and recent articles on fake news campaigns. The database searched was Scielo, Lillacs on the keywords fake news, nursing and anti-vaccine movements. 106 articles were found and some selected according to these descriptors correspond to this research. It is concluded that the anti-vaccination mobilization together with sharing it on social networks corroborated the drop in coverage of all vaccines performed in childhood. The failure of nursing care transcends the role and was also an important contributor to this chaos. Since the nursing professional did not efficiently carry out strategies to raise awareness in these communities. Where they were hit with negative information.

KEYWORDS: Immunization; Nursing; Fake News.

1 | INTRODUÇÃO

A população dos dias atuais não conviveu com doenças que foram erradicadas, principalmente com o desenvolvimento de vacinas que, em se tratando de História, se confunde com a de algumas vacinas, como, por exemplo, aquela contra a varíola – cuja doença foi uma assassina em massa, assolando a humanidade por milênios.

Ano	Evento Epidemiológico
1804	A vacina contra a varíola chegou ao Brasil e foi testada, primeiramente, nos escravos.
1903	Oswaldo Cruz – um médico sanitário – iniciou os trabalhos de combate às epidemias de febre amarela, de peste bubônica e da própria varíola, que assolavam o Rio de Janeiro. A peste, por exemplo, era transmitida pela pulga dos ratos e ratazanas, que infestavam a cidade.
1904	Ocorreu a Revolta da Vacina: um movimento popular ocorrido na cidade do Rio de Janeiro entre os dias 10 e 16 de novembro. Vários conflitos urbanos violentos aconteceram entre populares e forças do governo (policiais e militares), porque a campanha de vacinação era obrigatória contra a varíola, realizada pelo governo brasileiro e comandada por Oswaldo Cruz. A grande maioria da população, formada por pessoas pobres e desinformadas, não conheciam o funcionamento de uma vacina e seus efeitos positivos. Logo, não a queriam tomar.
1927	Teve início a vacinação contra a tuberculose no Brasil, com utilização da BCG pela Liga Brasileira contra a Tuberculose
1942	Declarou-se extinta a febre amarela em sua forma urbana, em conjunto com o controle de sua forma silvestre
1953	Ocorreu o maior episódio de poliomielite já registrado no Rio de Janeiro, só controlado a partir de 1957, com a descoberta da vacina pelo pesquisador americano Albert Sabin
1977	Foi criado o Calendário Básico de Vacinação, que passou a ser obrigatório para crianças menores de 1 ano contra tuberculose, poliomielite, sarampo, difteria, tétano e coqueluche. Em 1986 foi criado o personagem <i>Zé Gotinha</i> para auxiliar na campanha de vacinação contra a pólio
2016	Novo surto de febre amarela, ocorrido principalmente na Região Sudeste, causando pânico à população e levando a filas gigantescas à procura da vacina. A doença provocaria mais de setecentos casos e de 260 óbitos, só naquele ano
2018	Novo surto de sarampo ocorre agora, com mais de 800 ocorrências, devido à quebra da cobertura vacinal, tendo o vírus sido trazido pelos migrantes provenientes da Venezuela – cujos controles de saúde são extremamente precários

Fonte: Ministério da Saúde e Sociedade Brasileira de Imunizações, in O Globo, 31/07/2018, Caderno Especial Vacinação, p. 2.

Segundo Brasil, portal.fiocruz.br, 2018:

“O clima foi de descontentamento popular com outras medidas tomadas pelo governo federal, que afetaram principalmente as pessoas mais pobres. Entre estas medidas, podemos destacar a reforma urbana da cidade do Rio de Janeiro (então capital do Brasil), que desalojou milhares de pessoas para que cortiços e habitações populares fossem colocados abaixo para a construção de avenidas, jardins e edifícios mais modernos.

Por isso, durante a Revolta, as pessoas se negavam a receber a visita dos agentes públicos que deveriam aplicar a vacina, reagindo, muitas vezes, com violência. Prédios públicos e lojas foram atacados e depredados. Trilhos de bondes foram retirados e assim o principal sistema de transportes da época foi comprometido.

A reação do governo federal e suas consequências vieram logo: suspendeu temporariamente a vacinação obrigatória e decretou estado de sítio na cidade (suspensão temporária de direitos e garantias constitucionais). Com força policial, a revolta foi controlada com várias pessoas presas e deportadas para o estado do Acre. Houve também cerca de trinta mortes e uma centena de feridos durante os conflitos entre populares e forças do governo.

Controlada a situação, a campanha de vacinação obrigatória teve prosseguimento. Em pouco tempo, a epidemia de varíola foi erradicada da cidade do Rio de Janeiro.”

A palavra “vacina” vem do termo latino *vacca*, derivado de vaca. Curiosamente, a população que habitava os campos observou que as mulheres que faziam a ordenha das vacas raramente tinham varíola. Por isso, acreditavam que essa imunidade vinha de alguma doença que elas contraíam das vacas, e que lhes dava certa proteção.

A doença que acometia os bovinos causava lesões cutâneas nas mãos e nos antebraços. Essa era, na verdade, a varíola bovina – que quando acomete os seres humanos não chega a ser fatal.

Apesar de naquela época nada se conhecer sobre os vírus, a certeza dos pecuaristas vinha, na verdade, do conhecimento popular acerca do que hoje conhecemos como “proteção cruzada”, que se traduz por uma resposta imunológica do organismo ao contato com um vírus que já o infectou anteriormente.

Fake News, ou, aqui no Brasil, notícias falsas, são elementos noticiosos que visam alertar o público para uma tal situação ou fato para tratar um ponto de vista de uma ocorrência. No entanto, como se pode coligir pelo nome, uma parte ou todo seu conteúdo pode ser composto de dados falaciosos.

Afinal o que realmente se torna elemento sobre fake news? Pessoas comuns, por vezes escolarizados, e analfabetos que possuam acesso à imprensa livre e do meio digital da internet tornam-se facilmente driblados por conhecimentos inverídicos.

2 | JUSTIFICATIVA

Nota-se a necessidade de compreensão das pessoas uma vez que depende do esforço de cada um para que se forme um cinturão de segurança. A vacina não pode estar

no banco dos réus. Ela veio para livrar a todos de um grande mal.

A seleção da espécie humana trata justamente disso: uma escolha da própria natureza. Quando uma parte da população se fragiliza diante de uma ameaça de doença que já havia sido abolida no passado, é imperioso que imediatamente se proteja o restante da população ainda não contaminada, e para isso a ciência e a modernidade tecnológica e científica devem estar disponíveis o quanto antes.

Um mapeamento mostrou que, desde 2015, os índices de cobertura vacinal despencaram, justamente por conta do anterior sucesso nas campanhas de vacinação: a população passou a acreditar que não seria mais necessário vacinar-se porque tais doenças não estavam mais presentes no seu dia a dia.

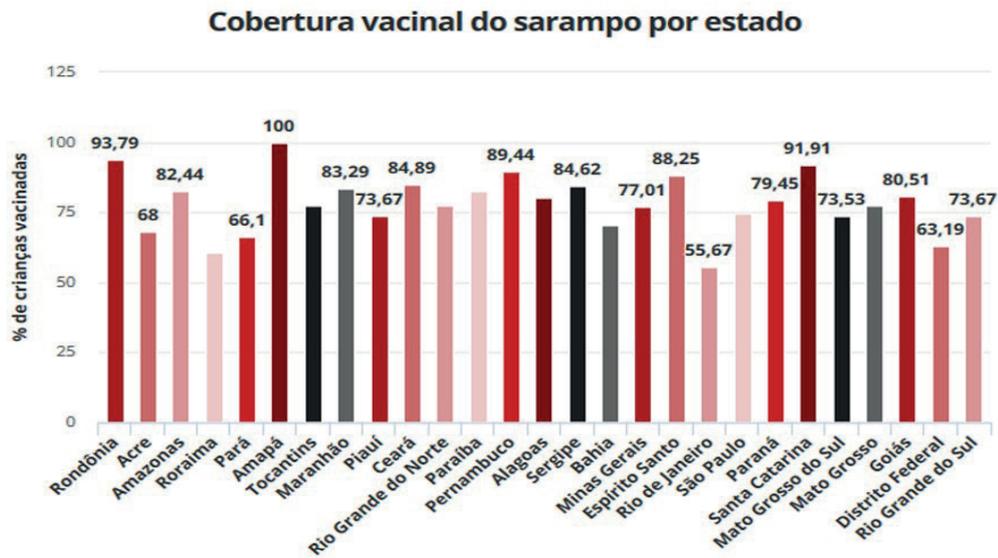
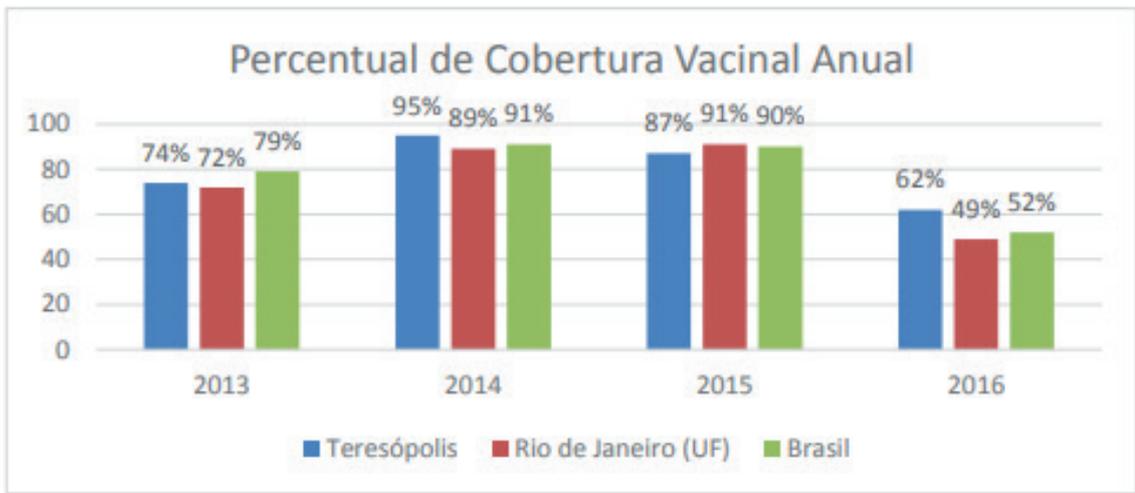
Porém, não é só isso. O desabastecimento da rede pública por conta dos episódios de corrupção na área da saúde obrigou até mesmo ao fracionamento de vacinas importantes.

Os índices de cobertura vacinal em bebês refletem bem esse panorama, segundo o Ministério da Saúde (2018):

Vacina	2015	2017	Vacina	2015	2017
BCG	105,1%	91,4%	Pentavalente	96,3%	76,5%
Rotavírus	95,4%	75,2%	Pneumocócica	94,2%	83,6%
Meningocócica C	98,2%	78,7%	Poliomielite	98,2%	77,0%
Hepatite A	97,1%	76,1%	Tríplice Viral	96,1%	83,9%
Tetra Viral	77,4%	70,7%	Hepatite B	97,7%	80,1%

Imunobiológicos	2012	2013	2014	2015	2016
BCG	105,7	107,43	107,28	105,08	95,5
Hepatite B < 1mês	NA	NA	88,54	90,93	81,66
Rotavírus Humano (<1ano)	86,37	93,32	93,44	95,35	88,97
Meningococo C (<1ano)	96,18	99,70	96,36	98,19	91,67
Meningococo C (1º ref – 1 ano)	...	92,35	88,55	87,85	93,85
Penta (DTP/Hib/HB) <1ano	93,80	95,89	94,85	96,30	89,26
DTP (1º ref)	...	90,96	86,36	85,78	64,27
Pneumocócica	88,39	93,57	93,45	94,23	94,98
Pneumocócica (1º ref – 1 ano)	...	93,12	87,95	88,35	84,09
Poliomielite	96,55	100,71	96,76	98,29	84,42
Poliomielite (1º ref – 1 ano)	...	92,92	86,31	84,52	74,33
Hepatite A (1 ano)	60,13	97,07	71,57
Tríplice Viral D1 (1 ano)	99,5	107,46	112,8	96,07	95,35
Tríplice Viral D2 (1 ano)	...	68,87	92,88	79,94	76,71
Dupla adulto / dTpa gestante	NA	50,69	43,06	42,6	33,80

Fonte: CGPNI (dados extraídos em <http://pni.datasus.gov.br>). Em vermelho coberturas abaixo da meta.
* Tríplice Viral, Hepatite A, Tetra Viral e doses de reforço



Fonte: Ministério da Saúde



Fonte: FIOCRUZ

3 | OBJETIVOS

- Sensibilizar a população quanto à importância da vacinação;
- Orientar a respeito de tabus e preconceitos em relação à vacina;
- Vacinar o maior número possível de pessoas;
- Diminuir as estatísticas da volta de doenças que já estavam erradicadas;
- Trazer a discussão acerca da falha do gerenciamento de enfermagem na busca ativa e campanhas de promoção a saúde coletiva.

4 | METODOLOGIA

O presente estudo trata de uma pesquisa-ação, que visa utilizar grupos de *Rodas de Conversas* dentro das comunidades e dentro do cenário de prática IETC (Integração Ensino Trabalho e Cidadania). A inserção neste cenário é garantida pelo COAPS - Contrato Organizativo da Ação Pública -, como um instrumento da gestão compartilhada, que tem a função de definir entre os entes federativos as suas responsabilidades no SUS, permitindo, a partir de uma região de saúde, uma organização dotada de unicidade conceitual, com diretrizes, metas e indicadores, todos claramente explicitados e que devem ser cumpridos dentro de prazos estabelecidos.

Tudo isso pactuado com clareza e dentro das práticas que devem ser adotadas num Estado Federativo. O contrato garantirá uma gestão compartilhada dotada de segurança: Decreto Federal nº 7.508, de 28 de junho de 2011. O mesmo pactua dentro de uma região a garantia de se atuar dentro das áreas de saúde, orientando a população sobre as suas demandas de forma a garantir equidade entre seus habitantes.

A metodologia será aplicada nas escolas públicas, buscando verificar a atualização do calendário vacinal e seu correto registro nos cartões de vacinação das crianças. Quando detectada falha, realizar o correto apazamento das imunizações.

Trazer a população necessitada para os postos de saúde, contando com a ajuda do Agente Comunitário do bairro e a equipe de Enfermagem.

Sensibilizar e conscientizar as famílias quanto à importância da vacinação na infância.

5 | RESULTADOS ESPERADOS

A meta será imunizar ao menos 85% da população do município, visando a mitigar os efeitos nocivos das doenças por falta de vacinação.

Trazer ao posto de saúde as famílias para completara imunização; através de busca ativa.

Alertar a população de que a vacinação é garantida por lei e que, se não cumprida,

sujeita aqueles que não vacinarem seus filhos a multa e outras cominações legais, por garantia do Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA.

Para quem não sabe, temos no Brasil há quase 35 anos, um dispositivo legal que permite ao governo forçar a vacinação na população, caso considere necessário: trata-se do Decreto nº 78.231, de 12 de agosto de 1976, que determina:

Artigo 13. Parágrafo único. Consideram-se de notificação compulsória:

I – As doenças que podem implicar medidas de isolamento ou quarentena, de acordo com o Regulamento Sanitário Internacional;

Art 27. Serão obrigatórias, em todo o território nacional, as vacinações como tal definidas pelo Ministério da Saúde, contra as doenças controláveis por essa técnica de prevenção, consideradas relevantes no quadro nosológico nacional.

Parágrafo único. Para efeito do disposto neste artigo o Ministério Saúde elaborará relações dos tipos de vacina cuja aplicação será obrigatória em todo o território nacional e em determinadas regiões do País, de acordo com comportamento epidemiológico das doenças.

Art 28. As Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal, e dos Territórios poderão tornar obrigatório o uso de outros tipos de vacina para a população de suas áreas geográficas, desde que: I – Obedeçam ao disposto neste Decreto e nas demais normas complementares baixadas para sua execução pelo Ministério da Saúde (...).

Somos, no Brasil, referência mundial no quesito *vacina* e a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), vinculada ao Ministério da Saúde, atua ativamente. A mesma tem como objetivos: promover a saúde e o desenvolvimento social, gerar e difundir conhecimento científico e tecnológico, ser um agente da cidadania. Estes são os conceitos que pautam a atuação da Fiocruz, a mais destacada instituição de ciência e tecnologia em saúde da América Latina.

6 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O referente projeto de extensão está em fase de submissão / execução perante os instrumentos político-administrativos disponíveis no município de Teresópolis, encontrando-se ainda em sua fase inicial, destinada a atender a população e suprir suas dúvidas e orientações.

Entende-se que apesar de as informações produzidas e repassadas condizerem a um fato desde a antiguidade, a disseminação das redes sociais online e os seus respectivos compartilhamentos dão bordas para que a falta de informação alcance uma rápida inconsequência mundial de influência negativa. Tal inconsequência tem refletido diretamente na saúde da população.

No âmbito legal, espalhar fake news é crime, seguindo o código penal Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940, para tipificar o crime de divulgação de informação falsa –

fake news. No Brasil, contudo, ainda não conta-se com uma lei para quem divulga fake news, seja na produção da mesma ou no compartilhamento. O que tem-se aqui é uma verificação prévia de veracidade de fatos e sujeita responsabilização por meios legais do direito civil e criminal.

Advertências legais devem compor o combate a desinformação e informações errôneas, mas sem desfocar o respeito a liberdade de expressão.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil>. Acesso em: 30 de março de 2020,

BRASIL. Disponível em: <www.portalms.saude.gov.br>. Acesso em: 30 de março de 2020.

BRASIL. Disponível em: <www.portal.fiocruz.br>. Acesso em: 02 de agosto de 2018/ 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA DAS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS. **Manual de vigilância epidemiológica de eventos adversos pós-vacinação**. 3. ed. Brasília: 2014.

DELMAZO, CAROLINE; VALENTE, JONAS C.L. **Fake News nas redes sociais online: propagação e reações à desinformação em busca de cliques**. Media & Amp; Jornalismo. V.18. Nº 32. Pág. 155 – 169.

DELMAZO, CAROLINE; VALENTE, JONAS C.L. **Fake news on online social media: propagation and reactions to misinformation in search of clicks**. Disponível: <www.scielo.com.br> Acesso em: 01 de abril de 2020.

DUMARD, CARLOS. **A vacina no banco dos réus: mitos e verdades sobre a vacina**. São Paulo: All Print Editora; 2017. Disponível em: <www.pastoraldacrianca.org.br>. Acesso em 30 de março de 2020

FERREIRA, VINICIUS LEATI DE ROSSI; WALDMAN, ELISEU ALVES; RODRIGUES, LAURA CUNHA; MARTINELLI, EDMAR; COSTA, ÂNGELA APARECIDA; INENAMI, MARTA; SATO, ANA PAULA SAYURI. **Avaliação de coberturas vacinais de crianças em uma cidade de médio porte (Brasil) utilizando registro informatizado de imunização**. ARTIGO • Cad. Saúde Pública 34 (9) 06 Set 2018 • <https://doi.org/10.1590/0102-311X00184317>. Disponível em <https://scielosp.org/article/csp/2018.v34n9/e00184317/>. Último acesso em 02 de abril de 2020.

MILLER, F. BENJAMIM. **O livro da saúde – Enciclopédia médica familiar**. Ed. Abril. São Paulo: 1980.

RIBEIRO, BÁRBARA CRISTINA MARQUES DOS SANTOS; FRANCO, ISABELA DE MELO; SOARES, CHARLENE CARVALHO. **Competência em Informação: as fake news no contexto**. Universidade Federal de Minas Gerais. Minas Gerais: novembro de 2018.

FATORES ASSOCIADOS AOS ACIDENTES COM MATERIAL BIOLÓGICO COM OS TRABALHADORES DO SERVIÇO DE LIMPEZA

Data de aceite: 01/07/2020

Data de Submissão: 07/04/2020

Larissa Bandeira de Mello Barbosa
Universidade Federal do Triângulo Mineiro
Uberaba – MG
<http://lattes.cnpq.br/3552703040360026>

Marina Pereira Rezende
Universidade Federal do Triângulo Mineiro
Uberaba – MG
<http://lattes.cnpq.br/8062210131889696>

Andréa Mara Bernardes da Silva
Universidade Federal do Triângulo Mineiro
Uberaba – MG
<http://lattes.cnpq.br/8001202967182989>

RESUMO: O presente trabalho tem como objetivo analisar o perfil dos acidentes de trabalho com material biológico ocorridos entre os trabalhadores do serviço de limpeza do Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, a fim de contribuir para a identificação dos fatores associados à sua ocorrência, como bem como apresentar possíveis estratégias educacionais que otimizem a saúde e segurança ocupacional. Trata-se de um estudo seccional / transversal

e exploratório, com abordagem quantitativa. Este trabalho envolveu a coleta de dados com 116 trabalhadores do serviço de limpeza em um ponto no tempo e medições das variáveis de interesse que foram feitas simultaneamente, fornecendo um instantâneo estático do que está acontecendo no momento. Os resultados demonstram a exposição ainda dos trabalhadores da limpeza de serviços a riscos ocupacionais, especialmente riscos biológicos e sua vulnerabilidade a eles. Com isso, sugere-se que sejam necessárias medidas para implementar o treinamento em questões de biossegurança, vigilância de acidentes de trabalho, palestras informativas sobre relatórios de acidentes de trabalho para resolver esses impasses, promovendo a saúde e segurança no trabalho.

PALAVRAS-CHAVE: Serviço de Limpeza; Hospital; Acidentes de Trabalho

FACTORS ASSOCIATED WITH ACCIDENTS
WITH BIOLOGICAL MATERIAL WITH
CLEANING SERVICE WORKERS

ABSTRACT: This study aims to analyze the profile of occupational accidents with biological material that occurred among the cleaning

service workers at Hospital das Clínicas, Federal University of Triângulo Mineiro, in order to contribute to the identification of factors associated with their occurrence, as well as presenting possible educational strategies that optimize occupational health and safety. This is a cross-sectional and exploratory study, with a quantitative approach. This work involved collecting data from 116 cleaning service workers at one point in time and measuring the variables of interest that were made simultaneously, providing a static snapshot of what is happening at the moment. The results demonstrate the exposure of service cleaning workers to occupational risks, especially biological risks and their vulnerability to them. Thus, it is suggested that measures are needed to implement training on biosafety issues, surveillance of accidents at work, informative lectures on reports of accidents at work and hosts to resolve these impasses, promoting health and safety at work.

KEYWORDS: Housekeeping; Hospital; Occupational Accidents

INTRODUÇÃO

As instituições de saúde têm por característica o atendimento e a assistência à saúde da população em geral, visando a promoção à saúde, prevenção de doenças e agravos. No entanto, este ambiente de trabalho é insalubre e em algumas situações expõem os trabalhadores do local a diversos riscos ocupacionais, principalmente os riscos biológicos. No caso dos trabalhadores do serviço de limpeza, as atitudes errôneas de outros profissionais de saúde, podem contribuir para os acidentes de trabalho no âmbito hospitalar. Os acidentes de trabalho com material biológico potencialmente contaminado é caracterizado como um dos principais agravos à saúde destes trabalhadores, embora estes não desempenhem atividades assistenciais, podem se tornar vítimas e serem acometidos direta ou indiretamente por lesão corporal e/ou doenças que podem causar morte, perda ou redução da capacidade de trabalho, que impactam negativamente a economia do país (MENEQUIN; MORINE; AYRES, 2015).

Mesmo diante das normas de Biossegurança instituídas por meio das políticas públicas de saúde, muitos trabalhadores, ainda não permeiam a prática diária com a mesma intensidade, devido ao sentimento de invulnerabilidade dos mesmos. Neste sentido, entender todo o processo que envolve a saúde do trabalhador e conhecer os principais riscos ocupacionais que expõem estes trabalhadores é uma estratégia fundamental para estabelecer medidas para a segurança ocupacional (SILVA; ALMEIDA; PAULA; VILLAR, 2012).

Sendo assim, o trabalho pode ser definido como qualquer atividade física ou psicológica realizada pelo ser humano, na busca constante de interação social, profissional e na aquisição de formas de sustentação financeira. Culturalmente, o trabalho é um organizador social, uma vez que define um indivíduo através do reconhecimento de sua atividade profissional, faz com que o homem aprenda a conviver com outras pessoas, tornando-o

instrumento de conhecimento, promovendo a evolução individual e coletiva (KEGLER; MACEDO, 2015).

Dessa maneira, entender as acentuadas mudanças ocorridas no campo do trabalho, permite estabelecer e criar estratégias para garantir ações preventivas e de promoção a saúde destes trabalhadores (COSTA; LACAZ; JACKSON FILHO; VILELA, 2013). A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, instituída por meio da Portaria n. 1.823 em 23 de agosto de 2012, apresenta a necessidade do desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador, com vistas à promoção da saúde e proteção de agravos, bem como a redução da morbimortalidade relacionadas às atividades laborais (BRASIL, 2012).

No Brasil a Vigilância em Saúde do Trabalhador ocupa um papel crucial na intervenção sobre os determinantes dos agravos à saúde dos trabalhadores, relacionados à promoção da saúde e prevenção dos acidentes de trabalho. Estrategicamente as ações de vigilância em saúde se inserem nos fundamentos do SUS para enfrentamento das situações que colocam em risco a saúde ocupacional, composta pela intervenção da tríade: promoção da saúde, prevenção das enfermidades/acidentes e atenção curativa (COSTA; LACAZ; JACKSON FILHO; VILELA, 2013).

Embora tais ações sejam implementadas no cotidiano destes trabalhadores, ainda é possível perceber desafios frente às políticas públicas de saúde. Mediante a isto foi instituída a Norma Regulamentadora número 32 (NR 32), do Ministério do Trabalho e Emprego (BR) que trata da Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde, com o objetivo de acoplar o que já existe no país em termos de legislação e favorecer os trabalhadores da saúde em geral, determinando normas para introdução de medidas de proteção à saúde e segurança dos mesmos. Esta norma trata dos riscos biológicos; riscos químicos; das radiações ionizantes; dos resíduos; das condições de conforto por ocasião das refeições; das lavanderias; da limpeza e conservação; e da manutenção de máquinas e equipamentos em serviços que prestam assistência à saúde (GALLAS, FONTANA, 2010).

Assim, a Biossegurança é entendida como um conjunto de ações voltadas para a prevenção de doenças, proteção do trabalhador, redução de riscos inerentes às atividades laborais. Insere-se como fator relevante na caracterização dos riscos já apresentados, considerando a vulnerabilidade e incertezas, ressaltando a compreensão das apreensões, dúvidas, tensões e medos de forma generalizada, atingindo os trabalhadores, família, instituições de saúde e a sociedade em geral. Várias dimensões do risco permeiam no cotidiano, na vida pessoal e coletiva destes trabalhadores (ARDIÓNS; NAVARRO; CARDOSO, 2013).

É válido reforçar que em muitos locais de atuação, as condições de trabalho são insatisfatórias, evidenciadas por problemas de organização, deficiência de recursos humanos e materiais e área física inadequada do ponto de vista ergonômico. Acredita-se

que esta conformação é fator preditivo para a exposição a riscos ocupacionais, dentre eles os riscos físicos (calor, umidade, pressões anormais, radiações ionizantes, frio, ruídos), riscos químicos (névoas, poeira, gases, vapores, substâncias e/ou compostos químicos), riscos biológicos (vírus, fungos, parasitas, bactérias, bacilos, protozoários), riscos ergonômicos (levantamento e transporte de peso, postura inadequada, jornadas de trabalho prolongadas, esforço físico intenso, monotonia e repetitividade) e riscos de acidentes (máquinas e equipamentos sem proteção, iluminação inadequada, probabilidade de incêndio ou explosão, eletricidade, animais peçonhentos e arranjo físico inadequado) (MARQUES; MARTINS; SOBRINHO, 2011).

Neste sentido, é fundamental destacar que, mais do que normatizar, é necessário comprometimento da instituição de saúde (gestores e profissionais) no treinamento dos trabalhadores, referente à conscientização para que os espaços sejam adequados e otimizados, com práticas seguras e eficientes (PEREIRA; COSTA; BORBA; JURBERG, 2010).

Em relação ao Serviço de limpeza hospitalar, considerado crucial nas instituições de saúde, sua responsabilidade consiste em manter rigorosamente o ambiente limpo e higienizado, além disso, viabiliza a estabilidade estética do ambiente e limpeza de equipamentos nas diferentes unidades de atendimento. Conta com uma equipe de trabalhadores, treinados e capacitados para desempenharem sua função, a fim de manter um ambiente seguro e adequado, contribuindo para a redução do risco de infecção, assim como para a promoção da cultura de segurança nas instituições de saúde (BELTRAME; MAGNAGO; KIRCHHOF; MARCONATO; MORAIS, 2014).

Entretanto, os trabalhadores do serviço de limpeza muitas vezes podem enfrentar dificuldades perante as atividades desenvolvidas, por estarem mais susceptíveis aos riscos ocupacionais, principalmente os riscos biológicos, foco do presente estudo, que os colocam em situações constantes de vulnerabilidades (MENEQUIN; MORINE. AYRES, 2015).

Segundo Petean e colaboradores (2014), tais trabalhadores vivenciam toda a rotina/dinâmica dos estabelecimentos de assistência à saúde, uma vez que são lotados em diferentes unidades/setores e circulam frequentemente nestas áreas/ambientes para o desempenho de suas funções. Tais ambientes apresentam suas especificidades, considerados mais limpos, como o lactário, mas também daqueles mais contaminados, como os isolamentos, expurgos e necrotério. Nesses espaços, os trabalhadores da limpeza estão mais expostos aos riscos ocupacionais, devido à rotina de suas atividades laborais, por manterem contato direto com o que há de mais insalubre em tais ambientes (PETEAN; COSTA; RIBEIRO, 2014).

Assim, a prevenção de acidentes de trabalho nesse contexto, se fundamenta no correto uso dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI) e Equipamentos de Proteção Coletiva (EPC). Em complemento a essas medidas, é verificada a importância de

treinamentos para estes trabalhadores, facilitando a adesão às normas e procedimentos que devem ser realizados corretamente para uma maior eficácia do serviço. Desse modo, a biossegurança como já retratada, tem por objetivo a prevenção às exposições aos riscos que são altamente prejudiciais, uma vez em que, o fator preocupante é diretamente proporcional ao risco que pode levar ao acidente de trabalho e/ou conseqüentemente ao adoecimento pela atividade laboral (SANGIONI; PEREIRA; VOGEL; BOTTON, 2013).

Nota-se, contudo a importância do controle e prevenção dos possíveis acidentes ocupacionais dos trabalhadores do serviço de limpeza hospitalar, buscando melhorias das condições de trabalho, assim como a divulgação e ampliação das importantes ações de educação em saúde, que se realizadas de forma efetiva, promovem impacto significativo na qualidade de vida destes trabalhadores, que são parte central do processo de produtividade e qualidade das ações em saúde nas instituições hospitalares (IMBRIZI; KEPLER; VILHANUEVA, 2013).

Neste sentido, o presente estudo tem por objetivo analisar o perfil dos acidentes de trabalho com material biológico ocorrido entre os trabalhadores do serviço de limpeza do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo seccional/transversal e exploratório, com abordagem quantitativa. Este estudo envolve a coleta de dados em um ponto do tempo e mensurações das variáveis de interesse são feitas simultaneamente, constituindo uma radiografia estática do que ocorre no momento (POLIT, 2011).

A pesquisa foi realizada no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro-UFTM, na cidade de Uberaba/MG. Trata-se de uma instituição de saúde voltada para a atenção terciária, onde atende níveis de média à alta complexidade. Com localização estratégica confere ampla abertura regional envolvendo os 27 municípios que compõe a macro região do triângulo sul, como único hospital público que oferece atendimento terceirizado de alta complexidade. Abrangendo também outras macro regiões de Minas Gerais e também de outros estados da federação. Atualmente comporta 290 leitos, sendo 20 UTI Infantil, 10 UTI Adulto e 10 UTI Coronariano.

A população do estudo foi composta por todos os trabalhadores do serviço de limpeza que prestavam serviços para um hospital universitário em diferentes setores e que atuavam no período da coleta de dados, participando da pesquisa.

Foram considerados elegíveis para fazer parte da pesquisa 150 trabalhadores do serviço de limpeza. 15 (10,0%) participantes foram utilizados como parte do estudo piloto realizados para adequação dos itens adaptados do instrumento de coleta de dados. 101 (74,81%) participantes participaram da pesquisa e 34 (25,19%) participantes se recusaram a participar da pesquisa.

Para realização desta pesquisa, foi solicitada previamente autorização do diretor clínico do HC/UFTM e da Responsável pelo serviço de hotelaria e supervisora do serviço de higienização.

A coleta de dados foi realizada nas dependências do HC/UFTM no período de 1 de julho de 2016 a 19 de Agosto de 2016 no início e/ou intervalo dos turnos de trabalho, a fim de minimizar possíveis interferências na rotina do trabalho destes profissionais. A seleção inicial dos trabalhadores da limpeza se deu mediante a escala mensal de serviço fornecida pelo serviço de hotelaria do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, a qual consta o nome, turno e setor de trabalho. Ressalta-se que os participantes do estudo piloto não foram incluídos na população do estudo. Após esse levantamento, foi realizada a abordagem individual de todos os funcionários aptos a participarem da pesquisa, por turno e setor de trabalho. A participação na entrevista foi precedida pelo esclarecimento sobre o objetivo do estudo e a assinatura do Termo De Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Para garantir o anonimato dos participantes da pesquisa, os questionários foram identificados por número.

O instrumento utilizado foi construído e validado em seu conteúdo por ASSIS (2010), É composto por perguntas de múltipla escolha que abrange dados epidemiológicos (idade, sexo, estado civil, renda mensal, tempo de atuação na instituição e na função, turno de trabalho e múltipla jornada de trabalho) e dos acidentes ocorridos durante a execução das suas atividades rotineiras do serviço de limpeza hospitalar (local atingido, atividade executada, agente contaminante, situação favorecedora, utilização de EPI (Equipamento de Proteção Individual), setor em que ocorreu o acidente, procedimentos na região afetada, atendimento médico e Preenchimento do CAT).

Os dados foram digitados em planilha eletrônica, empregando-se o programa Excel®. Foram digitados por duas pessoas, com dupla entrada, para posterior validação e verificação da consistência, consolidação e validação. Posteriormente foram importados para o Programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 21.0.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (CEP/UFTM) de acordo com o parecer nº 1.481.319.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo foram descritos e comparados com a literatura atualizada sobre o assunto. Encontram-se distribuídos em tabelas acompanhadas da discussão, com base na literatura.

A tabela 1 apresenta as características relacionadas aos dados sociodemográficos e laborais dos trabalhadores do serviço de limpeza (n – 101) Uberaba/MG, 2016.

	Variável	n (101)	%
Sexo	Feminino	93	92,1
	Masculino	08	7,9
Estado Civil	Solteiro	35	34,6
	Casado	39	38,6
	Viúvo	05	5,0
	União estável	10	9,9
	Outros	12	11,9
Escolaridade	Sem escolaridade	2	2,0
	Ensino fundamental incompleto	55	54,5
	Ensino fundamental completo	13	12,9
	Ensino médio incompleto	15	14,9
	Ensino médio completo	15	14,9
	Ensino superior completo	1	1,0
	Renda Mensal Familiar	1 a 2 salários	101

Tabela 1 - Distribuição da frequência absoluta e relativa das características sociodemográficas e laborais dos trabalhadores do serviço de limpeza de acordo com sexo, estado civil, escolaridade e renda mensal familiar.

De acordo com os dados presentes no estudo, verificou-se que 93 (92,1%) participantes analisados pertencem ao sexo feminino. Dados semelhantes encontrados por outros autores como (MENEQUIN; MORINE; AYRES, 2015) encontram em seus estudos o predomínio do sexo feminino entre os trabalhadores de limpeza. A influência do gênero para estas atividades estão intimamente ligadas a fatores histórico/culturais, uma vez em que o serviço de limpeza é comparado ao serviço doméstico executado na maioria das vezes por mulheres, exemplificando o número elevado do sexo feminino de participantes do estudo (MARTARELLO; BENATTI, 2009).

Em relação ao estado civil dos sujeitos, não existe uma diferença expressiva entre os que se declararam casados 39 (38,6%) e solteiros 35 (34,6%), o que não corrobora com as literaturas encontradas.

Quanto à escolaridade, 2 (2,0%) participantes referiram não possuir escolaridade, 55 (54,5%) participantes com ensino fundamental incompleto, um resultado esperado, tendo em vista que é um trabalho que não exige qualificação profissional. Entender qual o impacto desse fator é fundamental para que o serviço direcione ações que possam reduzir a probabilidade de riscos ocupacionais. Dados como estes mobilizam o olhar para programas de escolarização dos trabalhadores já empregados, em todos os contextos de trabalho, vinculando a educação, também a ações de prevenção em saúde do trabalhador, como forma de se alcançar a redução de acidentes, viabilizando melhorias na qualidade

laboral.

Acerca da renda mensal familiar, 100% participantes tem uma média salarial de 1 a 2 salários mínimos. Os baixos salários representam indicativos que refletem significativamente na realidade desfavorável no que tange às questões das condições de trabalho destes profissionais. As condições laborais desfavoráveis, às quais estão submetidos, são consideradas desafios na obtenção de melhorias na qualidade de vida, sendo frequentemente, negligenciadas ou minimizadas em função do retorno financeiro que a atividade oferece, especialmente se considerarmos que se trata de um grupo de baixa competitividade no mercado de trabalho.

A tabela 2 apresenta as características laborais dos trabalhadores do serviço de limpeza (n – 101). Uberaba/MG, 2016.

Variável	N (101)	%
Tempo de atuação na UFTM		
Menor que 1 ano	15	14,9
1 ano à 5 anos	62	61,4
6 anos à 10 anos	21	20,8
15 anos à 20 anos	3	3,0
Tempo na função		
Menor que 1 ano	5	5,0
1 ano à 5 anos	40	39,6
6 anos à 10 anos	30	29,7
11 anos à 15 anos	12	11,9
16 anos à 20 anos	13	12,9
21 anos à 25 anos	1	1,0
Vínculo empregatício		
Outro	101	100
Atividade profissional fora da área		
Sim	10	9,9
Não	91	90,1
Se sim, qual turno		

	Manhã	5	50
	Tarde	3	30
	Noite	2	20
Turno de trabalho			
	Manhã	61	60,4
	Tarde	29	28,7
	Noite	11	10,9
Adicional de Insalubridade			
	Sim	89	88,1
	Não	12	11,9

Tabela 2 - Distribuição da frequência absoluta e relativa das características laborais dos trabalhadores do serviço de limpeza de acordo com o tempo de atuação na instituição, tempo de função, vínculo empregatício, atividade profissional desenvolvida fora da área de limpeza e seu turno, turno de trabalho na instituição e recebimento de adicional de insalubridade.

Relacionado à caracterização ocupacional quanto ao tempo de atuação na instituição, a maioria dos trabalhadores 62 (61,4%) atuam entre 1 a 5 anos e apenas 3 (3,0%) atuam entre 15 a 20 anos. Ao abordar o assunto relativo ao tempo de atuação na função de serviços de limpeza, 40 (39,6%) participantes informaram atuar em um tempo médio de 1 a 5 anos na função de serviços de limpeza e 1 (1,0%) participante entre 21 a 25 anos de função. Acredita-se que pode ser justificado pelo fato de que os trabalhadores com pouco tempo de função de limpeza hospitalar, mas com um tempo maior de atuação em área de limpeza por terem interiorizadas técnicas e comportamentos próprios da profissão, pelo excesso de autoconfiança e pelas dificuldades para mudar hábitos, expõem-se mais aos riscos e à ocorrência dos acidentes.

Quanto ao vínculo empregatício, observou-se que 100% referiram regime de trabalho terceirizado. 10 (9,9%) participantes informaram sobre realizar outra atividade fora do serviço de limpeza, sendo que 50% no turno da manhã, 30% no turno da tarde e 20% no turno noturno. 91 (90,1%) entrevistados referiram não ter outro emprego. Em relação ao turno de trabalho, não houve uma distribuição homogênea diante dos trabalhadores entrevistados, de modo que 61 (60,4%) trabalhavam no turno matutino, 29 (28,7%) no vespertino e 11 (10,9%) no turno noturno. Observou-se que as realidades no ambiente de trabalho são singulares a cada turno devido à maneira como o serviço é realizado e também nas distribuições de funcionários, sendo necessário o desenvolvimento de

estratégias preventivas adequadas no processo/rotina de trabalho.

A maioria dos participantes 89 (88,1%) declararam receber o adicional de insalubridade, enquanto que 12 (11,9%) informaram que não tem o direito de receber por ocuparem cargos de supervisores e por não estarem diretamente em contato com os setores insalubres do hospital. Entretanto, percebe-se que estes supervisores ao participarem ativamente da verificação da qualidade dos serviços prestados e até mesmo o gerenciamento das ações que deverão ser realizadas pelos profissionais da limpeza, atuam indiretamente nos ambientes que podem gerar risco à saúde ocupacional. Há de se considerar a exposição mínima destes supervisores. É importante referir que a insalubridade, segundo a consolidação das Leis do trabalho (CLT) é um direito concedido a trabalhadores que são expostos a agentes nocivos à saúde acima dos limites tolerados pelo Ministério do Trabalho e Emprego (BEJGEL; BARROSO, 2001). Destaca-se que a Norma Regulamentadora 15 do Ministério do Trabalho e Emprego é que define o que é atividade insalubre. Há três graus: mínimo, que garante o adicional de (10%); o médio (20%) e o máximo (40%) (MINISTÉRIO DO TRABALHO, 2015).

A tabela 3 apresenta as características relacionadas aos acidentes de trabalho com material biológico potencialmente contaminado com os trabalhadores do serviço de limpeza (n – 101). Uberaba/MG, 2016.

Variável		N (101)	%
Acidentes de Trabalho			
	Sim	10	9,9
	Não	91	9,1
Quantos Acidentes	1 acidente (no mínimo)	10	100
Tipo de Acidente	Percutâneo (Perfurocortante)	10	100
Local atingido	Mão/dedo	9	90
	Outro	1	10

Atividade que executava			
	Limpeza Terminal	2	20
	Desinfecção Semanal	1	10
	Coleta de Resíduos	4	40
	Transporte de Resíduos	3	30
Agente Contaminante	Sangue	10	100
Situação que favoreceu a ocorrência			
	Distração	3	30
	Acondicionamento Inadequado	7	70
EPI'S que utilizava			
	Luvas de procedimentos	9	90
	Não utilizava	1	10
Conduta após o Acidente			
	Imediatamente parou o Procedimento e fez a pro-Filaxia	10	100
Cuidados com o Local			
	Lavou com água e sabão	3	30
	Não limpou	7	70
Procedimentos Médicos			
	Consulta Médica	10	100
Setor			
	Clínica Cirúrgica	1	10
	Pediatria	1	10
	Ginecologia e Obstetrícia	3	30
	UTI – Adulto	1	10
	Pronto Socorro Adulto	1	10
	Outros	3	30
Comunicou a chefia			
	Sim	10	100
Preencheu o CAT			
	Sim	10	100

Tabela 3 – Distribuição da frequência absoluta e relativa relacionada aos acidentes de trabalho com material biológico potencialmente contaminado de acordo com o número de acidentes, o tipo de

acidente, local atingido, atividade que executava no momento do acidente, agente contaminante, situação que favoreceu a ocorrência do mesmo, EPI's que utilizava no momento do acidente, conduta após o acidente, cuidados com o local, procedimento médico executado, setor de ocorrência, comunicação com a chefia imediata e preenchimento do CAT (Comunicado de Acidente de Trabalho).

Ao se analisar os dados referentes aos acidentes de trabalho com material biológico potencialmente contaminado com os trabalhadores do serviço de limpeza verificou-se que dos 10 trabalhadores acidentados, 100% relataram ter sofrido pelo menos um acidente de trabalho nos últimos dois anos (2014-2015). O acidente mais prevalente foi o que envolve os materiais perfuro cortantes entre 100% dos entrevistados. O estudo de (MENEQUIN; MORINE; AYRES, 2015) corrobora com estes achados ao analisar o tipo de acidente mais prevalente com essa população em uma instituição hospitalar.

De acordo com a tabela 3, as regiões do corpo mais atingidas pelos perfuro cortantes foram as mãos/dedos com 9 (90,0%), das ocorrências e outras regiões (perna) com 1 (10,0%). As mãos foram acometidas em maior frequência devido ao manuseio direto com materiais perfuro cortantes contaminados com sangue ou outros fluidos corporais. Segundo o estudo de (MENEQUIN; MORINE; AYRES, 2015) foi observado uma frequência de 83,7% de acidentes em que as mãos foram atingidas por fluidos corporais em uma instituição hospitalar.

Em relação às atividades que executavam no momento do acidente, foi observado que a coleta de resíduos foi a atividade mais envolvida nos acidentes de trabalho, correspondendo a 4 (40,0%) dos mesmos, seguida do transporte de resíduos correspondendo a 3 (30,0%), limpeza terminal 2 (20,0%) e desinfecção semanal 1 (10,0%). Referente ao agente contaminante 100% elencou o sangue como o fluido corporal mais frequente. De acordo com dados do Ministério da Saúde, o risco de se adquirir os vírus HIV, hepatite B e C após exposição percutânea é de 0,3%, a 6% e 0,5 a 2%, respectivamente (BRASIL, 2011). O acondicionamento inadequado foi a situação que favoreceu a ocorrência do acidente mais frequente dentre os participantes 7 (70,0%), seguida pelo motivo da distração 3 (30,0%). Os acidentes de trabalho refletem significativamente acerca do desgaste do trabalhador que tem como causa principal a exposição a grandes cargas de trabalho, também em virtude do ambiente hospitalar por ser caracterizado como um local de rotina estressante. O serviço de limpeza nesse contexto insere o trabalhador nesse ambiente hostil, de acordo com os instrumentos utilizados na execução de suas funções e conforme as formas de organização do serviço propriamente dito. Dessa maneira cabe a reflexão por parte dos gerentes e gestores do hospital a respeito das condições do processo de trabalho que tem como consequência drástica o alto risco de ocorrência de acidentes de trabalho.

Quanto ao tipo de equipamento de proteção individual (EPI) utilizado no momento do acidente 9 (90,0%) dos participantes utilizavam luvas de procedimento no momento do acidente e apenas 1 (10,0%) não utilizava nenhum Equipamento de Proteção Individual.

É crucial que todos os EPIs estejam disponíveis e sejam obrigatoriamente utilizados. Segundo a Norma Regulamentadora 32 (NR-32), direcionada aos riscos biológicos, químicos e as radiações ionizantes, as instituições de saúde devem disponibilizar os EPIs para suas devidas atividades/finalidades que conferem risco direto/indireto à saúde dos trabalhadores. E como dever, cabe a esses trabalhadores fazerem o uso desses equipamentos priorizando a segurança do ambiente como um todo, do paciente institucionalizado e sua própria segurança, impactando positivamente na sua qualidade de vida e saúde laboral. 10 (100%) dos trabalhadores do serviço de limpeza imediatamente parou o procedimento que estava executando e alegou ter realizado a profilaxia.

Observou-se que 7 (70,0%) participantes não limparam o local do acidente e 3 (30,0%) referiram lavar com água e sabão.

Com relação às condutas laboratoriais e profiláticas, todos os 10 (100,0%) participantes informaram que tiveram acompanhamentos clínicos (consulta médica e análise da ocorrência dos AT) pós acidente. Na análise da ocorrência dos AT envolvendo material biológico quanto ao setor de ocorrência, o que obteve o maior número de notificações de acidentes de trabalho com material biológico potencialmente contaminado foi o setor da clínica de Ginecologia e Obstetrícia 3 (30,0%) , seguido dos ambulatórios (30,0%), 1 (10,0%) acidente na Clínica Cirúrgica, 1 (10,0%) Pediatria, 1 (10,0%) Unidade de Terapia Intensiva – Adulto e 1 (10,0%) acidente no Pronto Socorro Adulto.

Todos os participantes que sofreram acidentes alegaram que comunicaram a ocorrência do evento à chefia imediata, informaram realizar a CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho). É através da CAT que a empresa até o primeiro dia útil seguinte ao da ocorrência e, em caso de morte, de imediato, comunica ao INSS o acidente de trabalho, e informa todos os dados que serão necessários para o atendimento previdenciário e trabalhista e a constituição de dados estatísticos e epidemiológicos. Acredita-se que ainda há uma necessidade de realização de novos estudos com o enfoque na caracterização dos processos de trabalho e as atitudes dos trabalhadores diante dos riscos que as atividades executadas conferem, sendo um alto risco para a ocorrência de acidentes de trabalho.

A qualidade da instituição hospitalar depende diretamente da qualidade do serviço de higienização prestado, que deve buscar propiciar um ambiente limpo, cuidado, com boa aparência, que atenda as solicitações, provendo de recursos materiais e humanos, de modo a proporcionar sensação de bem estar aos pacientes e acompanhantes, bem como aos funcionários da instituição, viabilizando não só a segurança do ambiente físico, como também a do paciente e a segurança ocupacional.

CONCLUSÃO

Percebe-se ao longo do estudo, que uma parcela pequena, porém significativa dos trabalhadores do serviço de limpeza sofreram acidentes de trabalho com material biológico, entretanto notificaram a chefia imediata, realizando o CAT. Embora isso aconteça, observa-se que a conduta de procurar auxílio médico foi adotada, porém não havendo relatos sobre a realização de exames e/ou medidas farmacológicas para controle das ocorrências. O acondicionamento inadequado dos materiais, juntamente com a distração dos trabalhadores e também o uso incompleto dos EPI's são fatores contribuintes para os acidentes de trabalho. Este fato remete a uma necessidade de suma importância no que se diz respeito à orientação destes trabalhadores, por meio de cursos, palestras e treinamentos promovidos pelas empresas correspondentes, a fim de que os trabalhadores sejam esclarecidos de quais condutas tomarem após o acidente com material biológico e até mesmo as medidas preventivas para evitar os mesmos e/ou notificar quando estes materiais não estão acondicionados de maneira adequada.

Os resultados demonstram a exposição ainda existente dos trabalhadores do serviço de limpeza aos riscos ocupacionais, em especial ao risco biológico e sua vulnerabilidade diante aos mesmos. Mediante a isso, sugere-se que sejam adotadas medidas que visem à implantação de treinamentos sobre questões a respeito da biossegurança, vigilância dos acidentes de trabalho, palestras informativas acerca das notificações dos acidentes e acolhimento do trabalhador para solucionar estes impasses, promovendo assim, a saúde laboral.

REFERÊNCIAS

ARDIÓNS, J. P.; NAVARRO, M. B. M. DE A.; CARDOSO, T. A. DE O. Biossegurança e sistemas de informação: a rede e o gerenciamento de risco. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 21, n. 3, p. 303–308, set. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v21n3/v21n3a11.pdf>. Acesso em: 06 abr. 2020.

BEJGEL, I.; BARROSO, W. J. O trabalhador do setor saúde, a legislação e seus direitos sociais. **Boletim de Pneumologia Sanitária**, v. 9, n. 2, dez. 2001. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/bps/v9n2/v9n2a11.pdf>. Acesso em: 06 abr. 2020.

BRASIL, Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria n. 3.214 de 08 de junho de 1978. NR 15 – Atividades e operações insalubres. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2015. Disponível em <http://trabalho.gov.br/images/Documentos/SST/NR/NR15/NR15-ANEXO15.pdf>. Acesso: 06 nov. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.823 de 23 de agosto de 2012. Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Diário Oficial da União, Brasília, 2012. Disponível em: http://www.antaq.gov.br/portal/pdf/Palestras/Forum_Saude_Seguranca_Trabalhador_Portuario_2014/Raquel_Dantas_MS_Politica_Nac_Saude_Traba_Trab_PNSTT.pdf. Acesso em: 01 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Exposição a Material Biológico. Brasília, 2011. 72p. Disponível em: http://www.saude.rs.gov.br/upload/1337000719_Exposi%C3%A7%C3%A3o%20a%20Materiais%20Biol%C3%B3gicos.pdf. Acesso em: 03 nov. 2016.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Aprova a Norma Regulamentadora n.º 32. Portaria n. 485, de 11 de novembro de 2005. Diário Oficial da União, Brasília, 2005. (Segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde). Disponível em: http://www.mte.gov.br/legislacao/Portarias/2005/p_2005. Acesso em: 03 out. 2016.

COSTA, Danilo; JACKSON FILHO, José Marçal; VILELA, Rodolfo Andrade Gouveia. Saúde do Trabalhador no SUS: desafios para uma política pública. **Rev. Bras. Saúde Ocup.**, São Paulo, v. 127, n. 38, p. 11-30, 22 jan. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbso/v38n127/v38n127a03.pdf>. Acesso em: 07 abr. 2020.

Dnieber maestr.pdf., [s.d.]. Disponível em: <http://btdt.uftm.edu.br/bitstream/tede/144/1/Dnieber%20maestr.pdf>. Acesso em: 06 abr. 2020.

GALLAS, S. R.; FONTANA, R. T. Biossegurança e a enfermagem nos cuidados clínicos: contribuições para a saúde do trabalhador. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 5, p. 786–792, out. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n5/15.pdf>. Acesso em: 06 abr. 2020.

GRANDE, A. J. et al. Determinantes da qualidade de vida no trabalho: ensaio clínico controlado e randomizado por clusters. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 19, n. 5, p. 371–375, out. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbme/v19n5/a15v19n5.pdf>. Acesso em: 06 abr. 2020.

IMBRIZI, J. M.; KEPPLER, I. L. DO S.; VILHANUEVA, M. S. Grupo dos Novos: relato de uma experiência de estágio com grupos de acolhimento de trabalhadores em um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest). **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 38, n. 128, p. 302–314, dez. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbso/v38n128/17.pdf>. Acesso em: 06 abr. 2020.

KEGLER, P.; MACEDO, M. M. K. Trabalho e aposentadoria militar: singularidades de uma travessia psíquica. **Psico-USF**, v. 20, n. 1, p. 25–38, abr. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pusf/v20n1/1413-8271-pusf-20-01-00025.pdf>. Acesso em: 06 abr. 2020.

LOURENÇO, E. Â. DE S.; LACAZ, F. A. DE C. Os desafios para a implantação da política de Saúde do Trabalhador no SUS: o caso da região de Franca-SP. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 38, n. 127, p. 44–56, jun. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbso/v38n127/v38n127a08.pdf>. Acesso em: 07 abr. 2020.

MARQUES, S. V. D.; MARTINS, G. DE B.; SOBRINHO, O. C. Saúde, trabalho e subjetividade: absenteísmo-doença de trabalhadores em uma universidade pública. **Cadernos EBAPE.BR**, v. 9, n. spe1, p. 668–680, jul. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cebape/v9nspe1/v9nspe1a12.pdf>. Acesso em: 07 abr. 2020.

MARTARELLO, N. DE A.; BENATTI, M. C. C. Qualidade de vida e sintomas osteomusculares em trabalhadores de higiene e limpeza hospitalar. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. 2, p. 422–428, jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n2/a23v43n2.pdf>. Acesso em: 07 abr. 2020.

MENEGUIN, S.; AYRES, J. A.; MORINE, R. K. Acidentes ocupacionais com materiais perfurocortantes entre os trabalhadores do serviço de limpeza. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 5, n. 1, p. 151–159, 6 abr. 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/viewFile/14612/pdf>. Acesso em: 07 abr. 2020.

PEREIRA, M. E. DE C. et al. Construção do conhecimento em biossegurança: uma revisão da produção acadêmica nacional na área de saúde (1989-2009). **Saúde e Sociedade**, v. 19, n. 2, p. 395–404, jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n2/15.pdf>. Acesso em: 07 abr. 2020.

PETEAN, E.; COSTA, A. L. R. C. DA; RIBEIRO, R. L. R. Repercussões da ambiência hospitalar na perspectiva dos trabalhadores de limpeza. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 12, n. 3, p. 615–635, dez. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v12n3/1981-7746-tes-12-03-00615.pdf>. Acesso em: 07 abr. 2020.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 670 p.

SANGIONI, L. A. et al. Princípios de biossegurança aplicados aos laboratórios de ensino universitário de microbiologia e parasitologia. **Ciência Rural**, v. 43, n. 1, p. 91–99, 30 out. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cr/v43n1/a0313cr4897.pdf>. Acesso em: 07 abr. 2020.

SILVA, G. S. DA et al. Conhecimento e utilização de medidas de precaução-padrão por profissionais de saúde. **Escola Anna Nery**, v. 16, n. 1, p. 103–110, mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n1/v16n1a14.pdf>. Acesso em: 07 abr. 2020.

SÍNDROME DO ESGOTAMENTO PROFISSIONAL NA ENFERMAGEM EM TEMPOS DE COVID- 19

Data de aceite: 01/07/2020

Data de submissão: 15/05/2020

Kariny Assis Nogueira

Enfermeira graduada pela Universidade Estácio de Sá

Rio das Ostras – Rio de Janeiro

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1253293252021283>

Karen Gomes da Silva Costa

Enfermeira graduada pela Universidade Estácio de Sá

Macaé – Rio de Janeiro

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8121798515493834>

Ana Claudia Moreira Monteiro

Doutora em Enfermagem pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Professora do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Estácio de Sá e Coordenadora da pós-graduação enfermagem Neonatal e Pediátrica da Universidade Estácio de Sá campus Macaé, Pesquisadora Doutora da Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Macaé – Rio de Janeiro

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3744015118352703>

Nandara Lorrane Minervino Desiderio

Enfermeira graduada pela Universidade Estácio de Sá

Rio das Ostras – Rio de Janeiro

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3652592520265918>

Luciana Ferreira

Enfermeira graduada pela Universidade Estácio de Sá

Macaé – Rio de Janeiro

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9330618440731517>

Giselle Freiman Queiroz

Enfermeira graduada pela Universidade Estácio de Sá. Pós-graduada em: Enfermagem do trabalho, psiquiatria, saúde mental e atenção psicossocial.

Coordenadora da Graduação em Enfermagem da Universidade Estácio de Sá.

Docente das disciplinas: Saúde Mental, Gerência e Saúde Coletiva da mesma Instituição. Nova Friburgo – Rio de Janeiro

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0222974025177903>

Sueli Maria Refrande

Enfermeira graduada pela Universidade de Vassouras, FUSVE, Doutora em Ciências do Cuidado na Saúde pela Universidade Federal Fluminense. Docente da Universidade Estácio de Sá – UNESA

Rio de Janeiro – Rio de Janeiro

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8744366673149440>

Janaína Luiza dos Santos

Professora Adjunta da Universidade Federal Fluminense (UFF/RO), Ministra aula nas Disciplinas de Enfermagem em Situações Críticas e Semiologia e Semiotécnica em Enfermagem. Doutora em Ciências da Saúde pelo Departamento de Enfermagem e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão

RESUMO: A Síndrome do Esgotamento Profissional ou Síndrome de Burnout é definida como um conjunto de sintomas que surgem da resposta a estressores interpessoais no trabalho, envolvendo a percepção que a pessoa tem de si própria e do ambiente laboral. Objetivou-se com o presente estudo compreender como a Síndrome do Esgotamento Profissional afeta a saúde dos profissionais de enfermagem, seus sintomas e fatores relacionados, elaborar e apresentar estratégias de intervenção para minimizar os agravos da doença nos profissionais de Enfermagem. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura de abordagem qualitativa com método descritivo – exploratório. Os resultados evidenciaram três categorias, a categoria um descreve os fatores predisponentes da síndrome do Esgotamento profissional, a categoria dois aborda os fatores efetivos que podem contribuir para a Síndrome do Esgotamento Profissional e a categoria três fala das estratégias de enfrentamento da Síndrome de Esgotamento Profissional pelos profissionais de enfermagem. Esses resultados demonstraram o grande impacto que a Síndrome de Esgotamento Profissional gera na vida profissional, pessoal e psicológica dos profissionais afetando de maneira insidiosa se agravando ao se associar a outros distúrbios psicológicos. Conclui-se que há uma lacuna relacionada aos estudos existentes sobre a Síndrome do Esgotamento Profissional, o que gera um grande impacto na vida do indivíduo acometido por não haver conhecimento do diagnóstico e que é de suma importância que seja levado ao conhecimento dos profissionais de enfermagem os sintomas e as causas, para que sejam realizadas intervenções que diminuam os agravos, visando melhorias na saúde do indivíduo principalmente em tempos de pandemia de COVID 19.

PALAVRAS-CHAVE: Esgotamento Profissional; Enfermagem; Estresse Ocupacional.

PROFESSIONAL BURNOUT SYNDROME IN NURSING IN COVID - 19 TIMES

ABSTRACT: Professional Burnout Syndrome or Burnout Syndrome is defined as a set of symptoms that arise in response to interpersonal stressors at work, involving the perception that the person has his own personality and work environment. The objective of the present study is to understand how the Professional Burnout Syndrome affects the health of nursing professionals, its symptoms and related factors, to prepare and display statistics of interventions to minimize the aggravations of the disease in nursing professionals. It is an integrative review of the literature with a qualitative approach using the descriptive - exploratory method. The results showed three categories, a category that describes the predisposing factors of the professional forgetfulness syndrome, a category that addresses the effective factors that can contribute to the professional forgetfulness syndrome and the category three discussions

about the problems of the professional forgetfulness syndrome by the professionals of nursing. These results demonstrate the great impact that the Professional Burnout Syndrome generates in the professional, personal and psychological lives of professionals that affect the insidious way that it aggravates when associating other psychological disorders. He concluded that there is a gap evaluated in the existing studies on the Professional Forgetting Syndrome, or that it generates a great impact on the lives of individuals affected by not having knowledge of diagnosis and what is the paramount importance that is caused by the knowledge of nursing professionals the symptoms and the causes, for which are the negative effects that reduce the problems, the health benefits of the individual, especially in the COVID pandemic times 19.

KEYWORDS: Professional Exhaustion; Nursing; Occupational Stress.

INTRODUÇÃO

Na medida em que a tecnologia e a economia vão se desenvolvendo as formas de adoecimento vão se modificando, o que significa que a cada avanço, o desgaste físico e mental dos trabalhadores ocorre gradativamente gerando sinais e sintomas de evidente sofrimento relacionado ao trabalho. A saúde e bem estar dos profissionais de enfermagem estão propensos a diversos estressores laborais que refletem na decadência insidiosa da saúde física e mental dos mesmos. Dentre os quais podem- se citar os cenários de dor, sofrimento e por vezes a morte. (SOARES, 2018)

Dentre os estressores laborais, é importante considerar as condições de trabalho e o ambiente insalubre ao qual estão expostos, uma vez que, as atividades da enfermagem podem apresentar algum grau de risco e, conseqüentemente acidentes de trabalho e doenças ocupacionais. Os riscos biológicos e ergonômicos estão entre os mais nocivos a saúde física e mental do profissional considerando o contexto abordado. (SOUSA, 2014)

Atualmente as instituições de saúde da rede pública e privada enfrentam um novo cenário, onde há uma grande necessidade de maiores cuidados com a prevenção e promoção da saúde dos profissionais da área, considerando que a equipe de enfermagem se encontra na linha de frente aos cuidados com a população, isso se deve a pandemia causada pelo surto mundial do novo Coronavírus (SARS- CoV- 2), denominado como COVID- 19. Diante dessa situação, houve um grande aumento na carga de trabalho e cuidados de prevenção. (RODRIGUES, 2020)

Essa prolongada exposição pode desencadear a Síndrome do Desgaste Profissional, também conhecida como Síndrome de Burnout, caracterizada por altos níveis de exaustão emocional, dificuldades em lidar com o processo de doença e falta de realização pessoal, onde o profissional começa a avaliar- se de forma negativa em relação ao seu trabalho. (CRUZ, 2015)

As manifestações clínicas da Síndrome de Burnout são variáveis e se desenvolvem de

forma insidiosa, podendo se manifestar gradativamente ao longo do tempo gerando danos graves a saúde mental e física. Existem muitos equívocos ao realizar o diagnóstico devido a falta de conhecimento do indivíduo em relação a Síndrome de Burnout, justificando-a como estresse acumulado, sobrecarga de trabalho e confundindo com outros transtornos. (FILHO; BURD, 2010).

Além da síndrome de Burnout existem outros transtornos que são desenvolvidos devido ao ambiente de trabalho e as circunstâncias ao qual são expostos, como a fadiga por compaixão e a depressão. A fadiga por compaixão se caracteriza pelo desgaste físico e mental do profissional desencadeado pelo convívio com a dor e o sofrimento de seus clientes. Com isso acabam por se compadecer diante do sofrimento de sua clientela e tomam a dor para si, perdendo a capacidade de amparar seus clientes, perdendo a satisfação de executar suas atividades. (FERNANDES, 2018)

Os profissionais de enfermagem estão entre os mais suscetíveis a desenvolver problemas de saúde mental, sendo o principal deles a depressão. Uma vez que, são os que convivem e interagem na maior parte do tempo com seus pacientes, além da pressão para exercer suas atividades com qualidade e eficácia, colaborando para o declínio de sua saúde mental. Considerando que são capacitados e treinados para curar, a morte se torna um fator extremamente ameaçador quanto ao ideal de vida e cura. Os sintomas podem ser resumidos em humor deprimido, perda de interesse ou prazer em executar suas atividades diárias, problemas psicomotores, de concentração, sono, apetite, fadiga, sentimento de inutilidade ou culpa. (GOMES, 2013)

Teve como objeto de estudo a Síndrome do Esgotamento Profissional na Enfermagem em Tempos de COVID- 19, e como questão norteadora, os comprometimentos da Síndrome do Esgotamento Profissional na saúde dos profissionais de enfermagem. Os objetivos foram compreender como a Síndrome do Esgotamento Profissional afeta a saúde dos profissionais da enfermagem, levantar dados científicos sobre os principais fatores relacionados à Síndrome do Esgotamento Profissional na equipe de enfermagem, as causas, sinais, sintomas e suas consequências no ambiente laboral.

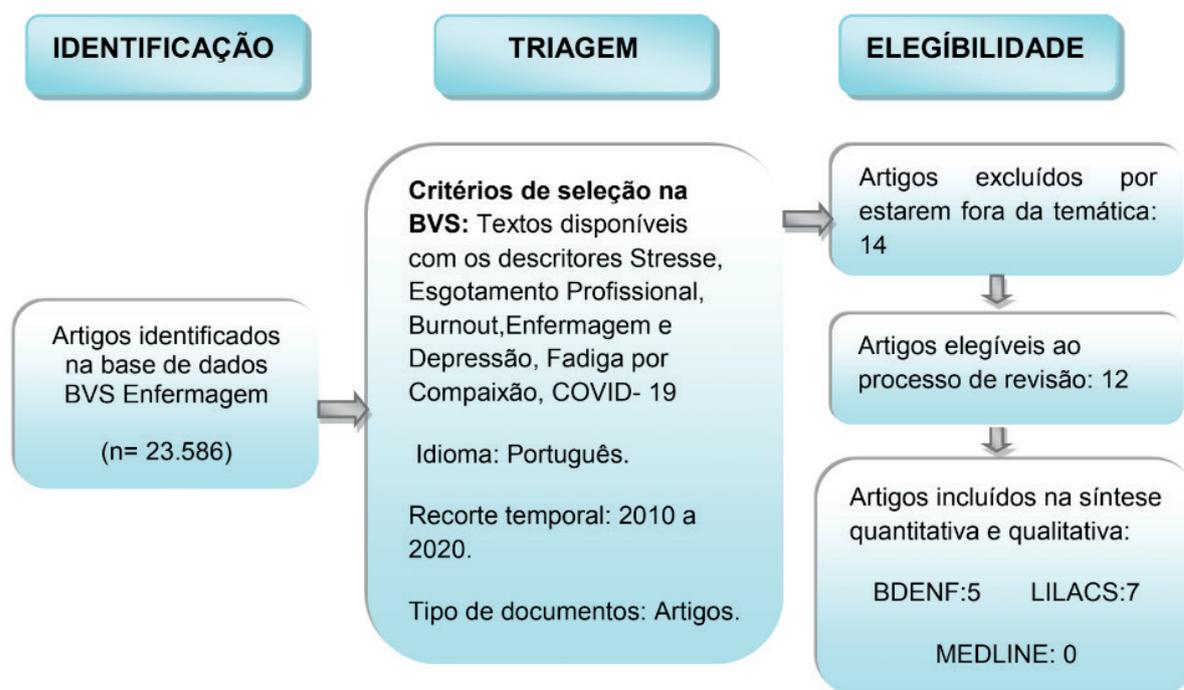
METODOLOGIA

Este estudo com delineamento de pesquisa qualitativa com caráter descritivo – exploratório, do tipo revisão integrativa, iniciada em maio de 2020, tem como linha de pesquisa, O cuidado no processo saúde – doença na área predominante de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria.

Para a realização dessa pesquisa foram selecionadas as bases de dados: LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), MEDLINE (Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica), BDNF (Base de dados em enfermagem), na plataforma Biblioteca Virtual de Saúde- Enfermagem, utilizando os descritores

Esgotamento Profissional and Enfermagem, Depressão and Enfermagem, Estresse and Enfermagem, Estresse and Burnout and Enfermagem, Enfermagem and Fadiga por Compaixão e Enfermagem and COVID- 19.

Segue abaixo o esquema dos dados representados no Prisma Flow Diagram 2009.



(Elaborado pelas autoras, dados da pesquisa)

RESULTADOS

No quadro a seguir estão dispostos os artigos incluídos na revisão integrativa sobre Síndrome do Esgotamento Profissional em Tempos de COVID- 19, enfatizando os distúrbios relacionados como, Fadiga por Compaixão, Depressão e Ideação Suicida, considerando os fatores desencadeantes como a atual pandemia do COVID- 19, Insalubridade, Plantões Noturnos e suas respectivas descrições.

°	Autor, ano:	Fonte:	Título do Artigo:	Síntese:	Revista:
1	CRUZ, S. P.; ABELLÁN, M. V. 2015	BVS	Desgaste profissional, stress e satisfação no trabalho do pessoal de enfermagem em um hospital universitário.	A exposição prolongada ao <i>stress</i> ocupacional está associada à síndrome do desgaste profissional, caracterizada por altos níveis de exaustão emocional, à despersonalização e à falta de realização pessoal.	Rev. Latino-Am. Enfermagem

2	FRENANDES, I. N. M., et al. 2018	BVS	Análise do estilo de vida dos profissionais de saúde da oncologia.	Percebe-se por este estudo, que o estilo de vida possui significados individuais sendo entendido, por cada profissional, de maneira diferente, mesmo diante às dificuldades enfrentadas, seja pelo contato com o paciente.	Rev enferm UFPE on line.
3	GOMES, R. K.; OLIVEIRA, V. B. 2013	BVS	Depressão, ansiedade e suporte social em profissionais de enfermagem.	Os resultados indicam que o suporte social, emocional e prático tem efeito positivo sobre a saúde, atuando na prevenção de comprometimentos físicos e psicológicos, considerado como um mediador entre eventos estressores e a saúde, atuando na sua proteção.	Boletim de Psicologia, Vol. LXIII, N° 138.
4	GRAÇA, C. C.; ZAGONEL, P. S. 2019	BVS	Estratégias de <i>coping</i> e estresse ocupacional em profissionais de enfermagem: revisão integrativa	A revisão indicou estratégias de enfrentamento (<i>coping</i>) como, ter condições mínimas de material, pessoal, estrutura e valorização, para se obter um trabalho adequado e assim não colocar em risco a vida do profissional.	Rev Espaço para a Saúde.
5	PUERTO, J. C., ET AL. 2017	BVS	Uma nova contribuição para a classificação dos fatores estressores que afetam os profissionais de enfermagem.	O estresse é considerado uma patologia ocupacional emergente, com especial incidência no setor dos serviços e um maior risco em atividades que exigem dedicação personalizada.	Rev. Latino-Am. Enfermagem
6	RAMOS, C. E. B., et al. 2019	BVS	Impactos da Síndrome de Burnout na Qualidade de Vida dos Profissionais de Enfermagem da Atenção Básica à Saúde	O enfermeiro é um profissional vulnerável ao surgimento da Síndrome de Burnout, uma vez que está envolvido num processo que lhe impõe uma fatigante rotina de trabalho.	Revista Brasileira de Ciências da Saúde
7	RODRIGUES, N. H.; SILVA, L. G. A. 2020	BVS	Gestão da pandemia Coronavírus em um hospital: relato de experiência profissional	Enfatiza-se diante disso, a relevância da manutenção de contínua atualização técnica científica diante de um vírus foi recentemente descoberto.	J. nurs. health
8	SILVA, D. S. D. et, al. 2015	BVS	Depressão e risco de suicídio entre profissionais de Enfermagem.	É necessário considerar a saúde e a qualidade de vida dos profissionais de enfermagem tendo em vista a sua prática profissional defrontando-se com fatores que podem produzir risco para a depressão e o suicídio.	Rev Esc Enferm USP.

9	SILVA, M. R., et al. 2011	BVS	Trabalho noturno e a repercussão na saúde dos enfermeiros.	O objetivo do estudo é apresentar e discutir as alterações na saúde percebidas por enfermeiros do período noturno e as repercussões da fadiga em associação a alternância do ciclo sono- vigília.	Revista da Escola de Enfermagem Anna Nery
10	SOARES, R. S.; 2018	BVS	Bunout e fatores associados entre profissionais de enfermagem de hospital municipal no Rio de Janeiro.	O objetivo do estudo foi descrever a prevalência e possíveis fatores associados à síndrome de Burnout entre profissionais de enfermagem de setores fechados.	Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa-UFF
11	SOBRAL, R. C., et al	BVS	<i>Burnout e a organização do trabalho na Enfermagem</i>	O objetivo do estudo foi identificar os fatores de risco psicossociais e da organização do trabalho preditores de sofrimento mental, bem como estimar a prevalência da SB em uma população de profissionais de Enfermagem de um hospital público do interior do Estado de São Paulo.	Rev Bras Med Trab
12	SOUSA, A. T. O., et al. 2014	BVS	Riscos Ocupacionais no Atendimento Pré-Hospitalar Móvel: produção científica em periódicos on line.	Ressalta- se que foi averiguada a necessidade de políticas de saúde voltadas para essa área, em particular, e condições de trabalho digno, com o escopo de amenizar a insalubridade do APH móvel.	Revista Brasileira de Ciências da Saúde.

Elaborado pelas autoras, dados da pesquisa, 2020

DISCUSSÃO

Após o resultado das buscas obtivemos um total de 12 artigos analisados, para a discussão dos mesmos emergiram três categorias onde foram abordados os fatores predisponentes da Síndrome do Esgotamento Profissional, fatores efetivos que contribuem para o desenvolvimento da Síndrome do Esgotamento profissional e as estratégias de enfrentamento da Síndrome do Esgotamento profissional pelos profissionais de enfermagem.

CATEGORIA 1: Fatores predisponentes da síndrome do Esgotamento Profissional

Burnout é uma palavra inglesa que traz como significado “queimar-se” ou “consumir-se”. Usualmente é utilizada para referir-se a manifestações de sintomas como extremo desgaste físico e emocional, e autodesvalorização constantemente presentes em profissionais da saúde. (RAMOS, 2019).

A Síndrome do Esgotamento Profissional ou Síndrome de Burnout é definida como um conjunto de sintomas que surgem da resposta a estressores interpessoais crônica no

trabalho, envolvendo a percepção que a pessoa tem de si própria e do ambiente em que realiza seu trabalho. Esta Síndrome pode ser dividida em três dimensões ou categorias: Exaustão emocional, despersonalização, e baixa realização profissional, colocando a síndrome em relação direta com a atividade profissional do indivíduo (SOBRAL, 2018).

As profissões mais afetadas são as que exigem contato mais próximo com pessoas, principalmente a enfermagem, devido ao contato constante com público a ser assistido. Podendo gerar um grau de envolvimento afetivo com seus clientes, sujeitando-se ao desenvolvimento do estresse no trabalho e da Síndrome do Esgotamento Profissional. (GRAÇA, 2019).

Na área da saúde, a enfermagem é considerada uma das profissões de maior risco para o desenvolvimento de doenças emocionais visto que o enfermeiro é um profissional exposto a altos níveis de estresse e suas atividades exigem um alto nível de responsabilidade. O contato com a morte, principalmente de pacientes jovens, é apontado como um dos principais fatores estressantes relacionados a rotina diária do profissional de enfermagem, constituindo uma série de fatores predisponentes para o desenvolvimento da Síndrome do Desgaste Profissional. (PUERTO, 2017).

De acordo com Burd os principais sintomas são: Falta de empatia e aspectos humanitários ao se relacionar com outras pessoas; tornam-se intolerantes, indiferentes às necessidades e/ou sentimentos do próximo; distúrbios de sono, fadiga crônica, cefaléia intensa, apnéia vertigem e dores musculares; dificuldade de concentração, irritabilidade, perda de ânimo e motivação resultando num baixo desempenho profissional; perda da perspectiva de vida incapacidade de realizar suas atividades; redução da realização profissional e pessoal. Evitam convívio social, se distanciam emocionalmente passando a ser considerados por amigos e familiares uma pessoa fria, rígida, pessimista, nervosa, podendo apresentar comportamento agressivo ou manifestações depressivas pela baixa autoestima, além de contribuir para o surgimento de doenças cardiovasculares e gastrointestinais. (FILHO; BURD, 2010).

A Síndrome de Burnout também pode estar associada a outros distúrbios psicológicos como a fadiga por compaixão, que é caracterizada pelo desgaste físico e mental do profissional causado pela assistência direta a indivíduos que se encontram em sofrimento. Compadecendo-se da dor do próximo e trazendo-a para si, o indivíduo passa a sofrer com a dor de seus pacientes e perde a capacidade de ampará-los e lidar com o sofrimento alheio. (FERNANDES, 2018).

Outro distúrbio que acomete frequentemente os profissionais na enfermagem é a depressão, podendo ter como consequência a ideação suicida, que se faz cada vez mais presente entre os profissionais da saúde. A depressão é desenvolvida pelo processo de esgotamento emocional decorrente da presença de estressores no ambiente de trabalho, interferindo diretamente em seu comportamento diante de suas atividades. A sintomatologia da depressão apresenta-se por lentidão nas atividades, desinteresse, redução da energia,

apatia, dificuldade de concentração, pensamento negativo recorrente, com perda da capacidade de planejamento e alteração do juízo de verdade, sintomas característicos de sofrimento humano que sinalizam um possível risco de suicídio (Silva, 2015).

CATEGORIA 2: Fatores efetivos que contribuem para o desenvolvimento da Síndrome do Esgotamento profissional.

O trabalho da enfermagem está diretamente relacionado ao processo de dor, doença e morte, desencadeando distúrbios como ansiedade diante dos sentimentos de perda e fragilidade que exprimem ao vivenciar o processo saúde- doença. Tudo isso gera uma grande tensão psíquica, levando ao adoecimento e sobrecarga mental do profissional. (GRAÇA, 2019).

Um fator importante a ser considerado é o trabalho noturno na enfermagem, que torna-se necessário com o intuito de atender de forma ininterrupta a demanda da população. A intensificação laboral é característica na atual fase, acentuando-se devido a pandemia do COVID- 19, porém é necessário que medidas de prevenção de doenças sejam tomadas, pois a intensa dedicação pode acarretar em consequências na saúde dos profissionais. (SILVA, 2011)

Existem grandes chances de desenvolverem desequilíbrios biológicos, alimentares e no sono, uma vez que o ciclo sono vigília foi invertido, resultando na desordem do ciclo circadiano. A desordem do ciclo pode resultar no acúmulo de erros, perda de atenção, interfere no estado de ânimo e na vida familiar e social. Essa particularidade requer atenção no que diz respeito ao dimensionamento de recursos humanos, adotando estratégias que priorizem a saúde do profissional de enfermagem, evitando sobrecarga física e mental relacionado as atividades. (SILVA, 2011)

Os principais estressores estão relacionados ao ambiente de trabalho, entre eles a sobrecarga de trabalho devido a falta de recursos humanos e materiais. As constantes exigências devido a demanda de atividades, execução de diferentes tarefas simultaneamente e atividades além de suas atribuições, desencadeiam um grande desgaste físico. É fundamental que sejam consideradas as condições de trabalho incompatíveis e ambiente insalubre onde os profissionais estão expostos a diversos riscos, podendo ocasionar acidentes de trabalho. (PUERTO, 2017)

Os riscos podem ser divididos em 5 classes: Físicos, químicos, biológicos, ergonômicos e os riscos acidentais. O principal risco ao qual o profissional de enfermagem está exposto é o risco biológico, considerando o momento atual da pandemia do COVID-19, considerando que estes profissionais tem contato diário com material biológico de pacientes infectados, o que aumenta o risco de contaminação uma vez que o vírus é de rápida propagação. Considerando o contexto abordado, os riscos ergonômicos estão entre os mais nocivos a saúde mental, uma vez que inclui um rígido controle de produtividade, imposição de ritmos excessivos, trabalhos em turnos dobrados, jornadas de trabalho

prolongadas, monotonia e repetitividade, entre outras situações causadoras de estresse físico e psíquico. (SOUZA, 2014)

No atual cenário de enfrentamento da pandemia do novo Coronavírus, denominado COVID-19, os profissionais e instituições de saúde encontram-se num momento de abrupta adaptação, redobrando os cuidados com prevenção de doenças e promoção da saúde. Nesse momento torna-se essencial a capacitação dos trabalhadores para as altas demandas de atendimento e para o uso correto das barreiras à exposição. As instituições devem assegurar o acesso a EPIs eficazes e em quantidade suficientes, sendo primordial o treinamento para colocação e retirada desses EPIs evitando a contaminação, caso contrário a vida de vários profissionais da linha de frente estarão em risco, uma vez que o vírus é de fácil e rápida propagação e por hora não existe vacina contra o COVID-19. (RODRIGUES, 2020)

Diante dessa situação, houve um grande aumento na carga de trabalho e cuidados de prevenção, acentuando a exaustão física e emocional. É importante ressaltar que esses profissionais tendem a se descuidar de sua saúde mental, enfrentando desafios como distanciamento social e de seus próprios familiares, medo, cansaço, angústia, e a morte que está se tornando parte da rotina diária em meio ao caos. Nesse momento os cuidados com a saúde mental dos profissionais de enfermagem devem ser redobrados. (RODRIGUES, 2020)

CATEGORIA 3: Estratégias de enfrentamento da Síndrome do Esgotamento profissional

Percebe-se que para o enfrentamento do Esgotamento Profissional são necessárias mudanças a nível multifatorial. Nessa perspectiva a instituição tem um papel fundamental na organização do trabalho e identificação dos estressores relacionados ao ambiente de trabalho, oferecendo suporte para a promoção da saúde física e mental desses profissionais. (SOBRAL, 2018)

Existem ações que podem ser adotadas para a promoção do bem-estar geral do profissional, considerando a saúde física e psíquica. Estas ações incluem estratégias como, educação continuada e permanente, dar voz a equipe, discutindo em conjunto sobre os riscos ao qual estão expostos. Propostas de melhoria nas condições de trabalho, tais como recursos humanos, materiais suficientes, dimensionamento correto de funcionários, horário e tempo digno para refeição e descanso, entre outros. (SOBRAL, 2018)

A partir da identificação dos estressores, é possível utilizar estratégias que podem ser realizadas pelo próprio indivíduo, como o Coping, método que contribui de forma significativa para o equilíbrio emocional, desde que usado da maneira correta. As estratégias de Coping são esforços cognitivos comportamentais para lidar com situações de dano, ameaça ou de desafio, onde a capacidade de enfrentamento e adaptação permitem o indivíduo reagir diante de comportamentos, pensamentos e emoções causadas por eventos estressantes,

elas levam a redução, adaptação ou superação do problema. (GRAÇA, 2019)

Além das estratégias de Coping, o profissional pode realizar uma mudança de hábitos exercendo atividades como meditação, exercícios físicos, alimentação saudável, atividades de lazer durante o seu tempo de descanso e buscar ajuda profissional para um acompanhamento psicológico.

CONCLUSÃO

Esta pesquisa aponta a necessidade de um olhar mais amplo sobre as causas da Síndrome do Esgotamento Profissional, e a necessidade de atenção redobrada à saúde psicológica desses profissionais. Ressaltando a importância de melhorias nas condições de trabalho, ambiente salubre, salários dignos e valorização profissional. Todas essas dificuldades enfrentadas pelo profissional ao realizar suas atividades, acabam levando-o a um alto nível de exaustão física e emocional, contribuindo para que o indivíduo perca o prazer de executar suas funções, sentindo-se frustrado e abatido.

Observa-se que o profissional de enfermagem por vezes é designado a prestar cuidados que promovam a saúde e bem-estar do paciente, porém sua realidade hospitalar confronta-se com limitações e desafios diários e pessoais, no qual não havendo equilíbrio, leva esse profissional a desenvolver transtornos psicológicos que o impede de prestar uma assistência eficaz.

Conclui-se que o desenvolvimento do estresse e esgotamento emocional, está associado a um conjunto de fatores relacionados ao ambiente de trabalho. Sendo assim, torna-se imprescindível atenção prioritária a saúde mental dos profissionais, utilizando a educação em saúde como um método de prevenção de doenças e promoção da saúde, e suporte psicológico para ampará-los. Considerando a importância de rever o ambiente de trabalho no qual este atua, oferecendo condições de trabalho dignas e implantar estratégias para a melhoria da qualidade de vida desses profissionais e valorização de seus esforços.

REFERÊNCIAS

PUERTO, J. C., et al. **Uma nova contribuição para a classificação dos fatores estressores que afetam os profissionais de enfermagem** Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2017;25:e2895. [Access 02 de maio de 2020]; Available in: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-845333>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1240.2895>.

CRUZ, S. et al. **Desgaste profissional, stress e satisfação no trabalho do pessoal de enfermagem em um hospital universitário**. Rev. Latino-Am. Enfermagem, on line, 23(3):543-52, maio-jun. 2015. Disponível em www.eerp.usp.br/rlae. Acesso realizado em 02 de maio de 2020

FERNANDES, I. N. M., et al. **Análise Do Estilo De Vida Dos Profissionais De Saúde Da Oncologia**. Rev enferm UFPE on line., Recife, 12(10):2583-9, out., 2018. [on line] Disponível em <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-996314>. Acesso realizado em 02 de maio de 2020.

FILHO, J. M.; BURD, M. **Psicossomática Hoje**. 2º Edição. Porto Alegre: Artmed, 2010

GOMES, Rosemeire Kuchiniski; OLIVEIRA, Vera Barros de. **Depressão, ansiedade e suporte social em profissionais de enfermagem**. Bol. psicol, São Paulo, v. 63, n. 138, p. 23-33, jun. 2013. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0006-59432013000100004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 02 nov. 2018

GRAÇA, C. et al. **Estratégias de coping e estresse ocupacional em profissionais de Enfermagem: revisão integrativa**. Rev Espaço para a Saúde. 2019 dez.;20(2):67-77 Curitiba-Paraná, 2019.

RAMOS, C. et al. **Impactos da síndrome de burnout na qualidade de vida dos profissionais de enfermagem da atenção básica à saúde**. Revista Brasileira de Ciências da Saúde, Volume 23, Número 3, Páginas 285-296,2019.

RODRIGUES,NH, Silva LGA. **Gestão da pandemia Coronavírus em um hospital: relato de experiência profissional**. J. nurs. health. 2020;10(n.esp.): e20104004

SILVA, R. M.; BECK, C. L. C.; MAGNAGO, T. S. B. S., et al. **Depressão e risco de suicídio entre profissionais de Enfermagem: Revisão integrativa**. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2015; 49(6):1027-1036. [on line]. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n6/pt_0080-6234-reeusp-49-06-1027.pdf. Acesso realizado em 12 de março de 2019.

SOARES, R.S. **Burnout e fatores associados entre profissionais de enfermagem de hospital municipal no rio de janeiro**.2018. 79F. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ.

SOBRAL, R. et al. **Burnout e a organização do trabalho na Enfermagem**. Rev Bras Med Trab. 2018;16(1):44-52.

SOUSA, A. et al. **Riscos ocupacionais no atendimento pré-hospitalar móvel: produção científica em periódicos online**. Revista Brasileira de Ciências da Saúde, Volume 18, Número 2, páginas 167-174, 2014

ESTRESSE PSICOSSOCIAL E QUALIDADE DO SONO EM TRABALHADORES DE ENFERMAGEM EM UM CENTRO CIRÚRGICO NO RIO DE JANEIRO

Data de aceite: 01/07/2020

Data de submissão: 25/03/2020

Aline Ramos Velasco

Enfermeira - Ministério da Saúde

Rio de Janeiro – RJ

<http://lattes.cnpq.br/9513044811342388>

Joanir Pereira Passos

Professora Titular, EEAP/UNIRIO

Rio de Janeiro - RJ

<http://lattes.cnpq.br/9756542581645089>

Érika Almeida Alves Pereira

Enfermeira - Hospital Universitário Gafree Guinle

Rio de Janeiro- RJ

<http://lattes.cnpq.br/0246087198047321>

Renata da Silva Hanzelmann

Enfermeira – Prefeitura de Nova Iguaçu

Rio de Janeiro – RJ

<http://lattes.cnpq.br/3509673451280153>

Luciane de Souza Velasque

Professora Adjunta, UNIRIO

Rio de Janeiro – RJ

<http://lattes.cnpq.br/2190312430746899>

e a qualidade do sono nos trabalhadores de enfermagem em centro cirúrgico, nos diferentes turnos; associar o estresse ocupacional e a qualidade do sono dos trabalhadores de enfermagem em centro cirúrgico e relacionar o estresse ocupacional e a qualidade de sono nos trabalhadores de enfermagem em centro cirúrgico. Método: estudo transversal e descritivo, com abordagem quantitativa, realizado em um centro cirúrgico de um hospital público federal, no Rio de Janeiro, participaram 75 trabalhadores de enfermagem. Os instrumentos utilizados foram: Job Stress Scale (MDC), Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (PSQI). Resultados: a maioria na faixa etária de 31 a 40 anos (37,33%), auxiliares de enfermagem (88,00%), estatutários (61,33%). Evidencia-se que 37,3 % dos trabalhadores enquadram-se no trabalho passivo, 24,0% na alta exigência e 76,0% expressam qualidade de sono ruim. O PSQI exhibe que a qualidade subjetiva do sono encontra-se boa, em 37 trabalhadores. A eficiência do sono é maior que 85,0% em ambas as categorias. Na correlação de Spearman, observa-se que a qualidade do sono se encontra associada ao estresse ocupacional, mas com uma correlação positiva muito baixa. Conclusão: Verificou-se uma afluência de trabalhadores com estresse

RESUMO: Objetivos: avaliar o estresse ocupacional e a qualidade do sono dos trabalhadores de enfermagem em centro cirúrgico; identificar o estresse ocupacional

ocupacional e qualidade do sono ruim no setor de centro cirúrgico. O que deveria despertar o anseio de políticas institucionais com o objetivo de melhorar as condições de trabalho, a fim de promover a saúde e prevenir o adoecimento desta população.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem; Saúde do trabalhador; Esgotamento profissional; Sono.

PSYCHOSOCIAL STRESS AND SLEEP QUALITY IN NURSING WORKERS AT A SURGICAL CENTER IN RIO DE JANEIRO

ABSTRACT: Objectives: to evaluate occupational stress and sleep quality of nursing workers in the operating room; identify occupational stress and sleep quality in nursing workers in the operating room, in different shifts; to associate occupational stress and the quality of sleep of nursing workers in the operating room and to relate occupational stress and the quality of sleep in nursing workers in the operating room. Method: cross-sectional and descriptive study, with a quantitative approach, carried out in a surgical center of a federal public hospital, in Rio de Janeiro, 75 nursing workers participated. The instruments used were: Job Stress Scale (JSS), Pittsburgh Sleep Quality Index (IQSP). Results: the majority in the age group of 31 to 40 years (37.33%), nursing assistants (88.00%), statutory (61.33%). It is evident that 37.3% of workers are in passive work, 24.0% are in high demand and 76.0% express poor sleep quality. The PSQI shows that the subjective quality of sleep is good in 37 workers. Sleep efficiency is greater than 85.0% in both categories. In Spearman's correlation, it is observed that sleep quality is associated with occupational stress, but with a very low positive correlation. Conclusion: There was an influx of workers with occupational stress and poor sleep quality in the operating room sector. What should arouse the desire for institutional policies with the objective of improving working conditions, in order to promote health and prevent the illness of this population.

KEYWORDS: Nursing; Worker's health; Occupational exhaustion; Sleep.

1 | INTRODUÇÃO

Atualmente, o estresse ocupacional é um problema de saúde pública, uma das preocupações à saúde do trabalhador, versa como “qualquer evento que demanda do ambiente externo ou interno e que estipule ou exceda a capacidade de adaptação de um indivíduo ou sistema social” (SILVA, 2017).

Sabe-se que, a Enfermagem é o grupo mais remoto que atua em turnos e os de maior número em um ambiente hospitalar. Neste contexto hospitalar, os trabalhadores atuantes em turnos sofrem mudanças em seu ritmo circadiano, tendendo a modificar o ciclo vigília-sono que coligado ao estresse ocupacional pode induzir o adoecimento do trabalhador. Sendo assim, os trabalhadores podem apresentar desgastes emocionais entre si, usuários de saúde e família e alto risco de acidentes de trabalho (STUMM et al.,

2013).

Cabe salientar, que os hospitais possuem vários setores, dentre estes o centro cirúrgico, que é um setor assistencial, complexo, restrito, no qual os trabalhadores realizam procedimentos anestésicos-cirúrgicos eletivos, urgentes e emergenciais, “de forma a proporcionar atendimento qualificado aos pacientes” (SORATTO et al., 2016, p. 179).

Tais ponderações conduzem a determinar como objeto de estudo a relação entre o estresse psicossocial e a qualidade do sono, desencadeando a baixa qualidade ou inadequação do sono nos trabalhadores de enfermagem atuantes na unidade de centro cirúrgico.

O objetivo geral deste estudo consistiu em avaliar o estresse ocupacional e a qualidade do sono dos trabalhadores de enfermagem em centro cirúrgico. E os específicos foram: identificar o estresse ocupacional e a qualidade do sono nos trabalhadores de enfermagem em centro cirúrgico, nos diferentes turnos; associar o estresse ocupacional e a qualidade do sono dos trabalhadores de enfermagem em centro cirúrgico e relacionar o estresse ocupacional e a qualidade de sono nos trabalhadores de enfermagem em centro cirúrgico.

Entende-se que o presente estudo é relevante por averiguar a saúde do trabalhador de enfermagem do centro cirúrgico relacionada ao estresse ocupacional e a qualidade do sono, além de identificar, avaliar e associar estas variáveis para melhor conhecimento e conseqüente minimização do adoecimento destes trabalhadores.

2 | MÉTODO

Trata-se de um estudo de natureza transversal e descritiva, com abordagem quantitativa. O local do estudo foi o centro cirúrgico de um hospital público federal de grande porte, integrado ao Sistema Único de Saúde (SUS), situado na área programática 3.1, do município do Rio de Janeiro.

A população foi constituída por 75 trabalhadores de enfermagem, distribuídos em turnos diurnos e noturnos, com vínculo estatutário e temporário pelo Núcleo do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro. Estabeleceu-se como critério de inclusão estar lotado no setor de centro cirúrgico, há mais de um ano. E, como exclusão fazer uso de benzodiazepínicos, afastado por licença ou em gozo de férias, no período da coleta de dados.

Para este estudo, os instrumentos utilizados na coleta dos dados foram:

Questionário Sociodemográfico e Laboral - consiste em questões fechadas, contendo as informações pessoais: idade, sexo, estado civil, filhos, lazer e laboral: categoria profissional, vínculos empregatícios, turno, tempo na função e carga horária trabalhada semanal na instituição.

Job Stress Scale - versão resumida adaptada - optou-se neste estudo pela

utilização do Modelo Demanda-Controle, que possui quadrantes determinando quatro situações, gerados a partir das suas vivências laborais, são eles: Trabalho Passivo; Trabalho Ativo; Alta Exigência ou Alto Desgaste e Baixa Exigência ou Baixo Desgaste (ALVES; HOKERBERG; FAERSTEIN, 2013).

Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (PSQI-BR) - este instrumento constitui-se de 19 questões, avaliando sete domínios, em uma escala Likert, pontuando de zero à três, com os componentes: Qualidade subjetiva do sono (questão 6); Latência para o sono (questões 2 e 5 a); Duração do sono (questão 4); Eficiência habitual do sono (questões 1, 3 e 4); Distúrbios do sono (questões 5 b até j); Uso de benzodiazepínicos (questão 7) e Sonolência diurna (questões 8 e 9), totalizando de 0 à 21 pontos (MARTINEZ, 2017, p.25).

Na análise dos dados utilizou-se estatística descritiva, em tabelas, analisados por frequências absolutas (n) e relativas (%), média, desvio-padrão, mediana, valores máximos e mínimos. E ainda, empregou-se análise univariada, bivariada e múltipla para o questionário sociodemográfico e laboral, as dimensões do Modelo Demanda-Controle, da “*Job Stress Scale*” e as 19 questões do Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh. Posteriormente, utilizou-se teste de normalidade para avaliar dados paramétricos e não paramétricos e, as associações entre estresse ocupacional e qualidade do sono nos trabalhadores de enfermagem atuantes em centro cirúrgico.

Em observância o que determina a Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, o estudo foi submetido aos Comitês de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro e do Hospital em estudo, aprovado mediante Pareceres nº 2.708.885 e nº 2.772.196, respectivamente. E, aos participantes foi garantido o anonimato e o caráter confidencial dos dados através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na Tabela a seguir, os resultados correspondem aos achados referentes ao perfil sociodemográfico e laboral dos trabalhadores de enfermagem do centro cirúrgico, analisados abaixo:

Faixa etária	N	%
21 a 30 anos	05	6,67
31 a 40 anos	28	37,33
41 a 50 anos	20	26,67
51 a 60 anos	18	24,00
61 a 70 anos	04	5,33
Sexo		
Feminino	59	78,67
Masculino	16	21,33

Estado Civil		
Com companheiro	49	65,34
Sem companheiro	26	34,66
Categoria Profissional		
Enfermeiro	09	12,00
Auxiliar de Enfermagem	66	88,00
Vínculos empregatícios		
Estatutário	46	61,33
Temporário	29	38,67
Turno de trabalho		
Diurno	63	84,00
Noturno	12	16,00
Filhos		
Não	17	22,67
Sim	58	77,33
Lazer		
Não	08	10,67
Sim	67	89,33

Tabela 1 – Características sociodemográficas e laborais dos trabalhadores de enfermagem do centro cirúrgico (n=75), Rio de Janeiro, 2018

Fonte: Dados da pesquisa

Verificou-se que a maior prevalência dos trabalhadores possui faixa etária de 31 a 40 anos (n=28, 37,33%), uma população adulta jovem. Deste modo, sugere-se uma estabilidade financeira, profissional e emocional. É factível constatar semelhanças nos estudos de Barros (2013); Rocha (2013); Silva (2015); Kirnhof et al, (2016); Nogueira (2017).

Em relação ao sexo observa-se o predomínio do feminino (n=59, 78,67%) como esperado, pois, a enfermagem é historicamente uma profissão feminina. E, quanto ao estado civil, houve preponderância dos participantes com companheiros (n=49, 65,34%), assim como nos estudos de Almeida, Gurgel, Silva (2015); Sangiovo et al, (2015); Soares, Oliveira, Sousa (2017). Esta variável pode ser considerada como apoio social do trabalhador, minorando os efeitos deletérios do estresse.

Os achados deste estudo em relação ao turno de trabalho, onde os trabalhadores atuam no serviço diurno (n=60, 80%), com jornadas de seis a 12 horas ininterruptas vão ao encontro dos dados encontrados na literatura.

Azevedo (2014) afirma que o trabalho em turnos é muito empregado pela enfermagem, comprometendo a cronobiologia do trabalhador e induzindo a qualidade precária de vida no trabalho, qualidade de sono ruim e estresse ocupacional.

Para Silva (2013), a presença de filhos “pode representar um importante suporte social, proporcionando segurança, incentivo e apoio nas tomadas de decisões”. E, Benites et al. (2013) destacam que apesar da sobrecarga de trabalho, os filhos e o lazer

configuram-se numa perspectiva positiva para minimizar o estresse e a má qualidade do sono.

A distribuição dos trabalhadores de enfermagem do centro cirúrgico quanto ao Modelo Demanda-Controle de Karasek, Theorell (1990), apresenta-se na configuração dos quadrantes a seguir:

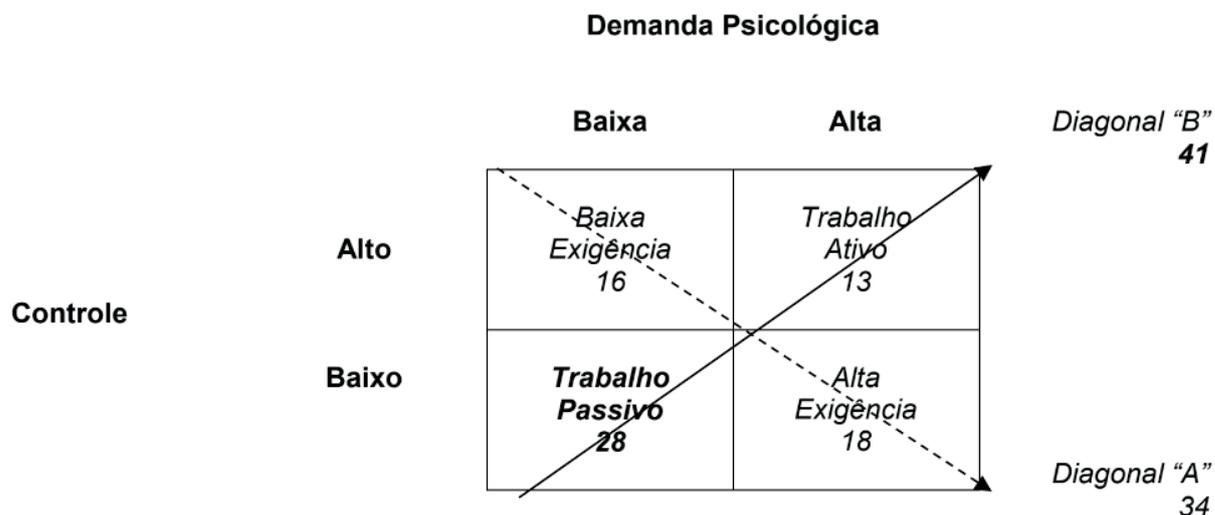


Figura 1 - Distribuição dos trabalhadores de enfermagem do centro cirúrgico de acordo com o Modelo Demanda-Controle, Rio de Janeiro, 2018

Fonte: Dados da pesquisa

A maioria dos participantes enquadra-se na baixa demanda psicológica e baixo controle, ou seja, trabalho passivo ($n= 28, 37,33\%$) e alta demanda psicológica e baixo controle no trabalho, denominada de alta exigência ($n=18, 24\%$).

O quadrante trabalho passivo representa uma variável de exposição psicossocial, sugere ressalvas e controle, em razão da perda de empenho (interesses e habilidades) do resultado laboral referente a um processo de trabalho recorrente, baixa autonomia, desmotivação e baixa autoestima, gerando uma atrofia no processo ensino-aprendizagem (MOURA et al., 2018; PETERSEN; MARZIALE, 2017).

Na combinação dos resultados do quadrante mais incidente (trabalho passivo) com os resultados do segundo quadrante mais incidente (alta exigência), teremos 61,3% dos trabalhadores deste estudo nos quadrantes de maior exposição ao estresse laboral.

Estes resultados alertam sobre a atuação da enfermagem num setor crítico hospitalar, onde as atividades são complexas, intervencionistas, diligentes, com demanda excessiva, ritmo de trabalho intenso, baixa autonomia e periodicidade muito grande de cirurgias complexas. Todavia, ainda existe a inadequação das condições de trabalho do serviço de saúde, evidenciado através da sobrecarga de usuários de saúde ao sistema, da fragmentação do cuidado de enfermagem e da frugalidade de recursos humanos e materiais, como luvas cirúrgicas estéreis, fios cirúrgicos, aparelhos de ressonância

magnética, entre outros (JACQUES et al, 2015; SCHOLZE et al, 2017).

Dados com mesma tendência foram identificados no estudo de Petersen e Marziale (2017), com trabalhadores de enfermagem atuantes em dois hospitais em Manaus - Amazonas, que possuem convergência (56,0%) nos quadrantes de trabalho passivo e alta exigência, salientando os aspectos nocivos à saúde do trabalhador, como trabalho recorrente, baixa autonomia laboral, baixo rendimento ocupacional, baixa autoestima, entre outras repercussões malélicas.

Scholze et al. (2017) em estudo sobre estresse ocupacional e fatores associados entre enfermeiros de hospitais públicos mencionam que sua população também foi enquadrada no trabalho passivo seguido pelo quadrante de alta exigência, com a possibilidade de vivência de altos graus de sofrimento laboral.

Em seguida, apresenta-se os dados relativos à qualidade do sono, segundo o Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (PSQI-BR).

Qualidade do sono	n	%
Boa	18	24,0
Ruim	47	62,7
Distúrbio	10	13,3

Tabela 2 – Distribuição dos trabalhadores de enfermagem do centro cirúrgico (n=75) em relação à qualidade do sono, Rio de Janeiro, 2018-2018.

Fonte: Dados da pesquisa

Neste estudo identificou-se que os trabalhadores de enfermagem apresentaram qualidade de sono ruim e distúrbios do sono (n=57, 76%). Tal resultado representa a maior parcela dos participantes, além da exclusão de 19 trabalhadores por critérios metodológicos, ou seja, pelo uso de benzodiazepínicos (remédios para dormir), inserido no componente 6 do PSQI-BR.

Estes dados permitem afirmar que os trabalhadores estão apresentando um repouso artificial e nocivo à sua saúde física, mental e laboral. Trabalhadores com particularidades desse nível são extremamente preocupantes num ambiente complexo, desgastante, com situações estressoras a todo o momento, devido ao pouco controle no trabalho, podendo gerar conflitos interpessoais e intraprofissionais, depressão, desmotivação e estresse ocupacional (REINHARDT, 2013; SILVA, 2013).

Estudos sobre qualidade do sono ruim apontam a sua associação com aumento do estresse ocupacional, insulinemia, obesidade e biomarcadores inflamatórios (BENVEGNÚ et al., 2016; REINHARDT, 2013; ROCHA, 2013).

Na Tabela 3, constata-se que os quadrantes do Modelo Demanda-Controlle (MDC) e a qualidade do sono estão significativamente correlacionados no quadrante controle no trabalho e demanda psicológica. Pode afirmar-se que o aumento da qualidade do sono

está correlacionado com a ampliação do controle no trabalho e diminuição da demanda psicológica.

Qualidade do sono	Demanda			Controle			p-valor
			md			md	
Boa	11	2,169	11	12,44	2,175	12	<0,001
Ruim	10,087	2,22	10	13,47	1,96	13	

Tabela 3 - Distribuição dos trabalhadores de enfermagem de acordo com o Modelo Demanda-Controle e a qualidade do sono, Rio de Janeiro, 2018.

Fonte: Dados da pesquisa

Quanto à distribuição dos trabalhadores de acordo com o MDC e a qualidade do sono, nota-se que o trabalho passivo está associado à qualidade do sono ruim, em 21 trabalhadores.

Quadrantes do Modelo Demanda Controle	Qualidade do sono				p-valor
	Boa		Ruim		
	n	%	n	%	
Alto desgaste	06	33,34	12	21,05	<0,001
Ativo	04	22,22	09	15,78	
Baixo Desgaste	01	5,55	15	26,32	
Passivo	07	38,89	21	36,84	

Tabela 4 – Distribuição dos trabalhadores de enfermagem de acordo com os quadrantes do Modelo Demanda-Controle e a qualidade do sono, Rio de Janeiro, 2018

Fonte: Dados da pesquisa

A partir da correlação de Spearman, aponta-se que as variáveis C2 ($r= 0,41$, $p=<0,001$), C3 ($r= 0,52$, $p= <0,001$) e C7 ($r= 0,44$, $p= <0,0015$) correlacionam-se de forma moderada com a variável Qualidade do Sono (QS). Enquanto que, as variáveis C1 ($r=0,39$, $p= <0,001$), C4 ($r=0,22$, $p= 0,057$) e C5 ($r=0,36$, $p= 0,001$) apresentam correlação baixa com a variável Qualidade do Sono (QS). A variável MDC relativa ao estresse ocupacional apresentou uma correlação muito baixa com as demais variáveis.

A correlação entre as variáveis: Modelo Demanda-Controle (MDC), referente ao estresse ocupacional e a Qualidade do sono (QS), evidenciado pelo Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (PSQI-BR) obteve resultado de correlação de Spearman positiva muito fraca ($r= 0,085727399$; $p= 0,464596$) sugerindo a exiguidade de correspondência entre as variáveis. O quadrante trabalho passivo encontra-se associado com qualidade do sono ruim em 21 trabalhadores de enfermagem.

O resultado deste estudo é semelhante ao demonstrado por Dong et al. (2017), em seu estudo com 5012 enfermeiros, na China. Os autores perceberam que o estresse

ocupacional é um agente importante no incremento da qualidade do sono ruim.

Face ao exposto, no presente estudo verificou-se que existe uma correlação positiva com intensidade de muito baixa a moderada entre o estresse ocupacional e a qualidade de sono, o que pode repercutir negativamente na assistência de enfermagem prestada ao cliente perioperatório.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo alvitrou a investigação da hipótese da existência de associação estatística entre o estresse ocupacional e a qualidade do sono em trabalhadores de enfermagem num setor crítico hospitalar, o centro cirúrgico.

Com referência a avaliação da exposição de alta demanda psicológica e baixo controle no trabalho associando-se positivamente a baixa qualidade do sono (desfecho) nos trabalhadores analisados, os achados neste estudo não comprovaram tal hipótese. Ocorreu a correlação positiva muito fraca ($r= 0,085$; $p= 0,464$), segundo o coeficiente de correlação dos postos de Spearman, afirmando assim, que a hipótese deste estudo não foi confirmada.

Por conseguinte, é possível verificar uma afluência de trabalhadores com estresse ocupacional e qualidade do sono ruim no setor de centro cirúrgico. Estes trabalhadores podem apresentar, na sua saúde e no seu trabalho (com os demais profissionais e com os usuários), inúmeras consequências como: doenças físicas e psíquicas, além de queda no desempenho laboral e nas relações sociais; maior risco de acidentes e mortalidade; absenteísmo e piora da qualidade de vida no trabalho.

O que desperta o empenho e o anseio do acréscimo de políticas institucionais com o objetivo de aquilatar as condições de trabalho, a fim de promover a saúde destes trabalhadores e prevenir o adoecimento desta população.

REFERENCIAS

ALMEIDA, A. N. F.; GURGEL, E. R. S.; SILVA, S. R. **Qualidade de vida dos profissionais de enfermagem de um centro cirúrgico**. Revista Brasileira de Qualidade de Vida, Ponta Grossa, v. 6, n. 4, p.216-22, jan. 2015.

ALVES, M. G. M.; HOKERBERG, Y. H. M.; FAERSTEIN, E. Tendências e diversidade na utilização empírica do Modelo Demanda-Control de Karasek (estresse no trabalho): uma revisão sistemática. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 16, n. 1, p.125-36, 2013.

AZEVEDO, B. S. **Qualidade de vida no trabalho da equipe de enfermagem**. 2014. 116 f. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié, 2014.

BENITES, A C et al. Relação entre transtorno do ciclo vigília-sono e trabalho noturno: desafios à segurança e saúde do trabalhador. **R. Laborativa**, Assis, v. 2, n. 2, p.86-107, out. 2013.

- BARROS, I. C. S. **Estresse ocupacional e qualidade de vida no contexto hospitalar: um estudo psicossociológico**. 2013. 230 f. Tese (Doutorado) – Curso de Psicologia Social, Universidade Federal da Paraíba, 2013.
- BENVEGNÚ, L. et al. Associação entre privação do sono e obesidade em trabalhadores. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 26, n. 2, p.23218-23226, abr-jun. 2016.
- DONG, H. et al. Sleep disturbances among Chinese clinical nurses in general hospitals and its influencing factors. **Bmc Psychiatry**, [s.l.], v. 17, n. 1, p.241-241, jul. 2017. <http://dx.doi.org/10.1186/s12888-017-1402-3>.
- JACQUES, J. P. B. et al. Geradores de estresse para os trabalhadores de enfermagem de centro cirúrgico. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 36, n. 1, supl, p. 25-32, ago. 2015.
- KARASEK R.; THEORELL T. **Healthy work: stress, productivity and the reconstruction of working life**. New York: Basic Books; 1990.
- KIRHHOF, R. S. et al. Nível de estresse entre enfermeiros de um hospital da região Centro-Oeste – RS. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 6, n. 1, p.29-39, mar. 2016.
- MARTINEZ, I. C. M. M. **Cuidar de quem cuida: estudo sobre qualidade do sono de professoras do ensino fundamental**. 2017. 94 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2017.
- MOURA, D. C. A. et al. Demandas psicológicas e controle do processo de trabalho de servidores de uma universidade pública. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p.481-490, fev. 2018.
- NOGUEIRA, R. P. **Qualidade de vida de profissionais de enfermagem que atuam em uma unidade de pronto socorro de um hospital público de grande porte**. 2017. 160 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestrado Profissional em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2017.
- PETERSEN, R. S.; MARZIALE, M. H. P. Análise da capacidade no trabalho e estresse entre profissionais de enfermagem com distúrbios osteomusculares. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 38, n. 3, p.1-9, abr. 2017.
- REINHARDT, É. L. **Avaliação do impacto do trabalho em turnos noturnos na produção de citocinas inflamatórias salivares e na secreção dos hormônios melatonina e cortisol**. 2013. 212 f. Tese (Doutorado) - Curso de Doutorado em Ciências, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.
- ROCHA, M. C. P. **Análise do cortisol salivar como indicador do estresse e a relação com a qualidade do sono em enfermeiros**. 2013. 244 f. Tese (Doutorado) - Curso de Pós Graduação em Enfermagem e Trabalho, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2013.
- SANGIOVO, S. et al. Potencialidades e fragilidades de uma equipe de enfermagem em centro cirúrgico. **Revista Espaço Ciência & Saúde**, Cruz Alta, v. 3, p.1-14, 2015.
- SCHOLZE, A. R. et al. Estresse ocupacional e fatores associados entre enfermeiros de hospitais públicos. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 22, n. 3, p.1-10, ago. 2017.
- SILVA, D. V. **Ansiedade, estresse, depressão e uso de drogas entre trabalhadores de enfermagem no ambiente hospitalar**. 2017. 103 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador) - Instituto de Geografia (PPGAT), Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2017.
- SILVA, F. H. **Estresse no trabalho de enfermeiros que atuam em hospitais privados segundo o modelo demanda-controle**. 2015. 75 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

SILVA, R. O. C. **Estresse e hardiness entre equipe multiprofissional do centro cirúrgico de um hospital universitário**. 2013. 137 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2013.

SOARES, L. M. P.; OLIVEIRA, V. C.; SOUSA, L. A. A. Qualidade de vida dos profissionais atuantes no centro cirúrgico. **Rev. Psicol Saúde em Debate**, Patos de Minas, v. 3, n. 2, p.159-170, dez. 2017.

SORATTO, M. T. et al. O estresse da equipe de enfermagem no centro cirúrgico. **RIES**, Caçador, v.5, n. 1, p. 179-192, 2016.

STUMM, E. M. F. et al. Qualidade de vida de profissionais em um centro cirúrgico. **Enfermería Global**, Murcia, v. 12, n. 30, p.232-243, abr. 2013.

OS FATORES DESENCADEANTES DA SÍNDROME DE BURNOUT EM ENFERMEIROS DURANTE A JORNADA DE TRABALHO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Data de aceite: 01/07/2020

Hugo Leonardo Guimarães Costa Silva

Centro Universitário de Juazeiro do Norte,
Departamento de Enfermagem. Juazeiro do Norte
– Ceará.

Deirevânio Silva de Sousa

Centro Universitário de Juazeiro do Norte,
Departamento de Enfermagem. Juazeiro do Norte
– Ceará.

<http://lattes.cnpq.br/5267114661430613>

Daniela Nunes Nobre

Centro Universitário de Juazeiro do Norte,
Departamento de Enfermagem. Juazeiro do Norte
– Ceará.

<http://lattes.cnpq.br/0544614288876777>

Dominic Nazaré Alves Araújo

Centro Universitário de Juazeiro do Norte,
Departamento de Enfermagem. Juazeiro do Norte
– Ceará.

<http://lattes.cnpq.br/7825045255005462>

Alinne Gomes do Nascimento

Centro Universitário de Juazeiro do Norte,
Departamento de Enfermagem. Juazeiro do Norte
– Ceará.

<http://lattes.cnpq.br/2291533388407856>

Larícia Nobre Pereira

Centro Universitário de Juazeiro do Norte,
Departamento de Enfermagem. Juazeiro do Norte
– Ceará.

<http://lattes.cnpq.br/0119170076646291>

Lara Cavalcante de Sousa

Centro Universitário de Juazeiro do Norte,
Departamento de Enfermagem. Juazeiro do Norte
– Ceará.

<http://lattes.cnpq.br/6393790460084380>

Maria Natália Machado Gomes

Centro Universitário de Juazeiro do Norte,
Departamento de Enfermagem. Juazeiro do Norte
– Ceará.

<http://lattes.cnpq.br/8934297595692527>

Erveson Alves de Oliveira

Centro Universitário de Juazeiro do Norte,
Departamento de Enfermagem. Juazeiro do Norte
– Ceará.

<http://lattes.cnpq.br/1937231938746681>

Maria Quintino da Silva Neta

Centro Universitário Ateneu – Uniteneu. Pecém -
São Gonçalo do Amarante-Ceará.

Quézia Maria Quintino Almeida

Faculdade de Tecnologia do Nordeste – FATENE.
Caucaia-Ceará.

Crystianne Samara Barbosa Araújo

Centro Universitário de Juazeiro do Norte,
Departamento de Enfermagem. Juazeiro do Norte
– Ceará.

<http://lattes.cnpq.br/1960946968788256>

RESUMO: A Síndrome de Burnout (SB) caracteriza-se como toda estafa física emocional e mental ligada ao trabalho, que envolve o

contato constante e direto com seres humanos. Os profissionais mais acometidos são os enfermeiros. O objetivo do estudo é identificar os fatores desencadeantes da síndrome de Burnout em enfermeiros durante a jornada de trabalho. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, realizada nas bases de dados da *Medical Literature Analysis and Retrieval System On-line* (MEDLINE/PUBMED), na *Literatura Latino-Americana e do Caribe* (LILACS) e na *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), utilizando os descritores em DeCS: “Enfermagem”, “Síndrome de Burnout” e “Esgotamento profissional”. Foram incluídos artigos originais publicados em qualquer idioma entre os anos de 2015 à 2019. Foram excluídos estudos que se distanciavam do tema em questão e que se encontravam incompletos ou fora do período. A busca constou de 57 artigos dos quais 6 cumpriam aos critérios previamente estabelecidos. O estudo foi capaz de identificar os fatores desencadeantes da síndrome de burnout em enfermeiros durante a jornada de trabalho, entre eles estão a insatisfação profissional, sobrecarga no trabalho, estresse e esgotamento físico e mental.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem. Síndrome de Burnout. Esgotamento Profissional.

THE TRIGGERING FACTORS OF BURNOUT SYNDROME IN NURSES DURING THE WORK DAY: AN INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW

ABSTRACT: Burnout Syndrome (BS) characterizes how this emotional and mental physical condition is associated with work, which involves constant and direct contact with humans. The most affected professionals are nurses. The aim of the study is to identify the triggering factors of burnout syndrome in nurses during a workday. This is an integrative literature review, performed on the databases of the Online Medical Literature Analysis and Retrieval System (MEDLINE / PUBMED), the Latin American and Caribbean Literature (LILACS), and the Scientific Electronic Library Online (SciELO), using the descriptors in DeCS: “Nursing”, “Burnout Syndrome” and “Professional Exhaustion”. We included original articles published in any language between 2015 and 2019. We excluded studies that distanced the theme and found incomplete or forums for periods. The constant search for 57 articles of which 6 meet the stated requirements. The study was able to identify the triggering factors of burnout syndrome in nurses during a workday, including professional dissatisfaction, work overload, stress and physical and mental exhaustion.

KEYWORDS: Nursing. Burnout Syndrome. Professional Exhaustion.

1 | INTRODUÇÃO

A palavra “trabalho” é compreendida como atividade profissional destinada a determinado fim. Esta atividade pode ser remunerada ou não, criativa ou produtiva, que confere crescimento, identidade e reconhecimento ao ser humano, mas também adoecimento físico, mental e sofrimento (BOCK, 2006).

Entre as décadas de 70 e 80 ocorreram intensas modificações no trabalho, que

resultaram no aparecimento da Síndrome de Burnout, em consequência do trabalho ter ficado mais burocrático, profissionalizado e isolado. Este cenário ocasionou um maior número de frustrações e de expectativas, em decorrência de situações como: desejo de ser o melhor entre os colegas, esforço excessivo e uma jornada de trabalho excessiva (ABCMED, 2014).

A Síndrome de Burnout (SB) caracteriza-se como toda estafa física emocional e mental ligada ao trabalho, que envolve o contato constante e direto com seres humanos. Os profissionais mais acometidos são os enfermeiros. Isto se deve a presença de fatores como: acúmulo de tarefas que levam à sobrecarga; inexistência da definição do piso salarial, reproduzindo sentimento de injustiça, e o vínculo com o paciente, pelo fato de assistir a morte e o sofrimento do paciente na maioria dos casos. Todos estes fatores contribuem para o estresse e a exaustão no trabalho (PAIVA, 2019).

Na Europa da década de 90, o estresse no trabalho foi considerado como um dos fatores responsáveis pela diminuição na qualidade de vida e por altos custos calculados em mais de 150 bilhões de dólares para as organizações, nos EUA, além de uma alta taxa de licenças médicas entre os enfermeiros acometidos pela doença (CÂNDIDO; SOUSA, 2016).

A problematização em torno do assunto parte das dificuldades encontradas pelos profissionais de saúde, especialmente o enfermeiro durante a rotina do trabalho. A escassez de equipamentos, falta de reconhecimento dos gestores e sociedade, e a falta de apoio psicológico, são dificuldades que acabam interferindo na qualidade de vida dos enfermeiros e os torna mais vulneráveis a SB (MORENO et al., 2018).

Adoção de recursos alternativos como: a hipnoterapia, acupuntura e atividades físicas são de grande eficácia para a melhora desta enfermidade. A hipnoterapia proporciona a modificação do padrão da consciência por meio da indução, ocasionando a intensificação das atividades cerebrais. Já a acupuntura auxilia através de agulhas colocadas em partes específicas do corpo para a cura da enfermidade. Por fim, a prática de atividade física, que favorece a produção de beta endorfina, responsável pela sensação de prazer e bem-estar (SILVA; SALES, 2016).

Devido à existência de poucos artigos relacionados ao tema, surge o interesse em disponibilizar informações para a comunidade acadêmica, profissionais e principalmente para os enfermeiros, visto que o âmbito hospitalar é o espaço que mais apresenta fatores de risco pra esta enfermidade. Diante do exposto surgiram alguns questionamentos: Quais os principais fatores desencadeantes da SB em enfermeiros? Quais as dificuldades encontradas pelos enfermeiros no ambiente de trabalho?

Desta forma a temática se faz relevante por contribuir no estudo sobre os fatores desencadeantes da SB em enfermeiros durante a jornada de trabalho e também por reforçar uma reflexão acerca desta enfermidade, assim auxiliando na promoção de discussões que visem à qualidade de vida da equipe de enfermagem.

O objetivo do estudo é identificar os fatores desencadeantes da SB em enfermeiros durante a jornada de trabalho.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura. Os artigos foram obtidos a partir da base de dados Medical Literature Analysis and Retrieval System On-line (MEDLINE/PUBMED), na Literatura Latino-Americana e do Caribe (LILACS) e na Scientific Electronic Library Online (SciELO) durante os meses de setembro, outubro e novembro de 2019. Utilizando os descritores: Enfermagem, Síndrome Burnout e esgotamento profissional foram escolhidos por meio de uma consulta nos descritores em ciências da saúde (DeSC).

O estudo adotou aos critérios de inclusão/exclusão para a seleção dos artigos. Foram inclusos artigos originais publicados em português, inglês e espanhol, entre os anos de 2015 à 2019 e que estavam disponíveis de forma gratuita. Para saber quais artigos tinham relação com a temática foram observados o título e o resumo. Foram excluídos deste, estudos editoriais, cartas e revisões de literatura, estudos que se distanciavam do tema em questão e que se encontravam incompletos ou fora do período. Após a seleção de quais artigos iria compor a revisão foram organizados em uma tabela, contendo nome do autor, ano, objetivo e resultados.

A análise e interpretação dos dados ocorreram por meio de uma leitura analítica com a finalidade de ordenar e sumarizar as informações contidas nas fontes, de forma que estas possibilitassem a obtenção de respostas ao problema da pesquisa.

3 | RESULTADOS

A busca eletrônica resultou em um total de 57 artigos. Entre estas referências, a primeira eliminação resultou em uma exclusão de 30 títulos e resumos, que falavam da SB, porém não citava os fatores desencadeantes da doença em enfermeiros, e assim não se relacionando claramente com o objetivo da revisão. Por fim os 8 artigos resultantes foram submetidos a uma avaliação final que levou em conta os critérios de inclusão, contendo 06 estudos selecionados. Sendo 04 do SciELO, 01 do MEDLINE e 01 do LILACS. A caracterização da amostra se encontra se encontra na tabela 1.

AUTOR (ANO)	OBJETIVO	REVISTA / BASE
CRUZ; ABELLÁN (2015)	Avaliar o grau de stress ocupacional, desgaste profissional e satisfação no trabalho daqueles profissionais.	Revista Latino Americana de Enfermagem. (MEDLINE)
FERREIRA; LUCAS (2015)	Avaliar a prevalência da SB em técnicos de enfermagem de um hospital público universitário e sua associação com as variáveis sócio- demográficas e profissionais.	Revista Brasileira de Epidemiologia (SciELO)
CARDOSO et al (2016)	Investigar o desequilíbrio entre o esforço e a recompensa no trabalho dos enfermeiros que atuam na Estratégia Saúde da Família.	Revista Norte Mineira de Enfermagem (LILACS)
LUZ et al (2017)	Analisar a prevalência da SB em profissionais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.	Revista Fundamental Care Online. (SciELO)
NOGUEIRA et al (2018)	Identificar associações entre os domínios do Burnout e as características do ambiente de trabalho.	Revista Brasileira de Enfermagem (SciELO)
RIBEIRO et al (2019)	Identificar o conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre a SB.	Revista de Enfermagem UFPE On-Line (SciELO)

Tabela 01. Distribuição dos artigos quanto ao autor e ano de publicação; Objetivo; Revista/ Base

AUTOR	ACHADOS
CRUZ; ABELLÁN (2015)	O nível de exaustão emocional é médio, alto para a despersonalização e baixo para a realização pessoal.
FERREIRA; LUCAS (2015)	Para os técnicos de enfermagem, o contato íntimo com os pacientes de difícil manejo e o receio de cometer erros no cuidado são fatores adicionais de estresse crônico e casos de Burnout evidenciados neste estudo.
CARDOSO et al (2016)	Houve alta prevalência de desequilíbrio entre esforço e recompensa no trabalho de enfermeiros, indicando risco para estresse.
LUZ et al (2017)	Na equipe médica, o Desgaste Emocional e Despersonalização foram maiores quando comparado a equipe de enfermagem; e em Incompetência Profissional os escores foram mais elevados para os técnicos de enfermagem.
NOGUEIRA et al (2018)	A exaustão emocional foi o traço do Burnout que se relacionou de forma mais constante com o grupo de instituições com condições mais desfavoráveis de trabalho quanto à autonomia, suporte organizacional e controle sobre o ambiente.
RIBEIRO et al (2019)	Conclui-se que 40% dos profissionais de Enfermagem não conhecem a SB e 50% tem um conhecimento limitado.

Tabela 02. Principais evidências

4 | DISCUSSÕES

No estudo de Cruz e Abellán (2015), um dos fatores que contribuem para a SB é o estresse que é caracterizado pela despersonalização, altos níveis de exaustão emocional e a ausência de realização pessoal. As consequências advindas do estresse são a falta de motivação, transtornos nos músculos esqueléticos, aumento do risco de doenças cardiovasculares, fadiga mental, absenteísmo, baixos níveis de rendimento e

produtividade. Assim, a criação de um plano de ação voltado para a comunicação e a participação no âmbito hospitalar reduz os níveis de *estresse* e o desgaste profissional, aumentando a satisfação no trabalho.

O estudo enfatiza a importância da visão da enfermagem acerca do trabalho para o aparecimento da SB, pois a maioria destes profissionais se sente desvalorizados profissionalmente e sobrecarregados tanto o físico como emocional. Com isso, o uso de estratégias que valorizem o trabalho destes profissionais, o apoio da equipe e dos colegas contribui para o equilíbrio psíquico destes indivíduos (FERREIRA; LUCAS, 2015).

Os fatores desencadeantes do estresse ocupacional que aumentam os riscos do enfermeiro desenvolver a síndrome estão relacionados à carga horária elevada, acúmulo de funções na prática diária, proximidade com o sofrimento humano, baixa remuneração, dificuldade do compartilhamento de saberes entre a equipe multidisciplinar, demanda de trabalho, instabilidade do emprego, pressão exercida por gestores e pacientes e o trabalho desenvolvido em alta complexidade (CARDOSO et al., 2016).

Para Luz et al. (2017), o pouco conhecimento dos profissionais de saúde sobre as doenças oriundas do ambiente de Trabalho como a Burnout e o fato do enfermeiro estar em contato direto com o paciente, o torna mais exposto ao estresse. Com a implantação de um atendimento social e psicológico com o uso de atividades voltadas para o lazer, como uma forma de reduzir o estresse, criação de equipes multidisciplinares e melhorias nas condições de trabalho são medidas que auxiliam na prevenção deste tipo de doença.

Ausência de autonomia, suporte organizacional são fatores que contribuem para a presença desta enfermidade nos enfermeiros. A ausência de autonomia no momento da resolução do problema leva o enfermeiro a se sentir frustrado, enquanto a falta de suporte da organização durante a prática assistencial resulta na exaustão emocional e na diminuição da realização pessoal (NOGUEIRA et al., 2018).

O desenvolvimento da SB no trabalho ocorre por meio da sobrecarga do trabalho, convivências diárias com situações críticas, frustrações com a profissão, tensão durante a jornada de trabalho e o esgotamento físico e emocional. A detecção precoce dos sinais e sintomas e dos fatores estressores que desencadeiam a síndrome é necessária para fornecer uma assistência a estes profissionais, de modo a desenvolver mecanismos que recupere o bem-estar físico e mental dos profissionais acometido por esta síndrome (RIBEIRO et al., 2019).

Segundo os estudos analisados os autores mostraram os principais fatores desencadeantes da SB. Assim, os resultados indicaram que os profissionais mais acometidos são os enfermeiros visto que são os que mais enfrentam problemas relacionados à desvalorização profissional e são os que mais estão em contatos com situações críticas envolvendo o paciente.

Muitos demonstraram acreditar que a criação de um apoio psicológico em âmbito hospitalar, melhorias de condições no trabalho e o apoio dos gestores são necessários

para que o enfermeiro consiga lidar com os fatores estressores resultantes da relação profissional x instituições e profissional x paciente durante a prática assistencial, com o intuito de evitar serem acometidos por esta doença.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo foi capaz de identificar os fatores desencadeantes da SB em enfermeiros durante a jornada de trabalho, entre eles estão à insatisfação profissional, sobrecarga no trabalho, estresse e o esgotamento físico e mental. Assim, conscientizar a equipe de enfermagem quanto à importância de conhecer as principais doenças oriundas no seu ambiente de trabalho, é essencial na busca por formas capazes de prevenir o adoecimento por esta doença. Durante o estudo foi possível observar a escassez de artigos referente ao tema em questão, sendo necessário o desenvolvimento de novos estudos que proporcione novas formas de melhorias no trabalho e das relações envolvendo equipe de saúde, instituição e paciente.

REFERÊNCIAS

- ABCMED, 2014. **O que saber sobre a síndrome de burnout?**. Disponível em: <<http://www.abc.med.br/p/psicologia..47.psiquiatria/556277/o-que-saber-sobre-a-sindrome-de-burnout.htm>>. Acesso em: 15/10/2019.
- BOCK, S. D. **Orientação profissional: abordagem sócio histórica**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2006.
- CÂNDIDO, J; SOUZA, L.R. síndrome de burnout: as novas formas de trabalho que adoecem. **Revista de Psicologia**. Brasília, 2017.
- CARDOSO, F.M et al. Risco de estresse no trabalho de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. *Revista Norte Mineira de Enfermagem*. Minas Gerais, 2018.
- CRUZ, S.P; ABELLÁN, M.V. Desgaste profissional, stress e satisfação no trabalho do pessoal de enfermagem em um hospital universitário. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, 2015.
- FERREIRA, N.N; LUCCA, S.R. Síndrome de *burnout* em técnicos de enfermagem de um hospital público do Estado de São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. São Paulo, 2015.
- LUZ, L.M et al. Síndrome de Burnout em profissionais do serviço de atendimento móvel de urgência. **Revista Fundamental Care Online**. São Paulo, 2017.
- MORENO, J. K. et al. Síndrome de Burnout fatores de estresse em enfermeiros nefrologistas. **Revista de enfermagem UFPE on line**. Recife, 2018.
- NOGUEIRA, L.S et al. Burnout and nursing work environment in public health institutions. **Revista Brasileira de Enfermagem**. São Paulo, 2018.
- PAIVA, J.D. M et al. Fatores Desencadeantes da Síndrome de Burnout em Enfermeiros. **Revista de Enfermagem UFPE**. Pernambuco, 2019.
- RIBEIRO, E.K. C et al. Conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre a síndrome de burnout.

Revista de Enfermagem UFPE On-Line. Maranhão, 2019.

SILVA, L.C. & SALLES, T.L.A. O estresse ocupacional e as formas alternativas de tratamento. **Revista de Carreira e pessoas.** São Paulo, 2016.

AS SITUAÇÕES GERADORAS DE PROBLEMAS INTERPESSOAIS NO TRABALHO DO ENFERMEIRO

Data de aceite: 01/07/2020

Data de submissão: 20/04/2020

Simone Grazielle Silva Cunha

Universidade Federal de Minas Gerais, Programa de Pós Graduação em Enfermagem Escola de Enfermagem
Belo Horizonte – Minas Gerais
<http://lattes.cnpq.br/6699246082555186>

Laura Andrade Pinto

Universidade do Estado de Minas Gerais, Unidade Divinópolis
Divinópolis – Minas Gerais
<http://lattes.cnpq.br/7823393036433730>

Maria José Menezes Brito

Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Departamento de Enfermagem Aplicada
Belo Horizonte – Minas Gerais
<http://lattes.cnpq.br/9045877879972358>

RESUMO: **Introdução:** As relações interpessoais envolvem o convívio entre as pessoas e podem ser afetadas durante o desenvolvimento do trabalho. **Objetivo:** Compreender as relações interpessoais do contexto de trabalho do enfermeiro. **Método:** Estudo de caso único qualitativo, realizado

em uma Unidade de Pronto Atendimento em um município do Centro Oeste Mineiro. Os participantes foram 14 enfermeiros. A coleta de dados ocorreu entre agosto a outubro de 2017, por meio de entrevistas com roteiro semiestruturado, técnica do gibi e observação. Os dados foram analisados por meio da Análise de Conteúdo. **Resultados e Discussão:** Da análise dos dados emergiu uma categoria temática: Situações que geram problemas interpessoais na enfermagem. As situações que geram problemas interpessoais são desrespeito e críticas as decisões clínicas do enfermeiro, descredito profissional, discordância em relação a atitudes e condutas práticas e conflitos com pacientes. Essas situações ocorrem com técnicos de enfermagem, médicos, pacientes, acompanhantes e outros profissionais da equipe que atuam na unidade. **Conclusões:** O enfermeiro precisa ser reconhecido no seu cotidiano trabalho como membro da equipe assistencial. Faz-se necessária a sensibilização dos profissionais da equipe multidisciplinar quanto ao trabalho do enfermeiro, com o intuito de manter relações saudáveis. Além disso, o enfermeiro deve identificar as situações e motivos geradores de problemas interpessoais, com vistas a promover melhor relação no trabalho e possível reestruturação do serviço e

da equipe.

PALAVRA-CHAVE: Enfermagem, Relações Interpessoais, Emergências

THE SITUATIONS GENERATING INTERPERSONAL PROBLEMS IN NURSES WORK

ABSTRACT: Introduction: The interpersonal relationships involved in the interaction between people and can be affected during the development of the work. **Objective:** To understand how interpersonal relationships in the nurse's work context. **Method:** Qualitative single case study, carried out in an Emergency Care Unit in the city of Centro Oeste Mineiro. The participants were 14 nurses. Data collection took place between August and October 2017, through interviews with semi-structured script, comic book technique and observation. The data were analyzed using Content Analysis. **Results and Discussion:** From the analysis of the emerged data, a thematic category: Situations that generate interpersonal problems in nursing. The situations that generate interpersonal problems are disrespect and criticism, such as clinical nursing decisions, professional descriptions, disagreement regarding attitudes and practical practices and conflicts with patients. These situations occur with nursing technicians, doctors, patients, companions and other team professionals who work at the unit. **Conclusions:** The nurse needs to be recognized in his daily work as a member of the care team. It is necessary to raise the awareness of the professionals of the multidisciplinary team regarding the work of the nurse, in order to maintain dietary relationships. In addition, the nurse must identify as situations and reasons for interpersonal problems, with a view to promoting a better working relationship and a possible restructuring of the service and the team.

KEYWORDS: Nursing, Interpersonal Relations, Emergencies

1 | INTRODUÇÃO

As relações interpessoais envolvem o convívio entre as pessoas e podem ser afetadas no cotidiano de trabalho das equipes de saúde. O trabalho se dá em um contexto relacional no qual podem ocorrer situações conflituosas, abusivas, violentas, relações de desigualdade de poder e incentivos a competitividade, propiciando o mal desempenho no trabalho (DIAS et al, 2019).

Vários são os fatores geradores de problemas nos serviços de saúde. Dentre eles podemos destacar a limitação dos recursos, as condições de trabalho, a falta de definição do espaço de atuação, tecnologias utilizadas e a exigência exacerbada da gerência e dos pacientes. Assim, são comuns os desentendimentos entre as categorias profissionais (SALIMENA et al, 2019).

Na Unidade de Pronto Atendimento (UPA), além dos desafios supracitados o profissional da saúde se depara com a infraestrutura inadequada, sobrecarga de trabalho e complexidade do estado clínico do paciente (OLIVEIRA et al, 2015).

A equipe multiprofissional na UPA atua em uma junção de esforços e interesses

de grupos profissionais que precisam reconhecer a interdependência com os outros componentes. Nesse contexto, o enfermeiro frequentemente assume atividades e funções de coordenação de equipes (OLIVEIRA et al, 2015). O trabalho da enfermagem é realizado coletivamente, cabendo muitas vezes, ao enfermeiro a responsabilidade de identificar as fragilidades no atendimento visando a qualidade e possível reestruturações do serviço e da equipe (PEREIRA; BEZERRA; BARROS, 2019).

Estudo de Ozanam et al, (2019) aponta que os fatores de satisfação no trabalho mais citados pelos enfermeiros são o bom relacionamento interpessoal e valorização do trabalho, seguido pelo prazer no que faz e autonomia nas tomadas de decisões. Esses fatores conferem ao enfermeiro o sentimento de aceitação, aprovação gerando um bom desempenho no cuidado com os pacientes.

Face ao exposto indaga-se: Como se estabelecem as relações interpessoais entre o enfermeiro da UPA e os demais membros da equipe? Parte-se do pressuposto de que as ações em saúde ocorrem de modo coletivo e as relações interpessoais repercutem na execução do cuidado do enfermeiro, o qual precisa ser realizado de forma ética, digna, humanizada e alicerçado em conhecimentos científicos.

Esse estudo justifica-se pela necessidade da promoção da satisfação de enfermeiros no ambiente laboral, uma vez que a satisfação é promotora de eficiência e qualidade na assistência. Assim, o objetivo deste estudo foi compreender as relações interpessoais do contexto de trabalho do enfermeiro.

2 | MÉTODO

Estudo de caso, de natureza qualitativa. O estudo de caso permite compreender os fenômenos individuais, grupais e organizacionais (YIN, 2015). A pesquisa qualitativa possibilita o entendimento dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2015). Com isso, foi possível compreender as relações interpessoais do contexto de trabalho do enfermeiro.

O estudo foi realizado em uma UPA localizada em um município do Centro Oeste Mineiro. O município, cenário do estudo, possui uma UPA, 24 unidades de Estratégia Saúde da Família, um Hospital que realiza atendimento de média e alta complexidade pelo Sistema Único de Saúde (SUS), uma central de abastecimento farmacêutico, serviço de saúde mental, unidade de resgate, policlínica, centro de saúde e laboratórios em geral.

A UPA é responsável pelo atendimento de urgência e emergência durante 24 horas a pacientes em quadro agudos e em risco de morte. Esta unidade foi escolhida por permitir entender a completude das relações interpessoais em um ambiente considerado complexo e dinâmico.

Os participantes do estudo foram 14 enfermeiros, que realizavam atendimento de

enfermagem, com vínculo empregatício com a UPA superior a seis meses, por acreditar que o profissional estava mais envolvido na instituição, sendo capaz de identificar os problemas interpessoais presentes no contexto de trabalho e assim, possibilitou a pesquisadora coletar informações diferenciadas e fidedignas. O critério de exclusão foi está de férias no momento da coleta de dados. Relata-se que três enfermeiros que se encontravam dentro dos critérios de inclusão se recusaram a participar da pesquisa alegando sobrecarga de trabalho.

O enfermeiro foi escolhido por fazer parte da equipe multiprofissional e assumir, muitas vezes, papel de liderança desta equipe, além de colaborar no planejamento e execução do cuidado.

A coleta de dados ocorreu entre agosto a outubro de 2017, por meio de entrevistas individuais com roteiro semiestruturado, técnica do “Gibi” e observação. Antes do início da coleta de dados, realizou-se uma entrevista piloto com uma enfermeira que trabalha em uma UPA de um município semelhante, com o intuito de verificar a aplicabilidade do roteiro de entrevista e da técnica do gibi. Após a análise da entrevista não houve necessidade de modificar o instrumento de coleta de dados. A entrevista piloto não foi utilizada para fins de análise.

Inicialmente foi traçado o perfil profissional e logo em seguida, aplicado o roteiro de entrevistas com perguntas relacionadas as atividades cotidianas e conflitos éticos existentes no trabalho. Imediatamente após, foi realizada a técnica do “Gibi” que é uma estratégia metodológica que utiliza histórias em quadrinhos para exteriorizar a subjetividade e interpretação da experiência. Assim, permite ao participante se expressar por meio de uma figura de história de quadrinhos (BRITO et al, 2019).

Para a realização da técnica do gibi elegeram-se a última edição, disponível na banca, da revista do tipo “Gibi” almanaque da Mônica, edição 64, publicada em julho de 2017. A revista da Turma da Mônica foi escolhida por retratar cenas do cotidiano das pessoas. O entrevistado pode escolher uma figura, ao longo de toda a extensão da revista, incluindo capa, contracapa e propagandas. Ressalta-se que foram analisadas as falas e não a figura escolhida.

Os participantes foram nomeados de Enfermeiros (E), seguido pela letra do alfabeto, conforme a sequência da entrevista. As entrevistas foram áudio gravadas, com duração média de 17 minutos e realizadas no próprio ambiente de trabalho.

Para vincular os fatos a suas representações e desvendar as contradições realizou-se a observação (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2015), a qual teve como finalidade compreender a realidade e entender aquilo que não é dito. A observação foi realizada, em média, 3 horas diárias em 8 dias e anotadas no diário de campo.

Como critério para fechamento amostral utilizou a saturação de dados, que ocorreu quando as informações fornecidas pelos participantes não contribuíram significativamente para o aperfeiçoamento da reflexão teórica do material já obtido (POLIT; BECK, 2018).

Desta forma foi utilizado o critério de saturação para determinar o quantitativo de participantes.

Os dados coletados foram analisados por meio da Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2011). Os dados foram organizados em três polos cronológicos: pré-análise e exploração do material; tratamento dos resultados; inferência e a interpretação. Na primeira fase procedeu-se a organização dos dados, posteriormente a codificação e categorização e por fim realizou-se as inferências que possibilitou a interpretação dos dados, tendo emergido a categoria temática: Situações que geram problemas interpessoais na enfermagem.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade do Estado de Minas Gerais, Divinópolis e Belo Horizonte (Parecer nº2.180.561/nº2.060.265). Os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os participantes do estudo foram 14 enfermeiros, 9 (64%) do sexo feminino e 5 (36%) masculino. Com relação ao estado civil 6 (43%) eram solteiros, 2 (14%) união estável, 3 (21,5%) casados e 3 (21,5%) divorciados. Com relação a idade 3 (21,5%) possuem entre 26 a 28 anos, 6 (43%) possuíam 30 a 39 anos, 4 (28,5%) estavam entre 42 a 48 anos e 1 (7%) tinha 50 anos. Com relação a jornada de trabalho 9 (64%) realizavam 12/60 horas, 3 (21,5%) relataram 30 horas semanais, 1 (7%) relatou seis horas diárias e 1 (7%) disse que fazia 40 horas semanais.

A seguir, será apresentada a categoria temática.

Situações que geram problemas interpessoais na enfermagem

As situações que geram problemas interpessoais são desrespeito e críticas as decisões clínicas do enfermeiro, descredito profissional, discordância de atitudes e condutas práticas e conflitos com paciente. Essas situações ocorrem com os técnicos de enfermagem, médicos, pacientes, acompanhantes e outros profissionais pertencentes a unidade e a equipe multiprofissional.

Os enfermeiros relatam que a sua decisão clínica, algumas vezes, é desrespeitada e criticada por médicos e/ou por outros profissionais da unidade, principalmente, quando realizam a Classificação de Risco (CR), repercutindo nas relações com esses profissionais.

“(…)um profissional aqui, que é da recepção, me questionou em relação ao verde (classificação de risco) que foi dado para madrinha dele. (EA)

“(…) o paciente que é laranja, é na sala vermelha que ele é atendido. Ele (médico) zomba da sua cara, a gente tem um médico específico aqui que faz isso com a gente(…). Aí você chega na sala é aquela falta de ética, não só com a gente mais com o paciente também, porque as vezes o comentário é diante do paciente. (EB)

A não compreensão do acolhimento e CR entre os diferentes funcionários da instituição também foi apontada em estudo realizado em uma maternidade pública em Teresina, Piauí (SILVA; ROCHA, 2018). A CR, muitas vezes, não é valorizada e conseqüentemente a enfermagem sente-se insegura e desrespeitada. Atrelado a isso, os enfermeiros relatam que as discussões com relação aos descordos da CR são realizadas na presença do paciente, o que gera descredito profissional.

De forma geral, foi observado que os atendimentos de enfermagem na UPA iniciam-se com o acolhimento, coleta de dados da queixa principal e avaliação dos sinais vitais, que resulta em julgamento clínico baseado no protocolo de CR. O protocolo utilizado na UPA propõe a classificação do paciente em cinco níveis de urgência (azul, verde, amarelo, laranja e vermelho) que é determinada de acordo com a avaliação das vias aéreas, respiração, circulação e estado de consciência. Além disso, estabelece o tempo de espera que varia de 0 até 240 minutos.

A CR provoca o protagonismo da enfermagem pois são os enfermeiros que determinam o fluxo e estabelecem a gravidade clínica do paciente. O saber do enfermeiro sobre a CR resulta em autonomia das ações diante das situações clínicas do paciente (DURO; LIMA; WEBER, 2017). Ainda, produz transformações nas relações interpessoais como a horizontalidade entre o enfermeiro e médico, quebra da direção unilateral, aponta indagações sobre a prática médica e traz mudança no processo de trabalho (SACOMAN et al, 2019).

Mesmo com a maior visibilidade da enfermagem no âmbito social e profissional, ainda se sobressai a autonomia médica no trabalho em saúde. Segundo Cecílio et al, (2020) o núcleo de decisão clínica ainda é do médico, o qual exibe a capacidade de bloquear intromissões vindas de fora da profissão. Além da autoridade e autonomia clínica os autores acrescentam um poder que incide nos processos administrativos das instituições de saúde.

Sabe-se que fatores como a indiferença, tom de voz agressivo, ausência de comunicação e diálogo, imposição de hierarquias são comportamentos que afetam as relações. Assim, deve-se estabelecer relações cordiais e de amizade para tornar o trabalho mais prazeroso (DIAS et al, 2019).

Os enfermeiros acrescentam que alguns problemas interpessoais são gerados devido a discordância de atitude do médico. Dizem que há médicos que se recusam a antecipar o atendimento e outros se recusam a atender dentro do tempo estipulado, mesmo não realizando nenhuma outra atividade.

“(...)você classifica o paciente em amarelo, porque o paciente pode esperar uma hora, até uma hora. Isso não quer dizer que o paciente tem que esperar uma hora o atendimento. Ele (médico) simplesmente fala: Não, ele (paciente) vai esperar uma hora! Ele (paciente) pode esperar uma hora!”. (EB)

“Então, às vezes a gente realiza o protocolo, classifica o paciente e aí a gente deixa o

paciente aguardando o atendimento do médico e algumas vezes eles (médicos) não cumprem esse protocolo em relação ao tempo. Deixa o paciente esperando e a gente acaba tendo que lhe dá com o paciente aqui fora sabendo que as vezes o profissional tá lá dentro sem atender (...)" (EL)

Os maiores estressores no trabalho do enfermeiro são em relação a discordância das ações da equipe médica, que provoca interferências no andamento do cuidado, prejudicando o desempenho da assistência desenvolvida.

A discordância nas práticas de cuidado entre médico e enfermeiro também foram citadas pelos enfermeiros.

"Muitas vezes os médicos não estão abertos para o olhar que a gente tem na assistência. Então as vezes a gente questiona muito a conduta do médico, no sentido do que vai ser melhor para o paciente. E as vezes isso gera um pouquinho de conflito." (ED)

Os conflitos entre médicos e enfermeiros são um dos maiores estressores da equipe de enfermagem. Um estudo realizado por Salimena et al (2019) expõe que os médicos interferem no andamento do trabalho da enfermagem, prejudicando o desempenho, motivação e qualidade do cuidado. Acrescenta ainda, que as relações profissionais se tornam mais estreitas, atrasando discussões no âmbito da equipe multidisciplinar e conseqüentemente, no atendimento ao paciente.

O médico e o enfermeiro são os principais responsáveis pelo cuidado do paciente, sendo esse um fato desencadeador de disputa pelo poder. Ademais, a sociedade visualiza uma hierarquia entre essas categorias, considera o enfermeiro subordinado ao médico. Evidencia-se entre esses profissionais uma relação conflituosa com situações de injustiça, desrespeito, perseguição e pressão psicológica (RAMOS et al, 2017).

A aproximação e distanciamento dos profissionais são percebidos pelos pacientes por meio da disposição ou não para exercer o cuidado (BORGES et al, 2017). A assistência requer a criação de vínculos efetivos e de confiança com o paciente, com o estabelecimento de troca entre o paciente, enfermeiro e médico.

Diante deste contexto, o enfermeiro deve exercer sua autonomia para construção de processos coletivos nas relações de poder, bem como admitir a liberdade para atuar sem o consentimento ou autorização de outro profissional, assumindo a legitimidade da assistência, sua capacidade de avaliar, definir conduta, afastando a dependência médica e partir do pressuposto que possui conhecimento e capacidade para tomar decisão (ALMEIDA et al, 2020).

Os enfermeiros relatam que possuem problemas interpessoais com alguns pacientes e acompanhantes devido à demora, já mencionada, do atendimento médico e também por ser o profissional que realiza o primeiro atendimento e possui contato mais próximo e contínuo com o paciente.

"(...)as pessoas chegam muito armadas as vezes, e como a gente está na frente, sendo o profissional que recebe o paciente, então é sempre a gente que recebe os xingos, nós que recebemos toda essa carga que o paciente e o acompanhante trás." (EB)

Foi observado que as atividades de CR ocorrem em um ambiente de pressão. Além disso, o profissional se depara com a insatisfação do usuário que vê no enfermeiro um obstáculo para o seu atendimento no serviço, a depender da classificação recebida, e aumento do tempo de espera para atendimento.

Segundo Lacerda et al, (2019) o paciente vê o enfermeiro como um meio de avaliação e validação sobre o seu estado de saúde, sendo o enfermeiro o único meio de ordenar o atendimento e a porta de entrada do usuário.

Sabe-se que a UPA vivencia uma superlotação, devido a um grande fluxo de pacientes que não se caracterizam em uma situação de urgência e emergência, isso se dá porque a demanda da atenção primária não é suprida, levando aos usuários a buscarem atendimentos viáveis, independente da sua complexidade. Assim, o paciente reconhece a UPA como um local resolutivo no qual ele terá acesso (OLIVEIRA et al, 2015).

Essa superlotação gera no profissional e paciente tensão e estresse, além disso, ocasiona um tempo demasiado de espera para atendimento, superior ao preconizado ou desejado, com isso, o paciente se sente injustiçado e se queixa, gerando a concepção de não ser reconhecido como sujeito de direito, acarretando prejuízo no processo de humanização (LARCERDA et al, 2019).

A enfermagem é responsável pela qualidade do cuidado, por esse motivo, identificar fragilidades no atendimento e os fatores relacionados são essenciais para a tomada de decisão pertinentes que envolvem a reestruturação dos serviços (PEREIRA; BEZERRA; BARROS, 2019).

Ademais, é necessário ter empatia e minimizar sentimentos de ansiedade, agressividade ou impaciência nos pacientes e acompanhantes, o que evitará futuros conflitos entre os membros da equipe e os pacientes (QUARESMA; XAVIER; CEZARVAZ, 2019).

A discordância de condutas práticas também foi citada como geradora de problemas interpessoais com o técnico de enfermagem, outros enfermeiros e com outros profissionais da equipe multidisciplinar.

“(...)o enfermeiro fala uma coisa com o técnico de enfermagem e o técnico vai e fala outra coisa com o paciente. Além disso, tem a exposição (nudéz) do paciente, eu acho que basicamente é isso.” (EA)

“(...) as vezes tem profissionais que tomam atitudes que você acha que não é ética (...) se você vê que aquilo vai prejudicar alguém, então isso já gera um conflito. Esse profissional que eu falo pode ser o técnico, o colega enfermeiro, como também médico, a equipe como um todo.” (EJ)

A discordância das práticas são fatores que fragilizam as relações interpessoais e potencializam um clima de tensão e desconforto no ambiente de trabalho. Cabe ressaltar que a relação entre esses profissionais deve ser respaldada na competência técnica e legal, com compromisso ético da equipe.

Sabe-se que o trabalho da enfermagem é um trabalho coletivo, o que requer uma relação de cumplicidade entre a equipe multiprofissional. Ademais, os técnicos de enfermagem e enfermeiros devem procurar estabelecer vínculos saudáveis, fortalecendo as relações interpessoais, já que trabalham interligados, e os técnicos realizam os cuidados que são gerenciados pelos enfermeiros (THOFEHM et al, 2019).

Por outro lado, há enfermeiros com diferentes perfis cujos comportamentos interferem no modo de cuidar do paciente. Nessa perspectiva, é necessário que o enfermeiro minimize as diferenças e aproxime as pessoas, colocando o usuário no centro do cuidado (RAMOS et al, 2017).

Identificou-se que as situações que geram problemas interpessoal fragilizam as relações, bem como repercute em individualismo no processo de trabalho, a fragmentação das práticas e cuidado despersonalizado e inseguro, interferindo na dinâmica do trabalho, com influências negativas na qualidade da assistência prestada. Com isso, há necessidade da promoção da qualidade de vida no ambiente laboral dos profissionais de enfermagem afim de promover a produtividade e melhor qualidade da assistência. Para isso, o enfermeiro pode estabelecer reuniões e discussões para esclarecer angustias, desejos, pensamentos, de modo que os profissionais possam refletir sobre seu trabalho, minimize as diferenças e aproxime as pessoas.

Os enfermeiros precisam se reconhecer como atores de um sistema de saúde repleto de divergências culturais, saberes e subjetividade e com isso, promover o fortalecimento nas relações interpessoais da equipe, por meio da comunicação, permitindo um melhor relacionamento com autonomia de seus agentes e construção mútua do processo do cuidado (PEREIRA; BEZERRA; BARROS, 2019).

4 | CONCLUSÃO

Conclui-se que as situações geradoras de problemas interpessoais são o desrespeito e críticas as decisões clínicas do enfermeiro, descredito profissional, discordância de atitudes e condutas práticas e conflitos com paciente. O enfermeiro deve ser reconhecido no seu processo de trabalho, enquanto equipe e integrante do coletivo. Além disso, precisa identificar as situações e motivos geradores de problemas interpessoais, com vistas a promover melhor relação no trabalho e possível reestruturação do serviço e da equipe. Acrescenta-se a importância da sensibilização dos outros profissionais da equipe multidisciplinar quanto ao trabalho do enfermeiro, com o intuito de manter relações saudáveis.

AGRADECIMENTOS

CAPES, Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais – FAPEMIG/UEMG;
Programa Institucional de Apoio à Pesquisa da UEMG – PAPq.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, B.S.; MORAIS, A.C.; MORAIS, A.C.; RODRIGUES, U.S.; CAMPOS, V.S.; SANTOS, W.A.A. **Autonomia percebida pelo enfermeiro obstetra na sala de parto.** REAS/EJCH, v.12, n.1, e.2017, p.1-7, 2020.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo.** 1 ed. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BORGES, J.W.P.; MOREIRA, T.M.M.; SILVA, D.B.; LOUREIRO, A.M.O.; MENESES, A.V.B. **Relação enfermeiro-paciente adulto: revisão integrativa orientada pelo sistema interpessoal de King.** Rev. Enferm UFPE on line, v.11, n.4, p.1769-1678, 2017. DOI: 10.5205/reuol.9763-85423-1-SM.1104201727
- BRITO, M.J.M.; CARAM, C.S.; MOREIRA, D.A.; REZENDE, L.C.; CARDOSO, C.M.L.; CAÇADOR, B.S. **Técnica do Gibi como recurso metodológico aplicado na Enfermagem.** Rev. baiana enferm, 33: e29895, 2019. DOI 10.18471/rbe.v33.29895
- CECILIO, LC.; CORREIA, T.; ANDREAZZA, R.; CHIORO, A.; CARAPINHEIRO, G.; CRUZ, N.L.M.; BARROS, L.S. **Os médicos e a gestão do cuidado em serviço hospitalares de emergência: poder profissional ameaçado?** Cad. Saúde Pública, v.36, n.3, e.00242918, p.1-14, 2020.
- DIAS, J.S.; ROCHA, L.P.; CARVALHO, D.P.; BARLEM, J.G.T.; BARLEM, E.L.D.; DALMOLIN, G.L. **Construção e validação de instrumento para avaliar as relações interpessoais na Enfermagem.** Rev. Bras Enferm, v.72, n.2, p.426-432, 2019.
- DURO, C.L.M.; LIMA, M.A.D.S.; WEBER, L.A.F. **Opinião de enfermeiros sobre classificação de risco em serviço de urgência.** Reme, v.21, e-1062, p. 1-9, 2017.
- LACERDA, A.S.B.; SAUTHLER, M.; PAES, G.O.; TEIXEIRA, E.R. **Acolhimento com classificação de risco: relação de justiça com o usuário.** Rev Bras Enferm, v.72, n.6, p.1572-1580, 2019.
- MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F. GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 34ed. Petrópolis: Vozes, 2015.
- OLIVEIRA, S.N.; RAMOS, B.J.; PIAZZA, M.; PRADO, M.L.; REIBNITZ, K.S.; SOUZA, A.C. **Unidade de pronto atendimento -UPA 24H: percepção da enfermagem.** Texto Contexto Enferm, v.24, n.1, p.238-344, 2015.
- OZANAM, M.A.Q.; SANTOS, S.V.M.; SILVA, L.A.; DALRI, R.C.M.B.; BARDAQUIM, V.A.; ROBAZZI, M.L.C.C.; **Satisfação no trabalho dos profissionais de enfermagem.** Braz J.of Develop, v.5, n.6, p.6156-6178, 2019.
- PEREIRA, T.B.; BEZERRA, M.R.B.; BARRO, M.M.A. **Relações interpessoais da equipe de enfermagem no ambiente de trabalho.** DêCiência em Foco, v.3, n.1, p.65-81, 2019.
- POLIT, D.F.; BECK, C.T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem.** 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.
- QUARESMA, A.S.; XAVIER, D.M.; CEZAR-VAZ, M.R. **O papel do enfermeiro na classificação de risco nos serviços de urgência e emergência.** Rev. Enfermagem Atual in Derme, v.87, especial, p. 1-10, 2019.

RAMOS, F.R.S.; VARGAS, M.A.O.; SCHNEIDER, D.G.; BARLEM, E.L.D.; SCAPIN, S.Q.; SCHNEIDER, A.M.M. **Conflito ético com desencadeador de sofrimento moral: survey com enfermeiros brasileiros.** Rev enferm UERJ, v.25, e.22646, p.1-5, 2017.

SACOMAN, T.M.; BELTRAMMI, D.G.M.; ANDREZZA, R.; CECÍLIO, L.C.O.; REIS, A.A.C. **Implantação do Sistema de Classificação de Risco Manchester em uma rede municipal de urgência.** Saúde Debate, v.43, n.121, p.354-367, 2019.

SALIMENA, A.M.O.; PEIXOTO, R.S.R.; ARAÚJO, S.T.C.; ALVES, M.S. **Relações interpessoais no centro cirúrgico: equipe de enfermagem e equipe médica.** Recom, v.9, e3328, p.1-7, 2019.

SILVA, L.R.; ROCHA, M.E.M.O. **Acolhimento com classificação de risco: percepção dos enfermeiros em uma maternidade pública.** Rev. Interd., v.11, n.3, p.103-113, 2018.

THOFEHM, M.B.; JONER, L.R.; PORTO, A.R.; BOREL, M.G.C.; JACONDINO, M.B.; VIANA, N.C.C. **Processo de trabalho: avaliação dos enfermeiros de um hospital de ensino.** Rev. Enferm. UFJF, v.5, n.1, p.1-16, 2019.

YIN, R.K. **Estudo de Caso: Planejamento e Métodos.** 5ª ed. Porto Alegre: Bookman Editora, 2015.

DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL DE ENFERMAGEM PARA TERAPIA INTENSIVA: CONTRADIÇÕES ENTRE O REGULAMENTADO E O FEITO

Data de aceite: 01/07/2020

Antônio César Ribeiro

Enfermeiro, Doutor em Ciências, Professor da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso – orientador. Membro do Grupo de Pesquisa TRIPAILUM/FAEn/UFMT. E-mail: anceri1964@gmail.com.

Kaoanny Jonatas Matias Marques Silva

Enfermeira graduada pela Faculdade de Enfermagem / UFMT. Cuiabá-MT. Brasil. Membro do Grupo de Pesquisa TRIPAILUM/FAEn/UFMT. E-mail: kaoanny.marques@hotmail.com

Lucas dos Santos Ribeiro

Enfermeiro graduada pela Faculdade de Enfermagem / UFMT. Cuiabá-MT. Brasil. Membro do Grupo de Pesquisa TRIPAILUM/FAEn/UFMT. E-mail: lucas_sanribeiro@hotmail.com

Raiany Katchussa Ignatz de Andrade

Enfermeira graduada pela Faculdade de Enfermagem / UFMT. Cuiabá-MT. Brasil. Membro do Grupo de Pesquisa TRIPAILUM/FAEn/UFMT. E-mail: raianyka@ghotmail.com

Roseany Patrícia Silva Rocha

Bacharel em Enfermagem, Mestranda do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso. E-mail: roseanyrocha1@gmail.com

Yara Nãna Lima

Aluna do Curso de Graduação em Enfermagem do Programa Voluntariado de Iniciação Científica – VIC. Faculdade de Enfermagem / UFMT. E-mail: yara_nannalima@hotmail.com

RESUMO: Estudo descritivo, com delineamento transversal, realizado junto a três Unidades de Terapia Intensiva Adulta de um hospital público municipal, em Cuiabá – MT, com o objetivo de analisar, comparativamente, a composição quantitativa e qualitativa do quadro de pessoal de enfermagem entre a realidade estudada e as normas próprias do Conselho Federal de Enfermagem. Os dados foram levantados a partir das escalas dos meses de fevereiro a abril de 2016. De posse do material coletado, relativos à escala do mês de abril/2016, quando comparados com o cálculo realizado, segundo à Norma Técnica específica oficial da categoria enfermagem, pode-se observar que há um distanciamento e inadequação quali-quantitativa entre a realidade empírica e o que determina as normas legais relativas à composição das equipes, o que inclui a ilegalidade da participação dos auxiliares de enfermagem na assistência ao paciente que requer cuidados intensivos. Frente ao exposto, evidenciou-se a baixa institucionalidade das normas técnicas da enfermagem brasileira.

PALAVRAS CHAVE: Recursos Humanos de Enfermagem, Dimensionamento, Hospital.

DIMENSIONING OF NURSING

PERSONNEL FOR INTENSIVE THERAPY:

CONTRADICTIONS BETWEEN THE REGULATED AND WHAT IS DONE

ABSTRACT: Descriptive study, with a cross-sectional design, carried in three adult intensive care units of a municipal public hospital, in Cuiabá - MT. The objective of this study was to analyze the quantitative and qualitative composition of the nursing staff assigned to intensive care, compared to the specific precepts of the Federal Nursing Council. The data collection was from February to April 2016. It was observed, when compared to the calculation made from Resolution COFEN 543/2017, that there is a distancing and qualitative mismatch between the empirical reality and what determines the resolution regarding the dimensioning of personnel for intensive care. Regarding the professional practice, the inadequate participation of nursing assistants in patient care requiring technical care and greater complexity was also evidenced. In view of the evidence, it is suggested the low institutionality of the Brazilian nursing technical standards in the process of nursing work organization for intensive care patients.

KEYWORDS: Nursing Staff, Sizing, Hospital.

DIMENSIONAMIENTO DE PERSONAL DE ENFERMERÍA PARA TERAPIA INTENSIVA: CONTRADICCIONES ENTRE LO REGLAMENTADO Y LO HECHO

RESUMEN: Estudio descriptivo, con delineamiento transversal, realizado junto a tres unidades de terapia intensiva adulta de un hospital público municipal, en Cuiabá - MT. Tuvo como objetivo analizar la composición cuantitativa y cualitativa del cuadro de personal de enfermería destinado a la asistencia en terapia intensiva, en comparación con las normas específicas del Consejo Federal de Enfermería. Los datos fueron recogidos a partir de las escalas de los meses de febrero a abril de 2016. De posesión del material recolectado, cuando comparados con el cálculo realizado a partir de la Resolución COFEN 543/2017, se puede observar que hay un distanciamiento y una inadecuación cuali-cuantitativa entre la realidad empírica y lo que determina la referida resolución relativa al dimensionamiento de personal para la asistencia en terapia intensiva. En lo que se refiere al ejercicio profesional, se evidenció la inadecuada participación de auxiliares de enfermería en la asistencia al paciente que requiere cuidados técnicos y de mayor complejidad. Frente a lo evidenciado, se sugiere la baja institucionalidad de las normas técnicas de la enfermería brasileña en el proceso de organización del trabajo de la enfermería destinado a pacientes en terapia intensiva.

PALABRAS CLAVE: Recursos humanos de enfermería, dimensionamiento, hospital.

1 | INTRODUÇÃO

A prática da enfermagem constitui-se de diferentes processos de trabalho que, quando particularizados, podem ser decompostos nos seus específicos elementos (finalidade, objeto, instrumentos, agente e produto), podendo, ou não, ser desenvolvidos

de forma concomitante, a saber: cuidar/assistir, gerenciar/administrar, ensinar, pesquisar e participar politicamente ⁽¹⁾.

A prática da enfermagem constitui-se de diferentes processos de trabalho que podem ser particularizados a partir dos seus específicos elementos (finalidade, objeto, instrumentos, agente e produto), podendo, ou não, ser desenvolvidos de forma concomitante, a saber: cuidar/assistir, gerenciar/administrar, ensinar, pesquisar e participar politicamente⁽¹⁾.

Para além da identificação dos diferentes processos de trabalho que constituem a prática da enfermagem, outra característica que a identifica está na divisão técnica e social na produção dos seus serviços, em que participam agentes com diferentes níveis de formação e competências, conforme define a lei que regulamenta o exercício profissional da categoria no Brasil (LEPE)⁽¹⁻³⁾.

Considerando a arquitetura que o trabalho da enfermagem assume, entre seus diferentes agentes, tomou-se aqui o enfermeiro a quem compete, privativamente, a organização, o planejamento e a avaliação da assistência de enfermagem, além da assunção dos cuidados mais complexos. A partir da definição do plano individual de cuidado, o enfermeiro deve delegar tarefas aos agentes de nível médio – respeitados os níveis de formação e competência – e controlar a sua eficiência, por meio da supervisão direta⁽²⁻³⁾.

Ainda conforme a LEPE, cabe, privativamente, ao enfermeiro o processo de trabalho gerenciar/administrar, no sentido de organizar e garantir as condições para a realização do cuidado qualificado⁽¹⁻³⁾.

Buscando normatizar o trabalho de enfermagem, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) tem editado as Resoluções que, na condição de Normas Técnicas (NT), cumprem o objetivo de orientar, desde a organização do trabalho até a sua efetivação, por meio de ações de intervenção no sentido do atendimento ou antecipação das necessidades de clientes/pacientes que demandam por assistência de enfermagem⁽³⁻⁴⁾.

Neste sentido, a presente proposta de investigação toma como referência a Resolução COFEN-543/2017, que atualiza e estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nos serviços/locais em que são realizadas suas atividades⁽⁴⁾.

O dimensionamento de pessoal de enfermagem é entendido como um processo sistemático que deve orientar o planejamento do quantitativo e qualitativo de pessoal, considerando a natureza e peculiaridade do trabalho e os aspectos organizacionais da instituição, na perspectiva da qualidade e continuidade da assistência de enfermagem⁽⁵⁾.

Neste sentido, o dimensionamento tem sido referido como importante instrumento do trabalho gerencial do enfermeiro e, por isso mesmo, considerado como um dos maiores desafios da administração dos mais variados serviços de enfermagem⁽⁴⁻¹²⁾.

Dada a centralidade que o trabalho de enfermagem assume na organização e

efetivação do processo de assistência à saúde, no contexto do modelo clínico hospitalar, o presente estudo definiu como seu objeto o dimensionamento quantiquantitativo de pessoal de enfermagem, considerando-o como potente instrumento/ferramenta do processo de trabalho gerenciar/administrar do enfermeiro^(1, 3-12). O presente estudo teve como objetivo analisar o dimensionamento de pessoal destinado à assistência em terapia intensiva comparativamente à Norma Técnica específica do Conselho Federal de Enfermagem⁽⁴⁾.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, com delineamento transversal e abordagem quantitativa, recorte de uma pesquisa matricial intitulada “Análise da organização do trabalho de enfermagem em Terapia Intensiva, de um hospital público municipal, em Cuiabá – MT, na perspectiva das Normas Técnicas do Conselho Federal de Enfermagem”.

Neste sentido, buscou-se analisar o dimensionamento de pessoal de enfermagem destinado à assistência em terapia intensiva em um Hospital Público Municipal, em Cuiabá – MT, à luz da NT definida por meio da Resolução COFEN N.º 543/2017(4).

Segundo o Ministério da Saúde, Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é a “área crítica destinada à internação de pacientes graves, que requerem atenção profissional especializada de forma contínua, materiais específicos e tecnologias necessárias ao diagnóstico, monitorização e terapia”⁽¹³⁾.

Situado na capital do Estado de Mato Grosso, o hospital estudado tem capacidade para 224 leitos e responde como referência de alta complexidade para o atendimento ao trauma na Grande Cuiabá e interior do Estado. Na sua estrutura, conta com 38 leitos destinados à assistência em terapia intensiva adulta, organizados em três Unidades, sendo 10 leitos da UTI-A I e na UTI-A II e 18 leitos na UTI-A III.

A população estudada foi constituída pelos agentes do trabalho de enfermagem, lotados e em exercício nas três UTIs adultas, que somam o total de 139 profissionais, entre enfermeiros coordenadores do serviço, enfermeiros assistenciais, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem.

Como critérios de inclusão foram considerados apenas os profissionais em atividade efetiva, conforme as escalas de serviço no período da coleta dos dados e aqueles que atuam diretamente na assistência aos pacientes. Assim, foram excluídos dois enfermeiros que assumem a função de coordenação, cujas atribuições são de caráter exclusivamente administrativo-burocrático.

A coleta dos dados consistiu na caracterização do quadro efetivo dos agentes do trabalho de enfermagem, destinado ao gerenciamento do cuidado (enfermeiros) e do cuidado em si (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem). Para tanto, foi utilizada a técnica de análise documental, aplicada ao estudo das escalas de serviço e da legislação pertinente.

Assim, foram consideradas as escalas de serviço das três unidades, correspondentes ao período de fevereiro a abril de 2016. Após a coleta os dados, foram digitalizados e armazenados com os recursos do software EPIDATA 3.1. Após a constituição do banco de dados, estes foram considerados mês a mês, em que se pode observar que o conjunto dos trabalhadores de enfermagem não variou numericamente no que diz respeito ao quantitativo e qualitativo das escalas. Assim, decidiu-se, aleatoriamente, pela escala do mês de Abril de 2016 como referência na apresentação dos resultados relativos à realidade local.

A partir do levantamento quantiquantitativo dos agentes do trabalho de enfermagem alocados, conforme a escala do mês de Abril/2016, das três UTIs adultas foram levantadas as informações relativas a: (1) jornada semanal de trabalho (30 horas semanais $K_m = 0,2683$); (2) número efetivos de leitos (38 leitos), sendo 10 UTI-A I e II e 18 UTI-A III; (3) taxa de ocupação 100% para as três Unidades, considerando os últimos seis meses.

Para a classificação dos pacientes, de acordo com os níveis de cuidados requeridos, utilizou-se instrumento específico desenvolvido com base nas necessidades individuais de pacientes adultos(7, 14). O referido instrumento contempla 13 (treze) áreas de cuidado, a saber: estado mental e nível de consciência, oxigenação, sinais vitais, nutrição e hidratação, motilidade, locomoção, cuidado corporal, eliminações, terapêutica, educação à saúde, comportamento, comunicação e integridade cutâneo-mucosa. Cada um dos prognosticadores varia de pontuação de 1 (menor complexidade do cuidado) a 5 (maior complexidade do cuidado). A pontuação mínima é de 13 e a máxima de 65 pontos. Por meio do instrumento, os cuidados podem ser classificados em quatro níveis: mínimos (13-26 pontos), intermediários (27-39 pontos), semi-intensivos (40-52 pontos) e intensivos (53-65 pontos). Após a aplicação do instrumento, 100% (cem por cento) dos pacientes foram classificados no nível de cuidados intensivos, o que demanda 18 horas de assistência de enfermagem nas 24 horas.

Tal classificação explica-se considerando que o hospital estudado é referência de alta complexidade para atendimento ao trauma.

De posse dos dados relativos às características das UTIs adultas, foi realizado o cálculo de pessoal à luz da Resolução COFEN N.º 543/2017(4). Para tanto, utilizou-se a fórmula da constante de marinho:

$$(1) \quad Q_p = K_m \times THE$$

Onde:

Q_p = Quadro de Pessoal

$$(2) \quad K_m = \frac{DS}{JST} \times IST \quad (2)$$

Onde:

DS = Dias da Semana (7)

K_m = Constante de Marinho (0,2683 para 30 h/sem)

THE = Tempo em Horas de Enfermagem

JST = Jornada Semana de Trabalho (30 h)

IST = Índice de Segurança Técnica (15%)

(3)

$$THE = (PCM \times 3,8) + (PCI \times 5,6) + (PCSI \times 9,4) + (PCIt \times 17,9)$$

Onde:

THE = Tempo em Horas de Enfermagem

PCM = Paciente de Cuidados Mínimos

PCI = Paciente de Cuidados Intermediários

PCSI = Paciente de Cuidados Semi-Intensivos

PCIt = Paciente de Cuidados Intensivos

(1) Fórmula para o cálculo do quantitativo de pessoal para serviços de enfermagem (Qp), proposto por Marinho (COFEN, 2017).

(2) Fórmula para o cálculo da Constante de Marinho (Km), aplicada no cálculo do quantitativo de pessoal para serviços de enfermagem.

(3) Fórmula do cálculo do Tempo em Horas de Enfermagem (THE), aplicado na fórmula para o cálculo do quantitativo de pessoal para serviços de enfermagem.

Dadas as características encontradas no serviço, na definição quantitativa dos profissionais, não foi realizado acréscimos relativos ao índice mínimo de segurança técnica, uma vez que não se justificou, considerando que a faixa etária dos trabalhadores situou abaixo do que recomenda a Norma Técnica específica⁽⁴⁾.

Já na definição qualitativa da equipe, por nível de formação, após sua definição global, por se tratar de 100% dos leitos destinados aos pacientes em cuidados intensivos, foi considerada 52% (cinquenta e dois por cento) de enfermeiros e 48% (quarenta e oito por cento) de técnicos de enfermagem⁽⁴⁾.

De posse dos resultados referentes às escalas reais do serviço e o cálculo para o dimensionamento normatizado pelo COFEN, pode-se proceder à comparação entre a realidade empírica e o ideal para o serviço de enfermagem das UTIs-A estudadas⁽⁴⁾.

Durante todas as etapas do estudo, foram considerados os dispositivos constantes na Resolução CNS 466/2012. O projeto matricial do estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos do Hospital Universitário Júlio Muller/UFMT e aprovado com o Parecer N.º 749.388, de 13/08/2014.

3 | RESULTADOS

As três UTIs adultas contam com 137 trabalhadores de enfermagem destinados à assistência direta aos pacientes, sendo 21 (15,32%) enfermeiros, 111 (81,02%) técnicos de enfermagem e 5 (3,64%) auxiliares de enfermagem.

Do conjunto dos trabalhadores de enfermagem, 37 (27%) estão alocados na UTI-A I, 37 (27%) estão alocados na UTI-A II e 63 (46%) na UTI-A III. Observou-se que o número de enfermeiro é idêntico para as unidades I e II e que estes estão distribuídos na razão de um para cada 10 leitos ou fração, por equipe/turno de trabalho. O que varia é o número de profissionais de nível médio, que inclui o auxiliar de enfermagem.

Relativo aos dados das escalas, considerando cada unidade de serviço, a Tabela 1 sintetiza, de modo comparativo, os achados quando considerada a realidade empírica em relação às normatizações baixadas pela Resolução COFEN 543/2017, incluindo o que estabelece a RDC 07/2010 MS/ANVISA^(4,13).

Categoria Profissional	MINISTÉRIO DA SAÚDE		COFEN		Realidade	
	N	%	N	%	N	%
UTI I						
Enfermeiro	10	28,57	25	52	5	13,6
Técnico de enfermagem	25	71,43	23	48	29	78,3
Auxiliar de enfermagem	0	0	0	0	3	8,1
Total	35	100	48	100	37	100
UTI II						
Enfermeiro	10	28,57	25	52	11	17,5
Técnico de enfermagem	25	71,43	23	48	52	82,5
Auxiliar de enfermagem	0	0	0	0	2	5,4
Total	35	100	48	100	37	100
UTI III						
Enfermeiro	15	25	45	52	11	17,5
Técnico de enfermagem	45	75	42	48	52	82,5
Auxiliar de enfermagem	0	0	0	0	0	0
Total	60	100	87	100	63	100

Tabela I – Comparação da distribuição de recursos humanos de enfermagem realizada nas Unidades de Terapia Intensiva I, II e III com o que preconiza a RDC 07/2010 MS/ANVISA e a Resolução COFEN 543/2017. Cuiabá. 2016

Fonte: Arquivos das escalas fornecidos pela Coordenação do Serviço de Enfermagem do Hospital. Cuiabá – MT. 2016.

4 | DISCUSSÃO

Contemporânea do advento da administração científica, a dita Enfermagem Moderna, historicamente, organizou o modo de produzir seus serviços refletindo a forma de organização do trabalho no modelo capitalista de produção, separando o momento

de concepção do momento de execução do trabalho⁽³⁾. Decorre daí a permanência de distintos agentes do trabalho de enfermagem que se diferenciam pelo grau de escolaridade e formação e, por conseguinte, pelas competências legais atribuídas pela legislação que regulamenta o exercício profissional da enfermagem brasileira⁽²⁾.

Desta forma, planejar recursos humanos para alocação nos diferentes serviços que demandam o cuidado de enfermagem tem sido um desafio para as lideranças de enfermagem quer no campo técnico, ético, legal ou político⁽⁵⁻¹¹⁾. Neste sentido, a questão do dimensionamento de RHE “tem permeado as inúmeras esferas da complexidade do atendimento, dentre elas a qualidade do cuidado, resultados da atenção, satisfação do cliente, carga de trabalho, horas de assistência de enfermagem, assim como contenção de custos”⁽⁵⁻¹¹⁾.

Os resultados do estudo corroboram estudos anteriores e atuais sobre a temática, apontando para questões extremamente relevantes no contexto da realidade investigada. Dentre estas se destacou: 1) a inadequação quantitativa dos RHE para o atendimento da demanda⁽⁵⁻¹¹⁾; 2) a inadequação qualitativa dos RHE frente às exigências dos cuidados demandados⁽⁵⁻¹¹⁾; 3) a inadequação qualitativa dos RHE frente às exigências dos cuidados demandados e inobservância da legislação básica que regulamenta o exercício da enfermagem brasileira^(2,4,15-16).

A inadequação quantitativa dos RHE para o atendimento da demanda

Foi flagrante que o Serviço de Enfermagem prescinde da NT específica do COFEN⁽⁴⁾ na alocação de pessoal, porém, pode-se observar que a composição da equipe observa, em parte, a Resolução-RDC Nº 7/2010⁽¹³⁾, que dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva. A referida norma prevê, no mínimo, um enfermeiro para cada oito leitos e um técnico de enfermagem para cada dois leitos, considerando as suas frações, respectivamente.

A partir desta determinação restam duas considerações. A primeira, frente ao evidenciado empiricamente, de que o hospital mantém a relação de um técnico de enfermagem para cada dois leitos, em estrito cumprimento ao mínimo estabelecido na RDC-MS, todavia, na alocação de enfermeiros, não considera a fração, restando um profissional para cada dez leitos nas unidades I e II e um profissional para cada 9 leitos na unidade III. A segunda diz respeito à própria RDC-MS quando normatiza que “deve ser designada uma equipe multiprofissional, legalmente habilitada, a qual deve ser dimensionada, quantitativa e qualitativamente, de acordo com o perfil assistencial, a demanda da unidade e legislação vigente”⁽¹³⁾, porém, na sequência estabelece o mínimo necessário o que contraria as mesmas legislações a que faz referência⁽⁴⁾.

Sabe-se que os serviços públicos de saúde no Brasil sofrem do crônico contingenciamento de recursos financeiros, o que coloca como desafio aos gestores os custos operacionais dos serviços. Decorre daí a justificativa pelo não cumprimento mínimo

da NT específica para o dimensionamento dos RHE^(5-6,8,10-11). Alguns autores consideram que “existe [...] uma tendência de atribuir os altos custos da saúde aos gastos com o quadro de pessoal” e que a “a redução de custos, que tende a recair sobre a equipe de enfermagem, ocasionando diminuição do quadro de pessoal, o que repercute na qualidade da assistência prestada”⁽¹¹⁾.

O contexto mundial de transformações socioculturais, políticas e econômicas, ao determinarem os traços que as políticas organizacionais assumem no campo da prestação dos serviços de saúde, determinam diretamente na organização do trabalho de enfermagem, já que esta representa a maior força de trabalho nos serviços de saúde, implicando em redução dos custos operacionais a partir da lógica capitalista de aumento da produção a um menor custo operacional, muitas vezes em detrimento da qualidade do cuidado^(5,10).

Exatamente neste contexto percebe-se a baixa institucionalidade das NTs da categoria enfermagem, já que em todo o seu Estatuto Social (o que inclui desde a LEPE até as normatizações técnicas baixadas pelo COFEN), há a previsão e a definição de um modo de organização e produção do cuidado que são desconsideradas, inclusive pelos órgãos oficiais do Estado brasileiro^(3-4,9,15-16).

A inadequação qualitativa dos RHE frente às exigências dos cuidados demandados e inobservância da legislação básica que regulamenta o exercício da enfermagem brasileira

Decorrente da inadequação quantitativa dos RHE, a questão da deficiência no seu qualitativo também foi evidenciada quando comparado o que determina a NT específica da categoria enfermagem^(4,9). Nesta, a determinação é de que, para pacientes que demandam cuidados intensivos, o quadro de pessoal de enfermagem deve contar com 52% de enfermeiros e os demais devem ser técnicos de enfermagem.

Os dados mostraram a relação de um enfermeiro para cada dez/nove leitos e o percentual de 15,32% de enfermeiros em relação ao total de trabalhadores da equipe de enfermagem, nas três unidades. Frente ao constatado, para além da insuficiência numérica dos profissionais de enfermagem, sugere-se a secundarização do trabalho da enfermagem/enfermeiro na assistência em terapia intensiva⁽¹⁵⁾.

Nesta perspectiva, o planejamento da assistência de enfermagem, conforme estabelece as normas legais, pode ficar comprometido, considerando a insuficiência numérica de enfermeiros para o cuidado intensivo. Consequentemente, a assistência prestada pelos profissionais de nível dificilmente poderá ir além da rotina e do cumprimento das prescrições médicas. Dessa forma, a prática do cuidado fica longe de ser considerada sistematizada e individualizada, conforme as características que os pacientes em terapia intensiva requerem^(2-4,9-15).

Frente ao evidenciado, pode-se ainda, seguramente, afirmar o descumprimento da

legislação básica da categoria enfermagem quando o hospital mantém no seu quadro de pessoal destinado aos cuidados intensivos a presença de auxiliares de enfermagem. Em todos os mandamentos legais e infralegais da enfermagem brasileira há, de forma explícita, a proibição do auxiliar de enfermagem na assunção de cuidados aos pacientes graves^(2,4,15).

Para a garantia da qualidade do cuidado de enfermagem, é imperativo a observância da legislação no sentido de garantir a alocação de recursos humanos em quantidade e qualidade, além do investimento na qualificação continuada da equipe, bem como o oferecimento de condições de trabalho que possibilitem o exercício apropriado das funções no atendimento das necessidades e expectativas dos pacientes/clientes^(3,5,10).

Especialmente no contexto do hospital estudado, pode-se considerar que a gestão de enfermagem, quando não observa a legislação própria na alocação de pessoal, contribui para a baixa institucionalidade das normas legais que orienta o exercício da enfermagem brasileira, haja vista que a solução do caso em particular da presença de auxiliares de enfermagem na terapia intensiva demandaria apenas o remanejamento de pessoal técnico de outros setores e a redistribuição destes para unidades de cuidados mínimos ou intermediários^(4,9,15-16).

Frente a tal constatação, considerando o que dispõe o artigo 12 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem sobre as responsabilidades e deveres, resta ainda considerar que os enfermeiros gestores, e aqueles outros que atuam diretamente nas UTIs estudadas, ferem o referido código quando mantêm pessoal sem qualificação legal que, potencialmente, poderiam gerar danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência ao cliente/paciente⁽¹⁶⁾.

Ainda que os auxiliares de enfermagem tenham acumulado experiência, tal condição não autoriza o descumprimento da norma legal, haja vista que a aquisição de competência técnicas pela experiência não pode prescindir das competências legais^(2,4,15-16).

A baixa institucionalidade das normas legais da enfermagem brasileira

O não cumprimento das normas técnicas e legais da enfermagem brasileira evidenciado, quer no quantitativo ou qualitativo do pessoal alocado para as UTIs do hospital estudado, sugere a ideia da fragilidade do estatuto social da categoria, aqui compreendido como o conjunto das normas legais e infralegais que regulamentam e normatizam a prática profissional no país^(2,4,15-16).

A gestão do serviço de enfermagem é atribuição do enfermeiro que deve exercê-la com autonomia por meio do planejamento, coordenação e avaliação das práticas da enfermagem^(2,14). Neste sentido, deve pautar suas ações nos mandamentos legais, considerando que estes não existem por si só, mas para ordenar o exercício profissional. Tal ordenamento tem como princípio a proteção do cliente/paciente e do próprio agente do trabalho de enfermagem. Portanto, não se admite ao enfermeiro gestor a manutenção de

serviço que não esteja pautado nas normas legais, sob pena de culpa pelo descumprimento da lei.

Outro aspecto a ser considerado frente à evidência da baixa institucionalidade das normas legais da enfermagem brasileira é que tal condição compromete o sentido do profissionalismo da categoria enfermagem^(3,9).

5 | CONCLUSÃO

O estudo possibilitou a constatação de que o serviço de enfermagem é organizado à revelia das Normas Técnicas que compõem o estatuto social da categoria enfermagem, em que pese à presença do enfermeiro, na condição de gerente ou Responsável Técnico. Por definição, Unidades de Terapia Intensiva são espaços especiais que requerem tecnologia, o que inclui o saber especializado de enfermagem e a condução do processo assistencial por enfermeiros. Estes, para além das atividades burocráticas, devem assumir o protagonismo no processo de planejamento, execução, supervisão e avaliação da assistência de enfermagem, o que demanda alocação de pessoal quantitativamente adequada a este fim. Dada a limitação do estudo, que buscou conhecer a adequação da alocação dos RHE considerando o que manda a NT específica do COFEN, não foi possível observar que características que a assistência de enfermagem assume naquele cenário. Apenas por sugestão, foi considerado em potencial as dificuldades do cumprimento do protagonismo do enfermeiro no que diz respeito ao planejamento, à execução, à supervisão e à avaliação da assistência de enfermagem, em uma perspectiva de individualização do cuidado frente ao que cada paciente/cliente requer. Tal condição sugere um processo de assistência cuja maior referência fica centrada na prescrição médica e nas rotinas, tais como higienização, curativos, alimentação e controle de eliminações. Neste cenário a participação do enfermeiro parece cumprir apenas a exigência mínima, o que demonstra a secundarização dos saberes e práticas, próprios da enfermagem/enfermeiro. Outra condição encontrada e que compromete a assistência de enfermagem está na presença do auxiliar de enfermagem nos quadros da UTI. Ainda por definição, este profissional deveria responder por cuidados de natureza simples e que não demandassem tomada de decisão imediata. Certamente os cuidados demandados pelos pacientes que necessitam da UTI estão longe de serem considerados de natureza simples.

Frente ao evidenciado, sugere-se que todos os agentes do trabalho de enfermagem, o que inclui desde o enfermeiro até o auxiliar de enfermagem, infringem a Lei do Exercício Profissional e o seu Código de Ética, o que coloca em risco o próprio sentido do profissionalismo da enfermagem brasileira, na ótica da sociologia das profissões. Por assim considerar, resta a sugestão de que novos estudos devam ser realizados, incluindo outras dimensões sobre a temática que se relacionem mais diretamente com as

características que o cuidado/assistência de enfermagem assumem nas circunstâncias evidenciadas.

REFERÊNCIAS

1. Sanna MC. Os processos de trabalho em Enfermagem. Rev Bras Enferm [on line]. 2007 abr-nov. [citado 2017 fev 28]; 60(2): 221-4]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000200018&lng=en.
2. Brasil. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 26 jun 1986 [citado 2017 fev 25]. Disponível em: http://novo.portalcofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html.
3. Ribeiro AC. O trabalho do enfermeiro: a relação entre o regulamentado, o dito e o feito, no cotidiano do hospital. 2009 [tese]. São Paulo (SP). Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Departamento de Enfermagem Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP. 2009.
4. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução n.543/2017. Atualiza e estabelece parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nos serviços/loais em que são realizadas atividades de enfermagem. [Internet] Brasília(DF): COFEN; 2017 [citado 2017 nov 5]. Disponível: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-5432017_51440.html.
5. Lorenzini E, Deckmann LR, Costa TC. Dimensionamento de pessoal de enfermagem: revisão integrativa. Cienc Cuid Saúde [on line]. 2014 jan-mar [citado 2017 nov 5] 2017;13(1):166-72]. Disponível em: http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/15959/pdf_136.
6. Borges F, Bohrer CD, Bugs TV, Nicola AL, Tonini NS, Oliveira JLC. Dimensionamento de pessoal de enfermagem na UTI-adulto de hospital universitário público. Cogitare Enferm [internet] 2017 abr-jun;[citado 2017 nov 22]; 22(2):1-8. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/50306>.
7. Trettene AS, Luiz AG, Razera APR, Maximiano TO, Cintra FMRN, Monteiro LM. Carga de trabalho de enfermagem em Unidade de Terapia Semiintensiva especializada: critérios para dimensionamento de pessoal. Rev Esc Enferm USP. [Internet] 2015; [citado 2017 nov 25]; 49(6):960-6. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n6/pt_0080-6234-reeusp-49-06-0960.pdf.
8. Pias C, Mascolo NP, da Silva ERR, Linch GFC, de Souza EM. Complexidade da assistência em unidade de terapia intensiva: subsídios para dimensionamento de pessoal de enfermagem. Cogitare Enferm. [Internet] 2015 jul-set;[citado 2016 dez 28]; 20(3) : 533-9. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v20i3.41083>.
9. Garcia PC, Fugulin FMT. Tempo de assistência de Enfermagem em unidade de terapia intensiva adulto e indicadores de qualidade assistencial: análise correlacional. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet] 2012 jul-ago. [citado 2017 nov 25]; 20(4):[09 telas]. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692012000400004&script=sci_abstract&lng=pt.
10. Meneguetti MG, Nicolussi AC, Scarparo AF, Campos LF, Chaves LDP, Laus AM. Dimensionamento de pessoal de enfermagem nos serviços hospitalares: revisão integrativa da literatura. Rev Eletr Enf. [Internet]. 2013 abr-jun; [citado 2017 nov 5]; 15(2):551-63. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v15/n2/pdf/v15n2a30.pdf.
11. Araújo TR, Meneguetti MG, Auxiliadora-Martins M, Castilho V, Chaves LDP, Laus AM. Impacto financeiro do quadro de profissionais de enfermagem requerido em Unidade de Terapia Intensiva. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet] 2016[citado 2017 out 3 out]; 24(n. esp) Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/2814/281449727045.pdf>.
12. Araújo MT, Henriques AVB, Velloso C. Dimensionamento de pessoal de uma unidade de internação cirúrgica. Rev Gest Saúde. 2016 jan-mar; 7 (2):650-69.

13. Brasil. Resolução-RDC nº 7, de 24 de fevereiro de 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Imprensa Oficial. Diário Oficial da União. 2010 fev; 25:48-52.
14. Perroca MG. Desenvolvimento e validação de conteúdo da nova versão de um instrumento para classificação de pacientes. Rev Latino-Am Enfermagem. 2011 jan-fev [citado 2017 nov 5];19(1):[09 telas]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt_09.pdf.
15. Soares MI, Terra FS, Oliveira LS, Resck ZMR, Esteves AMSD, Moura CC. Processo de enfermagem e sua aplicação em unidade de terapia intensiva: revisão integrativa. Rev Enferm UFPE [Internet]. 2013 [citado 2017 nov 5];7 Esp:4183-91. Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/3242/pdf_26
16. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 311 do Conselho Federal de Enfermagem, de 08 de fevereiro de 2007 (BR). Aprova a reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem [citado 2017 fev 25]. Disponível em: http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-3112007_4345.html.

A REPRESENTAÇÃO SOCIAL DA MORTE PARA ENFERMEIROS DE DIFERENTES RELIGIÕES

Data de aceite: 01/07/2020

Data da submissão: 01/05/2020

Priscila Cristina da Silva Thiengo de Andrade

Professora Assistente do Departamento de Enfermagem Médico Cirúrgica da Faculdade de Enfermagem da UERJ. Rio de Janeiro, Brasil.

ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0003-0840-4838>

Alba Nunes da Silva

Mestre em Enfermagem pela PGENF/UERJ. Rio de Janeiro, Brasil.

ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0002-9636-9878>

Antônio Marcos Tosoli Gomes

Professor Titular do Departamento de Enfermagem Médico Cirúrgica da Faculdade de Enfermagem da UERJ. Rio de Janeiro, Brasil.

ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0003-4235-9647>

Alba Benemerita Alves Vilela

Professora Titular do Departamento de Saúde II, Colegiado de Enfermagem da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Bahia, Brasil.

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-2110-1751>

Glaudston Silva de Paula

Doutor em Enfermagem pela PGENF/UERJ. Professor Auxiliar na Faculdade Gama e Souza. Rio de Janeiro, Brasil.

ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0001-8066-2925>

Luiz Carlos Moraes França

Doutorando em Enfermagem pelo PGENF/ UERJ. Rio de Janeiro. Brasil.

ORCID ID: <http://orcid.org/0000.0002.6370-115X>

Magno Conceição das Mercês

Professor Assistente do Departamento de Ciências da Vida e do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da UNEB. Bahia, Brasil.

ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0003-3493-8606>

Pablo Luiz Santos Couto

Enfermeiro Mestre em Enfermagem pela EEFBA e Professor do Centro Universitário UniFG (Centro de Ensino Superior Guanambi). Bahia, Brasil.

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-2692-9243>

Virginia Paiva Figueiredo Nogueira

Pós-doutoranda em Enfermagem pela PGENF/ UERJ. Rio de Janeiro, Brasil.

ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0001-7331-9715>

RESUMO: Pesquisa descritiva, qualitativa, fundamentada na Teoria das Representações Sociais na sua abordagem estrutural, definida pela Teoria do Núcleo Central. Possui como objetivo descrever a estrutura da Representação Social da morte para enfermeiros de diferentes religiões. Participaram 198 enfermeiros de um Hospital Universitário e para a coleta de dados

utilizou-se duas técnicas: o questionário de caracterização socioeconômica e a evocação ou associação livre de palavras, utilizando o termo indutor “morte”. A análise da caracterização dos participantes foi feita com o auxílio de uma planilha do Excel®, através de estatística descritiva simples e a análise das evocações foi realizada com auxílio do software EVOC, versão 2005. O termo tristeza foi o mais expressivo, compondo o provável núcleo central juntamente com os termos medo, fim e passagem. Esses termos demonstram que o provável núcleo central é composto majoritariamente pela dimensão afetiva. A análise das variáveis demonstrou aspectos práticos e funcionais, com os termos fim e passagem, e maior expressividade da dimensão afetiva, com os termos medo, tristeza e sofrimento. Os resultados apontam que as representações sociais da morte possuem diferentes dimensões, sendo sua característica principal a afetiva, consubstanciada pelo sentimento de tristeza e saudade, assim como marcada pela dor e pelo sofrimento da despedida. Possui ainda a dimensão imagética de passagem, onde conhecimentos científicos e crenças religiosas se encontram e se complementam no processo de construção da representação da morte.

PALAVRAS-CHAVE: Morte. Enfermagem. Espiritualidade. Religiosidade.

THE SOCIAL REPRESENTATION OF DEATH FOR NURSES FROM DIFFERENT RELIGIONS

ABSTRACT: A descriptive, qualitative research guided by the Social Representation Theory in its structural approach, defined by the central nucleus theory. It aims to describe the structure of Social Representation of death for nurses of different religions. Interviews were conducted with 198 nurses from a University Hospital. For the data collection, it was used the sociodemographic questionnaire and the technique of words evocation to the term inducer “death”. For the analysis, the data of questionnaire were organized in Excel software by simple descriptive statistics and the evocations analysis was realized with the EVOC software 2005 version. The term sadness was the most expressive, probably assuming the central core theory with the terms fear, end and passing. These terms shows that the likely central core is mostly composed by the affective dimension. The analysis of variables showed practical and functional aspects, with the terms end and passing and the greater expressiveness of the affective dimension, with the terms fear, sadness and suffering. The results show that social representation of death have different dimensions, which the main characteristic of which is affective, embodied by the feelings of sadness and missing, as well as marked by pain and suffering farewell. There’s a imagery dimension of the passing where scientific knowledge and religious beliefs meet and complement each other on the construction process of death’s representation.

KEYWORDS: Death. Nursing. Spirituality. Religiousness.

1 | INTRODUÇÃO

O presente estudo tem como objeto a Representação Social da morte para os enfermeiros de diferentes religiões. Ele é um recorte de uma monografia intitulada “A espiritualidade dos enfermeiros presente na Representação Social da morte” e encontra-se incorporado ao Projeto de Pesquisa intitulado “A Espiritualidade e a Religiosidade em pessoas que vivem com HIV/Aids e suas interfaces com as Representações da Síndrome: construções simbólicas, práticas sociais e cuidado de enfermagem”, coordenado pelo professor doutor Antônio Marcos Tosoli Gomes.

A morte traz consigo a necessidade de entender o significado da vida e da própria morte, como que procurando estratégias para o enfrentamento dessa realidade. A forma como cada um a significa, modifica-se de acordo com os valores e crenças que cada ser humano adota. A ciência entende a espiritualidade e a retomada dos aspectos religiosos como itinerantes no processo de cura/reabilitação de doenças e têm sido considerados como mecanismos fundamentais para o atendimento em saúde (PENHA, SILVA, 2012).

Seguindo essa tendência, a *NANDA International (NANDA I)*, ao atentar para o cuidado espiritual nos diagnósticos de Enfermagem, fornece estímulo à importância de um estudo formal acerca da temática Saúde e Espiritualidade (NANDA, 2018).

Sendo assim, pensou-se na seguinte questão norteadora: “Como a morte é representada por enfermeiros de diferentes religiões? O objetivo desse estudo foi descrever a estrutura da Representação Social da morte para enfermeiros de diferentes religiões.

Esse estudo é relevante por trazer informações que podem impactar a assistência prestada pelo profissional, pois o cuidar possui uma perspectiva mais ampla, no qual se estende para além das necessidades biológicas, englobando as necessidades emocionais, psicológicas, sociais e também espirituais (LEMOS et al., 2010).

Ao valorizar a espiritualidade no cuidado, o enfermeiro torna-se capaz de ver o mundo e oferecer seus fundamentos e conexões essenciais para um agir, cuja prioridade é a de utilizar suas habilidades profissionais para aliviar o sofrimento do paciente, em todas as suas formas (BRITO et al., 2013, DA SILVA et al., 2019).

A morte e o morrer são temas que instigam e afligem a quase totalidade das pessoas, incluindo profissionais de saúde. Ninguém passa incólume ante a perspectiva do fim inevitável, independentemente de quem seja a pessoa em risco de morrer. A morte e o processo de morte são fenômenos naturais da vida, mesmo que provoque temor ao ser humano, o que é esperado uma vez que há dificuldades em lidar com a certeza da própria finitude (VICENSI, 2016).

O profissional que possui conhecimento sobre a espiritualidade e a utiliza, está abordando uma parte essencial para a recuperação do enfermo, onde ao entender as necessidades e valorizar as práticas espirituais e religiosas, obter-se-á maior e melhor

auxílio ao ser cuidado diante do processo de doença vivenciado e, principalmente diante da terminalidade (BRITO et al., 2013; DA SILVA et al., 2019).

Essa pesquisa eventualmente irá oferecer conhecimento aos interessados, uma vez que a informação que o ser humano retém sobre a morte acompanha-o durante toda a sua vida. E, ao esforçar-se para enfrentá-la de forma natural, desenvolvem-se crenças que não mais fazem do que negar um fato inegável, levando-o a transpor o tempo cronológico, ou seja, aquele tempo que determina o fim da vida, e a vislumbrar outras possibilidades para sua continuidade, muitas vezes conduzido pela espiritualidade (BENEDETTI et al., 2013).

2 | MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, embasado na Teoria das Representações Sociais, em sua abordagem estrutural, definida pela Teoria do Núcleo Central. Constitui-se um recorte da pesquisa intitulada “Espiritualidade e a Religiosidade em pessoas que vivem com HIV/aids e suas interfaces com as Representações da Síndrome: construções simbólicas, práticas sociais e cuidado de enfermagem”, a qual obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do HUPE, sob número de parecer 699.220 e CAAE 31448714.0.00005282, obedecendo às normas da Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde/MS (BRASIL, 2012).

Respeitando essa Resolução, a coleta dos dados foi iniciada após a apresentação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo informados sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos e sobre seus direitos. Participaram do estudo 198 enfermeiros estatutários de um Hospital Universitário distribuídos em várias enfermarias (Clínica, Cirúrgica, de Assistência à Mulher e à Criança) e setores administrativos. Foi aplicado um formulário para investigação do perfil social dos participantes sendo questionado o sexo, idade, estado marital e a religião. Ainda Também foi aplicado o Teste de Associação Livre de Palavras (TALP), com estímulo do termo indutor “morte”, buscando obter até cinco evocações de cada participante (TRIGUEIRO, 2016). A importância de cada palavra se deu de acordo com a ordem de evocação, considerando significativa a primeira palavra prontamente evocada.

A análise da caracterização dos participantes do estudo foi realizada a partir da tabulação dos dados na planilha Excel®, utilizando estatística descritiva simples e para a análise estrutural das evocações foi elaborado um quadro utilizando o software Ensemble de programm permettant l'analyse des evocations – EVOC 2005® – que organiza os elementos representacionais em um quadro de quatro casas, de acordo com a frequência dos termos evocados e a ordem média de aparecimento das evocações (OME), demonstrando graficamente as palavras pertencentes ao provável núcleo central, o sistema periférico e a zona de contraste. As evocações ainda foram analisadas a partir

da análise de similitude e a construção da árvore máxima, evidenciando os elementos integrantes da representação com maior número de conexões (TRIGUEIRO, 2016).

3 | RESULTADOS

Dentre os 198 participantes, observou-se predomínio de indivíduos do sexo feminino (175; 88,4%); com idade compreendida entre 45 a 60 anos (85; 42,9%); casados (125; 63%). Em relação a religião, 80 participantes declararam-se católicos (40,4%), 53 são espíritas (26,7%) e 35 protestantes (17,67%). 26 participantes declararam não ter religião (13,1%) e quatro declararam ter mais de uma religião (2%). Em relação a formação, a maioria relatou possuir título de especialista (115, 58%) e em relação as atividades exercidas, os participantes realizavam atividades assistenciais (122, 61,6%).

Para os enfermeiros católicos, termo indutor “morte” originou um universo de 313 evocações que, após tratadas e analisadas, constituíram um total de 113 termos diferentes. A frequência mínima de evocação calculada pelo software EVOC® para aparição dos termos no quadro de quatro casas foi de quatro evocações, a frequência intermediária foi 11 e o rang geral médio 2,66 conforme o quadro a seguir.

Freq. Med.	O.M.E < 2,7			O.M.E > 2,7		
	Termo Evocado	Freq.	O.M.E.	Termo Evocado	Freq.	O.M.E.
≥11	Tristeza	31	2,548	Saudade	24	3,083
	Medo	18	2,056	Perda	14	2,714
	Sofrimento	16	2,625	Dor	12	3,000
	Passagem	11	1,636			
<11	Vida	7	2,429	Alívio	6	3,667
	Fim	7	1,000	Família	5	2,800
	Finitude	6	2,000	Outra-vida	5	2,800
	Certeza	5	2,600			
	Separação	5	1,400			
	Ausência	4	1,750			

Quadro 1 – Quadro de quatro casas para enfermeiros católicos. Rio de Janeiro, 2020.

Nota: N= 80; Fmín.= 4; Finter.= 11; Rang= 2,66

Fonte: Os autores, 2020.

Para os enfermeiros espíritas, termo indutor originou um universo de 209 evocações, sendo 104 termos diferentes. A frequência mínima de evocação foi de quatro evocações, a frequência intermediária foi sete e o rang geral médio 2,65 conforme o quadro a seguir.

Freq. Med.	O.M.E < 2,4			O.M.E > 2,4		
	Termo Evocado	Freq.	O.M.E.	Termo Evocado	Freq.	O.M.E.
≥7	Tristeza	11	2,000	Saudade	14	3,643
	Medo	10	1,900	Dor	10	3,200
	Passagem	9	2,111	Sufrimento	9	2,778
<7	Continuação	6	1,667	Término	5	2,800
	Recomeço	4	2,250	Renascimento	4	3,500
	Ciclo	4	1,750	Choro	4	3,250
				Mudança	4	3,250

Quadro 2 – Quadro de quatro casas para enfermeiros espíritas. Rio de Janeiro, 2020.

Nota: N= 53; Fmín.= 4; Finter.= 7; Rang= 2,65

Fonte: Os autores, 2020.

Para os enfermeiros evangélicos, termo indutor originou um universo de 123 evocações que, após tratadas e analisadas, constituíram um total de 58 termos diferentes. A frequência mínima de evocação foi de três evocações, a frequência intermediária foi seis e o rang geral médio 2,64 conforme o quadro a seguir.

Freq. Med.	O.M.E < 2,4			O.M.E > 2,4		
	Termo Evocado	Freq.	O.M.E.	Termo Evocado	Freq.	O.M.E.
≥6	Tristeza	17	2,059	Saudade	6	3,833
	Fim	7	1,714			
	Inevitável	6	1,833			
<6	Descanso	5	1,800	Sufrimento	5	3,600
	Luto	4	2,250	Dor	5	2,600
	Separação	4	2,250	Desespero	3	3,333
				Perda	3	3,000

Quadro 3 – Quadro de quatro casas para enfermeiros evangélicos. Rio de Janeiro, 2020.

Nota: N= 35; Fmín.= 3; Finter.= 6; Rang= 2,64

Fonte: Os autores, 2020.

4 | DISCUSSÃO

De acordo com a Teoria do Núcleo Central (Sá 2002, Abric 2000), os elementos localizados no quadrante superior esquerdo do Quadro de Quatro Casas caracterizam o possível núcleo central da representação, uma vez que elas foram frequentemente mais evocadas e mais prontamente evocadas. Em seu estudo, Abric propôs a hipótese do núcleo central que poderia ser formulada a partir da ideia de que a organização de uma representação social possui características específicas e é organizada em torno de um núcleo central, constituindo-se de um ou mais elementos, que dão significados a essa

representação (ABRIC, 2000; WACHELKE; WOLTER, 2011).

A partir da construção da análise, pode-se perceber a forma com a qual os profissionais de saúde representam a morte, apresentando, como características marcantes, a dimensão afetiva, caracterizada pela expressão do sentimento *tristeza* para os três grupos religiosos, presentes no quadrante superior esquerdo. Neste quadrante estão presentes as palavras mais prontamente evocadas e com maiores frequências de evocação.

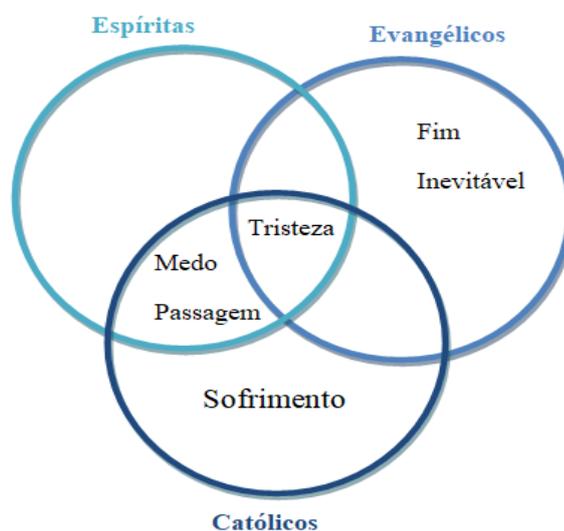


Figura 1 – Comparação do primeiro quadrante dos quadros de quatro casas para os grupos religiosos. Rio de Janeiro, 2020.

Fonte: Os autores, 2020.

Pode-se classificar os elementos do núcleo central em dois tipos: funcionais e normativos. Os primeiros são associados às características descritivas e a inscrição do objeto nas práticas sociais ou operatórias, determinando as condutas diante do objeto e os últimos seriam diretamente originados do sistema de valores dos indivíduos, consistindo em uma dimensão fundamentalmente social do núcleo (OLIVEIRA, 2005).

Ao mesmo tempo, no que tange ao caráter funcional, privilegia os elementos mais importantes para a realização e justificação de uma tarefa, ou seja, elementos ligados a uma ação. Considerando, em particular, a análise de cada cognição, o elemento com maior destaque refere-se a tristeza, com maior frequência de evocação e mais prontamente evocado para os participantes das religiões estudadas.

Os dogmas religiosos possuem grande relação com a morte. As religiões, cada uma com característica própria, entendem que há vida após a morte, seja ela boa ou não ainda é uma vida além da terrena (BORGES, 2012).

A figura 1 apresenta os elementos comuns as representações dos grupos e que apresentaram o mesmo contexto semântico no provável núcleo central do quadro de quatro casas. Como melhor ilustra, o termo *tristeza* perpassa pelos três grupos religiosos, sendo

um ponto em comum para as respectivas religiões, no qual a tristeza se mostra inerente ao ser humano e com maior vínculo a morte, não importando a crença religiosa do indivíduo. A tristeza apresentou maior frequência para o grupo de enfermeiros evangélicos, seguido dos católicos e por fim, os espíritas.

A tristeza, para esses grupos religiosos, está relacionada a perda, seja de familiares, amigos ou pacientes e é um sentimento que abate as pessoas que ficam, pois há um apego por quem morre, dessa forma a tristeza engloba a perda pelo fato de não haver mais contato com quem partiu. Também é gerado pelo sofrimento, pela separação e na não aceitação de não ter mais o convívio com a pessoa. A tristeza também se relaciona a saudade, ao luto, principalmente quando ocorre uma morte inesperada, pois ainda há uma não consciência da morte. A morte é um elemento de difícil aceitação e muitos tentam não pensar nela, pois assim há um sentimento de tristeza misturado ao medo precoce. A tristeza ainda é vista como natural diante da morte, mas, para o profissional gera um sentimento de incapacidade e de fracasso e assim acarreta um sentimento de não aceitação que acaba em sofrimento e tristeza quando a morte chega. Ainda existe a ideia que a tristeza é sentimento de quem não entende que a morte é apenas uma passagem.

Vemos nessa construção singular que o significado da morte para os grupos está entrelaçado aos aspectos distintos e conflitantes das experiências da morte, tanto vivida no momento terminal da vida humana, abrupta e imprevista, quanto guardando significados de aspectos misteriosos do ainda não vivido, mas que carrega um sentido de retorno a origem da vida.

Já entre as religiões católica e espírita, há uma convergência com os termos *Medo* e *Passagem*, induzindo ao fato dessas duas religiões terem um pensamento sobre a morte bem próximos mesmo sendo duas religiões bastante distintas uma da outra.

O termo *medo* para essas duas religiões se relaciona ao desconhecido, da dúvida no qual não se sabe ao certo o que irá acontecer após a morte mesmo com a fé de que existe outra vida. Ainda há o medo e um pavor da morte, onde a possibilidade da terminalidade gera angústia e medo diante do fato de não se ter respostas de como ou quando vai ocorrer a morte. Existe também o medo da perda que é gerado nos indivíduos, a perda dos entes queridos, das pessoas que possuem maior vínculo com eles. A probabilidade do fim também gera medo e denota a ideia de que o indivíduo não viveu o suficiente, que não cumpriu todas as tarefas que existem nessa vida.

Aqui vemos a implicação do conteúdo semântico que parte da existência de algo que acaba por transcender aos limites do corpo/existência física. Algo imaterial que permanece, sobrevivendo a destruição da matéria entrando em outra esfera, daí o termo *passagem*. No entanto, essa mudança de esfera pode trazer o desconforto do desconhecido gerando o medo, principalmente quando atrelado ao discurso religioso e inconstante do destino final da pessoa.

A morte pode ter um significado de fim de tudo, fim do que se construiu na vida, dos valores, dos conceitos, e do próprio medo do desconhecido em diferença da vida que pode ser vista como o início de um caminho, um começo de tudo (BRASILEIRO, 2017).

Com relação aos evangélicos, os termos *Fim* e *inevitável* são os que divergem das outras duas religiões, podendo-se entender que esse grupo percebe a morte como natural e finita. Já os católicos possuem o termo *sofrimento* como divergente, que está relacionada à dor, dor da doença, da perda, isso induz ao fato de o catolicismo possuir a crença em um purgatório, onde não se encontrará mais aquele que partiu, dando uma ideia de ser esse o fator do sofrimento, sendo uma diferença significativa entre esta religião e as outras aqui estudadas. Na religião espírita, diferente das outras religiões, não possui termos que não foram citados pelos outros grupos religiosos, relatando uma ideia de que não possui um termo característico da própria religião, assim, todos os termos são, de alguma forma, compartilhados com os outros grupos.

O fim e a dor ilustram o significado materialista da morte, o que implica na perda da estrutura biológica na constituição do sujeito e na negação da sobrevivência. Vale salientar que a linguagem típica desse discurso é construída visando o modelo técnico-científico em referência ao funcionamento anatômico do corpo.

A crença que o indivíduo possui o ajuda a construir um sentido para a morte, diminuindo a dor e o sofrimento vivenciados na prática desse ser, partindo do princípio da própria consciência da morte (BRASILEIRO, 2017).

As crenças religiosas são diferentes umas das outras, porém, quando se trata do termo morte, observa-se que há uma ligação entre elas, uma ligação pequena, mas existente. Algumas crenças se relacionam mais com uma do que com outra, fazendo pensar o porquê dessas semelhanças se possuem diferenças intrigantes de pensamentos e práticas, criando motivação para um maior estudo sobre essa temática.

5 | CONCLUSÃO

Entre os grupos religiosos, obteve-se intrigantes diferenças entre os supostos núcleos centrais, entre as próprias religiões, as caracterizando de acordo com a crença de cada uma delas, e entre elas e o suposto núcleo central geral. Apenas o termo tristeza foi comum a todas elas (religiões), demonstrando que esse sentimento é intrínseco ao ser humano, construindo uma ideia de que não importa a sua crença, a tristeza estará presente diante do processo de morte, seja por parte do profissional, dos familiares ou do próprio ser cuidado.

Já os outros termos presentes no quadrante do suposto núcleo central, surgiram divergências principalmente da parte evangélica, onde não apresenta termos comuns entre estes e o espiritismo e entre o catolicismo, além, é claro, do termo tristeza. Diferentemente das outras religiões, os evangélicos não expressaram medo da morte, talvez por conta

das crenças e princípios gerados por tal religião. Já o espiritismo e o catolicismo possuem algumas semelhanças, podendo dizer completa semelhança por parte do primeiro, uma vez que este não possui termos únicos. Termos como medo aparecem para essas duas religiões, configurando grande curiosidade, uma vez que para o espiritismo a morte é inexistente. Tais achados devem ser estudados mais profundamente para que se possa melhor entendê-los.

REFERÊNCIAS

- ABRIC, J-C. A abordagem estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A.S.P.; OLIVEIRA, D.C. **Estudos interdisciplinares de representação social**. 2 ed. Goiânia: AB Editora, 2000. p. 27-38.
- BENENDETTI, G.M.S.; OLIVEIRA, K. OLIVEIRA, W.T.; SALES, C.A.; FERREIRA, P.C. Significado do processo morte/morrer para os acadêmicos ingressantes no curso de enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, v. 34, n. 1, p. 173-179, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1983-14472013000100022>. Acesso em: 25 abr. 2020.
- BORGES, M.S.; MENDES, N. Representação de profissionais de saúde sobre a morte e o processo de morrer. **Rev. Bras. Enfermagem**. Brasília, v. 65, n.2, p. 324-31, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672012000200019>. Acesso em: 25 abr. 2020.
- BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 20 abr. 2020.
- BRASILEIRO, M.S.E.; BRASILEIRO, J.E. O medo da morte enquanto mal: uma reflexão para a prática da enfermagem. **Rev. Ciênc. Méd.** Campinas, v. 26, n. 2, p.77-92, 2017. Disponível em: <https://seer.sis.puc-campinas.edu.br/seer/index.php/cienciasmedicas/article/view/3582>. Acesso em: 25 abr. 2020.
- BRITO, F.M.; COSTA, I.C.P; ANDRADE, C.G.A.; LIMA, K.F.O.; COSTA, S.F.G.; LOPES, M.E.L. Espiritualidade na iminência da morte: Estratégia adotada para humanizar o cuidar em enfermagem. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.21, n. 4, p.483-9, 2013. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/10013/7808>. Acesso em: 20 abr. 2020.
- DA SILVA SCHRAN DIDOMÊNICO, L.; RODRIGUES DA SILVA CARVALHO, A.; MARTINS, L.; AUGUSTO LORDANI, T.; CAMPOS DE OLIVEIRA, J.; CADORE WEIS MAIA, M. Espiritualidade no cuidado em saúde e enfermagem: Revisão integrativa da literatura. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 89, n. 27, 2019. Disponível em: <https://revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/456>. Acesso em: 20 abr. 2020.
- LEMONS, R. C. A.; JORGE, L. L. R.; ALMEIDA, L. S.; CASTRO, A. C. DE. Visão dos enfermeiros sobre a assistência holística ao cliente hospitalizado. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 12, n. 2, p. 354-9, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.5216/ree.v12i2.5544>. Acesso em: 25 abr. 2020.
- NANDA INTERNATIONAL. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2018-2020**. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.
- OLIVEIRA, D.C.; MARQUES, S.C.; GOMES, A.M.T; TRIGUEIRO, M.C.T.V. Análise das evocações livres: uma técnica de análise estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A.S.P.; CAMARGO B.V.; JESUÍNO, J.; NOBREGA, S. (Org.). **Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais**. Ed. Universitária da UFPB, 2005.
- PENHA, R.M.; SILVA, M.J.P. Significado de espiritualidade para a enfermagem em cuidados intensivos. **Texto**

contexto-enferm., Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 260-268, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072012000200002>. Acesso em: 25 abr. 2020.

RIBEIRO, F.M.L; MINAYO, M.C.S. O papel da religião na promoção da saúde, na prevenção da violência e na reabilitação de pessoas envolvidas com a criminalidade: revisão de literatura. **Ciênc. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p.1773-89, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014196.13112013>. Acesso em: 25 abr. 2020.

SÁ, C.P. **Núcleo central das representações sociais**. 2^a ed. Petrópolis (RJ): Editora Vozes, 2002.

VICENSI, M.C. Reflexão sobre a morte e o morrer na UTI: a perspectiva do profissional. **Rev. Bioética**. Brasília, v. 24, n. 1, p.64-72, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-80422016241107>. Acesso em: 25 abr. 2020.

WACHELKE, J; WOLTER, R. Critérios de construção e relato da análise prototípica para representações sociais. **Psicol. Teor. Prat.**, São Paulo, v. 27, n. 4, p. 521-526, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v27n4/17.pdf>>. Acesso em: 06 abr. 2020.

PROPOSTA DE INSERÇÃO DO ENFERMEIRO NO PROCESSO DE REGULAÇÃO

Data de aceite: 01/07/2020

Data de submissão: 10 abril de 2020

José Luiz da Silva

Enfermeiro, Mestre em Ciências do Ensino da Saúde

Coordenador de Enfermagem SAMU 192
Regional do Médio Paraíba-RJ

<http://lattes.cnpq.br/2332485987508747>

Lucrecia Helena Loureiro

Enfermeira, Pós doutorado em ciências

Coordenadora de Curso de Graduação em Enfermagem

Centro Universitário de Volta Redonda - UNIFOA

<http://lattes.cnpq.br/6766173053167523>

Ilda Cecília Moreira

Enfermeira, Doutora em Enfermagem.

Coordenadora do Curso de Mestrado

Centro Universitário de Volta Redonda - UNIFOA

<http://lattes.cnpq.br/6406160619040292>

RESUMO: A proposta do estudo baseia-se na percepção do pesquisador com às demandas dos serviços de Atendimento Pré-Hospitalar (APH) em otimizar recursos e proporcionar uma assistência integral aos usuários do sistema de saúde no que se refere aos atendimentos móveis de urgência. O estudo se justifica à medida que

diante da inserção do profissional enfermeiro no processo de regulação e classificação de prioridades podem ser desenvolvidas estratégias objetivando reduzir o tempo resposta no APH, podendo o enfermeiro contribuir na tomada de decisão quanto ao envio das unidades de suporte pelo profissional médico, após classificação inicial de risco e controle dos atendimentos em andamento no atendimento das urgências. Baseado em protocolos previamente estabelecidos e embasados no seu conhecimento técnico científico o enfermeiro que atua em atendimento pré-hospitalar e regulação de urgências seria capaz de auxiliar de forma a direcionar corretamente as unidades de suporte assistencial, bem como, controlar efetivamente as ocorrências em andamento proporcionando um atendimento multidisciplinar. O objetivo primordial deste trabalho baseou-se no desenvolvimento de um *software* para facilitar o trabalho do enfermeiro que atua nas centrais de regulação médica de urgência.

PALAVRAS-CHAVE: Atendimento pré-hospitalar; Regulação de Urgência

ABSTRACT: The study's proposal is based on the researcher's perception of the demands of the Pre-hospital Care (PHC) services in optimizing resources and providing integral assistance to the users of the health system with regard to emergency mobile calls. The study is justified by the fact that before the insertion of the nurse professional in the process of regulation and classification of priorities, strategies can be developed aiming to reduce the response time in the APH, and the nurse can contribute in the decision making regarding the sending of the support units by the professional physician after initial risk classification and effective control of ongoing care, based on previously established protocols and based on their scientific technical knowledge. The primary objective of this work was achieved with the development of software aimed at nurses working in emergency mobile units. So that the nurse professional still counting on his reasoning would be able to help in order to correctly direct the assistance support units, as well as, effectively control the occurrences in progress.

KEYWORDS: Prehospital care; Emergency Regulation

INTRODUÇÃO

Há uma discussão político-profissional envolvendo o universo dos enfermeiros que vivem o Atendimento Pré-Hospitalar ou mais especificamente, a Central de Regulação Médica de Urgência (CRMU). Uma ilustração disso é a realidade das inúmeras lacunas com a qual depara-se no processo de APH, quais sejam falta de vagas, equipamentos, retaguarda em diagnose, de espaço e de capacitação dos profissionais, circunstâncias que sinalizam alguns dos descaminhos dos setores de urgências.

Observando o cenário profissional da enfermagem especificamente no APH percebe-se a ascensão do enfermeiro nesta área sendo essencial a presença deste profissional nos atendimentos de urgências das mais diversas ocorrências, contudo não se faz atendimento à emergências sem estabelecer as prioridades ofertando um atendimento universalizado, integralizado e hierarquizado conforme preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e a política nacional de atenção as urgências.

A proposta foi apresentar uma nova estratégia da regulação das urgências na região do Médio Paraíba – RJ, onde o enfermeiro atuaria ativamente no processo de elaboração, atualização e gestão das grades de referência da rede de urgência fornecendo apoio técnico ao médico regulador, além de manter contato permanente com as equipes das bases descentralizadas atuando como um facilitador de forma a orientar o corpo de enfermagem nos procedimentos de intervenção, elucidar dúvidas e orientar os procedimentos protocolares nos atendimentos de urgência.

De acordo com o Ministério da Saúde, conceito de APH é aquele que chega precocemente as vítimas de males súbitos das mais diversas etiologias, visa prestar

atendimento de urgência reduzindo a morbimortalidade e promovendo um transporte seguro de forma regulada e hierarquizada. Considera-se como nível pré-hospitalar móvel na área de urgência, o atendimento que procura chegar precocemente à vítima, após ter ocorrido um agravo à saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, inclusive as psiquiátricas), que possa levar a sofrimento, sequelas ou mesmo à morte, sendo necessário, portanto, prestar atendimento e/ou transporte adequado a um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integralizado ao Sistema Único de Saúde. (BRASIL, 2002)

Vale ressaltar que o enfermeiro devidamente capacitado e seguindo protocolos assistenciais específicos será capaz de realizar a classificação de risco embasado no conhecimento técnico científico, utilizando raciocínio crítico de forma a direcionar corretamente as unidades de suporte assistencial e controlar efetivamente as ocorrências em andamento. Portanto, o estudo se justifica a medida que ao investigar a viabilidade da inserção do profissional enfermeiro no processo de regulação e classificação de prioridades podem ser desenvolvidas estratégias para reduzir o tempo resposta no APH, principalmente a contribuição do enfermeiro na tomada de decisão do envio das unidades móveis.

O objetivo do estudo foi analisar o processo de trabalho do enfermeiro do Atendimento Móvel de Urgência, no Médio Paraíba propondo uma ferramenta para auxiliar na classificação de risco. Visou-se ainda traçar objetivos específicos para promover um maior entendimento, dentre estes aponta-se:

Descrever as atividades desenvolvidas pelo enfermeiro do Atendimento Móvel de Urgência; Identificar as questões que dificultam a inserção do enfermeiro no processo de regulação das urgências; Avaliar os parâmetros prioritários para elaboração de um aplicativo que norteie os enfermeiros frente aos atendimentos de urgência e emergência e propor um aplicativo para classificação de prioridades para utilização no Atendimento Móvel de Urgência, no Médio Paraíba- RJ.

Trazer a discussão acerca da temática traduz a sua relevância, uma vez que, a possibilidade da utilização de um aplicativo no contexto do processo de trabalho do enfermeiro que atua nos Serviços Móvel de Urgência, com uma ferramenta eficaz para a transformação de práticas e contribuição para o processo de reorganização da Atenção às Urgências, seria fundamental estudar a temática de forma a compreendê-la, para buscar elucidar questões relacionadas à operacionalização no âmbito da CRMU, especialmente a sua forma de operar no cotidiano do enfermeiro, no que diz respeito ao seu processo de trabalho.

Considerações sobre atendimento pré- hospitalar

Desde a antiguidade, de acordo com Silva (2000), o povo europeu preconizou o desenvolvimento do atendimento médico de emergência. As sangrentas guerras no

continente Europeu e norte americano subsidiaram o estabelecimento de serviços médicos de emergência para militares e civis, entendendo-se que o atendimento inicial dispensado às vítimas era o que determinava o prognóstico do paciente.

Surgiram posteriormente as organizações não governamentais como a Cruz Vermelha desta forma a Europa tem produzido muitos dos pioneiros da ciência na reanimação cardiorrespiratória (RCP), como Vladimir Negovsky, Peter Safar e ainda Fritz Ahnefeld que introduziram o conceito universal da Cadeia de Sobrevivência. (LAREIRO, 2014).

Definir um modelo assistencial ideal no ambiente pré-hospitalar tornou-se um grande desafio a nível mundial na atualidade. O modelo Francês tende para a assistência medicalizada, em que se faz necessário, obrigatoriamente a presença do profissional médico na tripulação das unidades de suporte já o modelo norte americano atua com profissionais de nível superior nas diversas áreas do conhecimento, que são capacitados a prestar o atendimento pré-hospitalar (APH) de forma extremamente técnica desenvolvendo até mesmo procedimentos invasivos sendo estes no Brasil de competência exclusiva do profissional médico.

Sabendo-se da grande dificuldade de se obter o acesso ao atendimento nas portas de entrada da rede de urgência mesmo tendo o entendimento que em nosso país possuímos políticas públicas voltadas a solucionar esta demanda, um novo modelo de atendimento se torna necessário, de forma a adaptar a realidade do Brasil. A presença do profissional enfermeiro pode ser de fundamental importância no estabelecimento efetivo da regulação de urgência, contribuindo diretamente na assistência de forma a direcionar os recursos disponíveis e contribuindo na diminuição do tempo resposta, que é imperativo no atendimento emergencial.

Na atualidade a violência urbana crescente a nível mundial impacta diretamente na saúde da população onde o homem em sua fase produtiva sofre por diversas afecções produzidas pelas chamadas causas externas, por outro lado as doenças cardiovasculares, respiratórias e metabólicas dentre outras, determinam a necessidade de atendimento imediato emergencial e definitivo. (SILVA; TIPPLE; SOUZA, 2010).

Percebeu-se ao longo do tempo que vidas poderiam ser salvas se fossem rapidamente atendidas por pessoas treinadas e qualificadas, fora do ambiente hospitalar sendo em seguida transportadas a um local onde pudessem receber atendimento com suporte mais específico para cada caso. Desta forma foi implementado o APH (SILVA; TIPPLE; SOUZA, 2010).

Atendimento pré- hospitalar no contexto da enfermagem

Figurando como componente da rede de urgência, foi implementado na região do Médio Paraíba – RJ, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU-MP) no ano de 2010 em conformidade com o estabelecido na portaria MS 2048/02, de forma a ofertar atendimento móvel de urgência aos usuários dos doze municípios que compõem

o Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paraíba (CISMEPA).

As equipes de suporte básico de vida eram compostas por técnico em enfermagem e condutor socorrista e as equipes de suporte avançado de vida eram compostas por profissionais médicos, enfermeiros e condutor socorrista. Distribuídas em treze bases descentralizadas, somavam em sua totalidade treze Unidades de Suporte Básico (USB) e sete Unidades de Suporte Avançado de vida (USA). A proposta, no momento da implantação, era ofertar APH de urgência aos usuários de forma diferenciada, uma vez que não se possuía na região um serviço que contasse com regulação médica. Uma vez implantado, segundo as diretrizes do SUS, possibilitou este atendimento em vias e locais públicos, residências e acidentes de trabalho na região do Médio Paraíba.

Para garantir melhor assistência aos usuários do sistema, o Médico Regulador (MR) dispõe de uma ferramenta essencial ao desempenho de suas funções, a “grade de referência”, que garante ao MR todas as informações necessárias quanto às unidades disponíveis na região em termos de assistência à saúde. Desta forma o profissional pode optar pela melhor referência para cada caso atendido conforme gravidade ou necessidade específica.

Figurando como autoridade sanitária, o MR tem acesso irrestrito às portas de entrada das emergências, sendo esta prerrogativa conhecida como “vaga zero”, garantindo o atendimento de urgência às vítimas de traumas e males súbitos. De acordo com Dolor (2008), é importante traçar um paralelo entre a assistência prestada no Atendimento Pré-hospitalar (APH) e o ambiente hospitalar, levando-se em consideração as peculiaridades do APH, como limitação de espaço, luminosidade precária, riscos ambientais diretos ou indiretos à equipe, luta contra o relógio, entre outros obstáculos encontrados nesses ambientes extra hospitalares.

Segundo Castro e Tourinho (2011), o Programa Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) possui portarias que regulam o Atendimento Pré-Hospitalar Móvel (APHM), como a Portaria nº 2048 de 2002, “que dispõe sobre o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência”, e também a Portaria GM 1864/2003, “que institui o componente pré-hospitalar móvel da política nacional de atenção às urgências em municípios e regiões de todo o território brasileiro”. Os autores ainda ressaltam que o APHM constitui um importante avanço nos sistemas de saúde do Brasil, pois permite a hierarquização e regionalização dos serviços na atenção às urgências, assim atuando para desafogar a lotação das “portas de entrada (prontos-socorros, unidades de pronto atendimentos e outros).

Em consonância, Dolor (2008) salienta que o APH não é apenas o exercício da enfermagem nas emergências, mas a experiência da emergência fora do hospital, adquirida durante as diversas atividades que o enfermeiro desempenha no cotidiano, onde podem ocorrer conflitos éticos legais nas mais variadas situações.

Para Morais Filho et al. (2016), o profissional atuante na área de APH atende o

usuário grave e o submete a procedimentos complexos, na maioria das vezes atrelados a protocolos qualificados com especificidades, assim, o momento no qual se dá o atendimento de emergência exige rapidez e o enfermeiro precisa estar amparado legalmente para a sua realização.

Castro e Tourinho (2011) relatam que a Portaria 2048/02 define as diretrizes do APH, porém acrescentam que apenas recentemente houve o crescimento da enfermagem na área de emergência no Brasil, ainda assim, não existia um consenso entre os conselhos de classe, bem como leis específicas. Conforme afirmação de Moais Filho et al. (2016) à medida que os enfermeiros conquistam espaços e procuram assumir com autonomia suas atribuições, acompanhando os avanços tecnológicos das ciências da saúde e da profissão, dúvidas emergem a respeito da responsabilidade profissional em seus aspectos legais.

A responsabilidade do enfermeiro tem interface com outras questões que envolvem as políticas públicas de saúde e os limites de atuação e da autonomia entre diversas categorias profissionais, fomentando discussões acerca dos atos profissionais considerados privativos ou compartilhados, no contexto da integralidade e da multidisciplinaridade das ações propostas pelo SUS.

A Resolução COFEN-DF nº 125/2003, que dispõe sobre o APH no suporte básico e Avançado de vida, fica determinando que os profissionais de enfermagem preencham um perfil no qual devem estar presentes a formação e legislação específica para que desempenhem plenamente suas funções (CASTRO; TOURINHO, 2011).

Desta forma, o perfil do profissional de APH desejado é possuir diploma registrado pelo conselho regional de enfermagem (COREN), “devendo, além das ações assistenciais, prestar serviços administrativos e operacionais em sistemas de APH”.

Vale ressaltar que de acordo com Morais Filho et al. (2016) estão disponíveis no COFEN 248 resoluções, 840 pareceres e 705 decisões acerca do atendimento desempenhado pelo enfermeiro, relacionando os procedimentos e áreas de atuação regulamentadas pelo COFEN e suas respectivas competências legais.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de investigação exploratória, descritiva com abordagem qualitativa. Conforme Gil (2002), a pesquisa exploratória tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, para torná-lo mais explícito.

A pesquisa foi desenvolvida em cinco etapas. A primeira correspondeu a todo o processo de busca e leitura dos protocolos de classificação de risco. Nessa etapa foi realizada a seleção dos itens prioritários a serem utilizados como base para pesquisa.

A segunda etapa compreendeu em uma reunião com um profissional especialista em Sistema de Informação, optou-se por um analista de sistema, nesse momento foi essencial

para esclarecimento e detalhamento do produto idealizado pelo pesquisador. Após uma breve descrição da proposta do estudo, o profissional responsável por desenvolver o sistema solicitou um prazo de 30 dias para consolidação das ideias e desenho inicial do aplicativo. Posteriormente, o técnico enviou um *link* para primeira avaliação do pesquisador acerca do produto.

A Terceira etapa deu-se por meio de uma reunião do pesquisador com duas enfermeiras doutoras especialistas em gestão para análise e aprovação do produto. O mesmo foi aprovado e efetivada a contratação do profissional.

A quarta etapa foi o desenvolvimento do aplicativo. Todas as questões que foram inseridas no aplicativo foram desenvolvidas por intermédio de protocolos de classificação de risco baseado no protocolo de Manchester, que utiliza a classificação da gravidade atribuindo cores ao nível de complexidade de cada tipo de urgência. Contudo, tendo em vista as especificidades do APH, optou-se por realizar um sistema similar de classificação que em nosso entendimento fosse mais apropriado a ser utilizado na classificação de prioridades com vistas ao envio das unidades móveis de urgência.

Desta forma, optou-se por excluir a cor azul, que no protocolo de Manchester é indicada para os casos não urgentes, e a cor laranja, que é utilizada para os casos “muito urgentes”, uma vez que para os casos não urgentes não seria indicados o envio imediato de uma unidade de suporte, e os níveis de “urgências” e “muita urgência” foram unificados e classificados na cor amarela de forma a suprimir a ambivalência que os níveis de urgência poderiam causar ao usuário do sistema.

Em seguida foi realizado levantamento dos requisitos básicos necessários pelo profissional contratado para suporte em tecnologia da informação para elaboração da ferramenta, sendo iniciada a modulação do sistema web que foi desenvolvido usando técnicas responsivas para seu layout, assim permitindo a usabilidade em qualquer dispositivo que tenha a necessidade de acessar suas funções, utilizando as linguagens de programação HTML (*Hyper Text Markup Language*), CSS (*Cascading Style Sheets*) e *Java Script*.

Optou-se por não utilizar *frameworks* pesados, renderização em 3D e imagens em alta resolução com o intuito de incluir o maior número de dispositivos, assim agilizando o carregamento e deixando mais intuitivo seu uso. Após a construção e depuração em testes internos, foram utilizadas várias resoluções de tela e navegadores em computadores e *tablets*. Em análises realizadas pelo autor, o sistema mostrou-se compatível com todos os testes propostos em computadores, celulares/*smartphones* e *tablets* testados.

Após a compilação do referencial teórico, as informações foram dispostas no sistema *Web* de forma didática, ilustrada e de compreensão acessível, com o auxílio de estrutura esquemática e um texto de linguagem simples.

A produção inicial foi avaliada e testada quinzenalmente pelo analista de sistema em conjunto com os pesquisadores. As definições, ajustes e alterações eram discutidas em

reuniões da equipe técnica, realizadas ao término de cada etapa e os ajustes necessários sendo aplicados visando aprimorar e eliminar possíveis falhas. O sistema *web* é apresentado em sua primeira versão (1.0), estando previstas novas versões, adaptações e alterações para outras realidades ou outros espaços em que o mesmo possa ser aplicado.

A quinta e última etapa, o sistema *web* foi disponibilizado pelo desenvolvedor ao pesquisador por meio de um link (<http://boring-ritchie-4f14d9.bitballoon.com/>), sendo realizada uma avaliação inicial pelo pesquisador que posteriormente solicitou a outros profissionais que atuam em APH e regulação de urgência onde se verifica a funcionalidade e aplicação prática, sem intenção de validar o produto, somente apresentar a ideia.

RESULTADOS

O *Software* foi desenvolvido em 04 telas, subdivididas em 06 abas. O mesmo foi denominado “SISCON”, as telas que compõem o Sistema de Classificação On Line – SISCON foram referenciadas por cores pelas quais o sistema classifica cada módulo de acordo com o nível de complexidade, sendo vermelha para maior complexidade, amarela para complexidade moderada, verde para baixa complexidade e a última tela orienta quanto ao tipo de unidade de suporte a ser enviada.

As questões foram desenvolvidas por intermédio de protocolos de classificação de risco já existentes. Contudo, estes protocolos foram alterados de forma a atender a realidade local e necessidade interna do serviço. O protocolo de Manchester foi à base para a elaboração do produto, sendo o sistema de cores utilizado similar ao praticado no referido protocolo tendo a cor laranja existente no protocolo de Manchester sido suprimida e a cor azul utilizada apenas de forma ilustrativa antes da definição do envio das unidades de suporte.

O protocolo de Manchester surgiu em 1997 na cidade de Manchester, na Inglaterra, diante da necessidade do aprimoramento na qualidade assistencial dos serviços de urgência e emergência, partiu-se do princípio da priorização dos pacientes em virtude ao risco apresentado, baseado em sistema de algoritmos composto por cinco níveis de urgência associados a cores, sendo adotado posteriormente por diversos países da Europa tornando-se uma ferramenta com alta sensibilidade (TEIXEIRA, OSELAME & NEVES, 2014).

O Paciente classificado com a cor vermelha (emergência): Necessita de atendimento imediato existindo risco de morte (envio imediato de uma unidade de suporte avançado USA preferencialmente). Destaca-se a necessidade de prosseguir com a orientação ao solicitante do atendimento de forma a proporcionar suporte básico de vida. Conforme Brasil (2011) a classificação na cor vermelha possui relação com o paciente grave, com risco de morte, sendo necessário destinar-lhe um espaço específico a este tipo de atendimento,

no caso do atendimento móvel de urgência seria a envio de uma unidade de suporte avançado como o melhor recurso disponível para o atendimento a este tipo de urgência.

Paciente classificado com a cor amarela (urgência): Necessita de atendimento ou avaliação por profissional de saúde (envio de uma unidade de suporte USA ou USB assim que disponível). Assim, Brasil, (2011), a classificação na cor amarela possui relação com o paciente já estabilizados, mas que ainda requeiram cuidados especiais (pacientes críticos ou semicríticos), desta forma a determinação do envio de uma unidade de suporte assim que disponível seria essencial.

Paciente classificado com a cor verde (casos com menor gravidade): Possibilita o atendimento apenas com orientação. Seguindo as orientações de Brasil a classificação na cor verde possui relação com o paciente que deve ser apenas observado, estando seu atendimento atrelado as demandas existentes no momento, no APH nestes casos existe a possibilidade da liberação do paciente sem envio de uma unidade móvel de urgência com liberação apenas com orientação médica. (BRASIL, 2011).

Para o profissional enfermeiro ter acesso ao sistema, é necessário efetuar *login*. Após essa etapa o aplicativo abre uma tela inicial onde o enfermeiro só inicia o atendimento ao usuário por meio do contato deste com a central de regulação de urgência abre um chamado. Nesta tela inicial o profissional é capaz de realizar o registro do nome e endereço do solicitante do atendimento, bem como, identificar no mapa a localização da chamada telefonica.

Vale ressaltar que o sistema possibilita ainda o registro do início e término dos atendimentos, essa proposta de armazenar as informações em um banco de dados faz necessário para futuras consultas , além de auxiliar os gestores com os indicadores de qualidade.

Após a realização do cadastro prévio do usuário solicitante do atendimento o profissional é direcionado à tela de triagem inicial onde, por intermédio de perguntas a serem realizadas ao solicitante, determinará o envio imediato ou não das unidades de suporte (ambulâncias).

Nos casos onde as respostas forem “SIM”, a classificação permanece na cor azul e não existe indicação inicial pelo sistema de envio imediato das unidades de suporte. Caso o profissional acione acidentalmente o envio imediato de uma unidade de suporte nos casos onde o usuário responde “SIM”, o sistema informa da não necessidade do envio imediato.

Nos casos onde as respostas forem “NÃO”, a classificação muda para vermelha sendo indicado o envio imediato pelo sistema de uma unidade de suporte, tendo em vista que se pressupõe a existência de um evento de gravidade extrema sendo a opção de escolha direcionar uma unidade de suporte avançado de vida.

Ainda nessa perspectiva, o sistema possibilita prosseguir a avaliação de forma mais acurada, podendo-se optar por outro tipo de recurso baseado no processo de avaliação

sindrômica, onde o profissional pode avaliar melhor a situação, cabendo destacar que o acionamento imediato das equipes reduz o tempo resposta.

Na tela da triagem inicial existe um campo destinado à avaliação de sangramento onde existe uma exceção, neste caso a resposta “NÃO” por parte do usuário é que determina a não necessidade do envio de uma unidade de suporte.

Para a resposta “SIM” o sistema abre um novo campo onde o profissional pode determinar a localização do sangramento e a intensidade do mesmo, quando o enfermeiro informa que a intensidade do sangramento é “MUITO” será orientado o envio imediato de uma unidade de suporte.

Após a triagem inicial o profissional deve acionar a guia “prosseguir avaliação” de forma a abrir a tela de avaliação sindrômica, sendo a primeira aba a de dor torácica quando, por intermédio da arguição do usuário, o profissional poderá determinar o nível de urgência do atendimento baseado na classificação por cores.

Além da apresentação das perguntas habitualmente utilizadas e a classificação por cores conforme já descrito, esta tela mantém um alerta para sempre encaminhar uma unidade de suporte procedendo a remoção das vítimas com queixa de dor torácica para as Unidades de Pronto Atendimento (UPA), conforme protocolo de dor instituído pelo Ministério da Saúde.

As abas seguintes seguem a mesma linha, sendo que podem ser acrescentadas ao sistema mediante o estabelecimento de protocolos internos. As que apresentamos foi uma demonstração de utilização do sistema.

Além da apresentação das perguntas habitualmente utilizadas, a tela de alteração do estado Neurológico alerta para situações específicas, como exemplo o uso de álcool ou drogas ilícitas, podendo estas “informações” serem úteis na hora da classificação e envio das unidades de suporte.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este artigo teve como proposta oferecer aos profissionais enfermeiros uma visão acerca do Atendimento Pré-Hospitalar, assim como as fases da construção de um aplicativo direcionado ao enfermeiro que trabalha em Unidades Móveis de Urgência.

Percebeu-se que apesar do profissional enfermeiro ainda não estar atuando efetivamente no serviço de regulação no Médio Paraíba, a importância da incorporação de tecnologias no APH poderá proporcionar mudanças no modelo de atendimento utilizado hoje nos serviços de atendimento móvel em geral.

Além da exigência de rigor teórico-metodológico, todo artigo carece de dedicação e disciplina para sua possível conclusão. Para a objetivação da ideia inicial de criar uma tecnologia facilitadora para os enfermeiros que trabalham no serviço de atendimento móvel, o processo desta investigação foi um pouco além, considerando-se a criação de um grupo

interdisciplinar constituído por enfermeiros com formação nas áreas de administração e de urgência e por engenheiro de *softwares*. O estudo apresentado teve como foco o desenvolvimento de um *Software* para utilização dos profissionais que trabalham nos serviços de APH e/ou SAMU 192, principalmente para apoio nas CRMUs.

O *Software* não pretende ser a mudança na gestão das unidades de atendimento moveis de urgência, mas uma ferramenta facilitadora para tomada de decisão em relação ao envio ou não destas unidades, bem como seu tipo e tripulação.

REFERENCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 2048, de 5 de novembro de 2002. **Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência**. Diário Oficial da União, Brasília, 12 nov. 2002. Seção 1, p. 32-54.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1864, de 20 de setembro de 2003. **Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências**. Diário Oficial da União, Brasília, 6 out. 2003. Seção 1, p. 57-9.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.600, de 7 de julho de 2011. **Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 7 jul. 2011b. Disponível em: < <http://goo.gl/pZTLII>>. Acesso em: 26 jan. 2018.

CASTRO, G. L. T. D.; TOURINHO, F. S. V. **Enfermeiro no Atendimento Pré-Hospitalar Móvel: Aspectos Ético - Legais**. Campo Grande: 16. SENPE, 2011.

DOLOR, André Luis Tavares. **Atendimento pré-hospitalar: histórico da inserção do enfermeiro e os desafios ético-legais**. – São Paulo, 2008. p.118 Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

GIL AC. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ª ed. São Paulo: Atlas; 2002. P 40.

LAREIRO, Susana Gonçalves Fernandes. **Principais diferenças e semelhanças na organização dos cuidados assistenciais no trauma em Portugal e em outros países**. Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar para obtenção do grau de Mestre em Medicina. Porto 2014.

MORAIS FILHO, L. A. et al. **Competência Legal do Enfermeiro na Urgência/Emergência**. [S.l.]: Portal COFEN, 2016. Disponível em: <revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view-File/659/278>. Acesso em: 4 abr. 2018.

SILVA, E. A. C. da, Tipple, A. F. V., Souza, J. T. de, & Brasil, V. V. (2010). **Aspectos históricos da implantação de um serviço de atendimento pré-hospitalar**. *Revista Eletrônica De Enfermagem*, 12(3), 571-7. Disponível em: <https://doi.org/10.5216/ree.v12i3.10555>: >. Acesso em: 6 jan. 2018.

SILVA, Kleber Pinto. **A Ideia de Função para a Arquitetura: o hospital e o século XVIII**. Trabalho apresentado no “Congresso Internacional: Mente, Território, Sociedad”, UPC/DEP, Projectes d’Arquitectura, Barcelona, Espanha, 2000.

TEIXEIRA, VA.; OSELAME, GB.; NEVES, EB.. **O Protocolo de Manchester no Sistema Único de Saúde e a Atuação do Enfermeiro**. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde, Três Corações*, v. 12, n. 2, p. 905-920, 2014.

VIOÊNCIA CONTRA PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO TRABALHO DA ATENÇÃO BÁSICA – CONTRIBUIÇÕES DA COMUNIDADE CIENTÍFICA BRASILEIRA

Data de aceite: 01/07/2020

Thiago Kroth de Oliveira

Enfermeiro Especialista em Atenção Básica pela Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

E-mail: thiagokroth@gmail.com

Potiguara de Oliveira Paz

Doutor em Enfermagem. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

E-mail: potiguarapaz@yahoo.com.br

Gimerson Erick Ferreira

Doutor em Enfermagem. Professor do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Mato Grosso (UFMT). Cuiabá, Mato Grosso, Brasil.

E-mail: gimferreira@gmail.com

Dagmar Elaine Kaiser

Doutora em Enfermagem. Professora Associada da EENF/UFRGS. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: dagmar.kaiser@ufrgs.br

RESUMO: Objetivo: conhecer as contribuições da comunidade científica brasileira sobre a violência contra profissionais de saúde no trabalho da atenção básica. Métodos: revisão integrativa com dados coletados em setembro de 2016 em fontes secundárias da Biblioteca Virtual em Saúde, em Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde e Scientific Electronic Library Online, entre 2002 a

2016. Resultados: dos 124 artigos encontrados foram selecionadas 11 publicações. A análise temática resultou em seis categorias: Atores da violência; Violência como degradante do processo de trabalho; Situações de exposição à violência; Tipos de violência; Repercussões da violência para o trabalhador; Apoio às vítimas. Discussão: os resultados apresentam dados importantes sobre episódios de violência que atingem muitos trabalhadores na atenção básica, tendo como causas a falta de informação e as falhas no trabalho, o que reforça a necessidade de desenvolvimento profissional para o trabalho em situações de violência e seu manejo. As manifestações de violência constituem-se em risco ocupacional de grande relevância para os profissionais, bem como afetam a qualidade dos serviços ofertados.

PALAVRAS-CHAVE: Violência no Trabalho; Atenção Primária à Saúde; Pessoal de Saúde; Enfermagem.

ABSTRACT: Objective: to know the contributions of the Brazilian scientific community on violence against health professionals in the work of primary care. Method: integrative review with data collected in september of 2016 from secondary sources of the Virtual Health Library, Latin American and Caribbean Literature in

Health Sciences and Scientific Electronic Library Online, available from 2002 to 2016. Results: Of the 124 articles found, 11 publications were selected. The thematic analysis resulted in six categories: Actors of violence; Violence as degrading of work process; Situations of exposure to violence; Types of violence; Repercussions of violence to the worker; Victim support. Discussion: the results gather important data on violence episodes that affect many workers in primary care, which reinforces the need for professional development to work in situations of violence and their management in their daily work, contributing to a greater knowledge and visibility of the problem. The manifestations of violence constitute occupational risk of great relevance for the professionals, as well as affect the quality of the services offered.

KEYWORDS: Workplace Violence; Primary Health Care; Health Personnel; Nursing.

INTRODUÇÃO

A violência assola o contexto mundial como um dos mais complexos e graves problemas sociais, sendo entendida como fenômeno representado por relações, ações, negligências e omissões de indivíduos ou grupos, no qual se envolve o uso intencional da força ou poder como uma forma de ameaça contra si mesmo ou outrem, suscitando danos à autoestima, às relações sociais e à personalidade da vítima (ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO, 2002; NELSON, 2014).

Não obstante, a violência no trabalho afigura-se como problema complexo em todas as suas formas de manifestações, tendo como espaço e desenvolvimento as relações intergrupais e interpessoais dos profissionais, quando ações ou comportamentos violentos crescem silenciosa e gradativamente no seu cotidiano. Assim, torna-se importante estabelecer diálogos entre violência e trabalho para compreender como a violência se manifesta no cotidiano de trabalho dos profissionais da saúde na atenção básica e quais as repercussões à sua saúde e trabalho, pois requerem aplicação do conhecimento científico na solução de problemas locais no campo da saúde coletiva (NELSON, 2014).

O fenômeno ganha proporções ainda maiores se considerados seus possíveis efeitos em longo prazo, uma vez que a exposição direta ou indireta à violência no trabalho pode culminar em danos psicológicos (GATES; GILLESPIE; SUCCOP, 2011), comprometimento da eficiência e da qualidade do trabalho realizado, fragilização dos vínculos com os usuários e colegas, questionamento sobre o sentido do trabalho, depressão, sofrimento e adoecimento dos trabalhadores (VASCONCELLOS; ABREU; MAIA, 2012). Reconhecer tais situações e compreender que a violência muitas vezes permeia a interação profissional, em que o cuidado acontece pode permitir aos profissionais da saúde desenvolver uma cultura de prevenção ao implementar estratégias que reduzam ou mesmo eliminem o medo da violência, o adoecimento no trabalho e os sentimentos de impotência frente às situações de críticas, quais, comumente, apresentam-se velados (ALMEIDA et al., 2015).

Destaca-se que configuração do Sistema Único de Saúde (SUS), a atenção básica

estrutura-se, em sua maioria, nos padrões de Estratégia de Saúde da Família (ESF), em que as equipes, além de prestarem atendimento nas Unidades de Saúde (US), buscam a realização de assistência integral aos indivíduos e famílias no domicílio e demais espaços comunitários, em todas as fases do desenvolvimento humano. Assim, os profissionais da atenção básica norteiam-se por um modelo de assistência que pressupõe o estreitamento do vínculo entre profissionais e usuários, sendo, portanto, considerados responsáveis pela garantia de acesso ao sistema de saúde, atendimento humanizado e vínculo, tecnologias que favorecem o cuidado integral, integrado e longitudinal em saúde (BRASIL, 2011).

Desse modo, os profissionais expõem-se diariamente a diversos estressores ocupacionais, estando sujeitos a situações de violência, uma vez que seu trabalho se estende para além dos limites espaciais e temporais da US.

A violência que incide em abuso, em ameaça ou ainda ataque em circunstâncias relacionadas ao trabalho considerando usuários, famílias, colegas, gestores, ou ainda, no trajeto de ida e volta ao trabalho, envolvendo ameaça para sua segurança, bem-estar ou saúde (SILVA et al., 2015). Tais problemas suscitam a necessidade de investir em possibilidades de enfrentamento da violência contra os profissionais de saúde, uma vez que a atenção básica constitui a principal porta de entrada para o SUS e também o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde, ordenando atendimentos e encaminhamentos necessários para outros serviços e especialidades, sendo essencial lidar diretamente com demandas advindas da população.

O fenômeno da violência precisa ser entendido e analisado como parte de um contexto histórico complexo, possível de intervir. Não é em si uma fatalidade ou nem uma situação natural, pois ocorre em micro relações do cotidiano, sendo fruto de observações e pesquisas que percebem como diferentes formas de violência se articulam, criando uma expressão cultural dentro das relações, nos comportamentos, nas atitudes e práticas sociais (MINAYO, 2006).

No Brasil, a violência passou a ser debatida pela área da saúde na década de 1980, entrando com mais vigor na agenda de debates políticos e sociais (ALMEIDA et al., 2015). No entanto, uma investigação conduzida pela Organização Internacional do Trabalho (OIT), em parceria com o Conselho Internacional de Enfermagem (CIE), a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Internacional de Serviços Públicos (ISP), no ano de 2002, chamou atenção à magnitude da violência contra profissionais da saúde em estudo pioneiro realizado no Rio de Janeiro. Este estudo revelou que, do total de trabalhadores estudados, 46,7% haviam sofrido pelo menos uma agressão no último ano, 6,4% tinham sofrido agressão física, 39,5% agressão verbal, 15,2% assédio moral, 5,7% assédio sexual e 5,3% discriminação racial. Essas estatísticas inquietaram frente ao número de profissionais de saúde que sofreram situações de violência no trabalho e que, conseqüentemente, estiveram suscetíveis às suas conseqüências. Assim sendo, a pesquisa levou a um programa conjunto com diretrizes traçadas com o propósito de

ajudar os profissionais de saúde a combater o medo, a humilhação e, inclusive, homicídios em seu local de trabalho (ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO, 2002; ALMEIDA et al., 2015).

Diante da relevância de tais ocorrências, este capítulo decorreu da questão norteadora: Quais as contribuições da comunidade científica brasileira em *know how* sobre a violência contra profissionais de saúde no trabalho da atenção básica?

A partir dessa perspectiva e vislumbrando suporte para políticas institucionais de enfrentamento da violência na atenção básica e organização dos trabalhadores em lidar com a violência, a visibilidade e acesso à produção do conhecimento gerada pela comunidade científica nacional é condição fundamental para o insumo na geração de novos conhecimentos no campo da saúde coletiva. Assim, o estudo objetiva conhecer as contribuições da comunidade científica brasileira sobre violência contra profissionais de saúde no trabalho da atenção básica.

METODOLOGIA

Estudo de Revisão Integrativa (COOPER, 1982), que propôs a síntese do estado do conhecimento e desenvolvimento de explicações mais abrangentes sobre a temática violência no trabalho da atenção básica, retratando artigos originais de pesquisa, artigos sobre políticas públicas, experiências práticas em atenção básica e artigos de revisão, ocorridos a partir de 2002. A escolha deste início de período de revisão deu-se em razão do estudo pioneiro, científico, político, histórico e cultural ocorrido em 2002, no Rio de Janeiro, que chamou atenção à magnitude da violência contra os profissionais da saúde. A investigação conduzida pela OIT, em parceria com o CIE, a OMS e a ISP, visou ajudar a combater o medo, a humilhação e, inclusive, homicídios dos profissionais de saúde (ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO, 2002).

A Revisão Integrativa foi realizada considerando inicialmente a formulação do problema, a questão norteadora, que decorreu de um raciocínio teórico sobre a violência contra os profissionais de saúde no trabalho da atenção básica, sendo definidos os descritores “violência no trabalho”, “atenção primária à saúde” e “pessoal de saúde” para a execução de busca *online* de estudos.

Na etapa seguinte, coleta de dados, foi realizada busca *online* em setembro de 2016, encontrando-se 124 publicações no sítio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), em LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da saúde e SciELO - *Scientific Electronic Library Online*. Foram consideradas publicações entre 2002 a 2016. Como critérios de inclusão, pesquisaram-se artigos originais de abordagens qualitativas e quantitativas, artigos de revisão, estudos de caso sobre a temática, disponibilizados nos idiomas português ou inglês, com acesso gratuito ao resumo e artigo na íntegra em meio eletrônico. Como critérios de exclusão, desconsideraram-se teses, dissertações, livros e

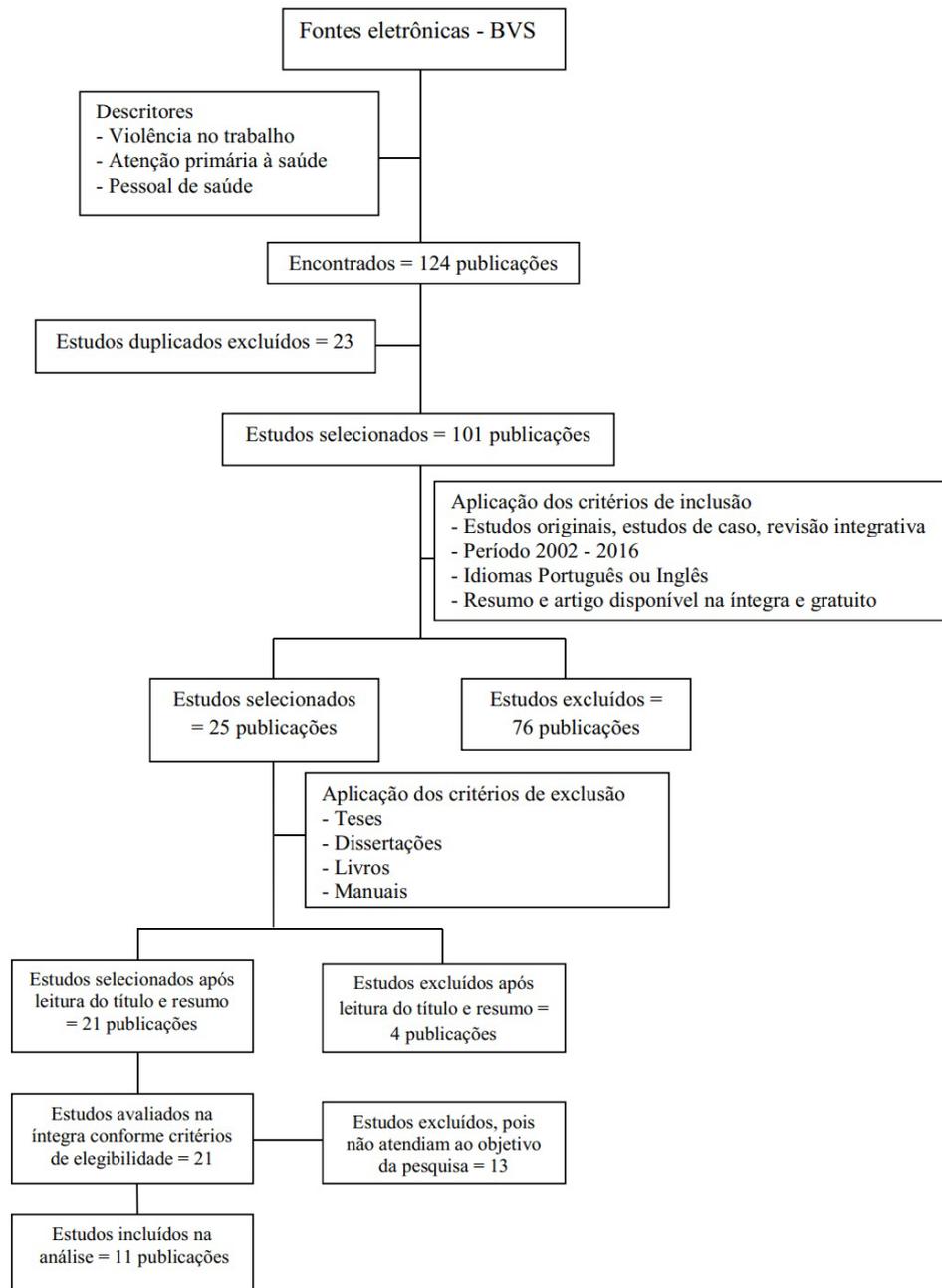
manuais referentes à temática.

Na pesquisa pelos descritores “violência no trabalho”, “atenção primária à saúde” e “pessoal de saúde” identificaram-se 124 publicações. Inicialmente, foi realizada a retirada dos artigos duplicados. Assim, foram excluídas 23 publicações. Após, procedeu-se a leitura dos títulos e resumos dos 101 artigos restantes, à luz dos critérios de inclusão. Este refinamento excluiu outras 76 publicações por não atenderem ao período e idioma definido para a investigação, mantendo-se 25 artigos para análise. No entanto, após a leitura na íntegra e aplicando-se os critérios de exclusão, outros quatro artigos foram eliminados da análise por tratarem de teses e manuais. Outras 10 publicações foram excluídas do estudo por não atenderem à questão norteadora, de modo que a amostra final ficou constituída por 11 artigos que atendiam à proposta do estudo. A Figura 1 ilustra o processo de seleção dos artigos da amostra principal.

Para a avaliação dos dados, realizou-se uma ponderação criteriosa das informações coletadas em busca de respostas à questão norteadora. A análise dos dados ocorreu com base na Análise de Conteúdo Temática, constituindo-se em pré-análise, exploração do material e tratamento e interpretação dos resultados, que tratou da análise das temáticas, discutidas à luz dos artigos incluídos pela busca (MINAYO, 2014).

Nesta revisão integrativa é assegurada a autoria dos artigos pesquisados, de forma que todos os estudos utilizados foram referenciados (BRASIL, 2013). O projeto de pesquisa foi submetido à Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sendo cadastrado sob nº 29.667 e aprovado em 26 de julho de 2015. Por não envolver seres humanos, não foi necessária a aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa.

Figura 1 – Fluxograma de identificação, seleção e inclusão dos estudos da revisão integrativa – Porto Alegre, RS, Brasil, 2020.



Fonte: Biblioteca Virtual em Saúde.

RESULTADOS

O resultado de busca online inicialmente levou a uma produção científica de 124 publicações sobre o tema violência contra profissionais de saúde no trabalho da atenção básica, no entanto, nem todos os artigos foram incluídos nesta pesquisa em virtude dos critérios de elegibilidade adotados para a seleção da amostra principal, que resultou em 11 publicações no universo estudado. Os artigos encontrados são representativos da violência no trabalho contra os profissionais de saúde da atenção básica, uma vez que as contribuições decorrem da complexidade de estudos envolvendo profissionais de

saúde de diferentes cenários da atenção básica, instituições e regiões brasileiras, com importantes contribuições científicas da pesquisa nacional, apresentados no quadro 1.

JARDIM, T. A.; LANCMAN, S. Aspectos subjetivos do morar e trabalhar na mesma comunidade: a realidade vivenciada pelo agente comunitário de saúde. <i>Interface – Comunicação Saúde Educação</i> . Barueri: v. 13, n. 28, p. 123-135, 2009.
LISBOA, M. T. L.; MOURA, F. J. M.; REIS, L. D. Violência do cotidiano e no trabalho de enfermagem: apreensões e expectativas de alunos de um curso de graduação em Enfermagem do Rio de Janeiro. <i>Escola Anna Nery</i> . Rio de Janeiro: v. 10, n. 1, p. 81-86, 2006.
FONTES, K. B.; SANTANA, R. G.; PELLOSO, S. M.; CARVALHO, M. D. B. Fatores associados ao assédio moral no ambiente laboral do enfermeiro. <i>Revista Latino-Americana de Enfermagem</i> . Ribeirão Preto: v. 21, n. 3, p. 758-764, 2013.
CARRIERI, A. P.; AGUIAR, A. R. C.; DINIZ, A. P. R. Reflexões sobre o indivíduo desejante e o sofrimento no trabalho: o assédio moral, a violência simbólica e o movimento homossexual. <i>Cadernos EBAPE.BR</i> . Rio de Janeiro: v. 11, n. 1, p. 165-180, 2013.
GALAVOTE, H. S.; PRADO, T. N.; MACIEL, E. L. N.; LIMA, R.C. D. Desvendando os processos de trabalho do agente comunitário de saúde nos cenários revelados na Estratégia Saúde da família no município de Vitória (ES, Brasil). <i>Ciência & Saúde Coletiva</i> . Rio de Janeiro: v.16, n. 1, p. 231-240, 2011.
COELHO, M. O.; JORGE, M. S. B. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. <i>Ciência & Saúde Coletiva</i> . Rio de Janeiro: v.14, suppl. 1, p. 1523-1531, 2009.
SANTOS, A. M. R.; SOARES, J. C. N.; NOGUEIRA, L. F.; ARAÚJO, N. A.; MESQUITA, G. V.; LEAL, C. F. S. Violência institucional: vivências no cotidiano da equipe de enfermagem. <i>Revista Brasileira de Enfermagem</i> . Brasília: v. 64, n. 1, p. 84-90, 2011.
FONTES, K. B.; CARVALHO, M. D. B. Variáveis envolvidas na percepção do assédio moral no ambiente laboral da enfermagem. <i>Revista Latino-Americana de Enfermagem</i> . Ribeirão Preto: v. 20, n. 4, p. 761-768, 2012.
CONTRERA-MORENO, L.; CONTRERA-MORENO, M. I. Violência no trabalho em enfermagem: um novo risco ocupacional. <i>Revista Brasileira de Enfermagem</i> . Brasília: v. 57, n. 6, p. 746-749, 2004.
BARROS, T. S.; ALMEIDA, J. L. S.; ALVES, L. P.; MENEZES, R. M. P.; ROCHA, F. A. T.; OLIVEIRA, L. L. Violência de gênero como risco ocupacional contra enfermeiras da estratégia de saúde da família de Campina Grande – PB. <i>Revista da Universidade Vale do Rio Verde</i> . Betim: v. 12, n. 2, p. 659-667, 2014.
KAISER, D. E.; BIANCHI, F. A violência e os profissionais da saúde na atenção primária. <i>Revista Gaúcha de Enfermagem</i> . Porto Alegre: v. 29, n. 3, p. 362-366, 2008.

Quadro 1 – Artigos incluídos na análise. Porto Alegre, RS, Brasil, 2020.

Fonte: Dados da pesquisa.

Com a intenção de proporcionar maior visibilidade à produção do conhecimento nacional e promover seu acesso de modo equitativo, a violência no trabalho contra os profissionais da saúde na atenção básica foi caracterizada a partir da análise temática (MINAYO, 2014) de seis categorias: Atores da Violência, Violência como degradante do processo de trabalho, Situações de exposição à violência, Tipos de violência, Repercussões da violência para o trabalhador, Apoio às vítimas; conforme apontadas no Quadro 2.

Categorias temáticas	Subcategorias
----------------------	---------------

Atores da Violência	Usuário agressivo Trabalhadores de mesmo nível hierárquico Familiares/acompanhantes agressivos Profissional médico Usuários psiquiátricos Usuários idosos Gestor
Violência como degradante do processo de trabalho	Invisibilidade dos esforços realizados pelo trabalhador Generalização das práticas de perseguição na Atenção Básica em Saúde Falta de insumos Comunicação ineficiente Acessibilidade da população ao serviço Comprometimento do processo de cuidar Precariedade de acolhimento Relações fragilizadas Ameaça demissional Risco de desemprego
Situações de exposição à violência	Vulnerabilidade e locais perigosos Exacerbado individualismo Falta de compromisso com os usuários Proximidade trabalhador/usuário
Tipos de violência	Agressão verbal Abuso sexual Assédio moral Violência física
Repercussões da violência para o trabalhador	Sofrimento e adoecimento Não identificar-se com o trabalho Punição
Apoio às vítimas	Considerar a queixa da vítima Adoção de novas posturas profissionais

Quadro 2 – Categorias temáticas e subcategorias - Porto Alegre, RS, Brasil, 2020.

Fonte: Dados da pesquisa.

A seguir detalham-se os resultados a partir das temáticas que fornecem sustentação à discussão dos resultados, abrangendo a violência contra os profissionais de saúde.

Atores da violência

A categoria temática aborda os principais envolvidos na prática da violência contra os profissionais de saúde na atenção básica, situação frequente, seja ela verbal ou física. As publicações versam desde violências cometidas por usuários (LISBOA; MOURA; REIS, 2006; JARDIM; LACMAN, 2009), bem como discriminação e pressão moral mais frequentemente cometida por colegas (CONTRERA-MORENO; CONTRERA-MORENO, 2004; KAISER; BIANCHI, 2008).

Acadêmicos de enfermagem deparam-se com o “usuário agressivo” em seu cotidiano, nas práticas da atenção básica (LISBOA; MOURA; REIS, 2006). Queixas informais, mas constantes, de agentes comunitários de saúde acerca de usuários agressivos também conformam a exposição velada à violência (JARDIM; LACMAN, 2009). Ao lidarem diretamente com famílias e percorrerem residências dentro de sua

área de abrangência, contradições podem incorrer em riscos a partir dos seus saberes. Isso gera sentimentos de medo porque há receio de que a indignação do usuário gere violência, pois ele sabe onde mora o profissional de saúde. Constatou-se, também, que motivam a violência situações que demandam atendimento do usuário e que não são dispensados prontamente, deixando-o estressado e agressivo com os profissionais que prestam o cuidado (GALAVOTE et al., 2011). De modo geral, tem-se a ideia de que a violência ou opressão contra os profissionais de saúde venha do usuário, porém a literatura também destacou ocorrências entre trabalhadores (CARRIERI et al., 2011). A violência entre colegas é considerada bastante frequente, pois “trabalhadores de mesmo nível hierárquico” encontram eco e acolhida em meio ao individualismo e impotência de colegas, imputando-lhes jogos de influência e de poder, um terreno fértil para a violência no trabalho.

Quando “familiares/acompanhantes agressivos” presenciam a aflição do seu ente querido enfermo, podem tornar-se agressivos. O simples fato de estarem ali ou a demora no atendimento podem gerar sentimentos de angústia e preocupação. O anseio por um tratamento imediato e evitar o sofrimento alheio pode levar a comportamentos agressivos com os profissionais de saúde (KAISER; BIANCHI, 2008; SANTOS et al., 2011). Embora, neste caso, sejam considerados agressores, são também vítimas da precariedade do cuidado que o profissional oferece.

O “profissional médico” também foi tido como agente de violência em um dos estudos encontrados (CONTRERA-MORENO; CONTRERA-MORENO, 2004), quando a atitude inadequada favoreceu a ocorrência de violência contra profissionais de enfermagem.

O tipo de usuário atendido, sejam “usuários psiquiátricos” ou “usuários idosos”, igualmente foram informados como perpetradores da violência tanto verbal como física, tornando o profissional de saúde vítima diária de suas agressões (KAISER; BIANCHI, 2008).

A violência imposta pelo “gestor” a subordinados também foi explicitada (CARRIERI et al., 2011). A violência não é novidade na atenção básica, no entanto, devem ser introduzidos mecanismos no sentido de atribuir impedimentos para os agressores considerando as demandas que levam a episódios agressivos.

Violência como degradante do processo de trabalho

Os estudos evidenciaram diferentes condicionantes da violência no trabalho, destacando-se a falta de reconhecimento no trabalho em saúde, seja por parte dos usuários ou pelos próprios profissionais, fator degradante pela “invisibilidade dos esforços realizados pelo trabalhador” (KAISER; BIANCHI, 2008; JARDIM; LACMAN, 2009). A violência, nas suas diferentes formas, é expressa no medo do risco de exposição, na integridade ameaçada e no temor de represálias (GALAVOTE et al., 2011), quando os sentimentos de impotência frente a condições de precariedade e a invisibilidade dos esforços realizados

permanecem, na maioria das vezes, ocultos e naturalizados/banalizados.

Na medida em que a violência vivenciada é banalizada, a “generalização das práticas de perseguição na Atenção Básica em Saúde” (SANTOS et al., 2011; FONTES; CARVALHO, 2012) adquire especial importância, sendo mister buscar coletivamente maneiras de evitar as agressões sofridas e a construção de formas de organização do trabalho que permitam maior proteção e apoio aos profissionais de saúde. Além disso, eventualmente os profissionais de saúde deparam-se com a “falta de insumos” (SANTOS et al., 2011), de modo que diversas agressões, sejam verbais ou físicas são provocadas pela demanda de usuários em espera ou por falta de materiais, corroborando a violência no trabalho. Também a “comunicação ineficiente” na relação profissional/usuário e profissional/profissional pode gerar erros de interpretação e conflitos interpessoais, os quais podem originar casos de violência pela insatisfação, estresse e sentimentos de exclusão da dinâmica do serviço (KAISER; BIANCHI, 2008; COELHO; JORGE, 2009).

Em geral, a violência que atinge os profissionais de saúde deixa marcas também no comprometimento do atendimento ao usuário e seu acompanhante, gerando um possível cuidado deficiente, o qual, por conseguinte, pode vir a tornar a relação profissional/usuário hostil e desencadear um ciclo de violência (SANTOS et al., 2011). A ênfase na produtividade, que também está presente na atenção básica devido à grande demanda, torna ainda mais fragilizadas e estressantes as relações de trabalho (CARRIERI et al., 2011). Aponta-se ainda para o número reduzido de profissionais em algumas unidades de saúde, o que contribui para um quadro de violência no trabalho, pois dificulta e por vezes impossibilita um atendimento individualizado e atencioso a cada usuário (CONTRERA-MORENO; CONTRERA-MORENO, 2004). Nesse sentido, o conhecimento que o profissional de saúde detém é um elemento-chave na compreensão do seu trabalho e suas limitações nos mecanismos e estratégias defensivas que constrói para poder trabalhar isento de violência.

Conviver com a violência pode também comprometer projetos profissionais e afetar a construção da identidade profissional. Profissionais da saúde, ao vivenciar a violência no trabalho, podem sofrer consequências relacionadas à saúde física e psicológica que podem implicar em sua capacidade em realizar as atividades, em relação aos colegas, na condição financeira, na qualidade de vida e no sistema de saúde (KAISER; BIANCHI, 2008). E ainda, o “comprometimento do processo de cuidar” pode deteriorar relações sociais dos profissionais a ela expostos, bem como gerar medo, um sentimento que interfere diretamente no estabelecimento do vínculo (SANTOS et al., 2011; BARROS et al., 2014).

O risco de violência para os profissionais de saúde relaciona-se também à “acessibilidade da população ao serviço” (KAISER; BIANCHI, 2008; SANTOS et al., 2011). O usuário que enfrenta alguns obstáculos para obter acesso ao atendimento e percorre diferentes instâncias para conseguir a atenção em saúde que necessita, tende a ser

mais impetuoso em virtude do processo demorado de acessibilidade ao serviço, quando frustrações incitam à violência e aumentam a exposição dos profissionais em decorrência da organização do processo de trabalho (CONTRERA-MORENO; CONTRERA-MORENO, 2004).

Dessa forma, é importante que os profissionais de saúde estejam inseridos e produzam concretas relações com o conjunto dos serviços que constituem a rede, constituindo-se em articuladores da atenção à saúde e no desenvolvimento da importante porta de entrada. Se o usuário de fato sentir-se acolhido, escutado, cuidado, isso pode facilitar o entrosamento e diminuir algumas tensões, uma vez que “relações fragilizadas” podem gerar violência (GALAVOTE et al., 2011; FONTES; CARVALHO, 2012).

Na atenção básica, as demandas do trabalho somam-se exigências que incorrem em medo do profissional de saúde não ser capaz de manter uma atuação adequada no trabalho e de ser punido com demissão. O “risco de desemprego” (FONTES et al., 2013) existe em inúmeras áreas do mercado de trabalho e, por vezes, a luta por permanecer no emprego faz com que o profissional suporte ameaças de demissão por parte de superiores que usam desse artifício para exigir maior produtividade (CARRIERI et al., 2011; SANTOS et al., 2011).

Situações de exposição à violência

Um aspecto importante, relacionado com a exposição sob a qual vivem os trabalhadores da atenção básica diz respeito à violência local, inclusive com relato de profissionais que dizem sentir medo de alguns usuários, trazendo o ambiente de trabalho como um gerador contínuo de estresse (JARDIM; LACMAN, 2009; CARRIERI et al., 2011). Não é necessário muito esforço para perceber que “vulnerabilidade e locais perigosos” geram instabilidade na segurança dos profissionais no âmbito de seus locais de trabalho (BARROS et al., 2014), uma vez que a localização geográfica dos serviços de saúde, quando em regiões com elevados índices de agressão, como periferias e locais em que há tráfico de drogas, propiciam maior risco de violência no ambiente de trabalho (FONTES; CARVALHO, 2012). Estudo com acadêmicos de enfermagem destaca que os mesmos percebem a violência contra o enfermeiro já desde as primeiras experiências de estágio e reconhecem que a sua atenção dá-se, muitas vezes, em local perigoso (LISBOA; MOURA; REIS, 2006).

Além disso, o descumprimento dos horários de trabalho gera descrédito por parte dos usuários e dos próprios profissionais ao depararem-se *in loco* com a falta de interesse pela atenção em saúde (COELHO; JORGE, 2009). Trabalho precário e atitudes inadequadas com o usuário são trazidos como dignos de culpabilidade por favorecerem a violência contra o trabalhador, considerando a “falta de compromisso com os usuários” (BARROS et al., 2014).

Como possíveis razões para o desencadeamento da violência, também se evidencia

a “proximidade trabalhador/usuário” como condição propícia à manifestação da violência no ambiente de trabalho, quando agressões contra o profissional da saúde acontecem, enquanto passa a maior parte do seu tempo em contato com mais de um usuário simultaneamente (CONTRERA-MORENO; CONTRERA-MORENO, 2004; FONTES; CARVALHO, 2012).

Tipos de violência

Nessa categoria temática foram identificadas as principais formas na qual a violência se apresenta aos profissionais de saúde. A “agressão verbal” é a principal forma de violência encontrada por parte dos usuários. Em geral, o episódio acontece de forma inesperada e se caracteriza pelo tom de voz áspero, elevado ou alterado na forma de xingamento e ofensas pessoais ao trabalhador (KAISER; BIANCHI, 2008; JARDIM; LACMAN, 2009).

O “abuso sexual” foi outra forma de violência evidenciada que remetem especificamente às mulheres, enfermeiras, como as mais expostas a esse tipo de agressão no trabalho da atenção básica. O abuso provém tanto de usuários quanto de colegas de trabalho e ocorre por meio de propostas, intimidações, insinuações ou contato físico não consentido. (CONTRERA-MORENO; CONTRERA-MORENO, 2004; LISBOA; MOURA; REIS, 2006).

Considerando os artigos estudados, o “assédio moral” foi um tema discutido decorrente de gestores, colegas de trabalho ou usuários do serviço. Entre os profissionais, as disputas de poder e conhecimento são trazidos como as principais situações envolvidas com a prática do assédio moral, que se torna um destruidor das relações interpessoais no trabalho (CARRIERI et al., 2011; FONTES et al., 2013).

Os estudos apontam que as formas mais comuns de assédio moral caracterizam-se por humilhações, insultos, intimidações e ofensas. Na relação profissional/usuário, o assédio geralmente ocorre em momentos que os usuários se encontram extremamente estressados, com dor ou quando tem a percepção de que não lhes está sendo dada a devida atenção. A “violência física” soma-se aos tipos de violência contra o profissional no trabalho, dando-se geralmente em momentos que o usuário se sente insatisfeito com o atendimento, seja seu ou de alguém que esteja acompanhando, e encontra na força bruta uma forma de conseguir atendimento (SANTOS et al., 2011; FONTES; CARVALHO, 2012).

Assim, episódios de violência acontecem de forma inesperada, quando arranhar, beliscar, dar pontapés, esmurrar, dar tapas, empurrar, apertar contra a parede, morder e agredir com o uso de objetos ou armas tornam-se parte do cotidiano dos profissionais de saúde da atenção básica (SANTOS et al., 2011).

Repercussões da violência para o trabalhador

A violência no trabalho em saúde tem repercussões negativas à saúde dos trabalhadores, sendo cumulativas e transcendendo os limites de tempo-espço destinados

ao trabalho. A exposição constante à violência traz sérias consequências aos profissionais, afetando sua saúde física e mental (LISBOA; MOURA; REIS, 2006), a exemplo do estresse pós-traumático, que pode fazer com que a vítima fique lembrando cenas de violência, através de *flashbacks* e/ou pesadelos (CONTRERA-MORENO; CONTRERA-MORENO, 2004; FONTES; CARVALHO, 2012), e além de interferir no desempenho de suas funções, gera gastos com atendimento psiquiátrico e psicológico. O estresse causado pela violência também desencadeia uma alteração no equilíbrio interno do organismo, que pode ser exteriorizado por sintomas como insônia, perda de memória, irritabilidade, sensibilidade emotiva aumentada, baixa autoestima, frustração e desânimo (SANTOS et al., 2011). O enfraquecimento das defesas psíquicas dos profissionais, causado pela violência, desgasta e dificulta a possibilidade de transformação das relações de trabalho em relações de prazer e reduz a produtividade, além de comprometer o trabalho realizado (FONTES et al., 2013).

Revela-se, então, o impacto negativo na vida profissional e pessoal do trabalhador e usuário, o que remete à necessidade de discutir estratégias para a redução da violência na atenção básica em virtude do “sofrimento e adoecimento”, haja vista que a exposição prolongada aos estressores laborais e a falta de apoio social podem levar ao desgaste físico e psíquico do trabalhador, ou seja, a Síndrome de *Burnout*, que é uma forma de violência no trabalho (JARDIM; LACMAN, 2009; GALAVOTE et al., 2011).

Alvos da violência, profissionais de saúde se veem limitados e tolhidos no seu cotidiano de trabalho, uma vez que as repercussões da violência deixam marcas invisíveis e podem levar ao desenvolvimento de doenças, lesando não somente quem a sofre, mas também o coletivo (KAISER; BIANCHI, 2008). “Não identificar-se com o trabalho” pode implicar na não construção de laços de identificação e pertencimento, tornando a atenção em saúde em sua atividade restrita apenas ao básico em um trabalho mecanizado do cuidado (CARRIERI et al., 2011).

As situações trazidas quanto às repercussões para o trabalho em saúde envolvem diferentes aspectos da violência que podem acarretar em sofrimento. Uma vez que o profissional inicia um processo de adoecimento, que pode levá-lo ao absenteísmo, incidindo com punições como descontos salariais, advertências, suspensões e, até mesmo, risco de desemprego por perda de credibilidade perante sua chefia (CARRIERI et al., 2011; GALAVOTE et al., 2011).

Apoio às vítimas

Práticas de gestão foram abordadas como suporte aos profissionais de saúde vítimas de violência no seu ambiente de trabalho, reunindo medidas para minimizar o impacto e as consequências imediatas da violência, como afastamento temporário do trabalhador, apoio e escuta qualificada, tendo em vista a superação da violência. “Considerar a queixa

da vítima” é de grande importância para que seja possível identificar o real número de casos que atingem os profissionais. (CONTRERA-MORENO; CONTRERA-MORENO, 2004; CARRIERI et al., 2011)

A “adoção de novas posturas profissionais”^(20,22) contribui para uma ingerência qualificada e interdisciplinar dos profissionais que atuam na atenção básica, tanto por parte dos gestores quanto dos trabalhadores no que se refere ao enfrentamento à violência, promovendo atitudes e práticas de proteção ao pensar e agir considerando o enfrentamento da violência e sua complexidade, tendo a intenção de prevenir do ato violento, além de dialogar e dar visibilidade social à atuação do profissional de saúde livre de violência . (CONTRERA-MORENO; CONTRERA-MORENO, 2004; KAISER; BIANCHI, 2008).

DISCUSSÃO

De maneira geral, os artigos analisados condicionam a violência contra os profissionais da saúde ao poder e à autoridade dentro da relação de poder entre os próprios profissionais ou com usuários/familiares/acompanhantes e gestores, sendo praticado com base em excessos. Também é trazido o denso e conflituoso contexto de violência a que esses profissionais de saúde estão expostos, a partir da conformação do trabalho na atenção básica.

A expectativa de um acolhimento ideal e a experiência frustrante da falta de acesso e “precariedade de acolhimento” resultam em experiências excludentes. Por um lado, os profissionais não conseguem atender a todos ou falta planejamento para reconhecer as vulnerabilidades e as demandas do território. Por outro lado, acabam sofrendo agressão por usuários que tentam exigir seus direitos e reportam-se agressivamente a eles, pois também vivem no seu limite (BORDIGNON; MONTEIRO, 2016).

A falta de solidariedade, quando aliada à priorização de interesses pessoais, pode levar ao surgimento de conflitos entre os diferentes atores envolvidos na construção da saúde. Para que os profissionais possam estabelecer uma consciência profissional com base no papel que detêm, nas necessidades que sentem e nos processos organizativos envolvidos com respeito e comprometimento para além das desigualdades e das diferenças, é necessário que vivam a solidariedade na ação do cuidar, em meio à indiferença e ao individualismo tão contundentes na sociedade. Adquirir tal atitude significa assumir a verdade como interlocutora em um espaço amplo e contraditório, no qual é preciso abandonar as pretensões e a segurança de ter a última palavra nos espaços de interlocução sobre todos os assuntos em meio a uma multiplicidade de experiências e conhecimentos na perspectiva do trabalho em equipe (AZEREDO; SCHRAIBER, 2017).

Ainda, salienta-se que os profissionais sofrem a violência praticada pelo uso de

poder de colegas ou gestores como instrumento de violência, quando relações de estima e jogos de influência encontram eco e acolhida em meio ao individualismo e à impotência no trabalho. Essa desumanização corrói as relações interpessoais, o vínculo, o diálogo e prejudica na realização do cuidado. Ou seja, quando um “individualismo exacerbado” gerar conflitos e prevalecer sobre coletivo, quando banalizar atitudes desleais entre colegas de trabalho, isso torna o ambiente propício ao assédio moral no trabalho, abuso de poder e hostilidades, deixando o profissional de valorizar e ouvir as necessidades do outro, prevalecendo os seus interesses individuais aos do grupo, declinando do comportamento solidário em prol do egoísmo e da indiferença (LANCMAN; SZNELWAR, 2011; AZEREDO; SCHRAIBER, 2017).

Cabe ressaltar que a atenção básica é desenvolvida com alto grau de descentralização, capilaridade e próxima do cotidiano da vida das pessoas. Portanto, remete a um contato preferencial dos usuários à porta de entrada da rede de atenção à saúde (ALMEIDA et al., 2015). Os trabalhadores protagonizam e reorganizam-se em um trabalho típico que demanda compromisso com a compreensão dos processos saúde e adoecimento no âmbito individual e coletivo, exigindo uma atuação que envolva relações diretas e contínuas em prol do cuidado integral, tornando suas responsabilidades mais complexas visto que pressupõe o contato estreito entre profissionais de saúde e usuários, o que torna importante a formação do vínculo a partir do acolhimento.

Sabidamente, a relação entre usuários e profissionais da atenção básica difere da relação que se estabelece nos hospitais. O contato face a face entre o profissional e os usuários em áreas com elevados índices de violência e vulnerabilidade social podem contribuir consideravelmente para a violência contra os profissionais de saúde, o que requer analisar o contexto local para propor possíveis medidas de prevenção e diálogo com a comunidade, a fim de garantir uma atuação com segurança dos profissionais de saúde na prática do cuidado (GUTIÉRREZ; HERNÁNDEZ; MOLINA, 2016).

Solidariedade e empatia são necessárias ao fortalecimento coletivo na luta contra o abuso e a agressão. Sofrem com isso profissionais, usuários e todos que presenciam tais situações, alheios ou temerosos (COSTA, 2015). Para criar um ambiente de promoção de cuidado, verdadeiramente preparado para os complexos desafios à inibição da violência, é fundamental que profissionais da saúde e usuários orientem-se pela alteridade, tendo o pressuposto do respeito e empatia com o outro, considerando princípios da universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade e participação social no sentido de promover a interação.

Com base nos resultados encontrados, foi possível reconhecer nas publicações analisadas o mérito científico para o fortalecimento de profissionais de saúde no trabalho da atenção básica, situando a violência sofrida pelos profissionais, quem são os atores da violência, como a violência pode ser degradante ao processo de trabalho, quais as

situações de exposição à violência, que tipos de violência estão cotidianamente presentes na atenção básica, quais as repercussões da violência para o trabalhador e como o apoio às vítimas pode contribuir à superação dos episódios de violência.

A violência que atinge os profissionais da saúde no trabalho da atenção básica é originária dos usuários ou seus familiares, de outros profissionais ou de gestores. Os mesmos têm como causas a falta de informação e as falhas no trabalho da atenção básica, situação de violência no trabalho que necessita ser modificada, não apenas na atenção básica brasileira, mas também no mundo, o que reforça a necessidade de desenvolvimento profissional para o trabalho em situações de violência e seu manejo no cotidiano do trabalho da atenção básica, com aporte da comunidade científica na busca por condições favoráveis ao trabalho dos profissionais da saúde na atenção básica, para que reconheçam e denunciem a violência sofrida, contribuindo para maior conhecimento dessa problemática, segurança e qualidade da atenção em saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ressalta-se que a violência contra os profissionais de saúde constitui importante problema de saúde no mundo inteiro, seja em países desenvolvidos ou subdesenvolvidos, a partir do momento que afeta a saúde individual e coletiva. Nessas circunstâncias exige, para sua prevenção ou acompanhamento, a formulação de políticas e organização de práticas peculiares ao escopo da atenção em saúde. Torna-se importante, portanto, discutir o assunto nos espaços de ensino-serviço-coletivos, a fim de dar maior visibilidade ao tema para que futuros profissionais da saúde possam identificar e enfrentar esse tipo de violência.

A relevância desse estudo está na possibilidade de oferecer subsídios para o ensino e a pesquisa em construir enfrentamentos quanto à gravidade da violência que atinge os trabalhadores da atenção básica, tendo o enfoque de pensar nos meios de minimizar seus efeitos, no sentido de promover a saúde no trabalho e qualificar a atuação dos profissionais de forma segura frente aos casos de violência.

Os efeitos dos maus tratos e as violências são inquietantes, tendo em vista tanto as causas e implicações da violência junto aos trabalhadores, quanto as prováveis inter-relações com a violência e a vulnerabilidade social que assolam a população.

Quanto às limitações do estudo, no conjunto dos artigos analisados, apesar das especificidades de cada um, nem sempre foram problematizadas, detalhadamente, as estratégias de prevenção da violência no ambiente de trabalho, remetendo à necessidade de estudos direcionados ao enfrentamento da violência, apresentando alternativas para superação. Igualmente, os artigos analisados trouxeram à tona uma teia de relações históricas, sociais, políticas e emocionais, cujo embasamento teórico nem sempre deixou claro o conceito de violência adotado pelos autores para a compreensão do problema em

sua complexidade, compreendido como um convite a novos estudos e pesquisas na área.

Um grande passo está sendo dado ao discutir a violência na intenção de superá-la. A atitude de banalizar não deve ser o caminho, pois o silêncio e a indiferença fazem recuar iniciativas e crescer a sombra do medo de maneira coletiva. Sugerem-se pesquisas que avaliem estratégias educativas direcionadas aos profissionais de saúde, para que os mesmos fiquem menos vulneráveis ao impacto da violência no trabalho, haja vista que dialogar, enquanto estratégia é o modo mais seguro, além de reconhecer a violência como um grave problema social torna-se um fator de proteção. Até, porque, os resultados desse estudo chamam a atenção para a forma como um desajuste entre as expectativas dos usuários e os serviços oferecidos podem ser um desafio que deve ser resolvido para gerenciar e, até mesmo, prevenir a violência contra os profissionais de saúde na atenção básica.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, N. R.; MARQUES, L. A.; ARAÚJO, M. F. M.; BEZERRA FILHO, J. G. Violência no trabalho contra profissionais da Atenção Primária em Saúde. In: BEZERRA FILHO, J. G. et al. **Acidentes e Violência: uma abordagem interdisciplinar**. Fortaleza: EdUECE, 2015, p. 241-262.

AZEREDO, Y. N.; SCHRAIBER, L. B. Violência institucional e humanização em saúde: apontamentos para o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: v. 22, n. 9, p. 3013-3022, 2017.

BARROS, T. S.; ALMEIDA, J. L. S.; ALVES, L. P.; MENEZES, R. M. P.; ROCHA, F. A. T.; OLIVEIRA, L. L. Violência de gênero como risco ocupacional contra enfermeiras da estratégia de saúde da família de Campina Grande – PB. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**. Betim: v. 12, n. 2, p. 659-667, 2014.

BORDIGNON, M.; MONTEIRO, M. I. Violência no trabalho da Enfermagem: um olhar às consequências. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília: v. 69, n. 5, p. 939-942, 2016.

BRASIL. Lei n. 12.853, de 14 de agosto de 2013. Altera, atualiza e consolida a legislação sobre direitos autorais e dá outras providências. Brasília: Casa Civil, 2013.

BRASIL. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família - ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 2011.

CARRIERI, A. P.; AGUIAR, A. R. C.; DINIZ, A. P. R. Reflexões sobre o indivíduo desejante e o sofrimento no trabalho: o assédio moral, a violência simbólica e o movimento homossexual. **Cadernos EBAPE.BR**. Rio de Janeiro: v. 11, n. 1, p. 165-180, 2013.

COELHO, M. O.; JORGE, M. S. B. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: v.14, suppl. 1, p. 1523-1531, 2009.

CONTRERA-MORENO, L.; CONTRERA-MORENO, M. I. Violência no trabalho em enfermagem: um novo risco ocupacional. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília: v. 57, n. 6, p. 746-749, 2004.

COOPER, H. M. Scientific guidelines for conducting integrative research reviews. **Review of Educational Research**. Pennsylvania: v. 52, n. 2, p. 291-302, 1982.

COSTA, S. G. Assédio moral na Universidade: cidadãos contra cidadãos. **Adverso**. Porto Alegre: n. 216, p. 51-54, 2015.

FONTES, K. B.; CARVALHO, M. D. B. Variáveis envolvidas na percepção do assédio moral no ambiente laboral da enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto: v. 20, n. 4, p. 761-768, 2012.

FONTES, K. B.; SANTANA, R. G.; PELLOSO, S. M.; CARVALHO, M. D. B. Fatores associados ao assédio moral no ambiente laboral do enfermeiro. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto: v. 21, n. 3, p. 758-764, 2013.

GALAVOTE, H. S.; PRADO, T. N.; MACIEL, E. L. N.; LIMA, R.C. D. Desvendando os processos de trabalho do agente comunitário de saúde nos cenários revelados na Estratégia Saúde da família no município de Vitória (ES, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: v.16, n. 1, p. 231-240, 2011.

GATES, D. M.; GILLESPIE, G. L.; SUCCOP, P. Violence against nurses and its impact on stress and productivity. **Nursing Economic\$**. New Jersey: v. 29, n. 2, p. 59-66, 2011.

GUTIÉRREZ, L.; HERNÁNDEZ, M. J.; MOLINA, L. Agresiones externas al personal sanitario de un servicio público de salud (2008-2012). **Archivos de Prevención de Riesgos Laborales**. Barcelona: v. 19, n. 3, p. 166-74, 2016.

JARDIM, T. A.; LANCMAN, S. Aspectos subjetivos do morar e trabalhar na mesma comunidade: a realidade vivenciada pelo agente comunitário de saúde. **Interface – Comunicação Saúde Educação**. Barueri: v. 13, n. 28, p. 123-135, 2009.

KAISER, D. E.; BIANCHI, F. A violência e os profissionais da saúde na atenção primária. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre: v. 29, n. 3, p. 362-366, 2008.

LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. I. **Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. 3. ed. Brasília/Rio de Janeiro: Paralelo15/Fiocruz, 2011.

LISBOA, M. T. L.; MOURA, F. J. M.; REIS, L. D. Violência do cotidiano e no trabalho de enfermagem: apreensões e expectativas de alunos de um curso de graduação em Enfermagem do Rio de Janeiro. **Escola Anna Nery**. Rio de Janeiro: v. 10, n. 1, p. 81-86, 2006.

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MINAYO, M. C. S. **Violência e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

NELSON, R. *Tackling violence against health-care workers*. **The Lancet**. London: v. 383, n. 9926, p. 1373-1374, 2014.

ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO. **Directrices marco para afrontar la violencia laboral en el Sector de la Salud**. Ginebra: OIT; 2002.

SANTOS, A. M. R.; SOARES, J. C. N.; NOGUEIRA, L. F.; ARAÚJO, N. A.; MESQUITA, G. V.; LEAL, C. F. S. Violência institucional: vivências no cotidiano da equipe de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília: v. 64, n. 1, p. 84-90, 2011.

SILVA, A. T. C.; PERES, M. F. T.; LOPES, C. S.; SCHRAIBER, L. B.; SUSSER, E. MENEZES, P. R. Violence at work and depressive symptoms in primary health care teams: a cross-sectional study in Brazil. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**. London: v. 50, n. 9, p. 1347-1355, 2015.

VASCONCELLOS, I. R. R.; ABREU, A. M. M.; MAIA, E. L. Violência ocupacional sofrida pelos profissionais de enfermagem do serviço de pronto atendimento hospitalar. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre: v. 33, n. 2, p. 167-175, 2012.

VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA NO ESPAÇO DE CUIDADO: PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Data de aceite: 01/07/2020

Maria Aparecida Moreira Raposo

Mestre em Enfermagem. Enfermeira no Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM - UFES). Vitória, Espírito Santo. CV: <http://lattes.cnpq.br/1371301436985513>.

Franciéle Marabotti Costa Leite

Doutora em Epidemiologia. Docente na Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Vitória, Espírito Santo. CV: <http://lattes.cnpq.br/7170760158919766>.

Paulete Maria Ambrósio Maciel

Doutora em Enfermagem. Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Vitória, Espírito Santo. CV: <http://lattes.cnpq.br/7171160815622678>.

RESUMO: Objetivo: descrever a percepção de violência contra a pessoa idosa dos profissionais de saúde que atuam em um Hospital Universitário. **Método:** Trata-se de um estudo qualitativo, tendo como sujeitos 53 profissionais de saúde. Os dados foram coletados no período de agosto a setembro de 2013, por meio de questionário, e analisados pela técnica de análise de conteúdo de Bardin e Minayo, que permitiu a construção de três categorias: a violência percebida contra a pessoa idosa, a violência no espaço de cuidado hospitalar e as estratégias em frente a situações de violência

contra a pessoa idosa. **Resultados:** a violência dentro espaço de cuidado hospitalar pode ser possível, mesmo sendo esse local considerado como de cuidado e de proteção, de bem-estar e de responsabilidade com o usuário. Em relação à atuação dos profissionais diante de situação de violência, a denúncia às autoridades judiciais competentes apareceu como a forma de encaminhamento mais utilizada, no entanto a notificação dos casos de violência à autoridade sanitária, a discussão do caso em equipe e a realização de plano de cuidados para o idoso foram pouco utilizados como formas de potencializar as ações referentes à violência contra a pessoa idosa na instituição hospitalar. **Conclusão:** o trabalho em rede de atenção é pouco utilizado como forma de potencializar as ações referentes ao enfrentamento à violência contra a pessoa idosa na instituição hospitalar. **PALAVRAS-CHAVE:** Violência. Maus-tratos ao idoso. Percepção. Pessoal de saúde. Enfermagem.

VIOLENCE AGAINST THE ELDERLY IN THE CARE SPACE: PERCEPTION OF HEALTH PROFESSIONALS IN A UNIVERSITY HOSPITAL

ABSTRACT: Objective: to describe the perception of violence against the elderly of health professionals who work in a University Hospital. **Method:** This is a qualitative study, with 53 health professionals as subjects. Data were collected from August to September 2013, using a questionnaire, and analyzed using the Bardin and Minayo content analysis technique, which allowed the construction of three categories: perceived violence against the elderly, violence in the hospital care space and strategies in the face of situations of violence against the elderly. **Results:** violence within the hospital care space may be possible, even though this place is considered to be of care and protection, well-being and responsibility to the user. Regarding the performance of professionals in the face of a situation of violence, the complaint to the competent judicial authorities appeared as the most used form of referral, however the notification of cases of violence to the health authority, the discussion of the case in a team and the realization of a plan care for the elderly were little used as ways to enhance the actions related to violence against the elderly in the hospital. **Conclusion:** the care network is little used as a way to enhance the actions related to confronting violence against the elderly in the hospital.

KEYWORDS: Violence. Elder abuse. Perception. Health personnel. Nursing.

INTRODUÇÃO

A violência contra a pessoa idosa torna-se uma preocupação para a sociedade a partir do momento em que aumenta a conscientização de que, nas próximas décadas haverá um crescimento considerável da população idosa. Desta forma o Relatório Mundial sobre Violência e saúde utilizando a definição da Rede Internacional para Prevenção do Abuso de Idosos estabelece que “[...] o abuso de idosos é um ato simples ou repetido, ou ausência de ação apropriada, que ocorre no contexto de qualquer relacionamento em que haja uma expectativa de confiança, que causa dano ou tensão a uma pessoa idosa”^{1:126}.

Desse modo, a violência contra o idoso pode se manifestar das seguintes formas: estrutural, aquela que ocorre pela desigualdade social e é naturalizada nas manifestações de pobreza, de miséria e de discriminação; a interpessoal, nas formas de comunicação e de interação cotidiana; e a institucional, na aplicação ou omissão na gestão das políticas sociais pelo Estado e pelas instituições de assistência, maneira privilegiada de reprodução das relações assimétricas de poder, de domínio, de menosprezo e de discriminação².

A forma de violência intitulada interpessoal² refere-se à violência intrafamiliar e tem sido enfatizada como a mais frequente nos estudos internacionais. Nos estudos nacionais, sua gravidade é confirmada. É definida na seguinte tipologia, em consonância com a Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências³ e com os estudos de Souza e Minayo⁴: violência física, violência psicológica, violência sexual,

violência financeira e econômica, negligência, autonegligência, abandono.

A violência contra idosos é uma manifestação que ocorre independente do nível socioeconômico⁵ e não se restringe aos domicílios e/ou instituições, mas se evidencia na relação do idoso com a sociedade que persiste em emitir visões, sob a forma de mitos e de estereótipos, sobre a velhice que se materializam em caracterizar o velho como feio, conservador, chato, improdutivo, dentre outros⁶, perpetuando de forma silenciosa a violência contra a pessoa idosa pela sociedade.

A violência contra a pessoa idosa pode se manifestar em um ou mais níveis e independe de raça, gênero ou classe social. Pode ocorrer tanto em ambiente domiciliar, comunitário quanto institucional. É frequente a ocorrência de várias formas de maus-tratos concomitantemente⁷.

Dessa forma o debate sobre violência contra o idoso também se faz necessário no espaço hospitalar, ambiente institucional, pois, nesse espaço, a violência também pode ocorrer, devendo ser considerada no processo de trabalho dos profissionais de saúde, pois esses possuem grande importância na identificação, intervenção e prevenção das situações de violência. Nesse sentido, este estudo objetivou descrever a percepção de violência contra a pessoa idosa dos profissionais de saúde que atuam em um Hospital Universitário.

MÉTODO

Estudo descritivo, com abordagem qualitativa, cujo cenário foi a Unidade de Clínica Médica de um Hospital Universitário no Município de Vitória, Espírito Santo. A coleta de dados foi realizada por meio de questionário, contendo perguntas abertas sobre a concepção de violência contra a pessoa idosa, a violência no ambiente hospitalar e as estratégias perante situações de violências, no período de 21 de agosto a 4 de setembro de 2013. Os critérios de inclusão dos participantes da pesquisa foram pertencer ao quadro funcional do hospital, bem como os médicos residentes deveriam estar regularmente matriculados nas residências, atuantes na Unidade de Clínica Médica e ainda com atuação na instituição por um período igual ou superior a três meses. Foram excluídos os profissionais que, no momento da coleta de dados, estavam em período de gozo de folgas, férias, de licença médica ou qualquer outro tipo de licença ou desligamento do hospital por término ou desistência da residência médica ou por rompimento do vínculo de trabalho.

Dos 64 questionários distribuídos, retornaram 53 preenchidos, que foram depositados em uma das urnas lacradas localizada no setor de desenvolvimento da pesquisa. Na intenção de garantir o anonimato dos participantes, eles foram identificados com nomes de instrumentos musicais de orquestra representados das seguintes formas: flauta

(enfermeiros), piano (auxiliares e técnicos de enfermagem), violino (médicos), trompa (médicos residentes) e sino (assistentes sociais).

Todo o material produzido foi submetido à técnica de “Análise de Conteúdo”, conforme proposto por Bardin⁸. Tal análise consta de uma ferramenta para a compreensão da construção de significados que os atores sociais exteriorizam. Espera-se, então, que essa estratégia possibilite que o conjunto de informantes, na sua homogeneidade fundamental, seja diversificado o bastante para possibilitar a apreensão de semelhanças e diferenças, no sentido de que as experiências e expressões do grupo de sujeitos contribuam para os objetivos que se deseja atingir com a pesquisa⁹. Dessa forma, a análise permitiu a construção de três categorias: a violência percebida contra a pessoa idosa; a violência no espaço de cuidado hospitalar; e estratégias diante de situações de violência contra a pessoa idosa.

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, com parecer positivo para a realização da pesquisa, sob o nº 202.723.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No presente estudo, foram abstraídas as seguintes categorias de análise: a violência percebida contra a pessoa idosa; a violência no espaço de cuidado hospitalar; e as estratégias diante de situações de violência contra a pessoa idosa.

A violência percebida contra a pessoa idosa

Durante a análise dos dados, observou-se, que os profissionais (20 dos 53 participantes) ao responderem a pergunta sobre o que é violência contra a pessoa idosa, afirmaram que a violência contra esse segmento etário enseja violência interpessoal manifesta por maus-tratos físicos e psicológicos.

Qualquer coisa que o agrida, físico, moral e psicologicamente (Piano3).

Agressão física e emocional. Esta última acredito ser a mais danosa, pois, revestida de sutileza, pode magoar e ferir a mente e emoções de quem já tem um corpo frágil(Violino 93).

Também compareceram significativamente nos escritos dos profissionais as violências física e psicológica, associada à negligência, evidenciando que esses três tipos de maus-tratos aos idosos povoam o imaginário dos profissionais de saúde. Tal achado pode ser devido ao fato de essas violências serem mais perceptíveis à avaliação física, pois se explicitam de forma mais devastadoras que as demais violências, em que o corpo e as expressões do idoso falam por si.

Tais registros dos profissionais guardam similaridade com o estudo realizado,

tomando como base 3.593 notificações de violência contra idosos nos estabelecimentos notificadores do Sistema de Informação de Agravos de Notificação, no ano 2010, que revelaram que os tipos de violências mais presentes foram a violência física (67,7%), a violência psicológica (29,1%) e a negligência (27,8%). Em menor proporção, os casos de violência financeira (7,9%), abuso sexual (3,7%), sendo os homens as maiores vítimas⁵.

Observa-se também que apareceu a preocupação dos profissionais com a vulnerabilidade do idoso como sendo algo que facilite a ocorrência de episódios de violência, uma vez que, por serem frágeis, “Os idosos são alvos fáceis para todos os tipos de violência, por sua fragilidade e dependência, por não saberem a quem recorrer e por não terem um amparo legal ativo, embora exista o Estatuto do Idoso [...]”^{10:208}.

Maus- tratos físico e mental. Aproveita-se da fragilidade (Violino 87).

É um desrespeito ao ser humano e se agrava por ser alguém frágil e indefeso (Piano 48).

Essa situação de vulnerabilidade está presente em pessoas idosas que apresentam, por exemplo, dependência física e déficits cognitivos, acarretando sua dependência para a realização das atividades da vida diária. Esse panorama contribui, juntamente com outros fatores, para o surgimento de vários problemas, dentre eles, as situações de violência contra a pessoa idosa, conforme preceitua a Portaria MS/GM nº 737/2001³.

Pesquisa realizada de forma cooperativa entre o Centro Latino-Americano de Estudos sobre Violência e Saúde, a Fundação Osvaldo Cruz e vários centros de pesquisa em cinco capitais brasileiras evidenciou que os jovens e os idosos são o grupo social que mais demanda atenção especial na prevenção de violência. Estes últimos foram, proporcionalmente, o segmento mais vulnerável e que mais sofreu internação por causas externas (acidentes de transporte e agressões) em todas as áreas estudadas, exceto no Rio de Janeiro. No entanto, não foi verificado nenhum tipo de atenção diferenciada para essa população¹¹.

Nota-se que, além das violências acima descritas, também ficou claro, no registro de um profissional, o exercício da comunicação de forma deficiente, demonstrando a sua importância no processo de atendimento ao idoso, como se observa:

A violência pode ser não só física, mas também verbalmente. Essa fase expira um cuidado especial com a forma de falar e tocar nesse paciente, muitas vezes com a condição de argumentar comprometida por conta da idade (Piano 27).

Nesse sentido, tem-se que a comunicação se constitui num processo complexo e de necessidade fundamental no atendimento da pessoa idosa, baseada nas dimensões biológicas, sociológicas, psicológicas, cultural e ou espiritual, devendo os profissionais que cuidam de idosos estar atentos ao estabelecimento de uma relação respeitosa, chamando-o pelo nome, com linguagem clara, sempre partindo do pressuposto de que o idoso é capaz de entender os questionamentos e as orientações realizadas¹².

As violências, institucional e estrutural, também estavam presentes no registro dos

profissionais de saúde, demonstrando a visão ampla sobre o fenômeno da violência pelos participantes da pesquisa e a relevância da temática:

A violência começa pela discriminação, preconceito, falta de acesso a bens e serviços sociais e de saúde (Sino 118).

É não prestar assistência ao idoso(a) em todas às áreas da vida. Privá-lo dos seus direitos (Flauta 61).

A violência institucional se manifesta pela agressão política, cometida pelo Estado. Em nível macrossocial e de forma particular, é reproduzida nas instituições públicas de prestação de serviços e nas instituições de longa permanência de idosos (ILPI), públicas, filantrópicas e privadas. Em relação às instituições públicas de saúde, previdência e assistência social, essas são as que são alvo do maior número de queixa de violação de direitos; quanto às ILPI a violência se aflora nas relações e formas de tratamento que mantêm com os idosos².

Com referência à violência estrutural, essa se refere aos aspectos resultantes da desigualdade social, que se traduzem em situações de miséria, escassez de provimento de alimento e cuidados, apesar de o problema ser muito mais amplo do que o que aflige os mais velhos, pois esses são o grupo mais vulnerável, juntamente com as crianças, devido a limitações impostas pela idade, perdas funcionais e, conseqüentemente, dependências e problemas relacionados com a saúde, tornando-os mais vulneráveis a situações de violência².

Outro tipo de violência contra a pessoa idosa referida foi a de desrespeito e de ignorar o idoso demonstrando uma inquietação:

Não respeitá-los como ser humano com suas impossibilidades que, ao correr da vida, todos nós teremos, pois o envelhecimento é o estado fisiológico da vida (Piano 04).

Maus tratos ou violência na pessoa idosa pode se manifestar de várias formas, psicológica, emocional, isolamento, física ou simplesmente ignorando-o (Violino 90).

Os profissionais que cuidam da pessoa que envelheceu nas instituições de saúde devem compreender o adoecimento na velhice, devendo entender que os idosos devem ser ouvidos e suas histórias e suas personalidades conhecidas para que possam ser assistidos com respeito ao jeito de serem, com suas singularidades, manifestando interesse pela sua subjetividade, pois a pessoa idosa que procura um serviço de saúde está depositando nos profissionais que ali trabalham confiança e buscando ajuda⁶.

A violência no espaço de cuidado hospitalar

Os hospitais assumem um espaço não somente de cura e reabilitação, mas também produtor de cuidado. Esse local pode e deve ser de promoção de saúde, de defesa da vida e da cidadania, com equipe de profissionais capazes de colaborar de forma ativa para a construção de relações dentro do sistema de saúde¹³. Tendo em vista esse espaço,

de cuidado, indagou-se os profissionais que atuam na unidade hospitalar de internação quanto à possibilidade de a pessoa idosa estar sujeita a algum tipo de violência durante a internação. Nota-se que 45 profissionais de saúde afirmaram essa possibilidade, tendo apenas oito profissionais auxiliares e técnicos de Enfermagem que não admitiram a ocorrência de violência no espaço de cuidado.

Acredita-se que a negativa de violência no espaço de cuidado hospitalar vislumbre o que pode ser chamado de violência extramuros, em que o profissional de saúde não acredita na possibilidade da ocorrência com tanta proximidade. A violência existe, mas ela está restrita ao outro, não fazendo parte do seu convívio. Tal dado guarda certa relação com o encontrado num estudo realizado por Kullok e Santos¹⁰ com funcionários de uma Instituição de Longa Permanência para Idosos. Evidenciaram-se, ao serem perguntados sobre violência, que ela existe em todos os segmentos, menos em idosos, como se a violência nesse grupo populacional acontecesse extramuros, nunca dentro da instituição.

Quanto às afirmações de possibilidade de violência, pode-se inferir que os profissionais entendem que a violência pode ocorrer até mesmo dentro de um ambiente hospitalar que se constitui num local de cuidado e proteção, de bem-estar, de responsabilidade com o usuário, de formação profissional e de atenção à família e/ou cuidador que acompanha seus idosos durante o período de internação. Assim, a maioria dos profissionais respondeu que variados tipos de violência podem estar presentes dentro do hospital com ênfase na de abandono e verbal, como se verifica:

Acho que o principal é o abandono por parte da família (Sino118).

Física, verbal, psicológica, exclusão social e afetiva (Violino 92).

Estudo de Araújo e Lobo¹⁴ com idosos acerca das representações sociais sobre violência na velhice evidenciou ser o abandono seguido do desrespeito, da negligência e da agressão física os tipos de violência contra idosos mais destacados por esse grupo. O exposto por Sino 118 é uma realidade no ambiente hospitalar em que o período de internação, na maioria das vezes, é longo e demanda acompanhamento nas 24 horas de uma pessoa junto ao idoso, seja da família, seja de cuidadores, podendo acarretar dificuldade em acompanhar o idoso. Isso retrata o modelo de família que temos na atualidade, em que a família ampliada existente anteriormente deu lugar à família nuclear, na qual vivem pais e filhos, sem lugar para a figura dos avós e colaterais.

Nessas condições, a assistência ao idoso pode tornar-se extremamente difícil. Acrescenta-se também que se vive um período considerado de síndrome do filho único e com isso a impossibilidade física de seus membros prestarem a assistência necessária a seus idosos ou dependentes, acabando, por vezes, abandonando-os¹⁵. Esse abandono é explicitado por endereços errados ou incompletos fornecidos pelos familiares, ausência de visitas, deixando no local apenas o cuidador não familiar, dentre outros.

Outras violências destacadas, neste estudo, manifestam-se por ausência de

privacidade e respeito ao idoso no ambiente do hospital, por estresse do profissional de saúde, por dificuldade de o profissional identificar manifestações clínicas atípicas da pessoa idosa e até mesmo omissão de cuidados, demonstrando que possuem ciência de que algumas atitudes que tomam podem incorrer em atos de violência, como pode ser observado nos registros a seguir:

Descuido, desrespeito, irritabilidade, incompreensão, falta de paciência e brutalidade ao cuidar (Violino 93).

Falta de respeito à intimidade do paciente por parte de todos os profissionais, falta de compreensão quanto ao período noturno, visto que existe muitas televisões ligadas até de madrugada impedindo o sono (Piano 24).

Acho que o social, já que a internação limita sua condição social e moral, se não tiver o cuidado ao expor a sua doença ou lhe dá banho sem biombo (Piano 34).

Contensão em caso de delirium, isolamento, medidas desnecessárias (Violino 90).

Nota-se que a violência relacionada com a ausência de privacidade do idoso aparece de forma mais contundente por parte de profissionais auxiliares e técnicos de Enfermagem, podendo-se inferir que, como seu objeto de trabalho é o cuidar, vivenciam com mais frequência tais situações e ao se manifestarem, estão externalizando sua indignação e ao mesmo tempo suas deficiências em prover cuidado adequado e humanizado ao idoso.

Muitas vezes os profissionais não se dão conta das implicações e repercussões de uma institucionalização hospitalar para a pessoa idosa, seja em quartos individuais, seja coletivos, que podem representar sensação de abandono ou isolamento dentre outras sensações. Nos hospitais públicos, a exemplo desse onde foi realizado o estudo, a internação em ambiente coletivo é uma realidade, podendo apresentar-se como falta de privacidade quando na realização de “[...] procedimentos de cuidados, como, por exemplo a falta de um biombo, expondo-o durante o banho de leito, durante a realização de um curativo ou ainda a na satisfação das necessidades fisiológicas [...]”^{6:48} que, embora possam ser atos rotineiros, tem repercussões emocionais danosas para a pessoa que é submetida a essas violações.

Isso também pode incorrer em outro tipo de violência que é a da negação da sexualidade da pessoa idosa, em que se criou o mito de que o idoso é assexuado, e esse pensamento do seio da sociedade ocidental se expande para os ambientes hospitalares¹⁶.

Também emergiu dos registros a violência relacionada com o estresse profissional por meio de manifestações de irritabilidade e impaciência por parte do profissional ao atender o idoso. E essa situação pode ser associada ao estresse ocupacional, sendo este conceituado como “[...] um problema de natureza perceptiva, resultante da incapacidade de lidar com as fontes de pressão no trabalho, tendo como consequências problemas na saúde física, mental e na satisfação no trabalho, afetando o indivíduo e as organizações”^{17:6}.

Esse estresse pode causar consequências negativas que vão atuar diretamente

sobre a saúde do profissional e a qualidade dos serviços prestados podendo atingir “[...] sua concentração, capacidade de decisão, limiar de irritabilidade, raciocínio, reflexos, serenidade, sensibilidade [...]”^{18:22}.

Insta relatar que, em quase todos os países onde existem instituições de cuidados continuados, tais como ILPI, instituições-dia, atenção domiciliar e hospitais, em relação aos idosos tem sido identificada presença de maus-tratos, sendo o possível agressor um membro remunerado da equipe, outro residente, um visitante voluntário, parentes ou amigos¹. A ocorrência de maus-tratos no espaço físico da instituição é fator de caracterização da violência institucional, independente de quem seja o responsável pelo ato ou omissão, não tendo prejuízo na designação da tipologia do abuso exercido.

Outra violência informada na pesquisa foi a perpetrada por familiares, sendo por vezes causada por estresse do cuidador, como pode ser visto:

Principalmente psicológica por estresse do cuidador em ambiente hospitalar (Trompa 68).

Falta de afeto da família [quando não recebe visita], não atendendo o pedido dos utensílios de higiene (Piano 48).

Em estudo realizado por Fernandes e Garcia¹⁹ observou-se que situações relacionadas com o cuidador, como o exercício do ato de cuidar e a jornada de trabalho extradomiciliar, a dependência física do idoso, as demandas de cuidado, a vivência de problemas no contexto familiar, a interação idoso e cuidador, de forma isolada ou concomitantemente são possíveis determinantes da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes.

A Organização Mundial de Saúde¹, utilizando-se de estudo ecológico, identifica alguns fatores como sendo de risco para a ocorrência de violência contra a pessoa idosa, que são os fatores individuais que revelam como agressores os que provavelmente têm mais problemas de saúde mental e de abuso de substâncias, drogas, do que os membros da família ou pessoas que cuidam dos idosos, que não são violentos nem abusadores.

Considerando que o ato de cuidar é voluntário e complexo, estando envolvidos sentimentos diversos e contraditórios, como cansaço, culpa, amor, dentre outros presentes de forma simultânea entre cuidador e pessoa cuidada, o profissional de saúde deve compreender que tais sentimentos fazem parte da relação, sendo importante avaliar a presença de estresse entre os cuidadores com o objetivo de prevenção da ocorrência de violência contra a pessoa idosa e de redução do adoecimento do cuidador¹².

Estratégias diante de situações de violência contra a pessoa idosa

Compareceu fortemente, nos registros dos profissionais, a realização de denúncia às autoridades competentes, juntamente com outras ações, da situação de maus-tratos contra a pessoa idosa como forma de atuação,

Procuraria atender o idoso em suas necessidades e identificar o agressor, denunciando as autoridades para tomar as devidas providências (Piano 47).

Temos o dever de informar às autoridades judiciais o problema, além de tentar conversar com os envolvidos a importância de tratar o idoso de forma digna (Trompa 80).

Esse recurso da denúncia apontado pelos profissionais encontra-se envolto pelo manto legal do Estatuto do Idoso²⁰ que informa a obrigatoriedade de o profissional realizar a comunicação de violência contra a pessoa idosa a quaisquer dos seguintes órgãos: autoridade policial, Ministério Público, Conselho Municipal do Idoso, Conselho Estadual do Idoso e Conselho Nacional do Idoso.

A comunicação aos órgãos competentes faz parte das ações a serem realizadas pelos profissionais de saúde ao identificarem casos suspeitos ou confirmados de maus-tratos contra o idoso, porém recomenda-se que sejam realizados, para a identificação e intervenção, primeiramente o exame físico detalhado, a história clínica, social e familiar, o trabalho interdisciplinar, o compartilhamento das decisões a serem tomadas, a exploração dos recursos da comunidade, realização do suporte familiar e o uso da lei devem ser vistos como último recurso⁷.

Assim, os profissionais de saúde, ao se depararem com situações de violência contra o público idoso, devem explorar todos os recursos e, a partir de então, denunciar os casos como forma de reforçar a ampliação da cidadania da pessoa idosa e também como respaldo profissional e legal, não agindo com omissão ou conivência²¹.

Conjuntamente a todos esses atos, deve-se realizar a notificação de casos suspeitos ou confirmados de violência, como mencionado apenas por um profissional de saúde:

Investigaria a possibilidade de ocorrência, comunicaria à família e, a depender da situação, faria notificação aos órgãos competentes. A depender, no caso acima, referese a forte suspeita ou comprovação, faria a notificação. Se suspeita descartada não haverá necessidade (Trompa 78).

Diante da magnitude da violência contra a pessoa idosa em 2006, torna-se objeto de vigilância epidemiológica tal fenômeno, por meio da implantação do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva) e o art. 19 do Estatuto do Idoso²⁰ tem sua redação alterada em 2011, no intuito de acrescentar a obrigatoriedade, em serviços públicos e privados de saúde, de notificação compulsória de violência contra a pessoa idosa às autoridades sanitárias locais, para com isso suprir um hiato legal e intensificar o processo de notificação e visibilidade desse fenômeno, a redação vigente pela Lei nº 12.461/2011²² estabelece: “Art. 19 Os casos de suspeita ou confirmação de violência praticada contra idosos serão objeto de notificação compulsória pelos serviços de saúde públicos e privados à autoridade sanitária, bem como serão obrigatoriamente comunicados por eles”.

Para a OMS, a notificação é uma ferramenta de intervenção contra a violência, logo

[...] a redução da subnotificação bem como a melhoria da qualidade dos registros é essencial para o conhecimento da magnitude das situações de violência vivenciadas pelos idosos, a implementação de medidas preventivas e de apoio às vítimas e a aplicação de modelos mais resolutivos^{5:2339}.

O número reduzido de menção à realização de notificação de violência demonstra

que os profissionais são inseguros e despreparados para lidar com a complexidade dos casos e apesar de se saber que um número mínimo de situações objetivas de violência pode acarretar um perigo real de retaliações de risco objetivo, a cultura do medo impera justificando a não notificação da ocorrência. Para que saiam desse lugar de insegurança, impotência e incapacidade, os profissionais de saúde precisam de ajuda que não se resumem a condições de trabalho, de segurança e ou de salários mais justos, mas também de capacitação e supervisão continuada²³. A necessidade de capacitação é apontada em apenas um registro, podendo-se inferir que o grupo de profissionais desconhece a potencialidade desse instrumento:

Educação permanente com a equipe, orientação à família e encaminhar o paciente ao serviço de psicologia (Flauta 59).

Em estudo realizado por Araújo, Cruz e Rocha²⁴ sobre representação social da violência na velhice, com profissionais de saúde da Estratégia de Saúde da Família e agentes comunitários de saúde, evidenciou-se que a maioria dos profissionais de saúde apresenta dificuldade na elaboração da ficha de notificação. Eles se sentem despreparados para o manejo da situação de violência, bem como não se sentem capacitados para identificar e encaminhar devidamente os casos de maus-tratos contra idosos. Portanto, cada vez mais é necessária a capacitação dos profissionais para a identificação e intervenção com competência nas situações de violência contra idosos.

Observou-se também que compareceu, na maioria dos registros dos profissionais, a necessidade de encaminhamento do caso aos demais membros da equipe:

Levaria a situação até o enfermeiro do setor para que sejam tomadas as devidas providências (Piano 02).

Acionaria o serviço social e a enfermeira supervisora (equipe multiprofissional) (Violino 90).

No entanto, percebe-se que ocorre uma transferência de responsabilidade ao outro pelo processo de resolução da situação, não havendo, na maioria dos registros, apontamento para uma discussão do caso em equipe. Tal posicionamento pode ser devido à carência de capacitação para o manejo dos casos de violência contra a pessoa idosa ou pelo fato de evitarem entrar em contato com o fenômeno da violência, acreditando não ser esta de competência do setor saúde, tendendo a reagir de forma defensiva²³.

Em apenas um registro foi informada a necessidade de discussão do caso em equipe e o desenvolvimento do trabalho em rede:

Sem dúvida, como profissional de saúde, não podemos nos omitir diante de nenhum tipo de abuso. A situação tem que ser relatada à chefia imediata ou ao médico responsável, Serviço Social e todos juntos buscar uma solução para o problema (Piano 27).

Realizar contato com o Conselho do Idoso, reunião com familiares, contato com as redes de proteção social (CRAS, CREAS, Ministério Público) (Sino 118).

Em relação à reunião de equipe para a discussão do caso, a elaboração de planos de cuidados para os idosos maltratados, visando ao bem-estar físico e emocional, é uma necessidade a ser contemplada pelos serviços de saúde²⁴.

O plano de cuidados para a pessoa idosa em situação de violência constitui-se num importante potencializador na resolução do caso, uma vez que é um momento de diálogo e construção coletiva de propostas, constituindo-se uma estratégia para a organização do cuidado,

[...] onde se define claramente quais são os problemas de saúde do paciente (O QUE?), as intervenções mais apropriadas para a melhoria da saúde (COMO?), as justificativas para as mudanças (POR QUÊ?), quais profissionais (QUEM?) e equipamentos de saúde (ONDE?) necessários para a implementação das intervenções (MORAES, 2012, p. 49).

Dessa forma, pode possibilitar, com o pensar de forma interdisciplinar, que o plano de cuidados contenha todas as informações imprescindíveis para proporcionar o planejamento e a implementação de ações necessárias para a atenção ao idoso no intuito de manter e recuperar sua saúde²⁵.

Quanto ao trabalho em rede, observa-se que esse representa um grande desafio para todos os setores envolvidos, por exigir muita conversação e capacidade para ouvir com qualidade, mas constituem-se num espaço propício para a superação da violência, pois nesses locais, há um favorecimento da criatividade e da inteligência coletiva²³.

Para atuar em rede, faz-se necessário romper as fronteiras do trabalho e do diálogo cotidiano. É preciso permear pela intersectorialidade, tendo uma articulação com outras equipes das Secretarias de Governo, do Conselho do Idoso, do Ministério Público, das Delegacias do Idoso, das Organizações Não Governamentais, dos grupos comunitários, tendo o diálogo como tecnologia mestra da produção de consensos e acordos²³.

Assim sendo, o hospital, na rede de atenção à saúde, tem sua legitimidade reconhecida devendo ser resolutivo a tal ponto que não quebre a linha do cuidado, garantindo assistência integral, destacando a importância e a responsabilidade que os profissionais de saúde enfermeiros, auxiliares e técnicos de Enfermagem, médicos, médicos residentes e assistentes sociais, que trabalham na instituição hospitalar, têm na prevenção e identificação de situações de violência contra o idoso, pelo fato de exercerem atendimento direto e em maior parte do tempo ao indivíduo idoso internado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As violências física e psicológica associadas à negligência foram as mais destacadas, evidenciando que esses três tipos de maus-tratos aos idosos povoam o imaginário dos profissionais de saúde talvez por serem essas mais perceptíveis à avaliação física da pessoa idosa. Associado a essas violências, surge a comunicação deficiente como uma forma de violência contra o idoso, demonstrando a importância do processo de

comunicação eficiente no atendimento ao indivíduo que envelheceu.

Quanto à violência no espaço de cuidado hospitalar, essa é referenciada pela maioria dos profissionais como algo possível, podendo se apresentar por variadas tipologias com ênfase na violência verbal e no abandono.

Também foram informadas como violências passíveis de acontecerem no ambiente hospitalar aquelas advindas do ato de cuidar dos profissionais manifestadas por ausência de privacidade e respeito ao idoso no ambiente do hospital, por estresse do profissional de saúde, por dificuldade de o profissional identificar manifestações clínicas atípicas da pessoa idosa.

Acredita-se que a negativa de violência no espaço de cuidado hospitalar, por parte de alguns profissionais, vislumbra o que pode ser chamado de violência extramuros.

Em relação à atuação dos profissionais diante de situação de violência, a denúncia às autoridades judiciais competentes apareceu como a forma de encaminhamento mais utilizada, demonstrando que os profissionais de saúde do hospital veem esse recurso como um processo possível de ser utilizado e isso talvez seja pelo fato de estarem mais distantes do domicílio e do convívio na comunidade com o idoso e sua família.

Embora tenha aparecido o uso do recurso da denúncia pelos profissionais, causa estranheza o fato de apenas um profissional abordar o recurso da notificação dos casos de violência à autoridade sanitária, uma vez que esse é um dever legal do profissional, retratando um desconhecimento da legislação vigente e um despreparo dos profissionais em lidar com a situação de violência.

Também como forma de atuação, percebe-se que ocorre uma transferência de responsabilidade ao outro membro da equipe pelo processo de resolução da situação, não havendo, na maioria dos registros, apontamento para uma discussão do caso em equipe e nem de realização de plano de cuidados para o idoso. Com relação ao trabalho em rede de atenção, ficou demonstrando que esse recurso é pouco utilizado como forma de potencializar as ações referentes à violência contra a pessoa idosa na instituição hospitalar.

REFERÊNCIAS

- 1- Organização Mundial de Saúde (OMS). Relatório mundial sobre violência e saúde. Brasília: OMS/OPAS; 2002.
- 2- Minayo Maria Cecília de Souza. Manual de enfrentamento à violência contra a pessoa idosa : É possível prevenir. É necessário superar. 1. ed. Brasília: Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República, 2013. [acessado 2019 set 10]. Disponível em: <http://www.cedi.pr.gov.br/arquivos/File/CEDI/ManualViolencialdosogovfedweb.pdf>
- 3- Brasil. Portaria MS/GM nº 737, de 16 de maio de 2001. Dispõe sobre a Política nacional da redução morbimortalidade por acidente e Violências. Brasília, 2001. [acessado 2012 set 10]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/politica_promocao.pdf.

- 4- Souza Edinilsa Ramos de, Minayo Maria Cecília de Souza. Inserção do tema violência contra a pessoa idosa nas políticas públicas de atenção à saúde no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, Sept. 2010. [acessado 2013 maio 17]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000600002&lng=en&nrm=iso>.
- 5- Mascarenhas Márcio Dênis Medeiros, Andrade Silvânia Suely Caribé de Araújo, Neves Alice Cristina Medeiros das, Pedrosa Ana Amélia Galas, Silva Marta Maria Alves da, Malta Deborah de Carvalho. Violência contra a pessoa idosa: análise das notificações realizadas no setor saúde - Brasil, 2010. *Ciênc. saúde coletiva* [serial on the Internet]. 2012 Sep [cited 2013 Oct 02]; 17(9): 2331-2341. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000900014&lng=en
- 6- Menezes, Maria do Rosário. Violência contra idosos: é preciso se importar. In: Berzins, Marília Viana; Malagutti, William (Org.). *Rompendo o silêncio: Faces da violência na velhice*. São Paulo: Martinari; 2010, p. 27-58.
- 7- Machado Laura, Queiroz Zally V. Negligência e maus-tratos. In: Freitas, Elizabete Viana de, Py, Ligia, Neri Anita Liberalesso, Cansado, Flávio Aluísio Xavier, Gorzoni, Milton Luiz, Rocha, Sônia Maria da (Orgs). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 791-797.
- 8- Bardin Laurence. *Análise de conteúdo*. 4 ed. Lisboa: Edições 70; 2009.
- 9- Minayo Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde*. 11. ed. São Paulo: Hucitec; 2008.
- 10- Kullok Alcione Tavora, Santos Ivana de Cássia Baptista dos. As representações sociais de funcionários de uma Instituição de Longa Permanência sobre violência no interior de Minas Gerais. *Botucatu*, v. 13, n. 28, Mar. 2009. [acessado 2013 set 12]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000100017&lng=en&nrm=iso.
- 11- Minayo Maria Cecília de Souza, Deslandes Suely Ferreira. Análise da implantação da rede de atenção às vítimas de acidentes e violências segundo diretrizes da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade sobre Violência e Saúde. *Ciênc. saúde coletiva* [documento na internet]. 2009, vol.14, n.5, pp. 1641-1649. ISSN 1413-8123. [acessado 2012 out 30]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000500002>.
- 12- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Brasília, n.19, Ministério da Saúde; 2010.
- 13- Rocha Thiago Augusto Hernandes; Silva Nubia Cristina da; Rodrigues Junia Marçal; Barbosa, Alan Claudius Queiroz (2014). Gestão de recursos humanos em saúde e mapeamento de processos – reorientação de práticas para promoção de resultados clínicos satisfatórios. *Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde*, v.11, n. 3, 143-159, 2014.[acessado 2019 mar 07] Disponível em: <http://www.spell.org.br/documentos/ver/31850/gestao-de-recursos-humanos-em-saude-e-mapeamento-de-processos----reorientacao-de-praticas-para-promocao-de-resultados-clinicos-satisfatorios/i/pt-br>
- 14- Araújo Ludgleydson Fernandes de, Lobo Filho Jorgeano Gregório. Análise psicossocial da violência contra idosos. *Psicol. Reflex. Crit.*, Porto Alegre, v. 22, n. 1, 2009. [acessado 2013 set 21]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722009000100020&lng=en&nrm=iso.
- 15- Leme Luiz Eugênio Garcez. O idoso e a família. In: Papaléo Netto Matheus. *Tratado de gerontologia*. 2. ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 2007, p. 217-223.
- 16- *Serra Jacira do Nascimento*. Violência simbólica contra os idosos: forma sigilosa e sutil de constrangimento. *Revista de Políticas Públicas*, Vol. 14, n. 1 (2010). [acessado 2019 set 08]. Disponível em: <http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/rppublica/article/view/357>. P.95-202.

17- Bicho Leandro Manoel Dias, Pereira Susete Rodrigues. Estresse ocupacional. 2007. [acessado 2013 set 24]. Disponível em: http://prof.santana-e-silva.pt/gestao_de_empresas/trabalhos_06_07/word/Stress%20Ocupacional.pdf.

18- Borine Bruno, Assis Cleber Lizardo de, Lopes Mariana de Souza, Santini Thayssa de Oliveira. Estresse hospitalar em equipe multidisciplinar de hospital público do interior de Rondônia. Rev. SBPH [periódico na Internet]. 2012 Jun [citado 2013 Set 24]; 15(1): 22-40. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582012000100003&lng=pt.

19- Fernandes Maria das Graças Melo, Garcia Telma Ribeiro. Determinantes da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes. Rev. bras. enferm. [periódico na Internet]. 2009 Jun [citado 2013 Set 21]; 62(3): 393-399. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000300010&lng=pt.

20- Brasil. Lei nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. Dispõe sobre o estatuto do idoso e dá outras providências. Brasília, 2003. [acessado 2019 set 31]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/10.741.htm.

21- Castro Anúbes Pereira de, Guilam Maria Cristina Rodrigues, Sousa Eduardo Sérgio Soares, Marcondes Willer Baumgarten. Violência na velhice: abordagens em periódicos nacionais indexados. Ciênc. saúde coletiva [serial on the Internet]. 2013 May [cited 2013 Sep 23]; 18(5): 1283-1292. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000500013&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000500013>.

22- Brasil. Lei nº 12.461, de 26 de julho de 2011. Altera a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre a notificação compulsória dos atos de violência praticados contra o idoso atendido em serviço de saúde. Brasília, 2011. [acessado 2019 set 31] Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12461.htm#art2.

23- Melmam Jonas, Cilibert Maria Ermínia, Aoki Mariângela, Figueira Junior Nelson. Políticas Públicas para superação da violência contra a pessoa idosa: o desafio para construção de uma cultura da paz. In: Berzins Marília Viana (Org.); Malagutti William (Org.). Rompendo o silêncio: Faces da violência na velhice. São Paulo: Martinari; 2010, p. 311-325.

24- Araujo Ludgleydson Fernandes de, Cruz Edilene Alves da, Rocha Romulo Araujo da. Representações sociais da violência na velhice: estudo comparativo entre profissionais de saúde e agentes comunitários de saúde. Psicol. Soc., Belo Horizonte, v. 25, n. 1, 2013. [acessado 2013 ago 07]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822013000100022&lng=en&nrm=iso.

25- Moraes Edgar Nunes. Atenção à saúde do Idoso: Aspectos Conceituais. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.

CONDUTAS E SABERES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE DOENÇA DE CHAGAS

Data de aceite: 01/07/2020

Yohana Pereira Vieira

Fundação Universidade Federal do Rio Grande,
Mestranda do Programa de Pós-Graduação em
Ciências da Saúde, Rio Grande, Rio Grande do
Sul.

Jonata Mello

Universidade de Passo Fundo, Enfermeiro
Residente do Programa de Residência
Multiprofissional em Atenção ao Câncer.

Pedro de Souza Quevedo

Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará
campus Xinguara, Docente do curso de Medicina
Veterinária, Xinguara, Pará.

Sidnei Petroni

Universidade Federal de Santa Maria campus
Palmeira das Missões, Docente do curso de
Enfermagem, Palmeira das Missões, Rio Grande
do Sul.

RESUMO: A Doença de Chagas (DC), também denominada tripanossomíase americana ou esquizotripanose, é uma antropozoonose frequente nas Américas. Essa doença tem como agente etiológico o protozoário flagelado *Trypanosoma cruzi*. O objetivo do trabalho foi verificar o conhecimento e a conduta dos profissionais de saúde da atenção básica de uma cidade do norte do Rio Grande do Sul

sobre doença de Chagas. Os mecanismos de transmissão da DC ocorrem pelas fezes do “barbeiro” depositadas sobre a pele da pessoa. Outros mecanismos de transmissão são a transfusão de sangue ou por hemoderivados, acidentes de laboratório, transmissão oral e transplantes. Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, transversal com abordagem quantitativa dos dados. O estudo foi realizado nas Unidades Básicas de Saúde de um município situado no norte do Rio Grande do Sul. Os critérios de inclusão do estudo foram equipes de enfermagem atuantes nas Unidades Básicas de Saúde do Município. Verificou-se que os enfermeiros possuem um conhecimento adequando quanto ao principal modo de transmissão da DC, notificação compulsória, sinais indicativos, conduta ao paciente e medidas profiláticas. Já os técnicos e auxiliares de enfermagem demonstraram conhecimento quanto aos sinais indicativos de forma crônica, prognóstico do paciente, notificação compulsória e medidas profiláticas. Evidenciou que os profissionais carecem de capacitações em alguns aspectos referentes a doença de Chagas, buscando prevenir novos casos e manter o controle da doença na região. É evidente a necessidade de medidas eficientes de capacitação profissional e educação em

saúde visando atender adequadamente o paciente infectado pelo *T. cruzi*.

PALAVRAS-CHAVE: Doenças Parasitárias; Saúde Pública

CONDUCTS AND KNOWLEDGE OF THE HEALTH PROFESSIONALS ABOUT CHAGAS DISEASE

ABSTRACT: The Chagas disease (DC), also denominated American trypanosomiasis or schizotripaniasis, is an anthroponozoonose frequent in the Americas. This disease has as etiological agent the flagellate protozoan *Trypanosoma cruzi*. The objective of this study was to verify the knowledge and the behavior of health professionals of the basic care of a city in the north of Rio Grande do Sul on Chagas' disease. The transmission mechanisms of the CD occur by the "lees" of the "Barber" deposited on the person skin. Other transmission mechanisms are the blood transfusion or per blood products, laboratories accidents, oral transmissions and transplants. It is a descriptive study, exploratory, transversal with approach quantitative data. The study was realized in the Basic Health Units of a county situated in the north of the Rio Grande do Sul. The criteria of inclusion of the study were nursing teams acting in the Basic Health Units of the County. It's checked that the nurses have an appropriate knowledge as for the main method of transmission of the CD, compulsory notification, indicative signs, conduct at the patient and prophylactic measures. Already the technical and auxiliary of nursing, demonstrated knowledge as for the indicative signs of chronic form, prognosis of the patient, compulsory notification and prophylactic measures. It was evidenced that the professionals need of capacitation referred at Chagas Disease, searching prevent new cases and keep the control of the disease in the region. It's evident the need of efficient measures of professional capacitation and education in health aiming to attend appropriately the patient infected by the *T. Cruzi*.

KEYWORDS: Parasitic Diseases; Public Health.

1 | INTRODUÇÃO

A Doença de Chagas (DC) é uma antroponozoonose frequente nas Américas, principalmente no cone sul. Essa doença tem como agente etiológico o protozoário flagelado *Trypanosoma cruzi* (LANA & TAFURI, 1974).

As manifestações clínicas são variáveis, indo desde quadros assintomáticos até manifestações cardíacas e/ou digestivas que podem progredir para óbito (DIAS *et al.*, 2016). A fase aguda pode ser sintomática ou assintomática. A primeira é caracterizada por manifestações locais, como o sinal de Romana e chagoma de inoculação (BARRET *et al.*, 2003). Após esta fase, alguns pacientes vivem assintomáticos por um período médio de 10 a 30 anos. Esse período corresponde à forma assintomática. Já a fase crônica sintomática ocorre geralmente após a fase assintomática e manifesta sintomas relacionados com o sistema cardiovascular e/ou digestório (REY, 2008)

Os mecanismos de transmissão da DC ocorrem pelas fezes do “barbeiro” contendo o protozoário, imediatamente depositadas sobre a pele da pessoa, após o repasto sanguíneo praticado pelo hospedeiro invertebrado. Outros mecanismos de transmissão são a transfusão de sangue ou por hemoderivados, acidentes de laboratório, transmissão oral (através de sucos de açaí e caldo de cana) e transplantes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, NÓBREGA *et al.*, 2009).

O diagnóstico da DC é realizado por meio clínico ou laboratorial. Na fase crônica são recomendados métodos sorológicos, tais como Reação de imunofluorescência indireta (RIFI), Ensaio De Imunoabsorção Enzimática (ELISA) ou hemaglutinação indireta (HAI), pesquisa direta do parasito por métodos indiretos como xenodiagnóstico, hemocultura ou inoculação em animais de laboratório (LANA & TAFURI, 1974). Já na fase aguda, o diagnóstico é realizado por meio de provas parasitológicas diretas. Desde 1970, o tratamento segue o mesmo para ambas as formas da doença. No que se refere ao tratamento, o benznidazol e nifurtimox *são os fármacos disponíveis com eficácia comprovada para o tratamento específico da DC* (REY, 2008).

A profilaxia da DC é realizada compreendendo várias estratégias, tais como melhoramento, limpeza e higiene de habitações, combate ao triatomíneo e controle de doadores de sangue. Dentro do grupo de doenças infecciosas e parasitárias mais prevalentes, a doença de Chagas ocupa o quarto maior impacto social. Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), existem aproximadamente seis a sete milhões de pessoas infectadas com esta doença em todo o mundo e cerca de 70 milhões de pessoas possuem risco de contrair esta doença (WHO, 2015). Ao buscar informações a respeito dos aspectos biomédicos da doença, observou-se que as informações sobre conhecimento da doença de Chagas ou *T. cruzi* ainda é relativamente escassa pelos profissionais de saúde (REY, 2008).

Portanto, acredita-se que verificar o conhecimento desses profissionais sobre a doença de Chagas tem grande significado na qualidade de assistência/diagnóstico ao paciente, bem como em suas ações sistemáticas e contínuas de medidas de controle, procurando uma redução na incidência de novos casos da doença e até mesmo a mortalidade. Entre os anos de 2000 a 2013, foram notificados 1570 casos de DC, totalizando 112 casos por ano, predominante nas regiões Norte (91,1%), Nordeste (4,7%), Sul (0,2%), Centro-oeste (1,8%) e Sudeste (0,8%). A prevalência estimada da DC no Brasil no período de 1980 a 2012 foi de 4,2%. (SILVEIRA & DIAS, 2011; BRASIL, 2014; VINHAES *et al.*, 2000).

Nesse sentido, certamente, é recomendável que na aplicação de princípios e métodos epidemiológicos haja o estabelecimento de ações de controle e um plano coeso para atenção integral a pacientes chagásicos, visto que 30% das pessoas cronicamente infectadas poderão apresentar sintomatologia cardíaca e até 10% digestivas, neurológicas ou mistas. Ressalta-se a necessidade de uma rede integrada, a fim de oferecer uma assistência de qualidade a esses pacientes (DIAS *et al.*, 2016). Justifica-se, assim, a

necessidade de que tais profissionais tenham um conhecimento adequado sobre formas clínicas da doença, transmissão, tratamento, diagnóstico e profilaxia, para, então, realizar ações de prevenção e promoção desta doença, visando o controle regional da mesma. O objetivo deste estudo foi verificar o conhecimento e a conduta dos profissionais de saúde da atenção básica de uma cidade do norte do Rio Grande do Sul sobre DC.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, transversal com abordagem quantitativa dos dados. O estudo foi realizado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de um município situado no norte do Rio Grande do Sul que, conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE\2014, possui uma população estimada em 34.907 habitantes. Este município possui sete UBS e um Centro de Saúde. Com relação aos profissionais, o município possui 15 enfermeiros, oito auxiliares de enfermagem e 21 técnicos de enfermagem trabalhando na atenção básica.

Os critérios de inclusão do estudo foram as equipes de enfermagem (enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem) atuantes nas Unidades Básicas de Saúde do município. Para critérios de exclusão definiram-se os enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem que estiveram de férias, licença saúde, ausentes no serviço no momento da coleta ou se negarem a participar do estudo durante o período de coleta dos dados.

Os profissionais de saúde foram contatados individualmente pelos pesquisadores nas UBS. Ao aceitarem a participação no estudo, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e de imediato receberam um questionário.

Estruturalmente, este questionário continha cinco itens com dados para caracterização do profissional de saúde (sexo, idade, formação profissional, início da carreira na instituição e qualificação profissional sobre a temática) e 20 itens com questões fechadas que abordavam o conhecimento e conduta dos profissionais de saúde acerca da DC (mecanismos de transmissão, epidemiologia, vetores, sintomatologia na forma aguda e crônica, métodos de diagnóstico, tratamento e seus efeitos colaterais, conduta frente a um paciente chagásico agudo e crônico, prognóstico, notificação compulsória e medidas profiláticas).

O instrumento de coleta foi elaborado por meio de uma revisão da literatura sobre DC e também se utilizou do instrumento de verificação do conhecimento sobre DC de Colosio *et al.* (2007) adaptado para o estudo.

Para caracterizar o conhecimento dos profissionais de saúde das unidades de atenção primária, foi utilizada estatística descritiva, frequência e porcentagem.

Todos os profissionais de enfermagem que aceitaram participar da pesquisa

preencheram, com suas respostas, aos questionamentos. Posteriormente, os dados foram digitados em uma planilha formatada no Microsoft Excel (versão 2016) e submetidos à análise de consistência mediante a dupla digitação. Após comparação das duas planilhas digitadas e correção das divergências, os dados foram organizados e analisados.

O presente estudo foi realizado em consonância com a legislação ética vigente e o seu Projeto de Pesquisa foi aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Maria, sob Parecer nº 75223317.8.0000.5346.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram convidados a participar do estudo 44 profissionais da atenção básica de uma cidade do norte do Rio Grande do Sul, com recusa de 5 (11,4%). Dos 39 profissionais entrevistados, 13 (30,8%) eram enfermeiros e 27 (69,2%) técnicos e auxiliares de enfermagem. As coletas ocorreram no período de agosto a setembro de 2018. A relação de predominância de sexo, profissão e idade estão expressas na Tabela 1.

Tabela 1: Caracterização da amostra de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem de um município do norte do RS, Brasil, 2018 (N=39).

Características	N	%
Profissão		
Enfermeiros	12	30,8
Técnicos e auxiliares de enfermagem	27	69,2
Total	39	100
Sexo		
Feminino	30	76,9
Masculino	9	23,1
Total	39	100
Idade		
< 30 anos	7	17,9
31 a 40 anos	12	30,8
41 a 50 anos	11	28,2
51 a 60 anos	7	17,9
60 anos ou mais	2	5,1
Total	39	100

Fonte: Dados da pesquisa "DC: Conhecimento dos profissionais de Saúde de um Município do Norte do Rio Grande Do Sul".

A tabela 1 mostra que a maior parte dos profissionais de saúde no município pesquisado é do sexo feminino e tem entre 31 e 40 anos, independentemente da formação técnica ou superior.

Quanto o questionamento sobre a maneira como a DC é transmitida, 100% (n=12)

dos enfermeiros assinalaram que conhecem como a DC é transmitida. Já os profissionais de nível médio, 85,2 (n=23) assinalaram que sabem como a DC é transmitida, 11,1% (n=3) assinalaram que não sabiam e 3,7% (n=1) desconheciam. Porém, os profissionais que assinalaram “sim” na questão anterior, quando questionados sobre os três principais mecanismos de transmissão da DC, apenas 16,7% (n=2) dos enfermeiros e 11,2% (n=3) dos técnicos e auxiliares de enfermagem acertaram os três principais mecanismos. No estudo de Colosio *et al.* (2007), as respostas foram semelhantes. A maioria dos profissionais afirmaram saber como a transmissão da DC, mas uma pequena porcentagem acertou quais são os principais mecanismos de transmissão da doença.

Esse resultado demonstra que os profissionais de saúde têm a falsa impressão de possuírem o conhecimento, quando, na verdade, suas respostas mostraram desconhecimento ou desatualização quanto aos principais mecanismos de transmissão da DC.

Desde sua descrição no início do século passado, a DC sofreu consideráveis alterações em suas condições epidemiológicas, em consequência de ações de controle realizadas por profissionais de saúde. Em conjunto com estas ações, houve significativas mudanças econômicas, sociais, ambientais, demográficas e aumento importante da população em áreas urbanas (SILVEIRA, 2011; COURA & DIAS, 2009).

Consequentemente, o mecanismo de transmissão oral passou a ser investigado com mais atenção, diante da expansão de dados epidemiológicos deste mecanismo (MESSENGER *et al.*, 2015; SILVEIRA & DIAS, 2011; SILVEIRA, 2011). Inclusive segundo os dados de 2000 a 2013 do Sinan, a forma de transmissão oral foi a mais frequente com 68,9% dos casos, seguido da transmissão vetorial com 6,4% dos casos (DIAS *et al.*, 2016).

Em específico, a transmissão oral nos estados do Rio Grande do Sul, Pará, Santa Catarina, Ceará, Paraíba e Bahia possui registros de microepidemias e surtos, explicando assim a explosão do número bruto de casos atribuídos a essa forma de transmissão (SHIKANAI-YASUDA & CARVALHO, 2012).

A partir do primeiro surto investigado de DC aguda por transmissão oral, o processo de vigilância passou a ser aprimorado. Este surto ocorreu em Santa Catarina, no ano 2005, possivelmente relacionado à ingestão de caldo de cana contaminado (DIAS *et al.*, 2016, MAGALHÃES-SANTOS, 2014).

Outra forma de transmissão que deve ter sua importância ressaltada é a transfusional que se expandiu acompanhando, principalmente, o processo de urbanização ocorrido no Brasil (COURA & DIAS, 2009; DIAS, 2013; MORAES-SOUZA & FERREIRA-SILVA, 2011).

Para uma investigação mais eficaz de casos da DC transmitidos pelo sangue, o Brasil busca, cada vez mais, o aperfeiçoamento no processo de hemovigilância, além de prevenção de erros no processo de segurança transfusional, englobando hemocentros e vigilância epidemiológica e sanitária (BRASIL 2007; DIAS, 2006).

De acordo com a questão norteadora: “qual o principal mecanismo de transmissão da DC?”, 100% (n=12) dos enfermeiros assinalaram transmissão vetorial. Já os técnicos e auxiliares de enfermagem 81,5% (n=22) citaram a transmissão vetorial, 7,4% (n=2) transmissão congênita e 3,7% (n=1) transmissão oral e por transfusão sanguínea. Desse modo, constatou-se um predomínio de respostas a respeito da forma vetorial.

Em 2006, o Brasil recebeu da Organização Pan-Americana da Saúde uma certificação sobre a eliminação da DC pelo *Triatoma infestans* (FERREIRA & SILVA, 2006) e pela via transfusional. Apesar disso, das 148 espécies de triatomíneos existentes no país, foram encontradas 65 no território nacional (GALVÃO, 2014). A partir disso, evidencia-se a importância da intensificação de ações de vigilância (GARCIA *et al.*, 2011).

O sucesso de campanhas de controle da DC é mensurado pela queda imediata do número de notificações. Dessa forma, os governos que se sucedem interrompem a manutenção financeira e formação de recursos humanos, causando uma descontinuidade cíclica nos esforços focados no controle da DC. Uma das causas que deve ser apontada é o despreparo dos gestores de saúde, muitas vezes indicados por questões políticas e não técnicas. Essas práticas acarretam na diminuição das ações de vigilância e no iminente risco de expansão da doença (VILELLA *et al.*, 2009). Percebe-se, assim, um impacto na sociedade, tanto pelo aumento do número de casos como também pelo impedimento de portadores da DC de continuar, ainda que em idade produtiva, no mercado de trabalho, onerando toda a sociedade e exaurindo a previdência social.

A abordagem relacionada à questão “O sul do Brasil é uma região de risco para transmissão vetorial da DC?”, as respostas assinaladas pelos enfermeiros foram, 58,3% (n=7) não, 33,3% (n=4) sim e 8,3% não sei (n=1). Já para os técnicos e auxiliares de enfermagem, 40,7% (n=11) não, 33,3% (n=9) sim e 25,9% (n=7) não sei. Nota-se que a maioria dos profissionais desconhece que a região sul do Brasil é uma região de risco para transmissão vetorial, evidenciando que estão desatualizados quanto a epidemiologia deste agravo. É de amplo conhecimento que a transmissão vetorial da DC é avaliada de acordo com alguns fatores como existência de reservatórios do protozoário, proximidade das populações humanas, existência de variadas espécies de triatomíneos com potencial de colonização, além de focos residuais do *T. infestans*.

No Brasil, apenas em alguns municípios da Bahia e do Rio Grande do Sul, ainda possuem focos residuais do *T. infestans* (DIAS *et al.*, 2016). No estado do RS, no período de 2007 a 2011, foram identificados focos de *T. infestans* em municípios, tais como Ajuricaba, Alegria, Coronel Barros, Candido Godói, Catuípe, Campina das Missões, Doutor Maurício Cardoso, Giruá, Horizontina, Humaitá, Ijuí, Independência, Porto Mauá, Redentora, Salvador das Missões, Santo Cristo, São José do Inhacorá e Três de Maio (BEDIN *et al.*, 2001; DIAS *et al.*, 2016; SANTOS, 2016).

Ao questionar os profissionais de saúde sobre “Você conhece o barbeiro?”, 91,7 (n=11) dos enfermeiros assinalaram que conhecem, sendo que 66,7% (n=8) conhecem

através de livros e revistas e 25% (n=3) já viram pessoalmente. Em relação aos técnicos e auxiliares de enfermagem, 62,9% (n=17) afirmaram que conhecem o barbeiro, 25,9% (n=7) através de livros e revistas, 22,2% (n=6) já viram pessoalmente e 14,8 (n=4) já ouviram explicações sobre o mesmo. Uma porcentagem maior de enfermeiros do estudo de Colosio *et al.*, (2007) afirmou conhecer o barbeiro, com relação a este estudo. Nos resultados dos técnicos e auxiliares, não houve variações de resultados.

Para a questão “Se um usuário chegasse ao Posto de saúde com um inseto, você saberia identificar se é ou não um triatomíneo?”, 50% dos enfermeiros e 55,6% dos técnicos e auxiliares de enfermagem afirmaram que saberiam identificar um barbeiro. Dos enfermeiros, técnicos e auxiliares que saberiam identificar o triatomíneo, respectivamente, 33,3% e 29,6% encaminhariam para a CRS. As respostas referentes a estas questões são preocupantes, pois, certamente, mostram que os profissionais de saúde provavelmente não possuem segurança para reconhecer os triatomíneos que atuam como hospedeiros invertebrados da DC. Isto é corroborado pelo fato de que a maioria dos entrevistados relatou que reconheceria os triatomíneos, porém apenas com base nas informações obtidas através da literatura e não devido contato visual com o inseto. Entretanto, ressalta-se que a conduta de encaminhamento da grande maioria dos profissionais é a preconizada.

Com relação à questão que abordava os sinais indicativos da DC aguda, 75% dos enfermeiros assinalaram corretamente a alternativa (quadro clínico semelhante a gripe, febre, enfartamento ganglionar e sinal de Romanã). Já os técnicos e auxiliares de enfermagem, 63% (n=17) responderam incorretamente, 14,8% (n=4) acertaram e 22,2% (n=6) não souberam responder. Com relação à fase crônica, 75% (n=9) dos enfermeiros e 40,7% (n=11) dos técnicos e auxiliares de enfermagem assinalaram a resposta correta (sempre sintomática, com sintomatologia referente a alterações do sistema nervoso, digestivo e/ou cardíacos). Apenas 25,9% (n=7) dos técnicos e auxiliares não souberam responder.

Observa-se que os enfermeiros possuem um conhecimento adequado quanto à sintomatologia das fases aguda e crônica. Os técnicos e auxiliares de enfermagem possuem uma lacuna no conhecimento relacionado à sintomatologia da fase aguda da DC. A fase aguda pode ser sintomática e é caracterizada por manifestações locais, como o sinal de Romanã e chagoma de inoculação. As principais manifestações gerais são febre sem etiologia comum, edema localizado e generalizado, adinamia, poliadenia, cefaleia, inapetência, insuficiência cardíaca e perturbações neurológicas (BARRET *et al.*, 2003).

A fase crônica sintomática ocorre geralmente após a fase assintomática, manifestando sintomas relacionados com o sistema cardiovascular e/ou digestório, devido às alterações anatômicas que o *T. cruzi* produziu no miocárdio e tubo digestivo (LANA & TAFURI, 1974). Esta forma atinge cerca de 20% a 40% dos pacientes, cujo fato clínico mais evidente é a insuficiência cardíaca congestiva (ICC).

Tabela 2: Conhecimento dos enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem sobre os métodos utilizados para diagnóstico da DC de um município do norte do RS, Brasil, 2018 (N=39).

Método	Enfermeiros	Técnicos e auxiliares de enfermagem
Número de entrevistados	12	27
RIFI	16,7%	3,7%
Xenodiagnóstico	-	-
Hemocultura	8,3%	29,6%
ELISA	8,3%	22,2%
Reação Machado-Guerreiro	-	14,8%
RHA	8,3%	-
Não souberam responder	58,3%	29,6%

Fonte: Dados da pesquisa "DC: Conhecimento dos profissionais de Saúde de um Município do Norte do Rio Grande Do Sul".

Referente aos métodos utilizados para o diagnóstico da DC, expressos na Tabela 2, mostra que a maioria dos profissionais não soube responder a questão, e um restrito número assinalaram a opção correta. Com isso, fica evidenciada a deficiência no conhecimento dos profissionais, relacionado a métodos diagnósticos da enfermidade.

O diagnóstico sorológico na fase aguda é realizado pesquisando IgM mediante RIFI (reação de imunofluorescência indireta), além de pesquisas de IgG, HAI (Reação de hemaglutinação indireta) e ELISA (Ensaio imune enzimático) (GONZÁLES-TOME, 2015). Nesta fase, é indicada pesquisa direta do parasito.

Na fase crônica, o diagnóstico é somente sorológico. Detecta-se baixo nível de parasitemia e presença de anticorpos específicos. Para tal diagnóstico, são recomendados métodos sorológicos tais como RIFI, ELISA, HAI, e também pesquisa direta do parasito por métodos indiretos como xenodiagnóstico, hemocultura ou inoculação em animais de laboratório (LANA & TAFURI, 1974).

Em relação à conduta adotada pelos profissionais a um chagásico crônico, 41,7% dos enfermeiros solicitariam sorologia, hemograma, ECG (eletrocardiograma) e radiografia de tórax, independentemente da existência de sintomas. Com relação aos técnicos e auxiliares de enfermagem, a alternativa assinalada que predominou com 37% (n=10) "Não sei", seguida de 29,6% (n=8) solicitar sorologia, hemograma, ECG e RX de tórax independentemente da existência de sintomas. Nesse contexto, fica evidente uma conduta adequada dos profissionais enfermeiros diante de um paciente chagásico crônico, buscando investigar futuras complicações, independentes de sintomas atuais existentes.

Quando interrogados sobre o tratamento etiológico da DC, 16,7% (n=2) dos enfermeiros assinalaram o fármaco correto (benznidazol), o restante não soube responder.

As respostas assinaladas pelos técnicos e auxiliares de enfermagem, predominantemente 85,2% (n=23), não souberam responder, 7,4% assinalaram (n=2) benznidazol e 3,7% (n=1) nifurtimox e amiodarona.

A condição de negligência da DC é caracterizada por limitada existência de opções terapêuticas para o tratamento. Apenas dois fármacos antiparasitários possuem eficácia comprovada, tais como benznidazol e nifurtimox (OLIVEIRA *et al.*, 2008; WHO, 2015; PRATA, 2001; BARRETO *et al.*, 2011; DIAS *et al.*, 2014; RASSI *et al.*, 2010; ANDRADE, 1996; YUN *et al.*, 2009; COURA *et al.*, 1997). No Brasil, o medicamento mais utilizado para o tratamento etiológico da DC é o benznidazol. (YUN *et al.*, 2009; DIAS *et al.*, 2014). Este medicamento está incluído no componente estratégico de assistência farmacêutica. Justificam-se, assim, os profissionais de saúde do SUS possuírem conhecimento sobre o mesmo, pois este programa busca o controle de endemias nacionais.

Com relação à questão que abordava os três principais efeitos colaterais do tratamento etiológico da DC, 16,6% dos enfermeiros souberam responder corretamente, porém nenhum dos técnicos e auxiliares acertaram. Evidencia-se que poucos profissionais possuem um conhecimento sobre os efeitos colaterais. Há mais de quatro décadas, as duas opções terapêuticas foram inseridas no mercado farmacêutico. Porém com falhas em destaque como controle da doença na fase crônica, longos períodos de tratamento, efeitos colaterais potenciais como náusea, reações cutâneas, falha renal e hepática (PONTES *et al.*, 2010). A assistência ao paciente durante o tratamento é fundamental para evitar que o mesmo abandone o tratamento, ocasionando assim a redução da eficácia do fármaco e conseqüentemente a resistência (CLAYTON, 2010; GARCIA *et al.*, 2011). Assim sendo, esta questão mostra que os profissionais estão desatualizados quanto ao tratamento e seus efeitos colaterais da DC.

Com relação à questão “Se um usuário recorre a unidade básica de saúde, referindo que pode ter DC, qual conduta deve ser adotada com esse paciente? ”, 91,7% (n=11) dos enfermeiros assinalaram a alternativa “Juntamente com a equipe da unidade, solicitar exames diagnósticos confirmatórios para detectar a fase da doença” e 8,3% (n=1) não saberia o que fazer. Já os técnicos e auxiliares de enfermagem, 51,9% assinalaram a alternativa que predominou nas assinaladas pelos enfermeiros, seguido de 25,9% (n=7) “Encaminhá-lo a uma consulta com um cardiologista e gastroenterologista” e 22,2% (n=6) não saberiam o que fazer. Com relação aos profissionais da amostra de Colosio *et al.*, (2007), 81% dos enfermeiros, 70% dos profissionais de nível médio adotariam a conduta correta, porém em porcentagens inferiores aos resultados do estudo atual, demonstrando que os profissionais estão se atualizando quanto a conduta adequada ao paciente chagásico.

Nota-se que os profissionais possuem uma conduta adequada quanto ao aparecimento de um paciente com possível diagnóstico de DC, porém, nas questões anteriores, quando abordados detalhadamente sobre qual método diagnóstico, a maioria

não soube responder.

Quando questionados se a DC aguda é de notificação compulsória, 50% (n=9) dos enfermeiros e 59,3% (n=16) dos técnicos e auxiliares assinalaram que sim, 25% (n=3) e 33,3% (n=9) respectivamente, assinalaram que não sabem responder. Isso revela que mais da metade dos profissionais desconhece sobre a notificação compulsória da DC.

A DC aguda é um agravo de notificação compulsória obrigatória pelo SINAN. A notificação deve ser realizada rapidamente, para possibilitar uma investigação epidemiológica eficaz e bloqueio da forma de transmissão envolvida. (BRASIL, 2014). A investigação epidemiológica é de responsabilidade dos sistemas de vigilância epidemiológica municipais ou regionais. Além disso, estes setores também são encarregados de prover acesso aos laboratórios de referência para o diagnóstico (BRASIL, 2014).

A notificação é de grande magnitude, pois não auxilia apenas no tratamento dos pacientes, mas também nas condutas da vigilância epidemiológica (BRASIL, 2014). Portanto, é de grande interesse a notificação da DCA, não somente pela característica de sua vulnerabilidade ao tratamento, mas também para propiciar ao Sistema de Saúde a oportunidade de realizar parte importante da vigilância à enfermidade.

Com relação à questão sobre as quatro principais medidas profiláticas contra a DC, 58,3% dos enfermeiros e 51,9% dos técnicos e auxiliares de enfermagem acertaram as quatro principais medidas, isso comprova que os profissionais possuem um conhecimento adequado quanto aos métodos profiláticos da DC.

Os métodos profiláticos visam principalmente no controle ao “barbeiro”, impedindo a sua proliferação nas moradias e em seus arredores e, portanto, relacionados com as condições de vida e modificação/destruição da fauna e flora. No que tange a melhoria das habitações rurais, recomenda-se construção de casas de alvenaria. Em situações que não é possível a construção de novas casas, sugere-se reformar e rebocar. Além das casas, também é considerado importante na manutenção de triatomíneos, o peridomicílio próximo. Na melhoria habitacional devem ampliar-se aos anexos como galinheiros, chiqueiros, paióis e currais, sendo considerado peridomicílio e domicílio como uma unidade epidemiológica (LANA & TAFURI, 1974; BEDIN *et al.*, 2011).

Já o controle da transmissão congênita da DC que não é realizado como rotina, assim a conduta seguida é realizar uma inspeção minuciosa em todo recém-nascido de mãe com sorologia positiva para *T. cruzi*, em casos positivos, realizar imediatamente o tratamento adequado (LANA & TAFURI, 1974; DIAS & AMATO-NETO, 2011).

Com referência aos hábitos de higiene adequados, é considerada uma medida fundamental para profilaxia da transmissão oral da moléstia. Recomendações úteis como lavagem das mãos antes de manipular alimentos, preparar alimentos adequadamente, realizando o cozimento completo de carnes e lavagem de frutas e vegetais são fundamentais (LANA & TAFURI, 1974; DIAS & AMATO-NETO, 2011).

Ações de educação em saúde como capacitações para vigilantes em saúde e

profissionais são essenciais para o controle dessa forma de transmissão, para assim, esses profissionais disseminarem o conhecimento para a população (DIAS & AMATONETO, 2011). Visto que, a atenção básica é um cenário privilegiado para inserção das equipes nos territórios/domicílios; ações de prevenção e promoção da saúde; e atenção as famílias.

4 | CONCLUSÃO

Levando em consideração as respostas apresentadas pelos Profissionais de Saúde em questão, verifica-se que os enfermeiros possuem um conhecimento adequando quanto ao principal modo de transmissão da DC, sua notificação compulsória, sinais indicativos e conduta da doença, além das principais medidas profiláticas.

Já os técnicos e auxiliares de enfermagem demonstraram possuir um conhecimento satisfatório a respeito da transmissão vetorial, notificação compulsória, conduta ao paciente chagásico e medidas profiláticas.

Entretanto, nota-se uma lacuna no conhecimento dos enfermeiros quanto aos principais modos de transmissão, epidemiologia da doença, métodos para diagnóstico, tratamento etiológico e seus principais efeitos colaterais e o prognóstico do paciente.

Entre os técnicos de enfermagem observa-se que possuem um desconhecimento quanto aos sinais indicativos da forma aguda, métodos diagnósticos, conduta ao paciente com as formas aguda e crônica, tratamento etiológico e principais efeitos colaterais. No âmbito geral, os profissionais possuem um desconhecimento relativo aos aspectos relevantes da doença.

Evidencia-se que os profissionais carecem de capacitações referentes à DC, buscando prevenir novos casos e manter o controle da doença na região. É evidente a necessidade de medidas eficientes de capacitação profissional e educação permanente visando atender adequadamente o paciente infectado pelo *T. cruzi*.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, A.L. et al. Randomised trial of efficacy of benznidazole in treatment of early *Trypanosoma cruzi* infection. **Lancet**. 1996 Nov; 348(9039):1407-13.

BARRETO, M.L. et al. Successes and failures in the control of infectious diseases. IN: Brazil: social and environmental context, policies, interventions, and research needs. **Lancet**. 2011 May; 377(9780):1877-89.

BARRETT, M.P. et al. The trypanosomiasis. **Lancet**. 2003; 362(9394):1469–80.

BEDIN, C. et al. A singularidade da melhoria habitacional para o controle da doença de Chagas na região noroeste do Rio Grande do Sul. **Bol. da Saúde**, v. 15, n. 1, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Doença de Chagas Aguda – Aspectos

epidemiológicos, diagnóstico e tratamento. **Guia de consulta rápida para profissionais de saúde**. Impresso pela Revista de Patologia Tropical. Instituto de Patologia Tropical UFG. Financiado pelo Ministério da Saúde, CNPq, CAPES e PRPG. 2007.

BRASIL. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

CLAYTON, J. Chagas disease: pushing through the pipeline. **Nature**, v. 465, n. 7301, p. S12-S15, 2010.

COLOSIO, R.C. et al. Conhecimentos e atitudes sobre a doença de Chagas entre profissionais de saúde – Paraná, Brasil. **Cienc Cuid Saude** 2007; 6: 355-363.

COURA, J. R.; DIAS, J. C. Epidemiology, control and surveillance of Chagas disease: 100 years after its discovery. **Mem Inst Oswaldo Cruz**. 2009 Jul; 104 Suppl 1:31-40.

DIAS, J. C.; AMATO-NETO, V. Prevenção referente às modalidades alternativas de transmissão do *Trypanosoma cruzi* no Brasil. **Rev Soc Bras Med Trop**. 2011; 44 (2): 68-72.

DIAS, J. C. P. et al. II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, 2015. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, 25(núm. esp.): 7-86, 2016.

DIAS, J. C. P. Human Chagas disease and migration in the context of globalization: some particular aspects. **J Trop Med**. 2013:789758.

DIAS, J. C. P. Doença de Chagas e transfusão de sangue no Brasil: vigilância e desafios. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**. v. 28, nº 2. 2006

FERREIRA, I.L.M.; SILVA, T.P.T. Eliminação da transmissão da doença de Chagas pelo *Triatoma infestans* no Brasil: um fato histórico. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**. v. 39, nº 5, p. 507-509. 2006.

GALVÃO, C., org. **Vetores da doença de Chagas no Brasil** [online]. Curitiba: sociedade Brasileira de Zoologia, 2014, 289 p. Zoologia: guias e manuais de identificação series. ISBN 978-85-98203-09-6.

GARCIA L.P. et al. **Epidemiologia das doenças negligenciadas no Brasil e gastos federais com medicamentos**. Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República.

Guia para vigilância, prevenção, controle e manejo clínico da doença de Chagas aguda transmitida por alimentos. – Rio de Janeiro: PANAFTOSA-VP/OPAS/OMS, 2009. 92 p.: il. (**Serie de Manuais Técnicos**, 12).

LANA, M.; TAFURI, W. L. *Trypanosoma cruzi* e Doença de Chagas. In: NEVES, D. P. **Parasitologia humana**. São Paulo: Atheneu, 1974, 24p.

MAGALHÃES-SANTOS, I. F. Transmissão oral da Doença de Chagas: breve revisão. **Rev. Ciênc. Méd. Biol.**, Salvador, v. 13, n. 2, p. 226-235, mai./ago. 2014.

MESSINGER, L. A.; MILES, M. A.; BERN, C. Between a bug and a hard place: *Trypanosoma cruzi* genetic diversity and the clinical outcomes of Chagas disease. **Expert Ver Anti Infect Ther**. 2015 Aug; 13(8): 995-1029.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Manual técnico para a hemovigilância**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. (Série A. Normas e manuais técnicos). Investigação da transmissão de doenças pelo sangue. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. (Série A. Normas e manuais técnicos).

- MORAES-SOUZA, H., FERREIRA-SILVA, M. M. Controle da transmissão transfusional. **Rev Soc Bras Med Trop.** 2011;44 supl 2:64-7.
- NÓBREGA, A.A.; GARCIA, M.H.; TATTO, E.; OBARA, M.T.; COSTA, E.; SOBEL, J.; ARAÚJO, W.N. Oral transmission of Chagas disease by consumption of açai palm fruit, **Brazil. Emerging Infectious Diseases**, 15: 653-655. 2009.
- OLIVEIRA, M. F. et al. Tratamento etiológico da doença de Chagas no Brasil. **Revista de Patologia Tropical.** v. 37, nº 3, p. 2009-228. 2008.
- PONTES, V. M. O. D. et al. Reações adversas em pacientes com Doença de Chagas tratados com benznidazol, no Estado do Ceará. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v.2, n.43, mar-abr, p.182-187. 2010.
- PRATA, A. Clinical and epidemiological aspects of Chagas disease. **Lancet Infect Dis.** 2001 Sep;1(2):92-100.
- REY, L. **Parasitologia: parasitos e doenças parasitárias do homem nos trópicos ocidentais.** 4 ed. Rio de Janeiro: editora Guanabara koogan. 2008. p. 295-343.
- SANTOS, C. V. et al. Assessment of the Housing Improvement Program for Chagas Disease Control in the Northwestern municipalities of Rio Grande do Sul, Brazil. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.** Vol 49 no5. Uberaba. set/out 2016.
- SHIKANAI-YASUDA, M. A.; CARVALHO, N.B. Oral transmission of Chagas disease. **Clin Infect Dis.** 2012;54(6):845–52.
- SILVEIRA, A. C.; DIAS, J. C. P. O controle da transmissão vetorial. **Rev Soc Bras Med Trop.** 2011; 44 supl. 2:52-63.
- VINHAES, M. C.; DIAS, J. C. P. Doença de Chagas no Brasil. **Cad Saúde Pública.** 2000; 16 (supl. 2): 7-12.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Neglected tropical diseases.** 2015.
- YUN, O. et al. Feasibility, drug safety, and effectiveness of etiological treatment programs for Chagas disease in Honduras, Guatemala, and Bolivia: 10-year experience of Médecins Sans Frontières. **PLoS Negl Trop Dis.** 2009 Jul; 3(7):e48.

ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE A ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL

Data de aceite: 01/07/2020

Data da submissão: 07/05/2020

Rosângela da Silva Santos

Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
Faculdade de Enfermagem. Departamento de
Enfermagem Materno-Infantil. Rio de Janeiro. Rio
de Janeiro.

<https://orcid.org/0000-0002-2541-5646>

Ana Cláudia Mateus Barreto

Universidade Federal Fluminense. Departamento
REN. Rio das Ostras. Rio das Ostras. [https://
orcid.org/0000-0002-3519-6440](https://orcid.org/0000-0002-3519-6440)

Isabel Cristina dos Santos Oliveira

Universidade Federal do Rio de Janeiro. Escola
de Enfermagem Anna Nery. Departamento de
Enfermagem Médico-cirúrgica. Rio de Janeiro. Rio
de Janeiro. <https://orcid.org/0000-0003-2916-1396>

Luíza Pereira Maia de Oliveira

Universidade Federal Fluminense. Escola de
Enfermagem Aurora de Afonso Costa. Niterói. Rio
de Janeiro. <https://orcid.org/0000-0002-7780-8222>

Leila Leontina do Couto

Universidade Federal Fluminense. Departamento
REN. Rio das Ostras. Rio de Janeiro. [https://orcid.
org/0000-0002-8948-5045](https://orcid.org/0000-0002-8948-5045)

RESUMO: Objetivo: analisar a partir da Narrativa de vida de adolescentes a atuação dos profissionais de saúde com adolescentes

violentadas sexualmente. **Método:** estudo descritivo, de natureza qualitativa, utilizou o método Narrativa de Vida. O estudo foi realizado em duas maternidades municipais do Rio de Janeiro, uma localizada no centro da cidade e a outra na zona norte. A escolha como cenários de pesquisa justifica-se por serem unidades de referência no atendimento a adolescentes e mulheres em situação de violência sexual. As participantes foram 08 adolescentes que estavam em acompanhamento ambulatorial em decorrência da violência sexual sofrida. Projeto submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde sob o nº 64A/2012. Garantiu-se o sigilo e anonimato das participantes, as quais foram identificadas pela letra A associada ao número sequencial à realização da entrevista. A questão norteadora foi: “Fale-me a respeito do atendimento dos profissionais de saúde com adolescentes violentadas sexualmente”. Utilizou-se a análise temática. **Resultados e Discussão:** As duas maternidades possuem a equipe de saúde preconizada pelo Ministério da Saúde. O profissional mais citado pelas adolescentes foi a enfermeira. Apenas uma maternidade apresenta a gestão de cuidados com a equipe interdisciplinar. O profissional médico desenvolve o Modelo assistencial Flexneriano,

e não se coaduna com os preceitos da humanização e do acolhimento preconizado pelo Ministério da Saúde. **Conclusão:** Os profissionais da área da saúde têm dificuldade para desenvolver um trabalho interdisciplinar. Nas duas maternidades desenvolvem o modelo assistencial Flexneriano. Há necessidade de aprimoramento, no que tange as questões de violência, violência institucional, gênero, interdisciplinaridade, aborto legal, humanização e acolhimento. Há necessidade de conscientização destes profissionais quanto à importância do empoderamento e autonomia destas adolescentes e da ampliação da assistência à família. **PALAVRAS-CHAVE:** Enfermagem, Violência, Violência Sexual, Adolescentes, Cuidado de Enfermagem.

PERFORMANCE OF HEALTH PROFESSIONALS ADOLESCENTS IN SITUATION OF SEXUAL VIOLENCE

ABSTRACT: Objective: to analyze from the adolescents' life narrative the performance of health professionals with sexually abused adolescents. **Method:** a descriptive, qualitative study, using the Narrative of Life method. The study was carried out in two municipal maternity hospitals in Rio de Janeiro, one located in the center of the city and the other in the north zone. The choice as research scenarios is justified because they are units of reference in the care of adolescents and women in situations of sexual violence. The participants were 08 adolescents who were being followed up on an outpatient basis as a result of the sexual violence suffered. Project submitted and approved by the Ethics and Research Committee of the Municipal Health Department under nº 64A / 2012. The participants' confidentiality and anonymity were guaranteed, which were identified by the letter A associated with the sequential number to the interview. The guiding question was: "Tell me about health care for sexually abused adolescents". Thematic analysis was used. **Results and discussion:** In the two maternity hospitals, there is a health team recommended by the Ministry of Health. The professional most mentioned by the adolescents was the nurse. Only one maternity hospital presents care management with the interdisciplinary team. The medical professional developed the Flexnerian care model and did not comply with the humanization and welcoming precepts recommended by the Ministry of Health. **Conclusion:** Health professionals have difficulty in developing interdisciplinary work. In both maternities, they develop the Flexnerian care model. There is a need for improvement in terms of issues of violence, institutional violence, gender, interdisciplinarity, legal abortion, humanization and reception. There is a need to raise awareness among these professionals about the importance of empowerment and autonomy for these adolescents and the expansion of family assistance.

KEYWORDS: Nursing, Violence, Sexual Violence, Adolescents, Nursing Care.

ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE A ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL

Trata-se de recorte da Tese de Doutorado intitulada: “O atendimento dos profissionais de saúde às adolescentes violentadas sexualmente: contribuição para prática assistencial de enfermagem”. Teve por objetivos analisar a partir da Narrativa de vida de adolescentes a atuação dos profissionais de saúde com adolescentes violentadas sexualmente e discutir os pressupostos teóricos adotados por profissionais de saúde neste atendimento.

Foi desenvolvido um estudo descritivo, de natureza qualitativa, cujo método foi a Narrativa de Vida. Esse tipo de abordagem, segundo Bertaux (2010), busca apreender o que se sucede socialmente com determinados grupos sociais. É fundamental tentar passar do particular para o geral, desvendando no próprio terreno observado formas, relações, mecanismos, lógicas de ação, lógicas sociais, processos recorrentes – suscetíveis de estarem igualmente presentes em numerosos contextos similares. Esse enfoque auxilia a compreender um determinado grupo social que se tenha interesse dentre os diversos grupos sociais que compõem a sociedade. É deste fragmento da realidade sócio-histórica, que se extrai o objeto social, a fim de compreender o seu modo de funcionamento e como este se transforma (BERTAUX. 2010).

A abordagem etnossociológica se propõe a compreender um objeto social “em profundidade”. Recorre às narrativas de vida para extrair das experiências daqueles que vivenciaram uma parte de sua vida no interior desse objeto social informações e descrições, as quais, uma vez analisadas e reunidas, poderão auxiliar o pesquisador a compreender seu funcionamento e suas dinâmicas internas. Bertaux (2010) destaca que atualmente, este tipo de abordagem possibilita ao pesquisador a utilização de outras fontes de consulta tais como revistas, livros, prontuários, ou mesmo à consulta a pessoas mais próximas ao sujeito, caso se tenha necessidade de esclarecimento e/ou aprofundamento de dados com vistas a enriquecer a pesquisa. Cabe salientar, que esta possibilidade não era permitida anteriormente na utilização desta abordagem metodológica (BERTAUX, 2010).

Quando da utilização da abordagem etnossociológica para o desenvolvimento de uma investigação, o pesquisador não tem como meta buscar respostas para hipóteses previamente construídas, como no caso da abordagem hipotético-dedutiva que inicialmente desenvolve hipóteses em função de teorias já existentes. O objetivo do pesquisador ao eleger a abordagem etnossociológica é buscar uma parte da realidade sócio-histórica da qual a *priori*, ainda desconhece. O que o pesquisador possui frequentemente como verdadeiro, são estereótipos, preconceitos e outras representações sociais coletivas, as quais foram introjetadas de modo inadvertido de seu contexto cultural. Portanto, esta é, precisamente, uma das virtudes desse tipo de pesquisa, cuja primeira preocupação é isolar e, logo depois, trazer ao espaço público elementos do conhecimento objetivo e

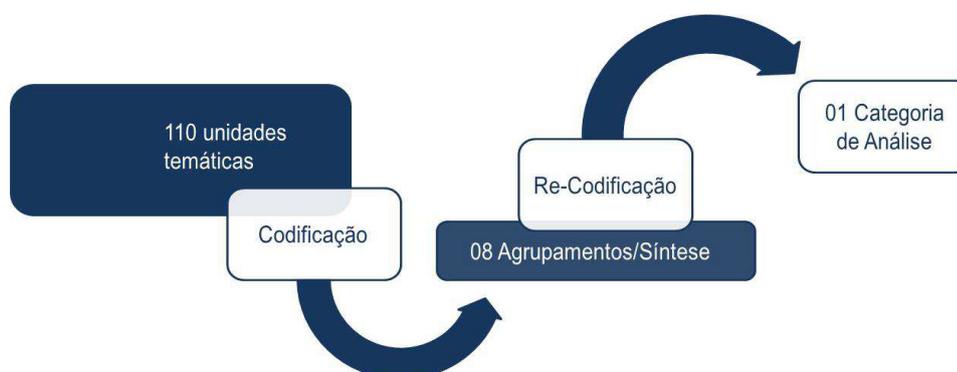
crítico apoiados na observação concreta (BERTAUX, 2010).

O instrumento de coleta das narrativas foi a entrevista aberta, com a seguinte questão norteadora: “Fale-me a respeito do atendimento dos profissionais de saúde com adolescentes violentadas sexualmente”. As participantes foram 08 adolescentes que estavam em acompanhamento ambulatorial em decorrência de violência sexual vivenciada. O critério de inclusão foi: adolescente em acompanhamento ambulatorial nas maternidades cenários do estudo em virtude da violência sexual vivenciada. E o critério de exclusão foi: adolescente com alteração mental e ou desorientação espaço-temporal que a impossibilitasse de narrar sua história de vida.

O estudo foi desenvolvido em duas maternidades do Município do Rio de Janeiro, pertencentes à Coordenadoria de Saúde da Área de Planejamento (CAP 1.0.). Uma das unidades situava-se na zona norte e a outra no centro da cidade. A escolha destes cenários deve-se ao fato destas unidades serem referência no atendimento às adolescentes e mulheres em situação de violência sexual.

Inicialmente, na primeira maternidade realizou-se um levantamento deste tipo de atendimento no livro de registros da sala Supervisão de Enfermagem. Posteriormente, os referidos prontuários foram consultados a fim de conhecer as histórias dessas adolescentes, contatos telefônicos foram realizados com as participantes para agendamento da entrevista. Na primeira e segunda maternidade as tentativas de agendamentos não foram exitosas e decidiu-se por contactar as adolescentes a partir de suas consultas de acompanhamento ambulatorial.

Concomitante a realização das entrevistas, realizou-se a transcrição, de acordo com o preconizado por Bertaux (2010). Procedeu-se a análise temática, simultaneamente à realização das entrevistas e transcrições. Realizou-se a leitura flutuante das narrativas, e procedeu-se a codificação dos temas identificados.



Emergiram 110 unidades temáticas que após a recodificação, deu origem a uma grande categoria de análise: A atuação dos profissionais de saúde com adolescentes violentadas sexualmente e os pressupostos teóricos adotados. Ressalta-se que a categoria analítica emergiu das narrativas das adolescentes como preconiza o método,

não foi estabelecida previamente.

Nas narrativas de vida, deve-se pacientemente buscar a diacronia dos fatos que é a sucessão temporal de acontecimentos. Uma vez que o sujeito ao realizar sua narrativa de vida não o fará de modo linear, mas muitas vezes irá saltar e retroceder ao longo de sua narrativa. Durante o transcurso da entrevista, deve-se dar ao sujeito a oportunidade deste nos elementos necessários para a reconstrução da diacronia, não o importunar com constantes perguntas sobre as datas precisas e/ou acontecimento (BERTAUX, 2005).

O Projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde em junho de 2012, conforme Parecer nº 64A/2012 do Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro. E, atendeu aos aspectos éticos, preconizados na Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde.

A seguir apresenta-se a caracterização das participantes (Quadro I) e dos atos de violência perpetrados contra as adolescentes do estudo (Quadro II):

Quadro I: Caracterização das adolescentes entrevistadas

ADOLESCENTE	IDADE (anos)	COR	PROCEDÊNCIA	ESCOLARIDADE
A1	12	Branca	Estácio	5ª a 8ª série do ensino fundamental
A2	16	Branca	Engenho Novo	5ª a 8ª série do ensino fundamental
A3	15	Branca	Engenho da Rainha	5ª a 8ª série do ensino fundamental
A4	15	Parda	Parque da Espera – Caju	5ª a 8ª série do ensino fundamental
A5	18	Parda	São Cristóvão	5ª a 8ª série do ensino fundamental
A6	16	Parda	São Cristóvão	5ª a 8ª série do ensino fundamental
A7	13	Preta	Penha Circular	5ª a 8ª série do ensino fundamental
A8	11	Branca	Campo não preenchido na ficha de notificação	5ª a 8ª série do ensino fundamental

Quadro II: Características dos atos de violência sexual perpetrado contra as adolescentes entrevistadas

Adolescente	Tipo de Violência	N.º de Pessoas envolvidas	Abusador	Registro de uso de arma de fogo / Objeto <u>Pérfuro-cortante</u>	Local de Ocorrência
A1	Sexual – Vaginal	01	Namorado	Não	Casa da adolescente
A2	Sexual – Vaginal	01	Irmão de sua colega	Não	Casa de uma colega de escola
A3	Psicológica; sexual oral e vaginal.	01	Desconhecido	Não	Casa da adolescente
A4	Sexual – Vaginal	01	Desconhecido	Sim – Estilete e ameaça de morte	Via Pública no carro do agressor
A5	Sexual – Vaginal	01	Desconhecido	Sim – Arma de fogo	Via Pública no carro do agressor
A6	Sexual – Vaginal	01	Desconhecido	Sim – Arma de fogo	Via Pública no carro do agressor
A7	Psicológica; sexual oral, vaginal e anal.	01	Padrasto	Sim – Estilete	Mato – Zona Rural
A8		01	Não sabe informar	Não sabe informar	Não sabe informar

Fonte: Quadros construídos com base nos dados colhidos nas fichas notificação/investigação individual violência doméstica sexual e/ou outras violências específicos para notificação das adolescentes entrevistadas e nas narrativas das adolescentes.

RESULTADOS

As adolescentes descreveram em suas narrativas os profissionais que integravam as equipes multiprofissionais. O profissional mais citado pelas adolescentes foi a enfermeira, tanto a enfermeira do ambulatório quanto a do Programa Cegonha Carioca. A única adolescente a não se referir a enfermeira foi a adolescente A8.

“Foi assim a... (pronuncia o nome da enfermeira) a enfermeira... (pronúncia novamente o nome dela) pediu uma ultra ... com urgência (A4, 15 anos; referindo-se a enfermeira do ambulatório)

Quando... No primeiro dia quando eu vim a moças me atenderam, falaram que eu tinha que tomar uma injeção... Duas... Eu fui e tomei... que era... (A7 demonstra estar tentando lembrar de que injeção se tratava) parece que era... Não sei como... Como que era a injeção... Aí eu fui e tomei... (A7, 13 anos; referindo-se a enfermeira do Programa Cegonha Carioca).

Ambas as enfermeiras mencionadas pelas adolescentes A4 e A7 são funcionárias da prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Apresentam regime jurídico diferente. A enfermeira do ambulatório é contratada em regime jurídico estatutário e a enfermeira do Programa

Cegonha Carioca é contratada pelo regime celetista.

A profissional de saúde menos mencionada nas narrativas das adolescentes, foi a assistente social. Esta profissional foi mencionada por apenas duas das adolescentes entrevistadas A2 e A7. Entretanto, destaca-se que A7 mencionou uma assistente social, que não pertencia as equipes de saúde das maternidades cenários da pesquisa.

Ai a gente, eu e minha mãe, a gente esperou um pouquinho...a assistente do serviço social atendeu a gente... (A2, 16 anos)

Nesse dia... (pequena pausa)... Ela chamou um táxi, a gente veio pra... foi ela mandou eu vim pra... Para esse hospital... (pequena pausa) nesse dia eu vim... (pequena pausa) (A7, 13 anos; referindo-se a assistente social).

O médico foi mencionado por cinco das oito adolescentes entrevistadas. As adolescentes que não mencionaram este profissional durante suas narrativas foram: A3, A6 e A7.

A médica, ela conversa com a gente também... pede exame para ver se não está com nenhuma doença e... É isso... (A4, 15 anos; referindo-se a médica do ambulatório)

Da médica?..... Chego lá ela... Também pergunto como foi do início ao fim. Pergunto como era ele... pergunto se... Se a gente o visse de novo se a gente reconhecia... (pequena pausa) a gente falou que sim. (A5, 18 anos; referindo-se a médica do ambulatório)

A psicóloga foi citada por quatro das oito adolescentes entrevistadas (A1, A2, A4 e A7). Porém, a psicóloga mencionada pela adolescente A7, também não pertencia à equipe de saúde da maternidade cenário da pesquisa.

Até agora eu já estou com uma psicóloga, que eu não estou querendo ir hoje (ênfase). Porque também (pequena pausa) não “vou”... (gagueja) (A1, 13 anos)

Eu fui conversei com a psicóloga. (pequena pausa) ela conversou comigo, e depois marcaram a... A... (gagueja um pouco) (pequena pausa) (A4, 15 anos).

As narrativas de A5 e A7 evidenciaram, que os profissionais de saúde de uma das maternidades não atendiam as adolescentes com enfoque interdisciplinar. As adolescentes precisavam repetir a história de violência para cada profissional de saúde que as assistiam nesta maternidade. Cabe destacar que apesar de A5 estar iniciando seu acompanhamento ambulatorial as profissionais de saúde atenderam a adolescente em momentos distintos na maternidade.

Mandou a médica descer, a médica desceu, a médica fico perguntando como é que foi pergunto isso de novo fez o... Também pergunto como foi do início ao fim. Pergunto como era ele... (pequena pausa) pergunto se... se a gente o visse de novo se a gente reconhecia... (pequena pausa) a gente falou que sim. Depois ela... (pequena pausa) pergunto “se a gente era virgem, a gente falo” que também que sim... (pequena pausa) depois ela foi e examino a gente... (pequena pausa) para ver... (pequena pausa). Depois ela preencheu os documento... (pequena pausa) e explicou como que é... os remédios, o nome dos remédios, ela falou, explicou como...a hora que tinha que tomar, explicou a medida... (pequena pausa) que eram dois... Era... Explico... e o dia que ia ter que acabar o remédio... (A5, 18 anos; referindo-se a **médica da admissão**).

Pergunta a mesma coisa, como foi? Pergunta se a gente já fez exame de sangue e a gente disse que já. Ela pediu o resultado para ver se tinha alguma coisa e encaminhou para fazer exame de sangue de novo para fazer a consulta dela (A7, 13 anos; referindo-se a médica do ambulatório).

A narrativa de A1, também, evidenciou que não houve por parte dos profissionais interação que pudesse identificar a perspectiva da adolescente frente a seu acompanhamento psicológico. Cabe destacar que esta adolescente assim como A7 se encontrava no final de seu acompanhamento ambulatorial.

Tipo, eu contei toda a história pra ela atendeu minha mãe (frase dita rapidamente) depois sai de lá quando... Não "estava"... (gagueja) não tem tido nenhuma diferença de antes e depois (gagueja seguida de pausa) (A1, 13 anos; referindo-se a psicóloga da maternidade).

A partir da afirmativa de A1 presume-se que não houve intervenção ou que a intervenção realizada pela profissional de saúde foi realizada de maneira inadequada, porque a cliente se mostra insatisfeita e insegura, sem ter vislumbrado mudança alguma desde o início de seu acompanhamento terapêutico. A narrativa da adolescente demonstrou que ao iniciar seu acompanhamento buscava superar a vivência negativa da violência sexual.

A narrativa de A4 enfatizou a falta de diálogo e de um compartilhamento de saberes entre os profissionais de saúde de uma das maternidades, porque a enfermeira, somente, solicitou uma ultrassonografia de urgência para A4 e não conversou em nenhum momento com a médica responsável pela realização deste exame acerca da violência sexual perpetrada contra esta adolescente e da necessidade deste exame ser realizado em caráter de urgência.

Eu já falei com... Com as menina que eu... Que eu que eu... Só pego gente que está marcada, que não sei o quê e fico falando lá... (pequena pausa) (A4, 15 anos) (referindo-se a médica do ambulatório)

As adolescentes A1, A2, A5, A8 foram unânimes em suas narrativas ao ressaltar a forma de atuação dos médicos nas duas maternidades onde o estudo foi realizado, visto que estes realizaram exames, administraram tratamento, solicitaram exames laboratoriais, agendaram as consultas subsequentes e deram prosseguimento ao acompanhamento das adolescentes.

É... Porque ela me atendeu (pequena pausa) É... Ela estava vendo tudo, meus

exames... (A1, 13 anos); (referindo-se a médica do ambulatório).

A gente chego aqui, a médica fez a mesma coisa ... (pequena pausa) pergunto como é que foi... (pequena pausa) nós falamos, ela perguntou se a gente fez os exame de sangue, a gente falo fez... (pequena pausa) ela pediu o resultado para ver... Se tinha alguma coisa e encaminho para a gente para fazer exame de sangue de novo... (pequena pausa) e para... fazer a consulta dela... (A5, 18 anos; referindo-se a médica do ambulatório).

A atuação dos médicos que trabalhavam nas maternidades municipais cenários

deste estudo, ainda se encontra pautada no modelo assistencial Flexneriano, o qual privilegia a abordagem individual, curativa e, conforme observa-se nas narrativas de A4 e A8. A narrativa de A4 evidenciou uma relação bastante impessoal e verticalizada, na qual são realizadas apenas as perguntas e prescritas as condutas, sem nenhum diálogo ou escuta mais sensível, considerando-se a situação de violência sexual vivenciada. A narrativa de A8 evidenciou o mesmo tipo de atuação de alguns, porque A8 era uma adolescente de apenas 11 anos que tinha sido levada por sua mãe a maternidade 2, em virtude do encaminhamento de uma médica partícida, após a descoberta que tinha “muitas verruquinhas na vagina”, cujo diagnóstico havia sido HPV e a adolescente precisava tratar. Chegando na maternidade 2 a adolescente foi avaliada pelo médico, o qual disse tratar-se de HPV e, somente, adquiria-se através de contato sexual.

De lá teve a médica, ela conversa com a gente também... (pequena pausa) pede exame para ver se não está com nenhuma doença (pequena pausa) e... É isso... (A4, 15 anos; referindo-se a médica do ambulatório)

Ele disse... que só se pegava com... relação sexual... (pequena pausa)... ele falou. Ele falou... (Pausa maior e tom de voz mais baixo). Ele me perguntou... (pequena pausa) Como eu peguei... Eu falei que não sabia... ele... foi me tratando. Ele trata... coloca um remédio... um ácido... (ênfase na palavra ácido), e a doença vai diminuindo. Ele tem... uma coisinha tipo cotonete... coloca no ácido e coloca lá onde está com a verruga. Ele abre a vagina e olha... e coloca onde tem, e tem vez que é o médico que coloca, e tem vez quem coloca é a médica. Eu fui e falei que não sabia como peguei. Eu disse que só se eles tivessem... (confusa em seguida faz pequena pausa)... Só se alguém tivesse me dopado. (A8, 11 anos; referindo-se aos médicos do ambulatório)

A narrativa de A4 evidenciou que a atuação de alguns médicos não só está ainda pautada no Modelo assistencial Flexneriano, como não se coaduna com os preceitos da humanização e do acolhimento preconizado pelo Ministério da Saúde, mas, igualmente se caracteriza como um exemplo de violência institucional, porque a adolescente referiu que foi tratada de maneira rude pela médica quando da realização de seu exame ultrassonográfico. A adolescente informou que preferiu manter-se calada perante o tratamento recebido em respeito a médica que se encontrava em seu local de trabalho.

eu... A gente foi e falo... Falou com ela né... ela foi e falou assim: ah! Eu não posso fazer nada vocês têm que esperar... Porque vocês nem estão marcada. Além de eu atender vocês ainda estão com pressa... (pequena pausa) eu falei assim: mas a gente tá aqui desde três horas. Ela falou: problema é de vocês eu não marquei nada com vocês... (pequena pausa) deixamos... (pequena pausa) ... Chego na hora de ir eu... eu fiquei quieta ela... Falando com ignorância:) (A4, 15 anos; referindo-se a médica da ultrassonografia).

DISCUSSÃO E ANÁLISE

As narrativas de vida das adolescentes evidenciaram que os profissionais de saúde que atuavam em maternidades municipais com adolescentes em situação de violência sexual eram: Médicos, Enfermeiras, Psicólogos e Assistentes Sociais.

As maternidades dispunham em seu quadro funcional de todas as categorias de profissionais de Saúde abalizadas pelo Ministério da Saúde para oferecer um atendimento interdisciplinar as adolescentes e mulheres em situação de violência sexual atendidas nestas unidades.

A adolescente em situação de violência sexual que procura a maternidade 1 no Centro da cidade, é direcionada pelos funcionários da recepção ao 5º andar, cujos funcionários da recepção encaminharão a adolescente para a sala de admissão. Nesta sala, a adolescente será atendida primeiramente por uma das enfermeiras do Projeto Cegonha Carioca. As enfermeiras do projeto solicitam a presença do médico plantonista e da enfermeira supervisora para acompanhar todo o atendimento. A supervisora comparece a sala da admissão trazendo o “kit” Profilaxia (medidas protetoras, anticoncepção de emergência e profilaxias das DST/HIV) e a ficha notificação/investigação individual violência doméstica, sexual e/ou outras violências específicos para notificação do SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação).

Este primeiro atendimento se constitui em anamnese com preenchimento da ficha notificação/investigação individual e exame físico realizado pelo médico. A coleta de material para exames e a administração dos medicamentos para profilaxia das doenças resultantes da violência sexual é realizada pela enfermeira supervisora com as devidas orientações, a qual igualmente disponibiliza as medicações para a adolescente fazer uso na primeira quinzena do tratamento. A enfermeira supervisora agenda o retorno da adolescente para o acompanhamento no ambulatório da unidade.

Este acompanhamento é realizado pelo profissional médico, constitui-se de no mínimo 03 consultas. A unidade também disponibiliza acompanhamento psicológico, que é realizado segundo a avaliação do profissional responsável.

A segunda maternidade localiza-se na zona norte da cidade. Esta unidade passou a prestar atendimento às vítimas de violência sexual, a partir do ano de 1999, desde que este serviço preconizado pelo Ministério da Saúde foi institucionalizado pela Secretária Municipal de Saúde para as redes de emergência e Maternidades da Cidade do Rio de Janeiro.

A fim de que esta assistência pudesse ser desenvolvida efetivamente, foram realizadas sensibilizações e capacitações de uma equipe multiprofissional constituída por mais de 300 profissionais dentre os quais destaca-se: médicos; enfermeiras; auxiliares de enfermagem; assistentes sociais e psicólogos. Para a efetivação deste tipo de atendimento, igualmente foram confeccionados “folders”, as unidades foram abastecidas com medicações padronizadas e foi criado ainda impresso próprio e de fácil preenchimento para todas as unidades (ficha notificação/investigação individual, violência doméstica, sexual e/ou outras violências específicas para notificação).

A adolescente violentada sexualmente, que procura estas unidades, pode chegar por meios próprios ou através de encaminhamento realizado por uma delegacia policial e/

ou outra unidade hospitalar do município.

Na maternidade 2 a adolescente é orientada a chegar na primeira consulta de retorno à unidade logo pela manhã, a fim de que esta possa realizar seus exames laboratoriais e para que os resultados estejam disponíveis no horário de sua consulta. Tal conduta, segundo os profissionais de saúde desta unidade, tem como objetivos: minimizar o impacto do primeiro atendimento para a adolescente, uma vez que esta, muitas vezes, já chega à unidade após ter sido atendida no Instituto Médico Legal, no Conselho Tutelar e na delegacia policial. E para que possam ser obtidos resultados mais fidedignos do tratamento com as medicações retrovirais.

Evidenciou-se na maternidade 2 que apesar de ter sua equipe completa, a norma do Ministério da saúde não é contemplada em sua íntegra porque o primeiro atendimento as mulheres e/ou adolescentes que buscam atendimento em virtude de situação de violência sexual vivenciada é totalmente realizado pela “Equipe do Programa Cegonha Carioca” ou por uma Enfermeira plantonista da unidade. Caso a enfermeira que está realizando o atendimento detecte a necessidade de uma avaliação mais acurada ela chamará o médico plantonista da unidade, o qual realizará novo atendimento.

Nesta mesma maternidade, os exames laboratoriais não são realizados neste primeiro atendimento, mesmo iniciando a profilaxia antirretroviral, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde. Os exames serão realizados apenas quando a adolescente e/ou a mulher comparecer para primeira consulta de retorno após duas semanas. Segundo as enfermeiras do ambulatório e a chefe deste setor, tal conduta visa resguardar a adolescente que já passou pelo trauma da violência sexual.

A violência sexual é um fenômeno tão antigo quanto a história da humanidade. Tornou-se cultural e, a sociedade a banaliza como sendo uma das desigualdades de gênero fundadas na relação entre sistemas de dominação e produção de diferenças, imposta às mulheres, independente da faixa etária.

Nas adolescentes há um predomínio de casos de violência sexual faixas etárias de 10 a 14 anos e 15 a 19 anos. Contudo, não isenta entre suas vítimas, as pessoas do sexo masculino ou idosas. Seus danos implicam desde traumas físicos e psíquicos, a sentimento de culpa, medo e insegurança, até situações que podem levar à morte. Relaciona-se com a violação dos direitos humanos e situações de vulnerabilidade (BRASIL, 2015; BRASIL, 2018).

Atender indivíduos que passaram por situações de violência requer acolhimento e escuta sensível, visto que falar sobre as questões que envolvem este fenômeno é bastante complexo, independente da faixa etária. Portanto, o profissional de saúde ao atender a adolescente em situação de violência sexual, deve estar atento não só ao cumprimento do protocolo instituído pelo Ministério da Saúde para estes casos, mas, igualmente as especificidades do período da adolescência. Ademais, este tipo de violência envolve um misto de sentimentos tanto por parte das adolescentes quanto de seus familiares, como

sentimento de tristeza, medo, vergonha, alívio, insegurança e insatisfação.

Ao considerar a possibilidade da realização do atendimento às adolescentes em situação de violência sexual por uma equipe interdisciplinar, o Ministério da Saúde almeja o diálogo e o compartilhamento de saberes entre os profissionais de saúde. Entende-se a interdisciplinaridade como um processo composto por múltiplos questionamentos e compartilhamento de saberes entre profissionais de diversas áreas com visões distintas e complementares de diversas profissões, que se interligam a fim de propor soluções acerca de um determinado problema, considerando seu grau de complexidade (RIOS; SOUSA; CAPUTO, 2019).

É essencial que haja interação interprofissional e outras formas de encontro entre profissionais de saúde e usuários como um sentido adicional da integralidade. Os saberes e práticas interdisciplinares, não questionam ou se contrapõem aos conhecimentos disciplinares. Sua principal proposta indica uma revisão do pensamento, intensificação das trocas, e a integração dos diversos campos de conhecimentos, em especial (PUPPIN; SABOIA, 2017).

O que diferencia a multidisciplinaridade da interdisciplinaridade é o grau de interação em que distintas disciplinas atuam reciprocamente. Na multidisciplinaridade, atuam conjuntamente, mas, conservam a independência, isto é, os limites disciplinares continuam vigentes. Já na interdisciplinaridade há uma forte interdependência e cada disciplina aproxima-se e até mesmo se apropria da abordagem da outra, fecundando-se mutuamente (OLIVEIRA, 2012).

A construção da interdisciplinaridade advém de um processo contínuo e crescente no setor saúde. A atuação interdisciplinar e interprofissional ocorre mediante a necessidade de assegurar a integralidade do cuidado, a complexidade e necessidades do sujeito. Assim, as ações se pautarão no diálogo estabelecido não só entre profissional e sujeito cuidado, mas também entre os profissionais envolvidos nesta ação (PUPPIN; SABOIA, 2017).

De acordo com Amorim e Gattás (2007), a interdisciplinaridade não anula as formas de poder que todo o saber comporta, mas exige a disponibilidade para partilhar um saber e um poder que se tem consciência de não ser proprietário. Trata-se de não ocultar o seu próprio saber/poder, mas, ao contrário, torná-lo discursivo e acessível à compreensão de outros.

O poder está sempre presente e se exerce como uma multiplicidade de relações de forças. E como onde há poder, há resistência, não existe propriamente o lugar da resistência, mas pontos móveis e transitórios que também se distribuem por toda a estrutura social (FOUCAULT, 2012b).

O estudo evidenciou que os profissionais de saúde não trabalham de maneira interdisciplinar e pautam sua atuação em modelos assistenciais. Denomina-se modelo assistencial a maneira como são organizadas numa determinada sociedade, as variadas

ações para intervir no processo saúde-doença. Esta organização é resultante da articulação entre os diversos aspectos assistenciais e tecnológicos disponíveis para enfrentar e resolver os problemas de saúde de uma determinada sociedade em um determinado momento.

Na formação em saúde, a evolução das ciências impeliu a medicina a adotar para as suas práticas o modelo positivista newtoniano/cartesiano, o qual durante longo tempo caracterizou a medicina científica, cujo modelo estava voltado para a assistência à doença em seus aspectos individuais e biológicos.

Com o surgimento da saúde pública, que se estabelece como campo científico ao longo do século XX, o enfoque biomédico passou a entrar em tensão com os enfoques sociopolíticos e ambientais, igualmente considerados no entendimento do processo de adoecimento. A noção de saúde como “não doença” foi reafirmado pelas ciências médicas durante longo tempo, especialmente no período de fortalecimento do método científico. No início do século XIX, houve um fortalecimento da racionalidade científica, a qual buscava compreender os fenômenos da humanidade e da natureza, em detrimento de outras formas de conhecimento até então consideradas como válidas. Essa racionalidade baseava-se em princípios, os quais ficaram conhecidos como paradigma cartesiano, segundo o qual, entendia-se que para estudar um fenômeno ou resolver um problema, é preciso decompô-lo em elementos simples, segundo o qual é preciso reduzir o fenômeno àquilo que é mensurável e quantificável (RIOS; SOUSA; CAPUTO, 2019; ALVARENGA *et al*, 2011).

Os médicos, cuja formação foi pautada nos moldes do modelo Flexneriano, observam o doente e a doença, desde os primeiros sinais, buscando encontrar o momento em que a crise aparece. A crise é a ocasião em que se confronta, no doente, a natureza sadia do indivíduo e o mal que o acomete. Nessa luta entre a natureza e o doente, o médico deve observar os sinais, prognosticar a evolução e favorecer, na medida do possível, a vitória da saúde sobre a doença (FOUCAULT, 2012).

LIMITAÇÃO DO ESTUDO

O estudo apresentou como limitação, reduzido número de participantes, em decorrência da dificuldade de agendamento e recusa de algumas adolescentes para participar da entrevista.

CONCLUSÃO

O estudo atingiu ao objetivo proposto analisar a partir da Narrativa de vida de adolescentes a atuação dos profissionais de saúde com adolescentes violentadas

sexualmente. Os resultados evidenciaram que a violência sexual é um processo complexo que envolve fatores psicológicos, sociais e culturais e, quando ocorre, deixa marcas profundas tanto na adolescente como em sua família.

As Narrativas das adolescentes evidenciaram que o “fazer” dos profissionais de saúde que atendiam as adolescentes, nas duas maternidades cenários do estudo, apresenta predomínio de pressupostos teóricos de modelo mecanicista, fragmentado com abordagem biomédica e verticalizado. Poucos profissionais utilizavam os preceitos do acolhimento e da humanização, preconizado pelo Ministério da Saúde.

O atendimento é realizado por equipe multidisciplinar nas duas maternidades, contrariando a recomendação de interdisciplinaridade proposta pelo Ministério da Saúde.

Os profissionais de saúde mais referidos pelas adolescentes foram os médicos e as enfermeiras. Todavia as enfermeiras que realizavam o primeiro atendimento às adolescentes em situação de violência sexual faziam parte da equipe do Programa Cegonha Carioca nas duas maternidades. E, as enfermeiras que realizam o acompanhamento ambulatorial em uma das maternidades. Assim como os médicos nas duas maternidades, são da equipe de saúde das maternidades.

Cabe destacar, que as enfermeiras do Programa Cegonha Carioca não possuem capacitação para este tipo de atendimento porque sua capacitação é voltada para a assistência prestada às gestantes e aos bebês no Sistema Único de Saúde (SUS), visando melhorar os indicadores de morbimortalidade materna e perinatal e aumentar a satisfação da clientela com a experiência vivenciada do parto humanizado nas maternidades.

Os profissionais de saúde que atendiam as adolescentes em situação de violência sexual necessitavam de capacitação para realizar este tipo de abordagem porque não estão devidamente sensibilizados e preparados para este tipo de atuação, pois, muitos ainda atendiam esta clientela com um olhar voltado para a prevenção de doenças sem a preocupação com o empoderamento e a autonomia das adolescentes.

Os resultados do estudo evidenciaram a medicalização como uma das práticas mais significativas, identificada na atuação dos profissionais de saúde que atendem as adolescentes em situação de violência sexual.

REFERÊNCIAS

Alvarenga AT, Philippi JA, Sommerman A, Alvarez, MAS, Ferdandes V. Histórico, fundamentos filosóficos e teórico-metodológicos da interdisciplinaridade. In: Philippi JA, Neto AJS, editores. Interdisciplinaridade em ciência, tecnologia e inovação. Barueri: Manole; 2011. p. 3-68.

AMORIM D.S., GATTÁS M.L.B. Modelo de prática interdisciplinar em área na saúde. **Rev. Medicina.** Ribeirão Preto (SP), v.40, n.1, p.82-84, jan./mar. 2007.

BERTAUX, D. **Los relatos de vida.** Barcelona: Bellaterra, 2005.

_____, D. **Narrativas de vida: a pesquisa e seus métodos.** Natal: EDUFRN, 2010.

_____. Diretrizes e Normas regulamentares de pesquisa envolvendo seres humanos – Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, Brasília (DF), 2012.

Brasil. **Decreto nº 7958**, de 13 de março 2013. Estabelece diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil [Internet], Brasília (DF), 2013 mar 14 [citado 2020 mai 06]; Seção 1:1. Disponível em Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Decreto/D7958.htm » http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Decreto/D7958.htm

BRASIL, Ministério da Saúde (BR), Ministério da Justiça. Secretaria de Políticas para as Mulheres/PR. **Norma Técnica** - Atenção humanizada às pessoas em situação de violência sexual com registro de informações e coleta de vestígios. 1ªed. 1ª impressão. Brasília, Brasil: Ministério da Saúde, 2015.

_____. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. HIV/AIDS. Bol Epidemiológico [Internet]. 2018 jun [citado 2020 mai 05;49(27):1-17. Disponível em: Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2018/junho/25/2018-024.pdf>

FOUCAULT M. Poder-Saber. In: Motta M. B. (Org.). Estratégia, Poder-Saber. 3ª. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2012a.

_____. **Microfísica do Poder**. 25ª ed. São Paulo: Graal, 2012b.

OLIVEIRA, M.A.C. A interdisciplinaridade no ensino e na pesquisa em Enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v.46, n.2, p.1-2, abr. 2012.

PUPPIN, M. A. P.; SABOIA, V. M. A interdisciplinaridade como estruturante no processo de formação e de cuidado em saúde. *Revista enferm UFPE online*, n. 11, supl. 10, pp. 4065-71, Recife, out. 2017.

RIOS, D. R. S.; SOUSA, D. A. B.; CAPUTO, M. C. Diálogos interprofissionais e interdisciplinares na prática extensionista: o caminho para a inserção do conceito ampliado de saúde na formação acadêmica. *Interface*, v. 23, 2019.

SOBRE O ORGANIZADOR

MARCUS FERNANDO DA SILVA PRAXEDES - Possui Pós-Doutorado em Medicamentos e Assistência Farmacêutica pelo Programa de Pós-Graduação em Medicamentos e Assistência Farmacêutica (PPGMAF) da Universidade Federal de Minas Gerais (2019). Enfermeiro (2009) e mestre em Saúde, Sociedade e Ambiente (2013) pela Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri. Doutor em Medicamentos e Assistência Farmacêutica pelo PPGMAF/UFMG (2015). Líder do Grupo de Pesquisa CNPq - Prática Baseada em Evidência e Segurança do Paciente. Professor Adjunto da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), lotado no colegiado de Enfermagem e Residência em Enfermagem em Cardiologia. Atua como orientador/coorientador de trabalhos de conclusão de curso, iniciação científica, mestrado e doutorado. Revisor de importantes periódicos nacionais e internacionais indexados. Desenvolve pesquisas nas áreas de Segurança do Paciente, Farmacovigilância, Anticoagulantes, Adaptação transcultural e validação de instrumentos em saúde, Teoria de Resposta ao Item e Prática Baseada em Evidências.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Acidentes de Trabalho 73, 87, 88, 89, 90, 91, 96, 97, 98, 99, 100, 105, 111, 116, 173

Adolescentes 3, 9, 11, 33, 56, 63, 66, 67, 228, 229, 230, 231, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 240, 241

Assistência de Enfermagem 5, 11, 23, 24, 34, 46, 48, 52, 55, 57, 123, 147, 149, 152, 153, 155, 156

Assistência Integral à Saúde 12, 16

Atenção Básica 1, 2, 3, 4, 5, 8, 11, 22, 24, 30, 36, 44, 45, 50, 51, 56, 57, 65, 108, 114, 180, 181, 182, 183, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 212, 214, 217, 218, 225

Atenção Primária à Saúde 22, 23, 46, 48, 49, 57, 58, 59, 66, 180, 183, 184

Atendimento Pré-Hospitalar 114, 169, 170, 172, 173, 178, 179

C

Cuidado de Enfermagem 1, 3, 4, 5, 10, 11, 50, 120, 152, 154, 160, 161, 229

Cuidado Pré-Natal 12, 14, 16, 24

D

Dimensionamento 11, 111, 112, 145, 147, 148, 150, 152, 153, 156

Doenças Parasitárias 215, 227

E

Educação Ambiental 68, 69, 70, 73, 76, 77

Emergências 135, 170, 173

Enfermagem 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 20, 22, 23, 24, 27, 30, 34, 35, 44, 45, 46, 48, 49, 50, 52, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 65, 66, 67, 71, 76, 78, 79, 84, 101, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 167, 169, 170, 172, 173, 174, 179, 180, 182, 184, 186, 187, 188, 190, 196, 197, 198, 199, 202, 205, 206, 210, 214, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 228, 229, 230, 231, 237, 242, 243

Esgotamento Profissional 103, 104, 106, 107, 109, 110, 111, 112, 113, 116, 127, 129

Espiritualidade 159, 160, 161, 167

Estratégia Saúde da Família 11, 34, 35, 36, 38, 44, 59, 66, 130, 132, 136, 196

Estresse Ocupacional 104, 108, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 121, 122, 123, 124, 131, 133, 206, 213

F

Fake News 78, 79, 80, 81, 85, 86

G

Gestão em Saúde 35, 36, 38, 44

H

Hospital 66, 87, 88, 91, 92, 96, 98, 107, 108, 109, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 124, 125, 130, 132, 136, 144, 145, 146, 148, 149, 150, 151, 152, 154, 156, 158, 159, 161, 170, 173, 179, 199, 200, 201, 205, 206, 210, 211, 213, 229, 234

I

Imunização 79, 84, 86

M

Maus-Tratos ao Idoso 199

Meio Social 59

Morte 31, 47, 61, 88, 99, 105, 106, 110, 111, 112, 128, 136, 158, 159, 160, 161, 162, 164, 165, 166, 167, 168, 171, 176, 238

P

Percepção 8, 22, 23, 26, 34, 37, 44, 46, 59, 60, 64, 68, 70, 75, 104, 110, 143, 144, 169, 186, 191, 197, 199, 201

Pessoal de Saúde 180, 183, 184, 199

Pré-Escolar 1, 2, 4, 5, 8, 9, 10

R

Recursos Humanos de Enfermagem 145, 151

Regulação de Urgência 169, 172, 176, 177

Relações Familiares 2, 4, 59, 60, 61

Relações Interpessoais 42, 43, 63, 134, 135, 136, 139, 141, 142, 143, 144, 191, 194

Religiosidade 159, 160, 161

Resíduos Sólidos 68, 69, 70, 71, 72, 73, 75, 76

S

Saúde Ambiental 69, 70, 124

Saúde da Família 11, 12, 16, 22, 23, 36, 38, 45, 66, 186, 196, 197

Saúde da Mulher 12, 16, 24, 25, 26, 29, 31, 33

Saúde do Trabalhador 88, 89, 93, 101, 116, 117, 121, 123

Saúde Mental 1, 2, 3, 4, 5, 9, 10, 11, 66, 103, 106, 111, 112, 113, 136, 207

Saúde Pública 11, 23, 25, 26, 34, 36, 37, 38, 44, 45, 48, 57, 67, 86, 116, 143, 180, 215, 227, 240

Serviço de Limpeza 87, 88, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 98, 99, 100, 101

Síndrome de Burnout 104, 105, 106, 108, 109, 110, 114, 126, 127, 128, 132, 192

Sistema Único de Saúde 20, 25, 32, 34, 35, 36, 37, 38, 43, 44, 45, 48, 65, 117, 136, 170, 171, 179, 181, 241, 242

Sono 8, 106, 109, 110, 111, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 206

V

Violência 7, 13, 15, 16, 17, 18, 20, 23, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 66, 81, 168, 172, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 228, 229, 230, 231, 232, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 241, 242

Violência no Trabalho 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 188, 189, 191, 192, 195, 196

Violência Sexual 53, 200, 228, 229, 230, 231, 235, 236, 237, 238, 239, 241, 242

A Enfermagem Centrada na Investigação Científica 6

www.atenaeditora.com.br 

contato@atenaeditora.com.br 

[@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora) 

www.facebook.com/atenaeditora.com.br 

 **Atena**
Editora

Ano 2020

A Enfermagem Centrada na Investigação Científica 6

www.atenaeditora.com.br 

contato@atenaeditora.com.br 

[@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora) 

www.facebook.com/atenaeditora.com.br 

 **Atena**
Editora

Ano 2020